UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

LUANA MENDES DA SILVA FERNANDES

***ESTUDO DE RISCO DE SUICÍDIO E TRANSTORNO MENTAL
COMUM EM PROFISSIONAIS DE UM HOSPITAL GERAL NO
ESTADO DE SÃO PAULO***

**SÃO PAULO
2018**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

LUANA MENDES DA SILVA FERNANDES

*Estudo de risco de suicídio e transtorno mental
comum em profissionais de um hospital geral no
Estado de São Paulo.*

*Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação Ambiente, Saúde e Sustentabilidade, da
Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de
São Paulo, para obtenção do título de Mestre em
Ciências.*

*Área de Concentração: Ambiente, Saúde e
Sustentabilidade.*

*Linha de Pesquisa: **Trabalho, ambiente e saúde.***

*Orientador (a): Dra. Maria Dionísia do Amaral
Dias.*

SÃO PAULO
2018

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 dissertação.

Catálogo da Publicação

Serviço de Documentação XXXX

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Fernandes, Luana Mendes da Silva.

Estudo de risco de suicídio e transtorno mental comum em profissionais de um hospital geral no Estado de São Paulo. Orientador (a): Dra. Maria Dionísia do Amaral Dias – São Paulo – 2018.

Nº 102 fls. f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, 2018.

FERNANDES, Luana Mendes da Silva, Estudo de risco de suicídio e transtorno mental comum em profissionais de um hospital geral no Estado de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

FOLHA DE APROVAÇÃO (DISSERTAÇÃO)

FERNANDES, Luana Mendes da Silva.

Estudo de risco de suicídio e transtorno mental comum em profissionais de um hospital geral no Estado de São Paulo.

Dissertação apresentada ao *Programa de Pós-Graduação Ambiente, Saúde e Sustentabilidade, da Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo*, para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. (a) _____ **Instituição:** _____

Julgamento: _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr. (a) _____ **Instituição:** _____

Julgamento: _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr. (a) _____ **Instituição:** _____

Julgamento: _____ **Assinatura:** _____

DEDICATÓRIA

Mais uma fase da minha vida está sendo concluída, a unificação de mais uma Gestalt, e como filosofia de vida que tenho, que nesta vida não se faz nada sozinho, este momento só pode ser possível pela contribuição de muitos. Esse percurso começou a ser trilhado há muito tempo, muitas pessoas tornaram isso possível, de formas diferentes, porém todas com o mesmo nível de importância; deste modo, dedico este trabalho a todos que estiveram e permanecem ao meu lado ao longo dessa jornada, contribuindo para que este sonho transpusesse a realidade, independente das dificuldades vigentes.

Obrigada a todos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à vida, que em toda a dificuldade que se apresentou a mim, me ensinou que o eu depende de um todo e, assim sendo, me fez enxergar que minhas necessidades precisam ser pensadas em um contexto coletivo.

Sou profundamente grata ao meu irmão, que sempre foi meu espelho, meu exemplo, sempre me concedendo seu tempo, conhecimento, percepções e conselhos.

Agradeço ao meu cônjuge e minha filha, que sempre se mostraram compreensivos às minhas ausências, me apoiando, mesmo muitas vezes não entendendo os porquês das minhas escolhas.

Aos meus pais, que são minha essência de inspiração para cada passo que dou na vida, sempre me apoiam e me orientam para que eu possa realizar a melhor escolha, apoiada nas minhas crenças e filosofias, mesmo que não concordem com estas.

Gostaria de agradecer também a todos meus familiares e amigos, pela paciência, incentivos, apoio e compreensão. Por estarem sempre ao meu lado, compartilhando os bons momentos e me ajudando nos momentos difíceis.

Agradeço aos amigos que foram feitos no mestrado, que juntos sempre nos apoiamos de modo a superar as dificuldades juntos.

Em especial gostaria de agradecer às amigas Ana Paula Silva, Neide Izeli, Regiane Glaucia, Luciana Lopes e Maria Adelma por serem pilares que me apoiaram e não me deixaram desistir nos momentos de desespero e muita dificuldade.

Meus agradecimentos especiais vão também para os amigos Danieli Corrêa e Weslei de Souza Silva, que guiaram meus passos na concretização deste trabalho.

A todos os componentes do LASAMEC deixo meu agradecimento pelos aconselhamentos, suporte e norteamto neste processo.

Agradeço a todos os mestres (professores), que me proporcionaram alcançar este sonho tão almejado. Em especial à minha orientadora, Prof. Dra. Maria Dionísia do Amaral Dias, pelas valiosas contribuições que compartilhou comigo, pela atenção e apoio durante o processo de realização deste trabalho.

A todos os funcionários da FSP, em especial ao Pedro e à Cidinha.

A todos os profissionais que dedicaram seu tempo para contribuir com a minha pesquisa, pois acreditam, assim como eu que a realidade vigente pode ser modificada.

E a todos os envolvidos em meus cuidados, por me manterem viva.

EPÍGRAFE

“A tragédia não é quando um homem morre. A tragédia é o que morre dentro de um homem quando ele está vivo.”

Albert Schweitzer

RESUMO

FERNANDES, L. M. S. **Estudo de risco de suicídio e transtorno mental comum em profissionais de um hospital geral no Estado de São Paulo**. 2018. 102 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

A organização do trabalho passou por diversas modificações ao longo da história e as mudanças de paradigma nos processos laborais geraram mudanças significativas na construção da subjetividade do indivíduo e na dialética do sujeito com o mundo. Pode-se observar que as transformações no campo produtivo, ocasionadas por múltiplos fatores, como os processos de gestão, a organização do sistema econômico vigente e as reestruturações ocorridas com a globalização transmutaram o trabalho em mercadoria, impactando diretamente no processo de saúde-doença dos trabalhadores. A padronização e sistematização do processo de trabalho, proposto por diversos autores, a priori, adotado nos processos de produção industrial, passam a ser adotados pelas organizações de assistência à saúde, ocasionando arredamentos diversos no modo de produção deste setor, expondo os profissionais que ali executam suas atividades laborais a situações de fragilização e adoecimento. O debate em torno do processo de trabalho nas organizações dos serviços de saúde tem se mostrado extremamente importante, particularmente quando nos debruçamos sobre a micropolítica de organização do trabalho nessas instituições. Diante desta problematização, este estudo teve como objetivo estimar a prevalência de ideação suicida e de transtorno mental comum em trabalhadores de um hospital geral, buscando associação com categoria profissional, sexo, idade, escolaridade, estado civil, tempo de trabalho na instituição, tempo de trabalho na profissão. Trata-se de um estudo epidemiológico de delineamento transversal descritivo, de amostragem não probabilística, com amostra por quotas da população investigada. A presença das variáveis TMC e ideação suicida foram avaliadas a partir do *Self Reporting Questionnaire* (SRQ). Para a avaliação das possíveis variáveis associadas, os participantes responderam a um questionário sociodemográfico. Os resultados obtidos neste estudo evidenciaram a presença de TMC superior aos estudos correlacionados na literatura e aos índices apresentados na população geral; as queixas sobre o processo de trabalho, que se apresenta como propiciador de sofrimento atinge quase $\frac{1}{4}$ desta população. O agrupamento dos itens da escala SRQ-20, que apresentou menor representatividade estatística, foi a ideação suicida, sendo considerado com relevância neste estudo por ser indicador de risco direto de vida. Apesar de haver limitações do estudo em estabelecer um nexo causal entre TMC e ideação suicida com os processos de trabalho, o alto índice de adoecimento evidenciado ressalta a necessidade da realização de medidas interventivas, pois independente se ocasionados pelo processo de trabalho, estes indivíduos expressam essa realidade no setor de atuação profissional. Diante disso, estabelecer alternativas que possibilitem a criação de novos meios de intervenção, estratégias que proporcionem melhorias dos ambientes de trabalho para promoção e proteção da saúde desses profissionais, podem contribuir para

o processo de saúde destes trabalhadores e a qualidade do ambiente de atuação profissional desses indivíduos.

Palavras-chave: Sofrimento mental e trabalho. Suicídio. Saúde do trabalhador. Ambiente hospitalar.

ABSTRACT

FERNANDES, L. M. S. **Study of risk of suicide and common mental disorder in professionals of a general hospital in the state of São Paulo.** 2018. 102 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

The organization of work has undergone several modifications throughout history, these paradigm changes in labor processes have generated significant changes in the construction of the subjectivity of the individual and in the dialectic of the subject with the world. It can be observed that the transformations in the productive field, caused by multiple factors, such as the management processes, the organization of the current economic system, the restructurings with globalization, transmute the work into merchandise, directly impacting the health-disease process of the workers. The standardization and systematization of the work process, proposed by several authors, a priori, adopted in the processes of industrial production, are now adopted by health care organizations, causing various drawbacks in the way of production of this sector, exposing the professionals that there they carry out their work activities to situations of embrittlement and illness. The debate about the work process in health service organizations has been extremely important, particularly when we look at the micropolitics of work organization in these institutions. In view of this problem, this study aimed to estimate the prevalence of suicidal ideation and common mental disorder in workers of a general hospital, seeking association with professional category, gender, age, schooling, marital status, working time in the institution, work in the profession. This is an epidemiological study with descriptive cross-sectional, non-probabilistic sampling, with a sample of the population investigated. The presence of TMC variables and suicidal ideation were assessed from the Self Reporting Questionnaire (SRQ). For the evaluation of possible associated variables, participants answered a sociodemographic questionnaire. The results obtained in this study evidenced the presence of MCT superior to the correlated studies in the literature and the indices presented in the general population; the complaints about the work process, where it presents itself as a propitiator of suffering reaches almost $\frac{1}{4}$ of this population. The grouping of SRQ-20 items that presented less statistical representativeness was suicidal ideation, but was considered relevant in this study, since it is an indicator of direct risk of life. Although there are limitations of the study in establishing a causal nexus between CMD and suicidal ideation with work processes, the high rate of illness evidenced highlights the need for interventional measures, because if they are caused by the work process, these individuals express this reality in the professional sector. Therefore, establishing alternatives that allow the creation of new means of intervention, strategies that provide improvements in work environments for the promotion and protection of the health of these professionals, can contribute to the health process of these workers and the quality of the professional environment of these workers. individuals.

Keywords: Mental suffering and work. Suicide. Worker's health. Hospital environment.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CROSS	Central de Regulação de Oferta de Serviço de Saúde
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
MS	Ministério da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OS	Organizações Sociais
OSS	Organizações Sociais de Saúde
SPSS	Statistic Package for Social Sciences
SRQ	Self Reporting Questionnaire
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas do Estado
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtorno Mental Comum
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Estado Civil.....	53
Figura 2: Escolaridade.....	53
Figura 3: Afastamento.....	55
Figura 4: Sexo <i>versus</i> afastamento.....	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Variáveis sociodemográficas.....	52
Tabela 2.	Distribuição da ocupação atual da população alvo.....	54
Tabela 3.	Distribuição do afastamento do trabalho por problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano.....	55
Tabela 3.1.	Distribuição do afastamento do trabalho por problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano (em dias) e tempo de serviço na ocupação e na instituição (em anos).....	56
Tabela 4.	Distribuição do afastamento do trabalho por problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano por tempo de serviço, na instituição (em anos).....	56
Tabela 5.	Distribuição dos acompanhamentos psicológicos e psiquiátricos (n=182).....	57
Tabela 6.	Distribuição dos itens da escala SRQ-20 (n=182), em porcentagens das respostas.....	59
Tabela 6.1.	Distribuição dos agrupamentos dos itens da escala SRQ-20 (n=182).....	60
Tabela 6.2.	Distribuição das categorias do ponto de corte para TMC (n=182). Classificação do ponto de corte.....	60
Tabela 7.	Distribuição das categorias do ponto de corte para TMC (n=182) por categorias das variáveis demográficas.....	61
Tabela 7.1.	Distribuição das categorias do ponto de corte para TMC (n=182) por categorias das variáveis acompanhamentos psicológicos e psiquiátricos.....	62
Tabela 7.2.	Distribuição das categorias do ponto de corte para TMC (n=182) por variáveis quantitativas (idade e tempo de serviço em anos e afastamentos em dias).....	63
Tabela 8.	Resultados da análise de regressão logística para os fatores associados à prevalência de TMC.....	64

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
OBJETIVO	20

CAPÍTULO 1 – TRABALHO E SAÚDE MENTAL

1.1	<i>OS ASPECTOS CONSTRUTIVOS DO TRABALHO</i>	21
1.2	<i>O TRABALHO NA SOCIEDADE CAPITALISTA</i>	23
1.2.1	<i>MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO</i>	26
1.3	<i>ADOCIMENTO E TRABALHO</i>	30
1.4	<i>TRANSTORNO MENTAL COMUM, SUICÍDIO E TRABALHO</i>	32

CAPÍTULO 2 – O TRABALHO NA SAÚDE

2.1	<i>CONSTITUIÇÃO E MODIFICAÇÕES DOS HOSPITAIS</i>	36
2.1.1	<i>REESTRUTURAÇÃO DA GESTÃO NA SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DE SÃO PAULO</i>	38
2.2	<i>IMPACTO NA SAÚDE DOS TRABALHADORES</i>	41

CAPÍTULO 3 – PROCESSO DA PESQUISA

3.1	<i>DELINEAMENTO DO ESTUDO</i>	44
3.2	<i>LOCAL DA INVESTIGAÇÃO</i>	44
3.3	<i>POPULAÇÃO E AMOSTRA DA PESQUISA</i>	46
3.4	<i>INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS</i>	47
3.4.1	<i>SELF REPORT QUESTIONNAIRE</i>	47
3.4.2	<i>QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO</i>	49
3.5	<i>PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS</i>	49
3.6	<i>ANÁLISE DOS DADOS</i>	49
3.7	<i>ASPECTOS ÉTICOS</i>	50

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1	<i>ANÁLISE ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS DADOS</i>	51
4.1.1	<i>DESCRIÇÃO DA AMOSTRA</i>	51
4.1.2	<i>DADOS CLÍNICOS</i>	55
4.2	<i>PREVALÊNCIA DE TMC E ANÁLISE UNIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS</i>	58
4.2.1	<i>QUESTIONÁRIO SRQ-20</i>	58
4.3	<i>ANÁLISE MULTIVARIADA DE REGRESSÃO LOGÍSTICA MÚLTIPLA</i>	64
4.4	<i>DISCUSSÃO</i>	65
4.4.1	<i>LIMITAÇÕES DO ESTUDO</i>	65

4.4.2	<i>INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....</i>	66
4.4.2.1	<i>Prevalência de Transtorno Mental Comum.....</i>	66
4.4.2.2	<i>Fatores de Risco Para TMC.....</i>	67
4.4.3	<i>DADOS CLINICOS.....</i>	71
4.4.4	<i>AGRUPAMENTO DOS SINTOMAS NEURÓTICOS.....</i>	72
4.4.5	<i>PREVALÊNCIA DE IDEAÇÃO SUICIDA.....</i>	72
4.4.6	<i>SOFRIMENTO RELACIONADO AO TRABALHO.....</i>	73
4.4.7	<i>ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA.....</i>	75
4.4.8	<i>RELEVÂNCIA EM TERMOS DE SAÚDE PÚBLICA.....</i>	75
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
	REFERÊNCIAS.....	80
	APÊNDICE A.....	96
	APÊNDICE B.....	98
	ANEXO A.....	99
	ANEXO B.....	100

INTRODUÇÃO

Ao refletimos sobre o trabalho, faz-se importante pensá-lo como um ato coletivo, como a expressão da relação do indivíduo com seu meio social, como elemento constituinte da essência humana, da experiência, do saber e da construção do ser social, apresentando-se como um papel fundamental na vida do indivíduo. Como discutido nas ideias marxistas, o trabalho, por si só, é revelador da nossa humanidade, uma vez que possibilita uma ação transformadora sobre a natureza e a si mesmo, em sua dupla dimensão.

Porém, profundas modificações têm ocorrido no mundo do trabalho, resultando em novos paradigmas deste processo. Nos últimos séculos, a sociedade passou por mudanças consideráveis, em períodos nos quais, em pouco tempo, aconteceram mudanças significativas que ocasionaram drásticas transformações na história, impactando diretamente no funcionamento das sociedades e por consequência no âmbito produtivo.

Mediante essas mudanças, para discutir o desenvolvimento do sujeito em articulação com o trabalho, é imprescindível evidenciar o modelo econômico que o alicerça, o estilo de gestão adotado e como se configuram os processos de produção. O sistema econômico consolidado atualmente é o Capitalismo, com gestões predominantemente em cátedra e processos de produção que se apresentam cada vez mais rígidos e engessados, que diminuem constantemente a autonomia do trabalhador. Expostos a essas premissas, o trabalho, na visão marxista, contribui para a degradação do homem, em virtude de alienar, explorar, inibir o desenvolvimento e diminuir a autoestima dos trabalhadores, dentre tantos outros efeitos.

As instituições de assistência à saúde, em todos os seus segmentos, no início de suas atividades e por um longo período se mantiveram distantes do modelo de funcionamento descrito anteriormente; porém, nas últimas décadas elas têm adotado modelos de produção que se assemelham cada vez mais aos industriais e, somando às especificidades vigentes neste segmento, têm exposto seus profissionais cada vez mais a situações de sofrimento e adoecimento.

No ano de 2013, iniciei minhas atividades como psicóloga no ambulatório de saúde do trabalhador de um grande hospital de São Paulo. Éramos uma equipe multidisciplinar que atuava junto ao departamento de Medicina do Trabalho e tal rede de apoio ao trabalhador tinha como objetivo principal oferecer cuidados no campo da saúde mental e da reabilitação fisioterápica, de acesso livre a todos os seus funcionários.

No tempo que se estendeu minha atuação naquele departamento, pude observar que os profissionais que atuavam no âmbito da saúde, principalmente no ambiente hospitalar, encontravam-se cada vez mais imersos em quadros psicopatológicos e

aproximavam-se crescentemente de desfechos como o suicídio; o índice de afastamento por doenças relacionadas ao trabalho aumentava abruptamente, sendo que os afastamentos vinculados à Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 cresciam de forma vertiginosa. As queixas vinculadas ao processo de trabalho estavam relacionadas às condições de trabalho, às constantes exigências, violência e precariedade do ambiente, que propiciavam desgastes progressivos, até desencadearem uma forma de adoecimento no trabalhador.

A partir desta vivência, passei a me questionar sobre o que havia naquele ambiente e nos processos de trabalho ali realizados, que expunham parte daqueles trabalhadores ao sofrimento, adoecimento mental, danos físicos e psicossociais relacionados ao trabalho, enquanto outra parte desses trabalhadores permanecia saudável. O porquê de um alto índice dos que eram atendidos no ambulatório, apresentarem algum tipo de Transtorno Mental Comum (TMC) e em sua maioria pensamentos, ideação e/ou plano suicida, sendo que muitos desses profissionais já tinham histórico de tentativas de suicídio pregressas. E, pensando neste contexto coletivo, percebi a necessidade emergente do estudo dessas causalidades para que, a partir desses conhecimentos, houvesse subsídios para contribuir para a melhoria das condições de trabalho e a promoção da saúde desses indivíduos.

Partindo desses pressupostos, objetivou-se nesta pesquisa analisar os índices de TMC e ideação suicida e os fatores sociodemográficos associados que se apresentam na população estudada, aqui delimitada pelo recorte dos profissionais que atuam em uma unidade hospitalar pré-selecionada. Para obtenção desses dados optou-se por uma pesquisa epidemiológica de delineamento transversal descritivo, pois o estudo transversal possibilita evidenciar a prevalência dos aspectos investigados, além de ser um estudo de baixo custo e rápido desenvolvimento.

O conteúdo desta dissertação foi subdividido em quatro capítulos. Os Capítulos 1 e 2 referem-se à exposição do referencial utilizado para a construção do embasamento teórico da pesquisa. Optou-se pela divisão em dois capítulos para melhor clareza dos conteúdos. No Capítulo 1, foi articulado brevemente sobre os aspectos históricos do trabalho, as modificações ocorridas neste âmbito e o impacto dessas mudanças na vida laboral do trabalhador, apresentando-se uma perspectiva generalizada sobre o assunto. No Capítulo 2, o conteúdo foca-se nos processos de trabalho dos hospitais, apresentando-se uma breve contextualização histórica das mudanças ocorridas nesse setor, as modificações ocasionadas com a adoção dos modelos de produção expostos no primeiro capítulo e as intercorrências ocasionadas à saúde dos profissionais. No Capítulo 3, encontram-se os métodos adotados para a realização da pesquisa. No Capítulo 4, apresenta-se a análise e discussão dos dados obtidos com a pesquisa de campo e, finalizando a contextualização da pesquisa, estão as Considerações Finais, na qual foi apresentada uma reflexão sobre todo conteúdo e as dificuldades vigentes na

realização deste estudo, e como parte integrante do programa desta pesquisa, foi explicitado neste item uma proposta de intervenção mediante os resultados obtidos.

OBJETIVO

Estimar a prevalência de ideação suicida e de transtorno mental comum em trabalhadores de um hospital geral, buscando associação com categoria profissional, sexo, idade, escolaridade, estado civil, tempo de trabalho na instituição e tempo de trabalho na profissão.

CAPÍTULO 1 – TRABALHO E SAÚDE MENTAL

Neste capítulo e no capítulo subsequente será apresentada a temática da pesquisa em diversas facetas, o que permitirá verificar o estado do problema a ser pesquisado, sob o aspecto teórico de outros estudos e pesquisas já realizados, de modo a fundamentar e nortear o estudo apresentado nesta dissertação.

Para iniciarmos nossa concepção em relação ao trabalho e à forma que este interage na vida do ser humano, faz-se importante olharmos primeiramente para os fatores positivos que o trabalho proporciona na vida do indivíduo, para posteriormente entendermos os aspectos que englobam e modificam este processo, ocasionando transformações que impactam diretamente na vida laboral e pessoal dos profissionais.

1.1 OS ASPECTOS CONSTRUTIVOS DO TRABALHO

Os significados conferidos ao trabalho se modificaram ao longo do tempo e foram reformulados conforme as necessidades de cada época e cada cultura. Dentre as diversas transformações que ocorreram neste âmbito, nos últimos séculos atingimos uma concepção do trabalho no qual se agregam valores construtivos e protetivos na vida do ser humano (BORGES; YAMAMOTO, 2007). O trabalho possibilita ao indivíduo um fazer criativo no mundo, uma forma de expressão pessoal e social, agregado de valores intrínsecos, que gera construção e transformações, em dupla via, quando realizado em condições favoráveis (WINNICOTT, 2011).

Conforme Marx (1996), no trabalho, o homem ao modificar a natureza que lhe é externa, “modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. Ele desenvolve as potências nela adormecidas e sujeita o jogo de suas forças a seu próprio domínio” (p.297). É através do trabalho que o ser social incorpora em sua natureza diferentes objetos de aprendizagem como uma segunda natureza. É a partir da internalização com consequente reprodução e produção de práticas culturais, de signos, técnicas, conhecimentos, ciência que o homem se humaniza. Esta característica do trabalho permite dizer que este tem uma dimensão ontológica, pois é determinante na constituição do ser social.

Assim, mesmo que indiretamente, os seres sociais estão em relação no processo de trabalho e se organizam de modos específicos para garantir a vida material. Esta forma de organização para a produção da vida material é determinante na vida social, política, intelectual e na consciência social. É nesta perspectiva que Marx (2008) afirma “o modo de produção da vida material condiciona o desenvolvimento da vida social, política e intelectual em geral. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser; é o seu ser social que, inversamente, determina a sua consciência” (p.23).

É no trabalho que ocorre a sociabilidade humana, visto que os seres sociais não produzem isoladamente, mas estabelecem relações uns com os outros pelo e para o trabalho. Assim, o resultado do trabalho de cada ser é um produto parcial que é ponto de partida para o trabalho de outro: “cada trabalhador ou grupo de trabalhadores fornece ao outro sua matéria-prima. O resultado do trabalho que constitui o ponto de partida para o trabalho do outro” (MARX, 1996, p. 461).

A partir desta concepção de Marx, levantamos a discussão sobre a formação e consolidação da identidade do indivíduo através dos processos de trabalho, na qual se torna de suma importância articular que este processo se constitui através de um coletivo. Esta coletividade lhe proporciona suporte social (BAKHTIN, 2003; CLOT, 2006) reportado como uma história coletiva de como trabalhadores realizam uma atividade. Neste entendimento do fazer coletivo o trabalhador encontra o suporte necessário para sua atividade individual.

O trabalho permite ao sujeito externalizar-se, afirmar-se. À medida que, pelo trabalho, o sujeito dá forma ao objeto, ele ganha, em troca, uma imagem de si mesmo. O maior domínio do sujeito sobre tal objeto implica uma maior consistência subjetiva, isto é, desenvolvimento psicológico. É nesse sentido que Clot (2006) observa que esse desenvolvimento implica na alternância de duas exigências: de eficiência, materializada no crescente controle do sujeito sobre meios-fins e sobre a qualidade de seu trabalho; e de significado, pois a atividade é movida pelos interesses, pelas pré-ocupações e intenções do sujeito.

O trabalho faz parte do contexto social e relaciona-se muitas vezes à necessidade de prestígio e reconhecimento diante da sociedade. O exercício da atividade profissional permeia aspectos físicos, sociais e emocionais que são favoráveis ao equilíbrio mental, satisfação e desenvolvimento de capacidades (DEJOURS, 1992; CHAVES; RAMOS; FIGUEIREDO, 2011).

Segundo Ferreira e Mendes (2001), o prazer vivenciado através do trabalho é definido a partir de dois fatores: a valorização e o reconhecimento no trabalho. O primeiro é o sentimento de que o trabalho tem sentido e valor em si mesmo, é importante e significativo para o grupo e a sociedade. O sentimento de reconhecimento significa ser aceito e admirado no trabalho e ter liberdade para expressar sua individualidade.

Assim, o mundo resultante do trabalho não é mais um mundo que é meramente natural e, sim, constitui-se de um mundo social e histórico, que é repleto de sentidos e significados, que são estabelecidos na ação humana. Isso significa que é impossível compreender a formação do ser humano sem compreender o meio real no qual ele se desenvolve social e historicamente por meio da atividade, sendo que suas experiências

marcantes serão mediadas pelas formas concretas na qual a atividade está organizada socialmente (FURTADO; SVARTMAN, 2009).

Nesse sentido, o trabalho envolve a vida psíquica, mobilizando os objetivos individuais, representando uma possibilidade de autonomia e independência, favorecendo o desenvolvimento de laços sociais e utilizando-se da força criativa. Porém, mudanças profundas no conteúdo e no ambiente de trabalho podem causar impactos psicossociais importantes. As mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais, ocasionadas pelo processo de globalização, interferem diretamente nos processos de trabalho e exigem adaptações de todos os atores sociais, o que pode impactar diretamente na forma como o trabalho influencia a vida do indivíduo, como produtor de saúde ou doença. Partindo-se desses princípios, precisamos voltar nossa atenção para algumas dessas mudanças históricas para que possamos compreender os valores ambivalentes conferidos ao trabalho, atualmente.

1.2 O TRABALHO NA SOCIEDADE CAPITALISTA

Muitas transformações aconteceram, em um passado recente, que influíram diretamente nas formas de produção e no processo de trabalho atual. Merecendo o devido destaque, está o capitalismo. Este sistema econômico instaura-se como forma dominante há tanto tempo que tendemos a compreendê-lo como normal ou natural. Porém, quando analisado em uma perspectiva histórica, vemos que o capitalismo surgiu como uma forma econômica alternativa dentro de um modo de produção predominante à época, o feudalismo. Desde o seu surgimento até a sua ascensão como forma econômica predominante, o capitalismo nunca conseguiu a hegemonia (SINGER, 1998).

O processo de transição no qual o capitalismo se desenvolveu a partir da forma econômica e social da sociedade feudal, que o precedeu, se deu de forma lenta e complexa. A penetração do capital na esfera da produção ocorreu de duas maneiras:

Uma de fora para dentro, quando comerciantes começaram a assalariar artesãos, desenvolvendo a indústria doméstica; a outra, de dentro para fora, quando certos mestres rompem com as limitações corporativas e assalariam um grande número de artífices, deixando de trabalhar diretamente na produção para se transformar em capitalistas propriamente ditos, entregues unicamente às tarefas improdutivas de supervisionar o trabalho alheio, empregar e despedir, comprar e vender, etc. (SINGER, 1975, p.137).

Porém, como expõe Singer (1975), esse aumento da produtividade estava restrito aos limites da anatomia humana, que já estava sendo explorada ao máximo. Assim, o

aumento da produção só pôde ser conseguido pelo advento da invenção da máquina, dando assim início ao período, denominado por Marx de fase de maquinofatura. Esse período conhecido como Revolução Industrial, inaugurou um novo período na história do capitalismo, que se iniciou na Grã-Bretanha, ainda no último quartel do século XIX, “penetrou no continente europeu após as guerras napoleônicas, expandiu-se nos Estados Unidos após a abolição da escravidão (1864), no Japão após a era Meiji (1868) e na Alemanha após a unificação (1871)” (SINGER, 1975, p.139).

Singer (1987), Catani (1999) e Fausto (2015) apontam para o fato de que durante os três primeiros séculos do período o modo de produção capitalista não existiu no Brasil, principalmente por dois motivos: um pelo fato do país ser uma colônia de exploração. Assim, não interessava a Portugal desenvolver um nicho produtor de mercadorias que fosse seu concorrente; o outro motivo é que o modo de produção capitalista calcasse na alienação do trabalhador, onde indivíduos livres vendem sua força de trabalho em troca de salários, ficando assim incompatível o surgimento desse modo de produção antes da abolição da escravidão.

Esse cenário começa a mudar com o advento da vinda da Família Real para o Brasil, em 1808, quando foram adotadas algumas resoluções que deram início à transição entre o modo de produção mercantilista-colonial e o capitalista. A segunda fase, que dá início propriamente dito ao capitalismo no Brasil, principia-se com a Abolição dos Escravos e a Independência do Brasil, respectivamente em 1888 e 1889, e vai até o período entre as guerras mundiais, 1918-1939 (FAUSTO, 2015).

O período Entre Guerras, até o ano de 1955, é conhecido como etapa nacionalista, devido principalmente à política de Getúlio Vargas, que esteve à frente do governo do Estado brasileiro entre os anos de 1930-45 e 1951-54; por isso, esse período também é conhecido como Era Vargas. Para Singer (1987), a revolução de 1930 marca o momento de inversão no panorama do poder nacional, pois a partir desse momento a dominação das oligarquias agroexportadoras sobre o Estado começa a reduzir-se drasticamente, e com isso os capitalistas industriais começam a dar as cartas do jogo, apoiados pelo Estado e apoiando-se nele.

Tanto o governo de Vargas como o de muitas nações capitalistas tinham suas políticas econômicas influenciadas pela teoria do economista britânico John Maynard Keynes, com a principal característica da intervenção do Estado na economia, já que a filosofia econômica do liberalismo tinha colocado os países guiados por ela nessa situação desoladora em que se encontravam. Assim, durante seu período no poder, o que os capitalistas esperavam de Getúlio Vargas era bem claro, como aponta Catani (1999): proteger as indústrias nacionais contra as importações de produtos concorrentes; impedir que os trabalhadores se fortalecessem e aumentassem seu poder de barganha, o que poderia surgir principalmente com um sindicalismo independente e realizar investimentos em infraestrutura.

Tem-se, posteriormente, o período que vai de 1956 até a década de 1990, que iniciou com a morte de Getúlio Vargas, em 1954, e a posse de Juscelino Kubitschek, em 1956. Passa-se pela Ditadura Militar, 1964-1985, pelo processo de redemocratização, a partir de 1986 e, por fim, a política neoliberal de abertura econômica e privatizações da década de 1990.

Catani (1999) e Singer (1999) apontam que essa fase pode ser dividida em dois momentos: o primeiro, que vai até a década de 1970, caracterizado por um crescimento do processo de industrialização e da economia nacional, alavancado pelo momento de ascensão vivido pelas economias capitalistas mundiais, e pelo medo do avanço comunista sobre as economias capitalistas, por isso a intensa injeção de dinheiro em países subdesenvolvidos, como o Brasil, por meio de empréstimos; num segundo momento, a partir da década de 1980 - que ficou conhecida como a década perdida - começa um período de recessão da economia brasileira e uma mudança no paradigma da industrialização, pois com as crises do petróleo, as altas taxas de juros praticadas pelo mercado internacional e a falta de investimentos, o Brasil entrou numa crise que teve como resultado muitas falências de fábricas e altas taxas de desemprego.

Pode-se observar a vivência de uma nova fase de recessão da economia brasileira enfrentando novamente altas taxas de desemprego, o que influenciou diretamente nos processos de trabalho, pois como sinalizado por Marx, as crises periódicas ocorridas no modo de produção capitalista ocasionam aumento na taxa de exploração dos trabalhadores.

A Revolução Industrial, além de demarcar o início do modo de produção capitalista, despertou a atenção dos pesquisadores para as condições em que o trabalho era realizado. Os primeiros debates, em consequência disto, giravam em torno de como deveria ser organizada a produção em termos de tempo e custo e quanto deveria ser produzido por cada trabalhador, sem que fosse dada importância às questões sobre as relações de trabalho (COSTA, R. V., 2012).

O capitalismo apresenta-se como um sistema econômico que tem como base a propriedade privada dos meios de produção, o que dá aos seus detentores o direito de gerência sobre os que estão empregados em seus domínios, cabendo aos que não são detentores da propriedade vender seu único bem, a força de trabalho, em troca de um salário. Assim, Borges e Yamamoto (2007) assinalam que, para Marx, o trabalho que deveria ser humanizador, sob a égide do capitalismo transforma-se no seu contrário, pois quando assume a forma de mercadoria transmuta-se em:

- (1) alienante, porque o trabalhador desconhece o próprio processo produtivo e o valor que agrega ao produto, além de não se identificar com os produtos de seu trabalho;
- (2) explorador, devido os objetivos de produção da mais-valia vinculada ao processo de acumulação do capital;
- (3) humilhante, porque afeta negativamente a auto-estima,
- (4) monótono em sua organização e conteúdo da tarefa;
- (5) discriminante, porque classifica os homens à medida

que classifica os trabalhos; (6) embrutecedor, porque, longe de desenvolver as potencialidades, inibe ou nega sua existência por meio do conteúdo pobre, repetitivo e mecânico das tarefas; e (7) submisso pela aceitação passiva das características do trabalho e do emprego, pela imposição da organização interna do processo de trabalho, pelas relações sociais mais amplas e, especialmente, pela força do exército industrial de reserva (p.33-34).

Porém, o emprego de máquinas na produção industrial, por si só, não constituiu a necessidade do emprego de métodos racionais para a organização e execução do trabalho, o que só foi possível com o aparecimento da escola de Administração Científica, cuja primeira tarefa, nesse sentido, foi a de estabelecer padrões para cada trabalho, possibilitando assim a seleção científica do trabalhador, a padronização do trabalho a partir de sua divisão racional, com consequente especialização do operário e a determinação do volume ideal de produção, para um dia de trabalho. Associados a processos específicos de organização e gestão do trabalho, que são os principais fatores de impactos nos aspectos subjetivos dos atores que estão expostos diretamente a este processo de produção.

1.2.1 *MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO*

A ciência da Administração está intimamente ligada ao conceito de organização, sob o ponto de vista da ordenação racional de coisas e pessoas no tempo e no espaço, visando o melhor desempenho na execução de determinadas tarefas. O primeiro modelo de gestão que apresenta esta forma de organização do trabalho é mundialmente conhecido pelo binômio Taylorismo-Fordismo. Para Braverman (1974), o emprego de métodos experimentais e da ciência no estudo do trabalho, que ficou conhecido como gerência científica, não começou com Frederick W. Taylor, porém seu feito foi sintetizar e apresentar essas ideias desconexas num todo coerente.

No final do século XIX, Frederic Taylor¹, iniciou sua vida como operário nos Estados Unidos, na Midvale Steel Co., onde fez carreira chegando a engenheiro, em 1885. Apresentou interesse em como tornar a produção mais ágil (TAYLOR, 2008). O autor também considerou um aspecto que para ele, naquele momento, era motivacional: os trabalhadores produziam mais se visualizassem um ganho salarial maior em consequência disto. Sua teoria foi importante na consolidação da Administração como ciência. A teoria pautava-se no uso de um método científico cartesiano, supunha a harmonia de interesses entre capital e trabalho, cooperação dos empregados, busca do rendimento máximo e desenvolvimento do empregado para obter maior produtividade. A aplicação da teoria resultava na organização do trabalho em termos de controle do tempo e parâmetros de produtividade, na organização do trabalho através da rotinização

¹ Seu interesse era voltado para o modo como as condições de trabalho resultavam em acúmulo de capital, não havendo preocupação com o bem-estar do trabalhador.

e fragmentação da atividade, nas relações baseadas na hierarquia, supervisão e trabalho coletivo, embora cada trabalhador realizasse um fragmento da atividade total, seguindo os preceitos da divisão do trabalho (TAYLOR, 2008; CHIAVENATO, 1996).

Para Braverman (1974), a sistemática de Taylor pode ser compreendida em três princípios: o primeiro princípio diz que o administrador deve assumir “o cargo de reunir todo o conhecimento tradicional que no passado foi possuído pelos trabalhadores e ainda classificar, tabular e reduzir esse conhecimento a regras, leis e fórmulas” (p.103), ou seja, cabe ao gerente a coleta e o desenvolvimento dos processos de trabalho, que tem por consequência uma ausência desses conhecimentos entre os trabalhadores operacionais.

No segundo princípio, Taylor aponta que “todo possível trabalho cerebral deve ser banido da oficina e centrado no departamento de planejamento ou projeto” (BRAVERMAN, 1974 p.104). Vemos nesse princípio uma clara separação entre concepção e execução do trabalho, cabendo aos primeiros, os gerentes, a organização e fiscalização do processo produtivo e aos segundos, os operários, a sua operacionalização. Braverman (1974) assinala que, no terceiro princípio, Taylor indica que o gerente, munido do conhecimento produtivo, primeiro princípio, deve utilizar-se desse monopólio para controlar cada fase do processo de trabalho e seu modo de produção, através de tarefas minuciosamente planejadas. Segundo Borges e Yamamoto (2007), o conjunto das concepções de Taylor propõe:

A substituição dos métodos tradicionais (oriundos da experiência prática) pelos científicos, com a adoção do método dos tempos e movimentos para eliminar os movimentos desnecessários e substituir os movimentos lentos e ineficientes por rápidos (...) Para tanto, é necessário a máxima decomposição de cada tarefa em suas operações mínimas e a cronometragem de cada movimento do operário na execução das operações. Radicaliza a divisão entre concepção e execução do trabalho ou entre gerência e trabalhadores (...) Tem, portanto, na padronização, no parcelamento e na separação da concepção da execução do trabalho os principais recursos instrumentais para aumentar tanto a produção quanto o controle sobre ela. (p.35).

Na outra parte do binômio, temos Henry Ford, que de forma paralela e independente de Taylor, porém na mesma perspectiva integrativa e movido pela preocupação do combate aos “*tempos mortos*”, trouxe suas contribuições tanto no campo das inovações tecnológicas de mecanização quanto no econômico, já que com o advento da produção em massa Ford afetou as normas de consumo, do trabalho e da vida (BORGES; YAMAMOTO, 2007). Para Santos (2007), mediante a introdução da cadeia de montagem, Ford conseguiu dar mais efetividade ao desenvolvimento inovador de Taylor, levando do ponto de vista do capital, o modo de produção a uma espécie de perfeição.

A defesa de uma supervisão estrita do trabalho traz em si uma concepção de trabalho hierarquizado e/ou subordinado, que se baseia em uma visão dualista do ser

humano, que ao unir-se à padronização e ao engessamento do processo de trabalho, no qual o trabalhador fica preso ao ritmo que lhe é imposto, “conduziram à máxima coisificação, tanto do trabalho como do trabalhador, que passou a ser visto como um entre outros fatores de produção” (BORGES E YAMAMOTO, 2007, p.35).

Santos (2007) assinala que, apesar desse modelo ter gerado bons resultados ao capital, a partir da década de 1970 começou a entrar num processo de esgotamento, situação que direcionou para um novo paradigma gerencial conhecido como reestruturação produtiva, bastante embasado no modelo japonês, embora não tenha sido totalmente superado por este modelo, também conhecido como toyotista. Assim, a principal diferença entre os dois modelos é que o toyotismo tem por características e objetivo:

Realizar uma produção somente do necessário no menor tempo possível. É o just-in-time. Ao contrário do fordismo, em que a produção determina a demanda, no toyotismo, a demanda determina a produção, isto é, só se produz o que é pedido, por isso se produz mais rápido e melhor. O just-in-time caracterizou o fim da produção em massa, pois esse processo dedicou-se à necessidade de atender a um público que pedia produtos diferenciados em pequenas quantidades, fazendo, assim, com que as empresas competissem entre si para ver quem era melhor e mais rápido. O principal meio de implantação do just-in-time é o kanban, que é uma espécie de cartão de controle de ida e vinda de mercadoria. Trata-se de uma técnica de gestão de materiais e de produção no momento exato (Just-in-time) que é controlado através do movimento do cartão – kanban (SANTOS, 2007, p.83).

Para Busnardo (2003), as transformações advindas da reestruturação produtiva² afetaram a estrutura de produção, a atividade de trabalho, como os próprios trabalhadores, inclusive no âmbito pessoal. Segundo Antunes (1995), no toyotismo temos uma forma de sujeição qualitativamente diferente daquela vista no fordismo, pois enquanto no modelo fordista temos uma lógica mais despótica, na qual o executor do trabalho é obrigado explicitamente a se sujeitar a normas estabelecidas, no modelo toyotista existe um envolvimento cooptado e, para conseguir essa cooptação, as empresas se utilizam de mecanismos que obedecem a uma lógica mais manipulatória, que se afirma, sobretudo, pela mudança no discurso de gestão.

Assim, vemos uma mudança que visa a uma transformação no imaginário do trabalhador, que leve a uma melhor sujeição deste. Para isso, o modelo de gestão Toyotista utiliza-se da conversa e do trabalho em grupo, sendo que a autoridade está agora associada à competência e à qualidade, ou seja, qualquer um pode discordar do superior, desde que seja para trazer mais qualidade e produtividade ao processo produtivo, assim esse relativo poder que é concedido ao grupo é na verdade a voz da produtividade que se expressa através da fala do próprio operário (BUSNARDO, 2003).

² Para uma leitura mais aprofundada dos efeitos psicológicos e sociais da reestruturação produtiva no trabalhador, ver Bernardo (2009a).

Busnardo (2003) e Bernardo (2009a) apontam que o sistema toyotista assinala aos trabalhadores a ilusão da coincidência entre seus próprios interesses e os da empresa, sendo que o conflito entre esses dois interesses antagônicos acaba sendo mascarado por esse novo paradigma. Outro ponto importante do modelo de gestão toyotista se dá na relação chefe-empregado, já que parece estar havendo cada vez mais uma despersonalização do papel do supervisor, sendo que esse controle se dá de forma individual, pois está passando a operar internamente nos trabalhadores, por meio da internalização do controle na subjetividade dos operários. No âmbito grupal, vemos um deslocamento do conflito chefe-operário para operário-operário, já que no toyotismo prima-se pelo modelo de ilhas produtivas, onde os funcionários são responsáveis pela fiscalização/conferência da produtividade do trabalho da célula produtiva que o abastece.

Esse discurso de maior flexibilidade do trabalho e do processo de gestão compartilhada serve como propaganda que visa tanto o exterior das empresas, pois passa a imagem de empresas que estão preocupadas com a valorização dos trabalhadores, agora chamados de “colaboradores” quanto aos objetivos internos, já que buscam por meio desse discurso atestar aos trabalhadores sua satisfação e felicidade com esse novo tipo de trabalho. Assim, mediante tal prática, as empresas buscam uma nova forma de controle do trabalhador, que agora não se exerce apenas nos corpos, mas também nos espíritos destes (BERNARDO, 2009a), sendo que, para a autora:

Nas últimas décadas, tem-se observado nos meios de comunicação e, sobretudo, na literatura de gestão empresarial o predomínio de um discurso que afirma a superação do rígido taylorismo-fordismo por um modelo de organização do trabalho mais flexível, que também seria mais humanizado. Tal discurso assimila temas que, historicamente, fizeram parte das reivindicações de trabalhadores organizados, tais como participação, trabalho em equipe e autonomia (p.93).

Diante disto, Bernardo (2009b) evidencia que esse novo modelo de gestão, além de manter os mecanismos disciplinares do fordismo, como a definição de tempos e métodos, acrescenta-lhe mecanismos de controle sofisticados, como a avaliação individual e o intercontrole dos trabalhadores por seus próprios colegas, o que não visa mais moldar o trabalhador a uma função específica, mas sim modulá-lo de forma a obter “colaboradores” flexíveis que coloquem além da sua força de trabalho corporal, sua criatividade e inteligência à disposição da empresa. Assim, em uma das conclusões de seu livro, a autora aponta que:

O que caracteriza a organização do trabalho nessas empresas [que passaram pela reestruturação produtiva] não é a substituição do taylorismo-fordismo por um “novo” modelo, mas sim o aperfeiçoamento deste com a inclusão da inteligência e do saber do trabalhador como um “capital imaterial” também a ser explorado (p.182).

Tais formas de gestão, fazendo uso de uma espécie de ação hipnótica, tornam a organização sagrada (PAGÈS et al., 1986) e acabam por manipular o comportamento dos trabalhadores, convencidos de que para alcançarem sucesso profissional ou mesmo não perderem seu emprego, ficam a ela dependentes. O alcance e superação das metas organizacionais, pregada de forma veemente em modelos de gestão contemporâneos, como o gerencialismo, por exemplo, é priorizado em detrimento da realização individual. E a mensagem inerente a tal pensamento, mas não exposta formalmente, traduz que para se ter sucesso na carreira, é imprescindível que o trabalhador coloque sua atividade profissional em primeiro plano em sua vida, que concentre suas energias para atender àquilo que a organização necessita.

1.3 ADOECIMENTO E TRABALHO

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) refere que o trabalho deve ser prolífero, remunerado, exercido em condições de segurança e igualdade, sem discriminação e capaz possibilitar uma vida digna ao profissional (OIT, 1990). Mas como podemos observar no contexto da sociedade capitalista, nem sempre este se configura desta forma, podendo gerar sofrimento e adoecimento.

O sofrimento no trabalho, em síntese, pode ser compreendido a partir das várias dimensões sobre as quais ele incide ou é pensado: (1) do corpo (lesões, fadiga, carga excessiva de trabalho, riscos ou ameaças à saúde etc.); (2) do psiquismo ou da subjetividade (stress, burnout, transtornos mentais, enfraquecimento ou aniquilação do poder de agir do sujeito, etc.); (3) do relacionamento entre os sujeitos (falta de reconhecimento, enfraquecimento dos coletivos de trabalho, empobrecimento das relações afetivas, competição exacerbada, etc.); (4) da perspectiva do sujeito moral (assédio, dominação de classes, exclusão social, invisibilidade social, etc.); e (5) do ponto de vista do próprio trabalho (atividade impedida, esvaziada ou suspensa; perda do significado ou da função psicológica do trabalho; ausência de atividade) (LHUILIER, 2009; DEJOURS, 2000; CLOT, 2011; EHRENBURG, 1995).

Crescem e diversificam-se as formas de sofrimento e as doenças ligadas ao exercício do trabalho: fadiga generalizada, dores musculares, estresse, ansiedade, angústia, depressão, medo, esgotamento profissional (síndrome de Burnout), síndrome do pânico, Ler/Dort e problemas cardíacos (ASKENAZY, 2005; DAL ROSSO, 2008; DAVEZIES, 2001; GOLLAC, 2005; SELIGMANN-SILVA, 2011; CARDOSO, 2013). Dejours (2000), também destaca as afecções pós-traumáticas que acometem os trabalhadores vítimas de acidentes, assumindo a forma de neuroses de trabalho (comportamentos estereotipados, ansiedade, atitudes persecutórias, etc.).

O trabalho transmutado em mercadoria interfere no processo saúde-doença e nas percepções e relações estabelecidas pelas populações quanto à saúde e à doença. Desta forma, em nossa sociedade capitalista, desigual, injusta e iníqua, para pensar saúde e doença, tem-se que assumir as contradições geradas pelas desigualdades econômicas, políticas, sociais e ideológicas, que se expressam nas concepções e práticas de saúde e doença. Nessa sociedade contraditória, saúde e doença são pensadas, em primeira instância, como fatores de produção, e o sistema de saúde é organizado de forma a tornar o indivíduo produtivo (AMÂNCIO FILHO; MOREIRA, 1997).

Dejours (1992) diz que o trabalhador consciente da violência existente, do controle da divisão social do trabalho sobre o funcionamento mental individual, não desconhece ser este o modo como uma organização se estrutura. Os funcionários têm consciência da existência de níveis hierárquicos de controle e compreendem as ações deles derivadas, pois quem está controlando também é controlado; porém, estes acreditam que possuem recursos limitados para modificar esta realidade ou limitam-se a colocá-los em ação por enfrentarem os medos que os condicionam.

Estudos brasileiros evidenciam associação entre situação de trabalho de alta exigência e Transtornos Mentais Comuns (TMC) (ARAÚJO et al., 2006; NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006). Para Dejours (1992), o trabalho pode conferir realização pessoal e satisfação, como foi exposto pregressamente, mas pode também ser ambiente de alienação e isolamento social, causando sofrimento que se exterioriza, por exemplo, pela insatisfação e exaustão, desdobrando-se para além do espaço laboral (ARAÚJO et al., 2006). Dejours (2000) destaca a existência de diversas outras patologias envolvendo formas de heteroagressividade (vandalismos, incêndios, sabotagens, erros intencionais) e também de autoagressividade, as quais podem levar inclusive ao suicídio.

A necessidade de análises para além dos adoecimentos “tradicionais”, ou seja, causados por fatores físicos, químicos, biológicos ou mecânicos (LAURELL; NORIEGA, 1989) fica explícita nas pesquisas citadas e, sobretudo, nos estudos elaborados pelo College d’Expertise em 2011, após diversos suicídios em empresas francesas (CARDOSO, 2014). O desgaste no ambiente do trabalho, gerado principalmente pelas precárias condições de trabalho, e pela pressão por metas e/ou produtividade, jornadas prolongadas e os novos modelos de gestão nas empresas, entre tantos outros fatores, contribuem para o aumento na incidência de distúrbios psiquiátricos que incapacitam o trabalhador, ou podem levá-lo ao suicídio nos casos mais graves.

Diante disto, faz-se importante sinalizar que a realidade de esgotamento físico e mental ocasionado pelos processos de trabalho, quando exercido em situações não favoráveis, é responsável pelo surgimento de 160 milhões de novos casos de doenças relacionadas ao trabalho, como sinalizado por Macêdo e Silva (2017). Os dados da OIT,

de 2015, revelam que quase dois milhões de pessoas morrem por causa de tais doenças e 358 mil pessoas morrem por acidentes relacionados ao trabalho (OIT, 2015). Portanto, é preciso refletir sobre as condições da saúde dos trabalhadores e os efeitos que o processo de adoecimento ocasiona em suas vidas, com o objetivo de formular políticas públicas de promoção, prevenção e reabilitação da saúde dos trabalhadores, não apenas no Brasil, mas em todo o mundo.

1.4 *TRANSTORNO MENTAL COMUM, SUICÍDIO E TRABALHO*

Como supracitado, as mudanças na economia, associadas às novas configurações do trabalho, ocorreram paralelamente às transformações na forma de organizar e administrar tanto o Estado como o mundo do trabalho. Os novos regimes e as regras impostas impactaram na construção do Eu e do Outro, alterando a imagem da identidade de si. Novos discursos foram acrescidos à história, em presença de um mundo em constante mutação, indiferente à dor do outro, que estimula reestruturações constantes ao mundo do trabalho sem priorizar o indivíduo nesses processos de mudança, criando um sentimento de incerteza e vazio, gerando casos de desgastes psíquicos, podendo desencadear em TMC e suicídios.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) (OMS, 2001), cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de algum tipo de TMC e 25% da população irá sofrer disso em algum momento da sua vida. Cerca de 10% da população adulta pode desenvolver algum tipo de TMC a qualquer momento. Além do mais, uma em cada quatro famílias possui um de seus familiares que sofre de TMC. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-V), de acordo com objetivos clínicos, de pesquisa e de saúde, definiu os TMC como:

(...) uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental (...) estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. (DSM-5 apud MACÊDO; SILVA, 2017 p.4).

Os TMC estão frequentemente associados à incapacidade das pessoas para o trabalho. Estudos realizados na Europa comprovam este fato e seus resultados mostram que a depressão é uma das principais causas de incapacidade. Quanto mais grave e persistente a doença, mais afastamentos e impacto nas atividades básicas e nos relacionamentos (PAYKEL; BRUGHA; FRYERS, 2005; WITTCHEN; JACOBI, 2005). Muitas vezes, esses transtornos são causados por condições penosas no ambiente de trabalho como baixos salários, elevadas jornadas de trabalho, pressões para cumprir tarefas, otimizar a produtividade e problemas de relacionamento interpessoal, no contexto de precarização do trabalho. Este quadro é agravado pela elevada

competitividade do mercado, influenciando o núcleo estratégico organizacional a exercer uma pressão cada vez maior sobre os trabalhadores (SILVA-JUNIOR; FISCHER, 2014; 2015; OLIVIER; PEREZ; BEHR, 2011).

Considera-se que quando o sofrimento mental não é tratado, ele pode agravar e gerar problemas de saúde mais importantes, como os transtornos mentais ou psicossomáticos. Muitas pessoas conseguem manter sua saúde mental em condições danosas no trabalho, podendo desenvolver problemas físicos resultantes dos fatores psicossomáticos, ou seja, por não conseguirem se expressar ou lidar com suas emoções desenvolvem doenças que afetam seu corpo. Como resultado, aumentam as queixas psicossomáticas e psiquiátricas e perde-se o equilíbrio no bem-estar dos trabalhadores (SILVA-JUNIOR; FISCHER, 2015; LIMONGI-FRANÇA, 2003). Os TMC, também, podem interferir intensamente na qualidade de vida, constituindo-se em potenciais substratos para o desenvolvimento de transtornos mais graves (ALMEIDA FILHO et al., 1992).

Dentre os transtornos mais graves está o suicídio, que também se inscreve no campo dos transtornos mentais, adquirindo o status de patologia quando ocorre a tentativa, sendo caracterizado no CID-10 nos itens X60-X84 - Lesões autoprovocadas intencionalmente, compreendido como um transtorno multidimensional, que resulta de uma interação complexa entre fatores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos (OMS, 2000; CID, 1993).

Nos últimos anos, o suicídio ganhou evidência e despertou o interesse de alguns especialistas no mundo laboral, como atestam os trabalhos dos pesquisadores Christophe Dejours e Florence Bègue (2010), bem como os de Yves Clot (2010). Os suicídios relacionados ao trabalho na França, no Brasil e no Japão, têm sido objeto de atenção, constituindo-se num problema de atualidade científica social.

Na França, fatores como a intensificação do trabalho, a falta de solidariedade, o trabalho em equipe, o isolamento social e as práticas de assédio moral e psicológico têm sido apontados como indutores de um aumento significativo dos suicídios relacionados ao trabalho nos últimos anos, sobretudo em grandes empresas (DEJOURS; BÈGUE, 2010).

No Japão, estatísticas oficiais do governo japonês da *National Police Agency*, mostraram que a morte por suicídio, vinculada ao excesso de trabalho, superou os índices de morte ocasionada por desgastes relacionados ao trabalho excessivo. As duas mais importantes razões identificadas para os suicídios são os problemas de saúde e os problemas econômicos (desemprego) e mais de 710 casos são explicitamente relacionados ao excesso de cansaço, 587 às relações nos locais de trabalho e 478 a erros cometidos no trabalho. Ou seja, essas três últimas causas totalizam 1775 suicídios/ano, quase 150 por mês, número bem superior às estimativas dos suicídios relacionados ao

trabalho na França. Trabalho intenso e longas jornadas de trabalho foram traços comuns aos casos analisados no Japão (AMAGASA; NAKAYAMA; TAKAHASHI, 2005).

No Brasil, onde a documentação é dispersa, muitos casos são subnotificados e existem poucas publicações que documentam e analisam a questão, sabendo-se que tanto em repartições públicas quanto em empresas privadas ocorrem suicídios relacionados ao trabalho, mas ainda com repercussão bastante limitada, mesmo com a preocupação crescente, nos últimos anos, nas áreas sindicais e da pesquisa acadêmica (MERLO, 2009; BARRETO; BERENCHTEIN NETTO, 2010; BARRETO; VENCO, 2011).

O suicídio, para a maioria dos pesquisadores brasileiros, se relaciona à gênese dos processos psíquicos. Alguns estudiosos mostraram um risco maior de suicídio em algumas profissões, a exemplo, os médicos, veterinários, farmacêuticos, dentistas, enfermeiros e fazendeiros (OMS, 2000). Historicamente, a concentração ocorria nas profissões pouco qualificadas, das quais, segundo Durand (2004), as empresas ou as chefias exigiam muita rapidez e qualidade no processo produtivo, havendo um desnível entre a velocidade de execução e a responsabilidade intrínseca ao trabalho, emergindo uma perda de sentido do processo laboral para o trabalhador, ocasionado pelo esvaziamento do trabalho repetitivo. Atualmente, segundo Dejours e Bègue (2010), o suicídio de trabalhadores que ocupam cargos mais elevados na pirâmide hierárquica tem se tornado mais evidente e, estes suicídios têm se deslocado também em direção a setores diferenciados como “hospitais, escolas, canteiro de obras, indústrias eletrônicas, serviços bancários, novas tecnologias, serviços comerciais de empresas multinacionais, entre outros.” (p.8).

Toda a reestruturação ocorrida no âmbito laboral cria uma nova organização do trabalho, que assume uma face, em um contexto genérico, atingindo a maioria dos setores de trabalho, onde as profissões e carreiras tornaram-se meras atividades comerciais, e seus executantes, vendedores com metas a cumprir; os chefes respeitados deram lugar a supervisores de metas; a autonomia, interdependência e responsabilidade coletiva é agora responsabilidade individual; as relações entre colegas foram quebradas, visto que o controle de metas é individual e a concorrência é de todos contra todos; o sentimento de dever cumprido e orgulho pela boa qualidade foram transformados em números a serem atingidos à custa de qualquer sacrifício; o tempo, que era um organizador do trabalho, passou a ser visto como um inimigo a ser vencido; o trabalho como uma fonte de aprendizagem e de crescimento tornou-se um trabalho que infelicitava; o quadro de pessoal ou o coletivo de trabalho agora é composto por um exército de profissionais terceirizados, subcontratados ou temporários. O ambiente de trabalho virou palco de guerra, todos transformados em mercenários pagos a soldo e cada um por si na angústia de sobreviver mais um mês.

No setor de serviços de saúde o cenário do trabalho não é diferente do apresentado. O capítulo subsequente apresenta como estes processos se introduziram no âmbito da saúde e como modificaram sua dinâmica de funcionamento, impactando diretamente no processo de saúde e doença dos profissionais.

CAPÍTULO 2 – O TRABALHO NA SAÚDE

As modificações ocorridas no mundo do trabalho, com os processos de reestruturação ocorridos com a globalização, não isentou o setor da saúde. Este setor, apesar de possuir um modo de funcionamento específico, sofre modificações no seu modo de organização e de gestão que o aproxima cada vez mais dos modos de produção fabris. Essas transformações, assim como o ocorrido no setor industrial, expõem seu contingente profissional a processos de trabalho precários, impactando diretamente nas questões de saúde-doença dos profissionais.

Para compreensão deste contexto de trabalho, em particular do cenário da presente pesquisa, desenvolve-se neste capítulo a apresentação e reflexão acerca do papel dos hospitais no sistema de saúde e do trabalho neste tipo de instituição.

2.1 *CONSTITUIÇÃO E MODIFICAÇÕES DOS HOSPITAIS*

O hospital oriundo de épocas remotas, anterior ao cristianismo, e desenvolvido por iniciativa de organizações religiosas, converteu-se em instituição social como obrigação do Estado, que passou a fundá-los e mantê-los quando se estabeleceu a transformação política democrática. Com o advento da nova ordem, começou a administração pública a tomar a seu cargo a assistência médica, em estabelecimentos hospitalares de frequência gratuita (BRASIL, 1944).

A própria origem da palavra hospital nos ajuda a compreender como tais intuições se constituíram. Segundo o Ministério da Saúde (MS),

A palavra hospital é de raiz latina (Hospitalis) e de origem relativamente recente. Vem de hospes - hóspedes, porque antigamente nessas casas de assistência eram recebidos peregrinos, pobres e enfermos. O termo hospital tem hoje a mesma acepção de nosocomium, de fonte grega, cuja significação é – tratar os doentes – como nosodochium - quer dizer receber os doentes. Outros vocábulos constituíram-se para corresponder aos vários aspectos da obra de assistência: ptochodochium, ptochotrophium, asilo para os pobres; poedotrophium, asilo para as crianças; orphanotrophium, orfanato; gynetrophium, hospital para mulheres; zenodochium, xenotrophium, refúgio para viajantes e estrangeiros; gerontokomium, asilo para velhos; arginaria, para os incuráveis (BRASIL, 1944 p.07).

Esses espaços de cuidado eram minguaos com recursos precários, sem condições de conforto e higiene para a realização da assistência. Só indivíduos inteiramente desprovidos de meios de subsistência recorriam a esses locais. Os que podiam pagar tratavam-se em sua própria residência. Cirurgiões preferiam operar nas casas de seus clientes, tão desprovidos eram os setores hospitalares (BRASIL, 1944).

No Brasil, os primeiros hospitais surgiram com a colonização do país pelos portugueses, pautado nos princípios cristãos e a assistência oferecida se espelhava no movimento iniciado na Idade Média na Itália, denominado Misericórdias, designando-se ao amparo de pessoas com dificuldades diversas. Daí a evolução para as Santas Casas de Misericórdia, que adquiriram personalidade jurídica e tornaram-se unidades de assistência à saúde (MARTINS, 2002).

A assistência à saúde no Brasil não se constituiu em direito à população por um longo período. No caso da saúde, a relação Estado e sociedade foi se modificando progressivamente, com a proliferação das instituições beneficentes e filantrópicas e uma parcela da população que não possuía subsídios para financiar seus cuidados com a saúde passou a ser melhor assistida. Por um longo período, o direito à assistência manteve-se vinculado à contribuição à Previdência Social, excluindo o acesso de todos os não inseridos no mercado formal de trabalho. Após a Constituição Federal de 1988, grandes mudanças ocorreram nesse setor, o acesso à saúde tornou-se direito assegurado pelo Estado a toda a população, consagrando os princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde (COSTA, 2012a; FERREIRA; LUNARDI, 2006).

As mudanças nesse setor permaneceram com os sucessivos ajustes econômicos, desde o final da década de 1980, e início dos anos 1990; as instituições de saúde, embora tardiamente, tiveram que se adaptar aos novos tempos e passaram a utilizar-se, ainda que timidamente, dos métodos empregados no setor produtivo, como a terceirização de algumas atividades, o enxugamento de estoques de materiais, a reciclagem de materiais, buscando uma redução de custos e um equilíbrio entre receitas e despesas (SCHRAIBER, 1996; COCCO, 1997).

Com a adoção de alguns métodos do setor industrial, as instituições hospitalares passam a ser conceituadas do ponto de vista econômico, financeiro e social, como grandes empresas, pois seus ativos, passivos, custos diretos e indiretos e receitas somavam milhões. Por isso foram considerados recursos necessários à comunidade e devendo ser administrados para gerarem serviços hospitalares resolutivos, qualitativos com o menor custo possível, para que se perpetuassem (MARTINS, 2002). De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS),

O hospital é uma empresa social, porquanto suas ações se orientam ao cumprimento de objetivos fixados nas políticas públicas de saúde de um país, na medida em que produz serviços que respondem com efetividade, às necessidades e às demandas sociais, independente da natureza jurídica do estabelecimento (OPAS, 2004, p. 124).

As transformações econômicas, sociais e políticas que compõem e movimentam o cenário do hospital, determinando as mudanças de vocação percorridas por este setor, têm ocasionado mudanças significativas no processo de organização destas instituições. Com a reestruturação produtiva e a terceirização da gestão, iniciada nas instituições hospitalares e a posteriori expandida para os outros setores da saúde, faz com que esses

setores se aproximem cada vez mais seu modo de organização produtiva, aos modelos de organização e funcionamento do setor industrial (MERHY, 1999; RIBEIRO, 1993).

O setor, que anteriormente possuía uma conotação caritativa de suas atividades, com os processos de modernização, passa por modificações na dinâmica do trabalho. Com os novos modos de administração e novas exigências a serem supridas, ocorre impacto direto nos processos de produção desse setor repercutindo na saúde dos trabalhadores que ali atuam (RODRIGUES, 2006; GAULEJAC, 2007; MARCH, 2009; 2011; GRANEMANN, 2008). Uma das mudanças que surgem com o processo de reestruturação dos sistemas de saúde é a administração de parte das unidades do setor público de saúde por Organizações Sociais de Saúde.

2.1.1 REESTRUTURAÇÃO DA GESTÃO NA SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DE SÃO PAULO

Ao longo das duas últimas décadas do século XX, assistiu-se a um intenso debate sobre a crise fiscal do Estado, suas implicações sobre o processo de financiamento das políticas públicas e as possíveis alternativas ao problema. No limite, este debate expressou o enfrentamento entre concepções sobre o papel do Estado e os padrões de intervenção sobre a sociedade. A partir do debate iniciado nos anos 1990 no Brasil, quanto à necessidade de uma dada reestruturação do Estado, muitas propostas de intervenção foram discutidas (BARBOSA; ELIAS, 2010).

No setor da saúde a proposta governamental para a gestão desse setor, com o processo de reestruturação, foram as Organizações Sociais de Saúde (OSS). Em 1997, o Governo Federal editou a Medida Provisória nº 1.591/1997 (BRASIL, 1997), depois foi promulgada a Lei federal nº 9.637 (BRASIL, 1998), que institui as Organizações Sociais, abrangendo diversos setores de atuação: ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, cultura, proteção e preservação do meio ambiente e saúde.

Segundo dados da Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP), as OSS fazem parte de um modelo de parceria adotado pelo governo do estado de São Paulo para a gestão de unidades de saúde, formalizado pela Lei Complementar nº 846 (SÃO PAULO, 1998). A legislação estadual regulamentou a forma e as regras para entidades sem fins lucrativos serem qualificadas como Organizações Sociais de Saúde, possibilitando a celebração de Contrato de Gestão com a Secretaria de Estado da Saúde, com vistas ao gerenciamento de hospitais e equipamentos públicos de saúde.

No modelo de gestão em parceria com a OSS, o gestor estadual planeja o serviço a ser executado, define as metas de produção e de qualidade, garante os recursos orçamentários para o custeio dos serviços e cobra os resultados previamente definidos

em contrato. A Secretaria de Saúde estadual negocia e firma, anualmente, contratos de gestão com cada uma das OSS que gerenciam os serviços, empenhando recursos orçamentários do tesouro estadual, em troca de resultados de desempenho específicos. A responsabilidade direta pela administração da unidade é das Organizações Sociais, mas o serviço de saúde continua sendo público, com os seus bens, mobiliários e equipamentos pertencendo ao Estado (FERREIRA JUNIOR, 2004).

Dentro das exigências feitas pelo governo estadual às OSS em relação aos resultados, o processo de gestão das organizações devem se ponderar na prestação dos indicadores de avaliação diferenciados de acordo com a modalidade “porta aberta” (hospitais que atendem à demanda espontânea da sociedade), “porta fechada” (hospitais que funcionam com referência restrita e organizações que possuem ambulatórios de especialidades servindo à rede pública); e inclusão de cláusulas que estabelecem um teto máximo de 70% do orçamento destinado ao hospital como despesas com recursos humanos; modificação expressiva no repasse do orçamento anual – condicionado a 12 (doze) parcelas mensais iguais de 90% do orçamento anual, sendo que os 10% restantes são condicionados à avaliação de desempenho dos indicadores estipulados pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – e a criação de indicadores de avaliação como: qualidade de informação, média de permanência em internação e atenção ao usuário (CARNEIRO JÚNIOR; ELIAS, 2006).

Trabalhos como o relatório do Tribunal de Contas do Estado (TCE) (SÃO PAULO, 2010), indicam possibilidades e limites do modelo. Destacam-se, por exemplo, ganhos de produtividade e nos processos de aquisição de bens e serviços, bem como as dificuldades quanto à integração dessas unidades na rede, aos riscos da seleção de clientela e as dificuldades para operar controle sobre uma lógica que não se incorporou na cultura de funcionamento da administração pública – a gestão por resultados (IBAÑEZ, et al. 2001; BARBOSA; ELIAS, 2010).

A parceria entre as Organizações Sociais e o Estado enfrenta, ainda, o argumento de que seria mais um mecanismo de “privatização dissimulada” (PINTO, 2000), já que, através das parcerias, o Estado transfere a responsabilidade da prestação de alguns serviços essenciais às OSS, o que caracteriza a diminuição de atuação efetiva do Estado; desta forma, há teóricos que defendem que ao invés do poder público delegar às Organizações Sociais de Saúde a prestação dos serviços na área da saúde, o Estado deveria criar Fundações Públicas.

Esse novo modelo de gestão das unidades de saúde tem gerado algumas mudanças aos processos de trabalho e os contratos estabelecidos com as OSS apresentam exigência do Estado sobre estas e, por consequência, mudança nas exigências realizadas sobre o trabalhador. Diante disto, podemos observar que as cargas de trabalho e seus desdobramentos na relação que o trabalhador tem com seu trabalho estão se modificando, pois as exigências postas aos profissionais pelo processo de

trabalho tem se intensificado, se aproximando cada vez mais dos mecanismos de funcionamento das fabricas, onde a cobrança por resultados embasados em metas se torna cada vez mais frequente (BARBOSA; ELIAS, 2010).

Vale ressaltar, ainda, que é considerável o número de contratos que não prevê a obrigatoriedade de direitos trabalhistas e muito menos plano de cargo e carreira, nos sistemas geridos pelas OSS. A flexibilidade de contratação produz uma alta rotatividade de profissionais, associado a mecanismos de funcionamento semelhantes ao modo de produção fordista, gerando precarização ao âmbito laboral, criando sujeitos temerosos por seus empregos, majorando o sofrimento, o individualismo e, do mesmo modo, reduzindo a capacidade de mobilização coletiva (PIRES, 2000).

Com o processo de reestruturação ocorrido na saúde e a inserção das OSS frente à gestão deste setor, as instituições hospitalares foram expostas a mudanças significativas no seu modo de organização e produção. A divisão do trabalho no hospital passa a reproduzir em seu interior a evolução e a divisão do trabalho no modo de produção capitalista, sendo preservadas, no entanto, as características caritativo-religiosas. Ocorre a reprodução da lógica do trabalho taylorizado, muitas vezes oculto pelo discurso do trabalho em equipe (SILVA, 1998; PITTA, 2003).

Rodrigues (2006) reforça dizendo que assim como outros setores da saúde, cada vez mais as instituições hospitalares, apesar de sua especificidade, têm se tornado semelhante àquelas do setor industrial no sentido da administração financeira e da utilização da tecnologia para satisfazer às demandas do “cliente”, por meio da oferta de “produtos” de qualidade. Nos hospitais, as demandas do paciente são imediatas, traduzindo-se, muitas vezes, em questão de vida e morte. Neste sentido, a realidade é bem mais complexa quando comparada às organizações industriais.

As atividades dos profissionais são fortemente sobrecarregadas, devido às prolongadas jornadas de trabalho, ao número limitado de funcionários e ao desgaste psicoemocional nas tarefas realizadas no ambiente hospitalar e ainda somam-se a essas peculiaridades as idiosincrasias da saúde pública hospitalar brasileira, como superlotação dos serviços, ritmo acelerado de produção e baixa remuneração dos profissionais (GODOY, 2009; GUIMARÃES et al., 1999).

O ambiente hospitalar apresenta aspectos muito específicos em seu funcionamento, como a excessiva carga de trabalho, o contato direto com situações limite, o elevado nível de tensão e os altos riscos para si e para os outros. A necessidade de funcionamento diuturno, que implica na existência de regime de turnos e plantões, permite a ocorrência de duplos empregos e longas jornadas de trabalho, comuns entre esses profissionais, especialmente quando os salários são insuficientes para a manutenção de uma vida digna. Tal prática potencializa a ação daqueles fatores que, por si só, danificam sua integridade física e psíquica (PITTA, 2003).

De acordo com a OPAS (2004), os hospitais são as instituições mais pragmáticas da organização dos serviços de saúde, e aquelas cuja missão tem variado menos ao longo da história. Evidentemente, isto se reflete na representação que os profissionais de saúde têm de si mesmos e que certamente contribui para a manutenção da divisão de classes e o surgimento de conflitos. Observando-se a história, vê-se que isto tem sido mantido ao longo de décadas o que reforça o posicionamento de que as relações entre pessoas e organizações são dialéticas. O que faz com que as mudanças no funcionamento dessas instituições gerem impacto direto na relação saúde-doença dos profissionais que ali atuam.

2.2 *IMPACTO NA SAÚDE DOS TRABALHADORES*

Com a reestruturação das instituições de saúde, os fatores organizacionais relacionados aos elevados índices de adoecimento dos profissionais encontram-se diretamente ligados a: burocracia dentro das organizações; riscos ocupacionais no processo de trabalho; inadequação do ambiente físico; baixa remuneração; falta de reconhecimento no emprego; impossibilidade de ascensão na carreira; falta de autonomia; mudanças organizacionais frequentes; falta de consideração, falta de confiança e respeito entre os membros da equipe; sentimento de injustiça; sobrecarga de trabalho; insegurança no que se refere à realização de tarefas; falta de condições para execução do trabalho; instabilidade no emprego; falta de suporte por parte da equipe e chefia; e sentimento de desmoralização pessoal no ambiente de trabalho (EZEQUIEL et al., 2012; DIEESE, 1993; PIRES, 1998; TITO, 2013; MARTINS, 2002).

Nessa perspectiva, considera-se que a influência das características laborais sobre a saúde mental dos trabalhadores pode decorrer de inúmeros fatores ou formas de organização do trabalho, as quais desconsideram os limites físicos e psíquicos do trabalhador, impondo-lhe frequentemente a anulação de sua subjetividade para que a produção não seja prejudicada (SELIGMANN-SILVA et al., 2010).

Ritter, Stumm e Kircher (2009) relatam que uma grande incidência de quadros de esgotamento se apresenta de forma assídua em profissionais que trabalham em organizações de cunho assistencial, especialmente os da área da saúde, por toda forma de funcionamento que estas se constituem. Observa-se, que o processo de sofrimento que dá margem ao adoecimento pode ser identificado por queixas e por vastas sintomatologias, como cefaleia, distúrbios gástricos, ansiedade, mudança de humor, entre outros (MININEL; BAPTISTA; FELLI, 2011). Os ambientes são frequentemente de sofrimento, tensão e desgaste por parte dos profissionais atuantes. Essas situações, fortemente relacionadas às questões inerentes ao processo de trabalho, podem evoluir para situações de perda da produtividade ou até mesmo afastamento do trabalhador do ambiente laboral (TITO, 2013).

O ambiente hospitalar apresenta vários riscos aos profissionais, por causa de suas particularidades: as atividades laborais são desenvolvidas em local insalubre; há turnos de trabalho alternados; horários rigorosos; subordinação à hierarquia definida; exposição aos agentes biológicos; cuidados diretos são prestados a pacientes com diferentes necessidades e complexidades, exigindo constante aprimoramento dos conhecimentos e habilidades específicas desses profissionais (GODOY et al., 2006; RIOS; BARBOSA; BELASCOS, 2010).

Os profissionais de saúde vivenciam inúmeras situações desgastantes na prática clínica, pois provêm da constante exposição a um ou mais elementos que favorecem o aparecimento de doenças ou sofrimento, decorrentes da vivência do trabalho e de sua organização, que são destacados por sinais e sintomas orgânicos e psíquicos, como os transtornos mentais, sendo que esses fatores afetam negativamente os resultados do trabalho e a qualidade da assistência prestada pelos trabalhadores (DEJOURS, 1992; AIKEN et al., 2011; TAVARES et al., 2011).

Dejours (1999) afirmou que existem vários riscos associados ao trabalho na saúde e que podem trazer sofrimento aos trabalhadores como radiações ionizantes, vírus, jornadas de trabalho alternadas, entre outros, sendo que além de trazer malefícios ao corpo, podem gerar cargas psíquicas aos profissionais. Para Santana et al. (2013) a carga psíquica na atividade hospitalar está relacionada a diversos aspectos do trabalho e pode gerar diferentes danos à saúde dos trabalhadores:

Para a carga psíquica, foram registrados os transtornos mentais e comportamentais que podem comprometer e agravar a saúde do trabalhador. Para esta carga o desgaste está caracterizado por supervisão estrita; ritmo acelerado; trabalho parcelado, monótono e repetitivo; dificuldade na comunicação; agressão psíquica; fadiga; tensão; estresse e insatisfação. Situações estas que podem desencadear desde acidentes de trabalho até outros agravos à saúde como, por exemplo, os distúrbios emocionais, a ansiedade e a depressão (SANTANA et al., 2013, p. 68).

Karasek (2005) desenvolveu um modelo de análise do trabalho conhecido como demanda-controle, representado por uma figura quadrangular, onde cada quadrante representa associações entre níveis de demanda e graus de controle. Assim, considera duas dimensões que podem favorecer o desgaste no trabalho (*job strain*): as demandas psicológicas caracterizadas pelo ritmo e intensidade no trabalho; e o controle, que é a habilidade e a autonomia referida pelo trabalhador sobre o trabalho executado. Assim, atividades que requerem alta demanda psicológica e sobre as quais o trabalhador tem baixo controle favorecem o desgaste psicológico e adoecimento físico (RODRIGUES et al., 2014).

Alguns estudos têm revelado frequência elevada de transtornos mentais comuns entre os profissionais investigados, associada a situações de risco, conforme o modelo demanda-controle, especialmente as com altas demandas. A associação de transtornos

psíquicos às profissões de saúde tem sido estabelecida por uma série de estudos que, até o momento, têm privilegiado as categorias dos médicos e dos enfermeiros, sobretudo em atividades hospitalares, particularmente de urgência/emergência e centros de terapia intensiva (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; SILVA et al., 2015).

Os TMC apresentam elevada prevalência em diversas populações gerais e trabalhadores, sobretudo entre os profissionais de saúde. Os transtornos mentais podem ocasionar consequências sociais, redução na produtividade laboral e sofrimento psíquico (ALVES, 2013).

Compreender a depressão e os riscos para o suicídio, como também os fatores envolvidos, é de extrema importância para os estudos relacionados à saúde do trabalhador. Cabe ressaltar que a prevalência de sintomas depressivos e suicídio, que corresponde ao processo e causas de morte provocados pela própria vítima, é elevada entre os profissionais da saúde. Salienta-se ainda que a prevalência seja influenciada pelo estresse do ambiente e processo de trabalho, que interfere significativamente na vida laboral destes profissionais, com impacto na qualidade de vida (BARBOSA, K. K. S. et al., 2012; SCHMIDT; DANTAS; MARZIALE, 2011). Lentidão nas atividades, desinteresse, redução da energia, apatia, dificuldade de concentração, pensamento negativo e recorrente, com perda da capacidade de planejamento e alteração do juízo, são evidências de sofrimento humano que sinalizam para depressão e possível risco de suicídio (VIEIRA, 2013; SCHMIDT; DANTAS; MARZIALE, 2011).

A literatura nacional acerca dos TMC e suicídio entre profissionais de saúde ainda é escassa (RIOS; BARBOSA; BELASCOS, 2010; TAVARES et al., 2011; VIEIRA, 2013; SCHMIDT; DANTAS; MARZIALE, 2011), bem como de estudos relacionados aos distúrbios mentais e o local de trabalho (CHANDRA; SATYANARAYANA, 2010). Tais resultados demonstram a necessidade de uma exploração maior da temática, enfocando os diversos aspectos relacionados aos transtornos mentais, assim como ao suicídio, pois os estudos referentes a esta temática também são escassos. A maioria dos estudos se restringe à avaliação isolada da prevalência de transtornos mentais, o que demonstra haver a necessidade de verificar a prevalência de TMC e suicídio em profissionais de saúde e analisar sua relação com fatores sociodemográficos, por meio da utilização de instrumentos adequados e validados para tal fim (VIEIRA et al., 2013; SCHMIDT; DANTAS; MARZIALE, 2011).

CAPÍTULO 3 – PROCESSO DA PESQUISA

Neste capítulo apresenta-se o percurso metodológico proposto para o alcance dos objetivos estabelecidos, descrevendo a população pesquisada e como esta foi definida, o local de realização da pesquisa e os caminhos percorridos para a seleção, os procedimentos e instrumentos de coleta de dados e de análise.

Segundo Minayo (2007), a metodologia pode ser compreendida como o caminho adotado para a abordagem da realidade; dessa forma, a metodologia deve compreender a realização da pesquisa, o que abrange tanto o caminho do pensamento quanto o instrumental, tanto o método quanto as técnicas adotadas para o alcance dos objetivos estabelecidos.

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Optou-se por um estudo epidemiológico de delineamento transversal descritivo, pois o estudo transversal possibilita determinar a prevalência de um determinado agravo e apontar os seus prováveis fatores de risco em uma população definida em um ponto do tempo. Além disso, são estudos relativamente mais rápidos e com custos menores em comparação a outros delineamentos. No caso deste estudo, foi investigada a prevalência de TMC e ideação suicida nos profissionais que executam suas atividades laborais em um hospital geral.

Segundo Medronho (2009), estudos transversais são caracterizados pela observação direta de uma quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade, num prazo determinado de tempo, o mais curto possível, decorrido da observação entre o primeiro e o último indivíduo. Infere ainda que a análise de mais de duas variáveis tem por estratégia avaliar a relação entre elas para elucidar a associação de um agravo e de um fator de exposição específico considerando a influência exercida pelas demais variáveis.

Na pesquisa descritiva, também proposta para este estudo, não há a interferência do investigador, o qual apenas procura descobrir, com o necessário cuidado, a frequência que o fenômeno acontece (VERGARA, 2007).

3.2 LOCAL DA INVESTIGAÇÃO

A pesquisa foi realizada em uma unidade hospitalar localizada na zona norte da região metropolitana do estado de São Paulo. Esta unidade foi fundada em 1984, e se configura como um hospital geral de média e baixa complexidade, filantrópico, sem fins

lucrativos. Diante de uma crise financeira, ocorrida em 1997, a instituição sofreu intervenção da Prefeitura Municipal e seus serviços foram contratados pelos gestores públicos incorporando-se à rede do Sistema Único de Saúde (SUS), passando a se administrada por uma Organização Social de Saúde (OSS), o que ocorria no momento desta pesquisa.

A finalidade inicial do hospital era de prestar assistência maternal, infantil, educacional (através das creches) e social e a finalidade dos atendimentos foi se modificando conforme as necessidades da população. Atualmente, a instituição assiste à comunidade com serviços de pronto-socorro, unidade de observação, cirurgias de baixa e média complexidade, internação em clínica geral e clínica pediátrica e atendimento ambulatorial de ortopedia. Possui atualmente 84 leitos, sendo 19 de clínica médica, 11 de pediatria, 32 de obstetrícia e 19 de cirurgia geral.

As internações deveriam ser apenas de baixa e média complexidade, porém por diversas ocasiões há casos de alta complexidade que acabam sendo assistidos pela instituição, pela dificuldade de transferências para outros hospitais, principalmente pela falta de vagas em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), suporte não oferecido pelo hospital estudado.

A instituição estudada presta assistência à população de algumas microrregiões do Estado de São Paulo, sendo referência para o atendimento de urgência/emergência e pronto atendimento para uma média de 200 mil habitantes. São realizados em torno de 600 atendimentos por dia, sendo na sua maioria apenas para consulta e medicação; as demandas das consultas são espontâneas e somente o serviço de transferência, avaliações e exames específicos são referenciados através da Central de Regulação de oferta de Serviço de Saúde (CROSS).

Sua equipe é composta por trabalhadores que constituem equipes multiprofissionais distribuídas em enfermarias especializadas e equipes de manutenção e organização das estruturas físicas e hotelaria da unidade.

O município no qual está localizado o hospital conta com uma população média de 170 mil habitantes, segmentado em 56 bairros, com cobertura assistencial de duas unidades hospitalares, 8 unidades de Unidades de Saúde da família (USF), 4 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 1 CAPS Infantil, 1 CAPS Adulto e 1 CAPS AD, 56 escolas e 1 faculdade. O município é composto de regiões urbanas e rurais, sendo muitas dessas localidades com acesso restrito ou até inexistente. O município constitui-se por uma população carente em sua maioria, para a qual faltam direitos essenciais como saneamento básico, serviços de saúde em número suficiente, moradias adequadas e regulamentadas, o que expõe esta população à situação de risco sobrecarregando os serviços de assistência.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DA PESQUISA

A população alvo deste estudo consistiu em profissionais que exercem suas atividades laborais na instituição hospitalar coparticipante do estudo, incluindo os profissionais com vínculo direto e terceiros, abrangendo todas as funções.

Selltiz et al. (2004) definem como população o conjunto de todos os casos que concordam com uma série de especificações estabelecida pelo estudo, com o intuito de atingir os objetivos pré-estabelecidos.

No período da coleta de dados, a instituição dispunha de um contingente de 230 funcionários que se enquadravam no perfil da pesquisa, distribuídos nos setores: administrativo, de manutenção, de apoio e infraestrutura, de cozinha, e os profissionais de saúde com funções diretas na assistência, como médicos, profissionais da enfermagem, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, entre outros.

Dentre esses profissionais, 175 eram contratados via CLT e 55 possuíam outros tipos de contrato, estando 221 ativos e 9 afastados pelo INSS. A amostra foi composta por 182 participantes, 79,13% do quadro dos funcionários, pois 3,91% encontravam-se afastados e 16,9% não aceitaram participar do estudo.

A coleta de dados deste estudo ocorreu entre os meses de outubro/2016 a janeiro/2017. Os questionários foram aplicados única e exclusivamente pela pesquisadora e, apesar dos instrumentos utilizados serem autoaplicáveis, todos os participantes foram orientados quanto à forma de preenchimento, às questões éticas, à análise e divulgação dos dados.

O intuito de ter abrangido todos os profissionais foi avaliar a interferência do ambiente hospitalar nos aspectos psicoemocionais dos trabalhadores e se o transtorno mental comum e de ideação suicida se apresentam de forma diferente entre as categorias profissionais, gênero, idade, escolaridade e estado civil.

Para maior confiabilidade da pesquisa, diante dos objetivos e do delineamento proposto, optou-se pela amostra por quotas, sendo o desvio padrão calculado diante da recusa dos trabalhadores na participação na pesquisa.

A amostra por quotas constitui um tipo especial de amostra intencional (MATTAR, 1996; AAKER; KUMAR; DAY, 1995; KINNEAR; TAYLOR, 1979) em que o pesquisador procura obter uma amostra que seja similar à população sob algum aspecto. A seleção de amostra por quotas é a forma mais usual de amostragem não probabilística. Neste caso, são consideradas várias características da população, como sexo, idade e tipo de trabalho, nas quais a amostra pretende incluir proporções similares de pessoas com as mesmas características. Uma pesquisa com amostragem por quotas poderá ser utilizada e trazer bons resultados quando as características relevantes para

controle e delineamento da amostra forem conhecidas, estiverem disponíveis ao pesquisador, estiverem relacionadas ao objeto de estudo e se constituírem em poucas categorias (COCHRAN, 1995).

A ideia de amostragem por quotas sugere que se as pessoas são representativas em termos de características e elas também poderão ser representativas em termos da informação procurada pela pesquisa. Depois de serem identificadas as proporções de cada tipo a ser incluído na amostra, o pesquisador estabelece um número ou quota de pessoas que possuem as características determinadas e que serão contatadas pela pesquisa (CURWIN; SLATER, 1991). O entrevistador recebe instruções para continuar a amostragem até que a quota necessária tenha sido atingida em cada estrato (COCHRAN, 1965).

Em pesquisas com amostras por quotas, os entrevistadores têm liberdade na obtenção dos dados (encontrar pessoas com determinadas características) e recebem taxas fixadas com o valor de cada entrevista; por isto, eles tendem a realizar as entrevistas em uma só localidade para maximizar seus ganhos (COCHRAN, 1965).

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a análise da ideação suicida e dos Transtornos Mentais Comuns e medidas das variáveis sociodemográficas, foram utilizados os seguintes instrumentos de medida: o *Self Report Questionnaire* (SRQ) e um questionário sociodemográfico (Apêndice B). A escolha dos instrumentos baseou-se na facilidade de aplicação, baixo custo, propriedades psicométricas adequadas de validade e fidedignidade (FACHEL; CAMEY, 1993).

3.4.1 SELF REPORT QUESTIONNAIRE

O *Self Report Questionnaire* (SRQ) é um instrumento de rastreamento psiquiátrico originalmente composto por 25 questões, desenvolvido por Harding et al. (1980), sendo 20 relacionadas a sintomas não psicóticos, quatro referentes a sintomas psicóticos e uma sobre convulsões. Porém, foi detectado que as questões relacionadas aos sintomas psicóticos não eram suficientes para detectar tais sintomas (WHO, 1994). Diante disto, a versão brasileira do SRQ ficou composta por 20 questões e foi validada no início da década de 1980, por Mari e Williams (1986).

O SRQ permite a detecção precoce de sinais e sintomas de comprometimento da saúde mental sendo recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um

método para identificação dos Transtornos Mentais Comuns (TMC) (MARI; WILLIAMS, 1986).

O SRQ-20 (ANEXO A) conta com 20 questões indicativas de transtornos mentais não psicóticos. Esta configuração, composta por 20 questões, avalia sintomas neuróticos como: humor ansioso (questões 4, 6, 9 e 10), reações psicossomáticas (questões 1, 2, 3, 5, 7 e 19), decréscimo de energia vital (questões 8, 11, 12, 13, 18 e 20), humor depressivo (questões 14, 15 e 16) e ideação suicida (questão 17). As alternativas de respostas são dicotômicas ‘sim’ ou ‘não’, tem linguagem simples, podendo ser autoaplicável ou administrado por entrevistador, devendo-se optar por um único modo de preenchimento para todos os sujeitos. Cada resposta positiva equivale a um ponto, sendo possível o sujeito fazer, no máximo 20 pontos. Os sujeitos com pontuação igual e/ou acima do ponto de corte configuram-se, portanto, portadores de transtornos mentais comuns, condição que, embora não implique diagnóstico psiquiátrico formal, indica sofrimento psíquico relevante e que merece atenção de profissionais de saúde mental.

O primeiro estudo de validação do SRQ-20 no Brasil foi realizado por Mari e Williams (1986). Utilizando o ponto de corte 5/6 para homens e 7/8 para mulheres, os autores obtiveram os seguintes valores: 83% de sensibilidade e 80% de especificidade. A escolha por pontos de corte diferentes para os sexos baseou-se no valor preditivo muito menor nos homens que mulheres, e também no fato de que apresentava melhora significativa com o decréscimo de um a dois pontos para o corte nos homens, estimulando tal diferenciação, apesar dessa diferença não ter alcançado significância estatística (MARI; WILLIAMS, 1986).

Em 2008, Gonçalves e Kapczinski (2008) publicaram um artigo com uma nova validação do SRQ-20 no Brasil, comparando os resultados desse instrumento com entrevista psiquiátrica usando a SCID-IV-TR (*Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*) como padrão-ouro. O estudo foi conduzido em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil, com 485 indivíduos (54,8% mulheres, idade média 40,04). O SRQ-20 apresentou como ponto de corte ideal 7/8, independente do sexo, com sensibilidade de 86,33% e especificidade de 89,31%. O poder discriminante para diagnóstico psiquiátrico do SRQ-20 foi de 0,91.

No Brasil, o SRQ-20 tem sido utilizado principalmente em estudos populacionais, na atenção primária e em grupos ocupacionais específicos (LIMA et al., 2008; LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003; MARAGNO et al., 2006). Em análise aos trabalhos realizados com grupos ocupacionais específicos, principalmente aos que se assemelham a este estudo, o ponto de corte adotado foi de sete ou mais respostas positivas ao SRQ-20, como se pode observar no estudo de Araújo et al. (2003), pois a população avaliada encontra-se exposta às mesmas variáveis. A partir disso, foi tomada a decisão por este ponto de corte nesta pesquisa.

3.4.2 *QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO*

Foi aplicado um questionário desenvolvido pela pesquisadora para registrar variáveis sociodemográficas, tais como idade, gênero, escolaridade, estado civil, ocupação, e identificar a trajetória de tratamentos em saúde mental dos sujeitos.

Estas informações são pertinentes à construção de um contexto dos sujeitos, que foi utilizado em conjunto com os resultados do SRQ-20 para as análises da pesquisa.

3.5 *PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS*

A aplicação dos instrumentos selecionados para coleta de dados foi realizada, adotando-se a seguinte ordem: primeiro, o SRQ-20 e, a seguir, o questionário sociodemográfico, tendo em vista que questões de natureza pessoal que constam do questionário devem ser feitas no final da entrevista, conforme sugere Günther (1999).

As entrevistas foram realizadas no período de outubro /2016 a janeiro/2017, no ambiente de trabalho do respondente em horários dos plantões, de acordo com a disponibilidade do participante, de forma individual (em sua maioria), ou em pequenos grupos compostos por no máximo três indivíduos. O acesso aos respondentes foi viabilizado por um dos Técnicos de Segurança do Trabalho, tendo em vista sua familiaridade com a população alvo. Os instrumentos foram aplicados única e exclusivamente pela pesquisadora. Cada participante utilizou em média 12 minutos para responder aos dois questionários.

Os sujeitos foram abordados no ambiente de trabalho, onde receberam um envelope com os dois questionários e duas cópias do TCLE (APÊNDICE A). Foi realizada a leitura do TCLE junto com o participante, esclarecidos os objetivos da pesquisa e dúvidas vigentes dos participantes. Havendo o aceite em participar, foram preenchidos e assinados os TCLE, e o entrevistado passou a responder aos instrumentos de coleta de dados, realizando a devolução no mesmo dia da aplicação. Esta foi uma estratégia para evitar perdas na devolução dos questionários.

3.6 *ANÁLISE DOS DADOS*

Os dados obtidos foram digitados em dupla entrada em planilha eletrônica (Programa Microsoft Office Excel 2007 para Windows), sendo feita uma checagem de possíveis erros de digitação. Em seguida, os dados foram importados ao *Statistic Package for Social Sciences* (SPSS), versão 13.0.

Foi realizada a análise estatística descritiva, com o cálculo das médias, desvios-padrão e porcentagens dos escores obtidos na escala SRQ-20. Foi calculada a prevalência de TMC na população alvo, a partir dos dados coletados pela escala SRQ-20, respeitados os valores de ponto de corte de ≥ 7 para ambos os sexos.

Foram analisados, por meio da análise estatística univariada de regressão linear, os fatores associados à ocorrência de TMC, a partir das variáveis sociodemográficas coletadas no presente trabalho, utilizando o teste qui-quadrado para análise das diferenças entre os grupos. Por último, foi realizada a análise de regressão logística, na qual a variável dependente foi a ocorrência de TMC e as variáveis independentes foram aquelas identificadas como significativas ($p < 0,05$) na análise precedente univariada.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

De modo a atender à Resolução CNS nº 466/12, que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, este trabalho foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública, após cadastramento na Plataforma Brasil (ANEXO B). A coleta de dados iniciou-se após a apreciação da pesquisa pelos órgãos avaliadores acima sob número CAAE: 56301916.5.0000.5421.

Todos os participantes da pesquisa foram informados claramente sobre os objetivos e métodos utilizados no estudo. Foram assegurados do sigilo das informações fornecidas e o direito de interromper, a qualquer momento sua participação no estudo, sem que isto lhe acarretasse prejuízos no processo de trabalho. Também foram informados, antecipadamente, sobre a duração aproximada da coleta de dados e a isenção de riscos em responder aos questionários. O participante estava ciente de que seus dados pessoais seriam mantidos em sigilo e seriam anônimos, e que os resultados seriam apresentados apenas de forma coletiva e exposto através de dados estatísticos. A cada entrevistado foi fornecido uma cópia do TCLE, onde se encontravam os contatos telefônicos e email da pesquisadora, da orientadora da pesquisa e do CEP da universidade, caso necessitasse de alguma informação, ou desejasse saber sobre o desenvolvimento ou resultado da pesquisa. Somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o participante iniciou a resposta aos questionários.

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo dedica-se a expor os resultados das análises estatísticas descritivas das principais características da amostra e ao exercício analítico de dialogar a produção de dados com a produção teórica sobre a temática pesquisada.

4.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS DADOS

Inicialmente são apresentados os resultados coletados através do questionário sociodemográfico e posteriormente está exposta a prevalência de TMC e as questões do SRQ – 20 com maior frequência e relevância ao estudo, apresentando as características principais da amostra por meio da análise estatística descritiva.

4.1.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

A coleta de dados deste estudo ocorreu no período de quatro meses, obtendo a colaboração de 182 participantes, do contingente de 230 funcionários que se enquadravam no perfil da pesquisa, que resultou nos seguintes resultados.

Na Tabela 1 encontram-se os dados referentes às características sociodemográficas da amostra: sexo, estado civil, escolaridade e idade. No enquadre dos 182 participantes o maior percentual é do sexo feminino (69,2%) e 30,8% do sexo masculino, com o maior índice dos participantes com estado civil casado (48,40%), um índice de solteiro de 41,20% e com menor representatividade de desquitado (0,5%) (Figura 1). Quanto ao nível de escolaridade, a maior parte dos entrevistados (53,80%) cursou o ensino médio e 7,7% com ensino fundamental, apresentando o menor índice (Figura 2). Os participantes deste estudo apresentam-se com idade entre 20 e 63 anos e com idade média de 36,44 anos (DP 9,62 $\pm$).

Na distribuição da ocupação da população alvo (Tabela 2), a maioria tem ocupação atual de auxiliar de enfermagem (25,27%), seguido de médicos (13,19%), sendo muitas das outras funções representadas por indivíduos únicos e/ou por uma população menor diante das necessidades do serviço.

Tabelas 1 - Variáveis sociodemográficas

Especificações		N	%
Sexo	Feminino	126	69,2%
	Masculino	56	30,8%
Estado Civil	Casado	88	48,4%
	Solteiro	75	41,2%
	Divorciado	10	5,5%
	União estável	4	2,2%
	Amasiada	2	1,1%
	Viúva	2	1,1%
	Desquitado	1	0,5%
Escolaridade	Ensino médio	98	53,8%
	Pós-graduação	28	15,4%
	Superior	25	13,7%
	Superior Incompleto	17	9,3%
	Ensino Fundamental	14	7,7%
Idade (anos):	Média	36,44	
	Máximo	63	
	Mínimo	20	
	Desvio padrão (SD)	9,62	

Fonte: Questionários de pesquisa.

Figura 1 - Estado Civil

Fonte: Questionários de pesquisa.

Figura 2 – Escolaridade

Fonte: Questionários de pesquisa.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes da pesquisa, por Ocupação Atual

Ocupação	N	%
Auxiliar de enfermagem	46	25,27%
Médico	24	13,19%
Enfermeiro	13	7,14%
Recepcionista	12	6,59%
Técnica de enfermagem	11	6%
Porteiro	7	3,85%
Auxiliar de cozinha	7	3,85%
Auxiliar administrativo	6	3,30%
Auxiliar de serviços gerais	6	3,30%
Assistente de faturamento	4	2,20%
Cozinheira	3	1,65%
Técnica de laboratório	3	1,65%
Pedreiro	3	1,65%
Auxiliar de limpeza	2	1,10%
Técnica em radiologia	2	1,10%
Técnico de segurança do trabalho	2	1,10%
Administração	1	0,55%
Administrador hospitalar	1	0,55%
Analista de prontuário	1	0,55%
Analista financeiro	1	0,55%
Assistente financeiro	1	0,55%
Auxiliar de escritório	1	0,55%
Auxiliar de farmácia	1	0,55%
Auxiliar de faturamento	1	0,55%
Auxiliar de higienização	1	0,55%
Auxiliar de serviços	1	0,55%
Chefe departamento de pessoal	1	0,55%
Comprador	1	0,55%
Coordenador de patrimônio	1	0,55%
Coordenador de segurança	1	0,55%
Coordenadora	1	0,55%
Coordenadora administrativa	1	0,55%
Coordenadora da recepção	1	0,55%
Coordenadora higienização	1	0,55%
Encarregada de faturamento	1	0,55%
Encarregado de departamento de pessoal	1	0,55%
Encarregado de manutenção	1	0,55%
Farmacêutica	1	0,55%
Nutricionista	1	0,55%
Supervisora	1	0,55%
Técnica de análise clínicas	1	0,55%
Técnica de imobilização ortopédica	1	0,55%
Técnico de informática	1	0,55%
Telefonista e recepcionista	1	0,55%
Total	182	100,00%

Fonte: Questionários de pesquisa.

4.1.2 DADOS CLÍNICOS

A maioria dos sujeitos não teve afastamento do trabalho por problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano (89,60%) (Tabela 3). Na Tabela 3.1 apresenta-se a média geral de dias de afastamento do trabalho por problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano, que foi de 2,96 dias (D.P. 14,01±), sendo que um dos indivíduos teve o máximo de 123 dias. Ainda na Tabela 3.1 encontra-se o tempo médio de serviço na ocupação que é de 7,67 anos (D.P. 6,96±) e no máximo 34 anos de ocupação, e o tempo médio de serviço na instituição é de 5,33 anos (D.P. 5,73±) com no máximo 27 anos.

Tabela 3 - Distribuição dos participantes da pesquisa, por tempo de Afastamento do Trabalho por problemas de saúde relacionados ao trabalho, no último ano.

	Frequência	Percentual
Entre 1 e 3 - média tempo afastamento	12	6,6
Mais de 3 - média tempo afastamento	7	3,8
Nenhum	163	89,6
Total	182	100,0

Fonte: Questionários de pesquisa.

Figura 3 – Afastamento

Fonte: Questionários de pesquisa.

Tabela 3.1 - Distribuição do Afastamento do trabalho por problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano (em dias) e Tempo de serviço na ocupação (em anos) e tempo de serviço na instituição (em anos).

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Afastamento do trabalho por problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano (dias):	0	123	2,96	14,011
Tempo de serviço na ocupação (anos):	0,01	34,00	7,673	6,9619
Tempo de serviço na instituição (anos):	0,250	27,00	5,331	5,7327

OBS. número de dias estão convertidos proporcionalmente em anos, então 0,01 anos equivale a 3 dias e 0,25 anos equivale a 3 meses (ou 90 dias).

Notamos descritivamente, conforme apresentado na Tabela 4, que os indivíduos que não tiveram nenhum dia de afastamento (n=163 indivíduos) têm um tempo médio de serviço na instituição menor que 5,07 anos, sendo que os indivíduos que tiveram entre 1 e 3 afastamentos (n=12) tem um tempo médio de serviço na instituição de 8,28 anos.

Tabela 4 - Distribuição do afastamento do trabalho por problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano por tempo de serviço na instituição em anos.

Afastamento do trabalho por problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano:	N	Média	Mínimo	Maximo	Desvio padrão
Entre 1e 3-média tempo afastamento	12	8,2841	1,8300	26,0000	6,88635
Mais de 3- média tempo afastamento	7	6,2028	1,4200	12,5000	3,79008
Nenhum	163	5,0771	0,2500	27,0000	5,67656
Total	182	5,3319	0,2500	27,0000	5,73276

Fonte: Questionários de pesquisa.

Nota-se que a maioria dos participantes não faz acompanhamento psicológico assim como acompanhamento psiquiátrico, e não faz uso de medicamentos psiquiátricos (96,70%) (Tabela 5). Dentre os que tinham acompanhamentos psicológicos 8,20% (n=15), 3,30% (n=6) não está relacionado ao trabalho e 4,40% (n=8) está relacionado ao trabalho; um indivíduo não respondeu (sujeito n.160). Dentre os que fazem acompanhamento psiquiátrico, 2,70%(n=5), 1,10% (n=2) não está relacionado ao trabalho e 1,60% (n=3) está relacionado ao trabalho.

Tabela 5 - Distribuição dos acompanhamentos psicológicos e psiquiátricos (n=182)

	N	%
Fez ou faz acompanhamento psicológico?	Não 167	91,8
	Sim 15	8,2
Se sim psicológico: por problemas relacionados ao trabalho?	Vazio 168	92,3
	Não 6	3,3
	Sim 8	4,4
Fez ou faz acompanhamento psiquiátrico?	Não 177	97,3
	Sim 5	2,7
Se sim psiquiátrico: por problemas relacionados ao trabalho?	Vazio 177	96,7
	Não 2	1,1
	Sim 3	1,6
Fez ou faz uso de medicações psiquiátricas?	Não 176	96,7
	Sim 6	3,3

Fonte: Questionários de pesquisa.

Foi realizado o cruzamento dos dados em relação às variáveis sexo e afastamento do trabalho e observa-se que dentre as 125 mulheres do estudo 87,20% (n=109) não possuem afastamento, ou seja, a maioria não teve nenhum afastamento do trabalho e idem para os homens, 94,60% não tiveram afastamento (Figura 3). O Teste Qui-quadrado indica não haver relação do afastamento por sexo ($p=0,659$).

Figura 4 – sexo versus afastamento

Fonte: Questionários de pesquisa.

4.2 PREVALÊNCIA DE TMC E ANÁLISE UNIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS

4.2.1 QUESTIONÁRIO SRQ-20

A Tabela 6 apresenta os resultados referentes às porcentagens de respostas a cada item da escala SRQ-20. Pode-se observar que houve maior frequência de respostas negativas (zero= “não”) do que positivas (um= “sim”) às questões da escala, com exceções das questões 3 e 6.

As maiores frequências de respostas positivas (um = “sim”) acima de 50% ocorreram para as questões de número 03 e 06 ("Dorme mal?" e "Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?") que são respectivamente 51,10% e 63,20%. Em segundo lugar, houve uma ocorrência de 48,90% de respostas “sim” para a questão de nº 20 ("Cansa-se com facilidade?"). Com relação às respostas negativas (zero= “não”), a questão que apresentou maior frequência (92,90%) foi a nº 17 ("Tem tido ideias de acabar com a própria vida?"), seguida das questões número 14 e 16 ("É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?" e "Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo?"), respectivamente 85% e 84,10%.

Tabela 6 - Distribuição dos itens da escala SRQ-20 (n=182). Porcentagens das respostas.

		N	%
1. Tem dores de cabeça frequentes?	NÃO	103	56,6%
	SIM	79	43,4%
2. Tem falta de apetite?	NÃO	140	76,9%
	SIM	42	23,1%
3. Dorme mal?	NÃO	89	48,9%
	SIM	93	51,1%
4. Assusta-se com facilidade?	NÃO	127	69,8%
	SIM	55	30,2%
5. Tem tremores de mão?	NÃO	140	76,9%
	SIM	42	23,1%
6. Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	NÃO	67	36,8%
	SIM	115	63,2%
7. Tem má digestão?	NÃO	126	69,2%
	SIM	56	30,8%
8. Tem dificuldade para pensar com clareza?	NÃO	128	70,3%
	SIM	54	29,7%
9. Tem se sentido triste ultimamente?	NÃO	104	57,1%
	SIM	78	42,9%
10. Tem chorado mais do que de costume?	NÃO	139	76,4%
	SIM	43	23,6%
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	NÃO	124	68,1%
	SIM	58	31,9%
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	NÃO	113	62,1%
	SIM	69	37,9%
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	NÃO	140	76,9%
	SIM	42	23,1%
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	NÃO	153	85,0%
	SIM	27	15,0%
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	NÃO	123	67,6%
	SIM	59	32,4%
16. Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo?	NÃO	153	84,1%
	SIM	29	15,9%
17. Tem tido ideias de acabar com a vida	NÃO	169	92,9%
	SIM	13	7,1%
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	NÃO	100	54,9%
	SIM	82	45,1%
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	NÃO	128	70,3%
	SIM	54	29,7%
20. Cansa-se com facilidade?	NÃO	93	51,1%
	SIM	89	48,9%

Fonte: Questionários de pesquisa.

Na tabela 6.1 encontram-se as medidas descritivas dos fatores (agrupamentos dos itens do instrumento SRQ-20) desta amostra, onde nota-se que a média de respostas "sim" por fator de maior prevalência é o fator *decréscimo de energia vital* que teve no máximo 6 respostas "sim" e a maior média 2,16 (DP = 2,07).

Tabela 6.1 - Distribuição dos agrupamentos dos itens da escala SRQ-20 (n=182).

Fatores (coloridos)	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Humor ansioso	0	4	1,60	1,350
Reações psicossomáticas	0	6	2,01	1,827
Decréscimo de energia vital	0	6	2,16	2,072
Humor depressivo	0	3	0,63	0,970
Ideação suicida	0	1	0,07	0,258

Fonte: Questionários de pesquisa.

Os resultados mostraram que a prevalência global de TMC, na amostra em estudo, foi de 45,10% (Tabela 6.2).

Tabela 6.2 - Distribuição das categorias do ponto de corte para TMC (n=182)

Classificação do ponto de corte	
	N %
Valores abaixo de 7,0	100 54,90%
Valores acima de 7,0 (inclusive)	82 45,10%
Total	182 100,00%

Fonte: Questionários de pesquisa.

Na Tabela 7 tem-se a prevalência por categoria das variáveis sociodemográficas avaliadas. Para análise das diferenças de prevalência encontradas entre grupos de classificação do ponto de corte, foi utilizado o teste estatístico qui-quadrado. Pode-se verificar que apenas uma variável apresentou resultado estatisticamente significativo, o sexo ($X^2 = 11,799$ e $p=0,003$).

A categoria do sexo feminino apresentou uma taxa de prevalência (52,80%), significativamente mais elevada de TMC, comparativamente ao sexo masculino 26,80% ($p=0,003$).

As demais variáveis não apresentaram uma relação estatisticamente significativa com a taxa de prevalência de TMC. Quanto ao estado civil, a prevalência de TMC entre

os solteiros foi de 46,70%, e para os casados (44,30%) e para a escolaridade a maior foi para o ensino médio (51%).

Tabela 7 - Distribuição das categorias do ponto de corte para TMC (n=182) por categorias das variáveis demográficas.

		Classificação do ponto de corte			
		Valores abaixo de 7,0		Valores acima de 7,0 (inclusive)	
		N	%	N	%
Sexo:	Sem informação	0 ¹	0,0%	1 _a	100,0%
	Feminino	59 _a	47,2%	66 _b	52,8%
	Masculino	41 _a	73,2%	15 _b	26,8%
Escolaridade:	Ensino Fundamental	8 _a	57,1%	6 _a	42,9%
	Ensino médio	48 _a	49,0%	50 _a	51,0%
	Pós-graduação	20 _a	71,4%	8 _a	28,6%
	Superior	15 _a	60,0%	10 _a	40,0%
	Superior Incompleto	9 _a	52,9%	8 _a	47,1%
Estado Civil:	Amasiada	1 _a	50,0%	1 _a	50,0%
	Casado	49 _a	55,7%	39 _a	44,3%
	Desquitado	0 ¹	0,0%	1 _a	100,0%
	Divorciado	5 _a	50,0%	5 _a	50,0%
	Solteiro	40 _a	53,3%	35 _a	46,7%
	União estável	4 _a	100,0%	0 ¹	0,0%
	Viúva	1 _a	50,0%	1 _a	50,0%
Afastamento do trabalho por problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano:	Entre 1 e 3 - média tempo afastamento	6 _a	50,0%	6 _a	50,0%
	Mais de 3 - média tempo afastamento	3 _a	42,9%	4 _a	57,1%
	Nenhum	91 _a	55,8%	72 _a	44,2%

Note: Values in the same row and subtable not sharing the same subscript are significantly different at $p < 0,05$ in the two-sided test of equality for column proportions. Cells with no subscript are not included in the test. Tests assume equal variances.²

1. This category is not used in comparisons because its column proportion is equal to zero or one.

2. Tests are adjusted for all pairwise comparisons within a row of each innermost subtable using the Bonferroni correction.

Teste Qui quadrado para Sexo por classificação.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,799 ^a	2	0,003
LikelihoodRatio	12,543	2	0,002
N of Valid Cases	182		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,45.

Na Tabela 7.1, também das classificações dos pontos por variáveis de acompanhamento psicológicos e/ou psiquiátricos, note que a categoria do **sim** para "Se sim psicológico: por problemas relacionados ao trabalho?" apresentou uma taxa de prevalência (87,50%) e significativamente $p=0,042$ e é mais elevada de TMC, comparativamente o não 33.3% ($X^2 = 6,329$ e $p=0,042$).

As demais variáveis não apresentaram uma relação estatisticamente significativa com a taxa de prevalência de TMC.

Tabela 7.1 - Distribuição das categorias do ponto de corte para TMC (n=182) por categorias das variáveis Acompanhamentos psicológicos e psiquiátricos.

		Classificação do ponto de corte			
		Valores abaixo de 7,0		Valores acima de 7,0 (inclusive)	
		Count	Row N %	Count	Row N %
			%		
Fez ou faz acompanhamento psicológico?	Não	94 _a	56,3%	73 _a	43,7%
	Sim	6 _a	40,0%	9 _a	60,0%
Se sim psicológico: por problemas relacionados ao trabalho?		95 _a	56,5%	73 _a	43,5%
	Não	4 _a	66,7%	2 _a	33,3%
	Sim	1 _a	12,5%	7 _b	87,5%
Fez ou faz acompanhamento psiquiátrico?	Não	99 _a	55,9%	78 _a	44,1%
	Sim	1 _a	20,0%	4 _a	80,0%
Se sim psiquiátrico: por problemas relacionados ao trabalho?		99 _a	55,9%	78 _a	44,1%
	Não	1 _a	50,0%	1 _a	50,0%
	Sim	0 ¹	0,0%	3 _a	100,0%
Fez ou faz uso de medicações psiquiátricas?	Não	99 _a	56,2%	77 _a	43,8%
	Sim	1 _a	16,7%	5 _a	83,3%

Note: Values in the same row and subtable not sharing the same subscript are significantly different at $p < ,05$ in the two-sided test of equality for column proportions. Cells with no subscript are not included in the test. Tests assume equal variances.²

1. This category is not used in comparisons because its column proportion is equal to zero or one.

2. Tests are adjusted for all pairwise comparisons within a row of each innermost subtable using the Bonferroni correction.

Teste estatístico qui quadrado para Classificação versus Se sim psicológico: por problemas relacionados ao trabalho.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,329 ^a	2	,042
Likelihood Ratio	6,848	2	,033
N of Valid Cases	182		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,70.

Os resultados do teste estatístico *t-Student*, o qual avalia (ou compara as médias de dois grupos, o grupo é a classificação do ponto de corte. Notamos que para idade foi significativo apresentando que a média de idade do grupo de maior prevalência (valores acima de 7,0 inclusive) são mais jovens (34 anos vs 38 anos) as demais variáveis como o tempo de serviço e afastamentos não apresentaram diferença entre os grupos de classificação do ponto de corte ($p > 0,05$) (Tabela 7.2).

Tabela 7.2 - Distribuição das categorias do ponto de corte para TMC (n=182) por variáveis quantitativas (idade e tempo de serviço em anos e afastamentos em dias).

	Classificação do ponto de corte	N	Média	Desvio Padrão	p
Idade (anos)	Valores abaixo de 7,0	99	37,78	9,983	0,039
	Valores acima de 7,0 (inclusive)	82	34,82	8,957	
Tempo de serviço na instituição (anos)	Valores abaixo de 7,0	100	5,239	5,912	0,811
	Valores acima de 7,0 (inclusive)	82	5,444	5,54	
Tempo de serviço na ocupação (anos)	Valores abaixo de 7,0	100	8,471	7,855	0,080
	Valores acima de 7,0 (inclusive)	82	6,7	5,579	
Afastamento do trabalho por problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano (dias):	Valores abaixo de 7,0	100	1,72	9,704	0,215
	Valores acima de 7,0 (inclusive)	82	4,46	17,871	

Fonte: Questionários de pesquisa.

4.3 ANÁLISE MULTIVARIADA DE REGRESSÃO LOGÍSTICA MÚLTIPLA

Com o objetivo de investigar a contribuição das diversas variáveis independentes como fatores explicativos da prevalência de TMC, foi feita uma análise de regressão logística. A variável dependente foi o resultado final da escala SRQ-20, que identifica se o sujeito tem indicativo de TMC, a partir do escore global obtido no questionário. A ocorrência de TMC foi determinada usando-se o ponto de corte ≥ 7 no SRQ-20 (vide tabela 6.2), valor apropriado como ponto de equilíbrio entre sensibilidade e especificidade, conforme Gonçalves, Stein e Kapczinski (2007). As variáveis independentes utilizadas na análise de regressão logística foram aquelas que, na análise univariada, apresentaram $p \leq 0,05$, em acordo com as recomendações de Hosmer e Lemeshow (2000) que foram: sexo e "Se sim por problemas relacionados ao trabalho".

O modelo de regressão logística, descrito a seguir, representa o resultado com o melhor poder explicativo do fenômeno em estudo. A Tabela 8 apresenta os resultados da análise de regressão logística.

Tabela 8 – Resultados da análise de regressão logística para os fatores associados à prevalência de TMC.

	B	S.E.	Wald	df	Sig.=p	Exp(B)=OR	95% EXP(B)	C.I.for
							inferior	superior
Sexo	1,209	,369	10,707	1	0,001	3,349	1,624	6,908
Se sim por problemas relacionados ao trabalho	2,486	1,111	5,005	1	0,025	0,083	0,009	0,735
Intercepto	1,322	1,101	1,441	1	0,230	3,751		

Fonte: Questionários de pesquisa.

O modelo de regressão logística obtido na análise apresentou a seguinte reta de regressão: $TMC_{ijk} = + 1,322 + 1,209 \text{ sexo } i - 2,486 \text{ se sim } j = 1 + e_{ijk}$, onde:

TMC_{ijk} = é o log variável resposta (Y=dicotômica) é a probabilidade de indicativo de TMC.

Sexo i = se o indivíduo é do sexo ($i = 0$ masculino ou $i=1$ feminino);

"Se sim (para psicológicos) por problemas relacionados ao trabalho" $j = 1$ se não e $j = 0$ se sim, e e_{ijk} = erro amostral das categorias.

Na Tabela 8, pode-se verificar ainda que os resultados da regressão logística indicam que a variável sexo (OR = 3,349; $p \leq 0,05$) está associada à presença de TMC e "Se sim por problemas relacionados ao trabalho" (OR = 0,083; $p > 0,05$) não apresentou

significância estatística.

É possível afirmar que as mulheres tem a chance de 3,349, um índice 3 vezes maior, de apresentarem indicativo de TMC comparativamente aos homens com IC (OR) [1,624 ; 6,908] (Intervalo de confiança do *Odds Ratio*(OR) com 95% de confiabilidade).

4.4 DISCUSSÃO

Os resultados da presente pesquisa apontam as principais características clínicas e sociodemográficas da população assistida nesse estudo, que consiste em 182 profissionais, que representam 79,13% do quadro de funcionários atuantes em um hospital geral da região metropolitana de São Paulo, inserido na rede SUS. Na distribuição da ocupação da população alvo, 38,41% compunham a equipe de enfermagem, 13,19% eram médicos, estas duas funções configuram mais da metade da equipe atuante na instituição, os 48,4% representam os demais profissionais, funções estas representadas por indivíduos únicos e/ou por uma população menor. Predominaram profissionais do sexo feminino 69,2% e os que se declararam casados 48,40%.

Inicialmente, a discussão abordará as limitações do estudo e posteriormente os resultados encontrados, para melhor compreensão dos argumentos expostos.

4.4.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Os resultados aqui obtidos devem ser avaliados com cautela em função de possíveis limitações do estudo. Dentre essas limitações, cabe considerar aquelas relativas ao tipo de desenho de estudo utilizado, corte transversal, que avalia simultaneamente variáveis relativas ao efeito de interesse e aos seus fatores associados. Portanto, não se pode descartar a hipótese de causa reversa, ou seja, não é possível identificar se os TMC influenciaram os fatores associados ou vice-versa. O caráter transversal do estudo impossibilita análise de antecedência temporal (MORAES JÚNIOR, 2010).

Outro fator que deve ser levado em consideração, dentro deste aspecto, está vinculado ao delineamento utilizado para definição da amostra deste estudo, sendo a amostragem não probabilística, que propicia uma maior facilidade operacional e baixo custo de amostragem, mas tem como consequência a incapacidade de introduzir viés em relação à população total, ou seja, os resultados obtidos a partir da amostra selecionada não podem ser generalizados a toda população do grupo ocupacional específico estudado. Mesmo consciente deste aspecto, optou-se por adotar este delineamento, após

o alto índice de recusa das instituições em ser campo de pesquisa deste estudo, provavelmente pela temática da investigação. Diante disto, emergiu a limitação de tempo, onde uma amostra probabilística, que seria a proposta inicial, tornou-se inviável.

4.4.2 INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

4.4.2.1 Prevalência de transtorno mental comum

A prevalência de TMC em populações específicas vem sendo bastante estudada. Os trabalhadores foram alvo de um número significativo de pesquisas envolvendo a detecção de transtornos mentais comuns, com prevalências oscilando entre 20 e 54% (SOUZA; SILVA, 1998; REIS et al., 2005; GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2006), inclusive entre os profissionais da área da saúde (BRAGA, 2007; CABANA et al., 2007; SILVA; MENEZES, 2008).

A prevalência global de TMC, observada no presente estudo, foi de 45,10%. Não foram encontrados estudos que utilizaram o mesmo recorte populacional selecionado a esta pesquisa, diante disto foram utilizados estudos com características semelhantes como comparativo.

Em comparativo com outras pesquisas realizadas com profissionais da saúde, não abrangendo as demais profissões atuantes neste ambiente, os resultados encontrados apresentam divergência das taxas de prevalência, com variações como supracitado. No estudo de Alves et al. (2015), realizado com profissionais da saúde atuantes no ambiente hospitalar, a prevalência de TMC foi de 27,9% e na pesquisa realizada entre profissionais da saúde do PSF na Bahia (BARBOSA et al., 2012a) a prevalência foi de 16,0%. Porém o resultado do presente estudo se assemelhou à investigação realizada com os trabalhadores da rede básica de saúde, em Botucatu, estudo elaborado por Braga, Carvalho e Binder (2010), onde o indicativo de TMC apresentado foi de 42,6%.

Em comparativo a prevalência de TMC na população geral brasileira, os índices apresentados variam de 20% a 35% (ANDREOLI, 2007), apresentando-se os índices do presente estudo superior ao da população geral.

Segundo Alves et al. (2015), a prevalência de TMC em profissionais atuantes na área hospitalar tende a uma prevalência superior aos profissionais atuantes em outros setores da saúde, a exemplo da atenção básica, devido às diferentes complexidades das assistências; diante disto, os resultados do presente estudo encontram-se dentro dos resultados esperados.

A seguir, discutiremos os fatores de risco para TMC associados aos aspectos sociodemográficos que foram encontrados com a aplicação de instrumento específico e

também destacaremos alguns pontos que foram investigados com instrumento SRQ-20 que se fazem importantes diante dos objetivos estabelecidos.

4.4.2.2 Fatores de Risco para TMC

SEXO

Na análise multivariada, o fator significativamente associado à ocorrência de TMC, na presente amostra, está associado à variável sexo, sendo de 52,80% para o sexo feminino e de 26,80% para o sexo masculino. Em estudos realizados, utilizando como instrumento de pesquisa o SRQ-20 e analisado a bivariada sexo/TMC, foi verificado que a prevalência de TMC no sexo feminino, de modo geral, apresenta-se significativamente mais elevada, quando comparada ao sexo masculino. A literatura traz com frequência o achado de maior prevalência nas mulheres; a exemplo, podemos observar nos trabalhos desenvolvidos por Moreira (2010) com uma taxa de 48,37% de TMC para mulheres, seguido por Alves et al. (2015) apresentando uma prevalência de 32,5% , Lima (2004) sendo de 25,5%, entre outros trabalhos associados ao tema.

Nos estudos epidemiológicos realizados nas últimas décadas pode-se observar esta diferença, referente à saúde mental, bem acentuada entre homens e mulheres. Os quadros depressivos correspondem ao terceiro problema de saúde entre mulheres residentes em países desenvolvidos e ao quinto entre as mulheres de países em desenvolvimento (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; COUTINHO; ALMEIDA FILHO; MARI, 1999). Além dos sintomas depressivos, ansiedade e somatização aparecem como morbidades predominantes no gênero feminino aquelas relacionadas aos fatores psicossociais e ambientais, como transtornos de ansiedade, transtornos de ajustamento, insônia, estresse, transtorno da alimentação e anorexia nervosa, enquanto que, no gênero masculino são mais frequentes as desordens de personalidade e a utilização de substâncias psicoativas (KASTRUP, 2005; BERTOLETE, 2001; WHO, 2002).

Variáveis sociais têm destaque na pesquisa dos fatores de risco para maior presença de TMC nas mulheres (PATEL et al., 1999; FONSECA , 2007; LUDERMIR, 2008). Aspectos relacionados ao papel feminino, passado e atual, na sociedade, aparecem mais associados aos transtornos mentais não psicóticos. Pode-se citar a sobrecarga de papéis dentro e fora de casa (WEICH; LEWIS; POVERTY, 1998; ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; LUDERMIR, 2008), a vivência diferenciada das condições de vida e do trabalho, quando comparadas aos homens (LUDERMIR, 2000), entre outras possibilidades. Há, por exemplo, desigualdades de indicadores sociais, que apontam para a existência real de distinções entre os sexos (LUDERMIR, 2000), avaliadas objetivamente, e exemplificadas, entre outras situações, pela segregação das

mulheres em ocupações de baixa renda, com remunerações menores que as recebidas pelos homens (LEONE; BALTAR, 2008). Além disso, também são acometidas por discriminação sexual (WHO, 2000) e violência doméstica mais grave (OLIVEIRA et al., 2009).

As mulheres desempenham papel fundamental na sociedade, pois além de estarem no mercado de trabalho, algumas vezes são as únicas provedoras da família, somando-se a este fato o trabalho doméstico que muitas vezes é realizado apenas por elas (ALVES, 2013).

Essa realidade foi encontrada em diversos inquéritos populacionais nacionais (COUTINHO, 2013; LIMA; SOARES; MARI, 1999; LIMA, 2004; CESAR et al., 2005; RODRIGUES-NETO et al., 2008), assim como na atenção primária (FORTES, 2004; MARAGNO et al., 2006; GONÇALVES; KAPCZINSKY, 2008). Os homens tiveram mais TMC em alguns estudos, considerados exceções, como a pesquisa de Bandeira, Freitas e Carvalho Filho (2007), no Brasil, e Penayo, Caldera e Jacobsson (1992), no exterior.

Essa prevalência estatisticamente mais elevada no gênero feminino se torna um indicador de extrema relevância a este estudo, pois partindo do princípio que a maior parte do contingente de funcionários do hospital é composto por mulheres, representado por 69,2% nesta pesquisa, em uma proposta interventiva torna-se de extrema importância que haja um olhar direcionado às especificidades deste grupo.

ESCOLARIDADE

Em relação à escolaridade, a diferença observada na taxa de prevalência de TMC, houve uma maior prevalência quanto aos menores níveis de escolaridade, porém estes dados não foram estatisticamente representativos neste estudo. Na literatura, pode-se observar que quanto menor a escolaridade, maior o escore no SRQ (PARREIRA et al., 2017), o que pode estar relacionado ao fato de que os níveis de escolaridade, quanto mais elevados, proporcionam conhecimento e influenciam positivamente na autoestima, interferem nas escolhas no decorrer da vida, nos hábitos diários, assim como na escolha ocupacional e, conseqüentemente, nas condições socioeconômicas futuras (COUTINHO, 2013).

A baixa escolaridade pode resultar, talvez, em uma diferença significativa da capacidade de lidar com adversidades, assim como nas possibilidades de desempenho socioeconômico, como ocupação, renda, condições de moradia, posse de bens fundamentais, entre outros aspectos relacionados à saúde, física e mental, quando comparados àqueles com melhores níveis educacionais, principalmente nos países desenvolvidos, onde a maioria expressiva da população tem altos índices de escolaridade (MORAES JÚNIOR, 2010).

Estudos epidemiológicos nacionais indicam que uma frequência escolar mais elevada, superior a 8-12 anos, associa-se a menor ocorrência de TMC, quando comparados àqueles com menor escolaridade, independente do sexo, idade e renda. Considerando-se que no país a duração do ensino fundamental e médio somadas atualmente, é de 12 anos (SANTOS; VIEIRA, 2006), pode-se supor que os indivíduos com esses níveis educacionais estejam protegidos, de alguma forma, do desenvolvimento do transtorno. Essa proposição se baseia no fato de que, geralmente, esse grau de escolaridade é alcançado antes da idade adulta, época de pouca ocorrência de TMC (GOLDBERG; HUXLEY, 1993), o que poderia reforçar a distinção temporal da ocorrência dessas duas situações. Do mesmo modo, a observação da simulação de um gradiente “dose-resposta” entre escolaridade e TMC no presente estudo, e em outros (CESAR et al., 2005; MARÍN-LEÓN et al., 2007), fala a favor de uma determinação social na ocorrência dos TMC, embora não se possa fazer afirmações sobre causalidade no presente trabalho, como visto nas limitações do desenho do estudo.

ESTADO CIVIL

Na variável Estado Civil, os resultados obtidos não apresentaram diferença estatisticamente significativa com a prevalência de TMC, resultados que são compatíveis aos encontrados na pesquisa de Moreira (2010). Porém, não há consenso na literatura, a respeito da associação entre estas variáveis, Moreira (2010) sinaliza em seu estudo que autores que utilizaram esta bivariada obtiveram resultados ambivalentes, ou apenas sinalizaram uma tendência de menor prevalência de TMC a um dos estados civis investigados, mas estes dados não foram estatisticamente significativos, assim como os do presente estudo.

Em relação ao estado conjugal, Lima, Soares e Mari (1999) encontraram maior prevalência de TMC entre as pessoas separadas, mesmo após controle para outras variáveis. Cesar et al. (2005) observaram que as mulheres separadas e viúvas apresentaram maiores taxas de TMC, enquanto os homens nessa situação, inicialmente com mais TMC, não apresentaram diferenças de prevalência após a análise multivariada. No estudo de Coutinho, Almeida Filho e Mari (1999), a associação entre casamento e TMC diferiu segundo a escolaridade do entrevistado, sendo que entre as pessoas de baixa escolaridade encontrou-se, nos casados, uma ocorrência maior desses sintomas, em comparação aos solteiros. Ao contrário, no grupo de escolaridade mais elevada, o conjunto de casados apresentou um risco reduzido desses transtornos mentais. Este estudo (COUTINHO; ALMEIDA FILHO; MARI, 1999) também revelou maior presença de TMC nas pessoas que declararam a presença de três ou mais filhos com idade inferior a 14 anos, independentemente do gênero, idade ou fatores socioeconômicos dos sujeitos.

OCUPAÇÃO

Neste estudo não foi realizada a análise estatística da categoria profissional correlacionada à prevalência de TMC, pois muitas funções apresentam um único representante e/ou um grupo relativamente pequeno, o que poderia gerar a identificação destes indivíduos, infringindo as questões éticas de divulgação dos dados deste estudo. Mas, o que se pode observar em estudos similares, como o de Alves (2013), Kirchhof et al. (2009) e Araújo et al. (2003), que investigaram profissionais da saúde, é que a prevalência de TMC nos profissionais da enfermagem variam entre 24,6% a 33,9% e entre os médicos de 17,4% a 68%.

IDADE

Os estudos realizados até a atualidade também revelam outros fatores de risco associados aos transtornos mentais comuns, porém de menor consistência, devido a diversos fatores, entre eles: às diferenças metodológicas, como a falta de padronização de variáveis psicossociais, à maior variabilidade dos resultados encontrados, às diferenças de importância dada a cada fator de risco, além de outros.

Um exemplo ocorre no caso da idade, pois, embora alguns estudos de base populacional realizados com pessoas mais velhas tenham exibido estimativas elevadas de TMC (LIMA; SOARES; MARI, 1999; ALVARENGA et al., 2009; COELHO et al., 2009) e, ainda, outros sugerindo associação significativa desse transtorno com idades mais avançadas (LIMA; SOARES; MARI, 1999; COSTA et al., 2004; RODRIGUES-NETO et al., 2008), a relação com TMC não tem sido encontrada por outros pesquisadores (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; LIMA, 2004; CESAR et al., 2005; MARÍN-LEÓN et al., 2007; ANSELMINI et al., 2008). Alguns autores observam que as pessoas com 60 anos ou mais demonstram certa tendência em avaliar pior a própria saúde (CESAR et al., 2005), o que poderia resultar em maior escore nos instrumentos de rastreamento para TMC.

Os participantes deste estudo têm idade entre 20 e 63 anos. A prevalência de TMC relacionado ao fator idade incidiu na população mais jovem do estudo, na qual os participantes apresentaram uma idade média de 34 anos, o que corrobora com os resultados apresentados na pesquisa realizada por Alves (2013) e nas pesquisas de referência utilizadas por estes autores ao analisarem tal indicativo.

Porém, os resultados obtidos para a variável idade, encontrados neste estudo, divergiram de outros estudos encontrados na literatura, os quais sinalizaram um aumento na prevalência de TMC à medida que aumentava a idade dos indivíduos e os participantes com maior prevalência de TMC, apresentavam idade superior a 40 anos (COSTA; LUDERMIR, 2005; FAGUNDES; LUDERMIR, 2005; MARAGNO et al., 2006; GIANINI et al., 2008). Diante das ambivalências encontradas, optou-se por

manter como referência para a comparação desta categoria o trabalho de Alves (2013), pois é o estudo que mais se assemelha a esta pesquisa, em local de aplicação, população de estudo e instrumento de investigação.

4.4.3 DADOS CLINICOS

No questionário sociodemográfico utilizado neste estudo foram levantados dados clínicos sobre o cuidado em saúde mental, verificando percentuais de acompanhamento psicológico e psiquiátrico e a utilização de medicação psiquiátrica nos participantes, e se o acompanhamento nestas especialidades está associado a demandas relacionadas ao trabalho.

Iniciemos essa discussão com a constatação da prevalência encontrada. Os índices para acompanhamento psicológico foi de 8,20% sendo que 4,40% dos respondentes sinalizam que o acompanhamento ocorre por demandas relacionadas ao trabalho. Dentre os que fazem acompanhamento psiquiátrico, o percentual foi de 2,70%, sendo 1,60% por demandas relacionadas ao trabalho. Os dados encontrados não são estatisticamente significativos quando olhamos pela vertente de que os participantes fazem acompanhamento nas especialidades de saúde mental, por problemas ocasionados pelo processo laboral.

Outro aspecto que chama a atenção é que a porcentagem de usuários que fazem uso de medicação psiquiátrica (3,30%) é maior do que os que fazem acompanhamento na especialidade, o que nos leva a levantar a hipótese de automedicação, uma facilidade na população estudada, porém um comportamento que interfere na eficácia do tratamento.

As estatísticas encontradas sobre os aspectos clínicos nos levam à reflexão sobre a saúde mental desta população, pois ao obtermos um alto percentual de TMC (45,10%) em contraponto de um baixo índice de indivíduos que realizam acompanhamento nas especialidades saúde mental, psicológico (8,2%) e psiquiátrico (2,7%), podemos observar que o cuidado no âmbito da saúde mental desses indivíduos encontra-se em déficit. Limitados pelo tipo de estudo e pelos instrumentos utilizados, não podemos compreender os motivos que provocam essa situação, mas nos evidencia a necessidade existente de cuidado especializado a este grupo, pois como constatamos acima mais da metade destes profissionais executam suas atividades na assistência, o que pode ocasionar demandas nos processos de cuidados.

4.4.4 AGRUPAMENTO DOS SINTOMAS NEURÓTICOS

No Brasil, tem sido revelada a importância dos Transtornos Mentais Comuns (TMC) na comunidade, caracterizados pela ocorrência de sintomas como insônia, cansaço, dores difusas, esquecimento, dificuldade de concentração, irritabilidade, entre outros (GOLDBERG; HUXLEY, 1993), tanto em termos da prevalência encontrada, como dos fatores de risco pesquisados (LIMA; SOARES; MARI, 1999; LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; LIMA, 2004; CESAR et al., 2005; MARÍN-LEÓN et al., 2007; RODRIGUES-NETO et al., 2008).

Entre os sintomas agrupados avaliados, através do SRQ-20, predominaram o fator de decréscimo de energia vital concomitante às reações psicossomáticas, seguido pela categoria humor ansioso, seguido da categoria de humor depressivo e com menor prevalência a categoria de ideação suicida. Os resultados obtidos nesta categoria divergiram dos dados encontrados na literatura, em outros estudos que utilizaram o mesmo instrumento de triagem predominou a categoria de sintomas humor depressivo/ansioso (ALVES, 2013; CARVALHO et al., 2013; GALVÃO et al., 2007). Mas, os resultados se assemelham quanto às queixas, em comparativo com os mesmos estudos, a queixa em destaque foi sentir-se nervoso, tenso ou preocupado, com percentual de 63,2% em comparativo ao trabalho de Alves (2013) que apresentou 64,6%.

No grupo de sintomas somáticos, dormir mal representou 51,1% entre os sujeitos pesquisados. A questão referente ao sono também foi a queixa mais prevalente no grupo de sintomas somáticos analisados na pesquisa de Alves (2013), representando 45,1% dos sujeitos.

Nos agrupamentos dos sintomas de humor depressivo e decréscimo de energia vital, os sintomas com mais percentual foram respectivamente, a perda de interesse pelas coisas com 32,4% e cansa-se com facilidade com 48,9%, corroborando com os resultados da pesquisa de Alves (2013) que apresentou 28,1% e 34,5% para as mesmas categorias de sintomas.

4.4.5 PREVALÊNCIA DE IDEACÃO SUICIDA

Como um dos focos centrais desta pesquisa, destacarei agora os resultados que foram encontrados com relação ao suicídio. A categoria ideação suicida, apesar de apresentar a menor porcentagem, comparada às outras categorias, sendo representado por 7,1% da população estudada, não deve ser vista como um aspecto isolado, pois outras queixas estudadas nesta pesquisa apresentam um índice elevado e encontram-se relacionadas na literatura de forma direta ao suicídio. Além de ser um aspecto que expõe o indivíduo ao risco de morte eminente, torna-se de suma

importância articular sobre estes dados, pois na minha concepção quando o risco de vida é eminente toda porcentagem torna-se estatisticamente significativa.

Nos estudos utilizados como referência comparativa aos resultados, pode-se observar que este item não apresentou relevância estatística a ponto de ser referenciado na literatura; no estudo de Alves (2013), a porcentagem a este sintoma foi de 2,8%, na pesquisa de Araújo, Pinho e Almeida (2005) a prevalência foi elevada em comparação ao presente estudo, 8,1% da população investigada, apresentando um número de indivíduos significativos pelo tamanho da amostra, porém por apresentar uma porcentagem significativamente menor em comparativo com as categorias apresentadas, esta categoria de modo geral nos estudos observados não foi discutida.

De acordo com numerosas pesquisas realizadas, os principais fatores de risco para uma conduta suicida são: o consumo e/ou uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas; problemas familiares e/ ou parentais; enfermidades terminais; impulsividade; o fato de não possuir parentes e/ou vínculos sociais; rompimento de relações interpessoais significativas; problemas financeiros; histórico familiar de suicídio; abuso na infância; tentativas prévias e ideação suicida; isolamento social; perdas afetivas; transtornos mentais, principalmente os transtornos depressivos; variáveis demográficas e socioeconômicas (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999; MENEGHEL et al., 2004; WHO, 2000; SCHLÖSSER; ROSA; MORE, 2014).

Neste contexto, alguns instrumentos se propõem a avaliar os diversos fatores relacionados ao suicídio como: letalidade, intencionalidade, ideação suicida, comportamento suicida, depressão, humor negativo, entre outros. Atualmente no Brasil são utilizados instrumentos para mensurar direta e indiretamente o comportamento suicida. Estes instrumentos não são capazes de mensurar exclusivamente comportamentos suicidas e tratam de forma fragmentada suas características como: ansiedade, desesperança, culpa, apatia, depressão entre outras.

Relaciona-se a pouca produção acadêmica desta temática com a dificuldade das pessoas em falar sobre a morte, principalmente quando essa se dá de maneira voluntária, aos estigmas existentes em relação ao suicídio, assim como os transtornos mentais em sua maioria, o que contribui para que esse se torne ainda hoje um tabu na sociedade, de modo que os cuidados a serem dispensados, por programas específicos, ou intervenções por políticas públicas, fiquem prejudicados.

4.4.6 SOFRIMENTO RELACIONADO AO TRABALHO

Outro item que vemos como importante destacar, levando em consideração o objetivo deste estudo, é a queixa que se apresenta na categoria de decréscimo de energia vital, “tem dificuldade no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)”, que

apresentou uma porcentagem de 23,1%, resultados que se assemelham aos do estudo de Alves (2013), que apresentou uma porcentagem de 20,9%.

No trabalho de Braga (2007), um estudo transversal que explorou a relação entre demandas psicológicas, grau de controle e presença de suporte social no trabalho e prevalência de TMC em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP), constatou-se que 42,6% dos sujeitos apresentavam o transtorno mental, com associação significativa entre alta prevalência de TMC e elevado desgaste, e baixa prevalência de TMC com baixo desgaste, dos processos de trabalho.

Alguns aspectos do processo de trabalho podem comprometer a saúde mental dos trabalhadores, como controle rígido e autoritário dos indivíduos, processo de liderança verticalizado, baixa remuneração, estresse no ambiente de trabalho, instabilidade, insatisfação e pagamento por produtividade (WARR, 1994), aspectos estes que se apresentam como características dos processos de trabalho no hospital, administrados por OSS, porém que não podem ser correlacionados nesta pesquisa pelos limites do estudo.

Devemos levar em consideração também, que o trabalho se apresenta na vida do indivíduo como um fator de proteção para os transtornos mentais, pois como podemos observar $\frac{3}{4}$ da população estudada não apresenta sofrimento relacionado ao seu processo laboral, o que nos leva a articular com o exposto na literatura, que o trabalho se apresenta como uma forma de expressão do indivíduo no mundo, propicia o fazer criativo do adulto, além de possibilitar o reforço da rede de apoio social (FONSECA, 2007; WINNICOTT, 2011; MARX, 1987).

Porém de modo inverso, quase $\frac{1}{4}$ dos indivíduos evidenciam esta queixa, o que pode estar associado à sobrecarga de papéis desempenhada por grande parte dos trabalhadores remunerados, o que poderia levar a um maior sofrimento psíquico. Ou ainda, como vimos acima, aspectos do trabalho, como controle rígido e autoritário dos indivíduos, insatisfação, instabilidade, pagamento por produção, baixa remuneração e estresse no ambiente de trabalho, também podem associar-se a sofrimento mental nos trabalhadores (WARR, 1994).

Apesar da queixa direcionada ao processo laboral representar quase $\frac{1}{4}$ da população estudada, os índices de afastamento por problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano, com um percentual de 10,4%, não representa relevância estatística ao estudo.

4.4.7 ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA

Os resultados apresentados, neste estudo, na análise de regressão logística, revelou que, entre os profissionais atuantes na área hospitalar, as mulheres apresentam uma chance 3,349 vezes mais elevada de apresentar TMC do que os homens, índices que corroboram com o estudo de Alves (2013) que revelou na análise de regressão logística, uma chance de 2,36 vezes mais elevadas de TMC para mulheres, entre os profissionais da saúde.

4.4.8 RELEVÂNCIA EM TERMOS DE SAÚDE PÚBLICA

O presente trabalho revelou alta prevalência de transtornos mentais comuns na amostra estudada, salientando a importância do tema em termos de saúde pública. A identificação de fatores de risco associados a esses transtornos permite criar estratégias de saúde e políticas sociais voltadas para grupos de maior vulnerabilidade.

Essas diferenças de ocorrência indicam que os transtornos mentais comuns não ocorrem de forma aleatória na população, necessitando de um maior conhecimento a seu respeito, assim como ampliar a compreensão sobre os fatores etiológicos envolvidos. A identificação de fatores de risco possibilita o aperfeiçoamento das estratégias em saúde, assim como um planejamento direcionado a grupos com maior vulnerabilidade (ALMEIDA FILHO; SANTANA; MARI, 1989).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo foi constatada uma alta prevalência de TMC, que configura quase a metade da população estudada. Devido ao caráter subjetivo dos distúrbios não psicóticos, muitos profissionais podem estar subdiagnosticados, e por isso podem não estar se submetendo a um tratamento adequado, como podemos notar com a baixa prevalência no acompanhamento psicológico e psiquiátrico. Quase 25% da população estudada apresenta queixas sobre o processo de trabalho, onde este se apresenta como propiciador de sofrimento. A prevalência de ideação suicida apresenta índice estatisticamente baixo, mas a gravidade deste aspecto e o fato dos fatores associados a este apresentarem relevância estatística neste estudo agrega importância suficiente para levarmos em consideração.

Por se tratar de um estudo transversal, em que há uma limitação acerca da causalidade, não se faz possível a correlação da prevalência de TMC e ideação suicida diretamente aos processos de trabalho, ressaltando-se a necessidade da realização de estudos longitudinais a fim de analisar a influência dos fatores de riscos associados. Porém, o alto índice de TMC aqui evidenciado é suficiente para indicar a necessidade de que medidas sejam tomadas, pois independente se ocasionados pelo ambiente de trabalho, estes indivíduos expressam essa realidade no setor de atuação profissional e como mais da metade da população aqui estudada atua na assistência direta aos usuários do serviço isso eleva a possibilidade de erros, podendo desencadear em tragédia de dupla via.

Os resultados deste estudo fornecem medidas quantitativas que contêm informações relevantes, evidenciando indicadores importantes sobre a saúde mental dos participantes, cuja análise serve como base para analisarmos as condições de saúde da população estudada. Os indicadores não apresentam uma medida de qualidade, porém os resultados obtidos servem como balizadores para propostas de intervenção.

Frente à realidade evidenciada nesta pesquisa envolvendo as condições de saúde dos trabalhadores e seus impactos sociais e pessoais, fazem-se necessárias mudanças sociais, organizacionais, bem como mudanças no modo de valorização do trabalho para que sejam garantidas a segurança e a qualidade de vida desses profissionais.

Há necessidade de discussão sobre a criação de novos meios de intervenção. Um passo significativo é o direcionamento de políticas públicas voltadas para saúde do trabalhador, estratégias que proporcionem melhorias dos ambientes de trabalho para promoção e proteção da saúde desses profissionais, porém estes seriam recursos para intervenções em longo prazo.

Pensando em uma intervenção a curto e médio prazos, diante dos resultados obtidos nesta pesquisa, iniciei minhas reflexões a partir das observações que foram

realizadas no período da coleta dos dados, quando foi constatado que a instituição estudada não possui atualmente um departamento de referência à saúde mental dos seus funcionários e nem apoio de outros setores para suporte nesta vertente.

Partindo dos pressupostos expostos na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (BRASIL, 2003), a qual visa propor melhoria das condições de trabalho dos profissionais da saúde, considera-se que todas as ações neste sentido necessitam do envolvimento de todos os atores que compõe este setor - gestores, empregadores e trabalhadores, na busca de se firmar compromissos duradouros para que se inaugurem, na saúde, novas relações de trabalho.

Mediante a isto, como proposta de intervenção imediata à realidade apresentada neste estudo, vê-se a importância da implementação de ações que envolvam o suporte de instituições que sejam referência à saúde do trabalhador e referência em saúde mental no município, para que estes possam subsidiar os funcionários com suporte técnico auxiliando nas demandas apresentadas. Estes setores poderão viabilizar junto à instituição ações de cuidado aos trabalhadores através do desenvolvimento de projetos terapêuticos; palestras de conscientização sobre a importância do cuidado em saúde mental; espaços de referência para o cuidado das demandas vigentes; ações educativas; estratégia para lidar com a demanda latente.

No que se refere aos problemas de saúde evidenciados, outra estratégia que proponho é a junção dos setores de Medicina do Trabalho, Segurança do Trabalho, Recursos Humanos, departamentos já atuantes na instituição, associados com o suporte de um profissional da saúde mental, atuando como equipe multidisciplinar, formando uma rede de apoio ao trabalhador, em prol do cuidado biopsicossocial dos profissionais, com a participação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA).

A atuação de uma equipe especializada na área de saúde do trabalhador subsidiará, através do uso de métodos e técnicas específicas, o desenvolvimento de meios para a resolutividade das demandas vigentes, englobando todos os aspectos relacionados à saúde do trabalhador e suas condições de trabalho.

Além disso, poderão desenvolver ações que abordem diversas dimensões da situação, tais como:

a) Ações voltadas a melhorar as condições de trabalho

- Realização de avaliação das situações de trabalho, incluindo análise ergonômica dos postos de trabalho, para a elaboração de ações relacionadas à saúde do trabalhador e melhoria das condições de trabalho;

- Cálculo de dimensionamento de pessoal e ajuste dos recursos humanos à demanda de trabalho, de forma a evitar sobrecarga;
- Atuar em atividades relacionadas à análise da ação humana nas organizações, suas condições de trabalho, para intervenção com foco na saúde do trabalhador;
- Desenvolver estratégias de apoio para o desenvolvimento de trabalho em equipe;
- Planejar e desenvolver ações destinadas a equacionar as relações de trabalho, no sentido de evitar conflitos e buscar melhor qualidade de vida no trabalho;
- Desenvolver estratégias para melhorar a comunicação entre a equipe multidisciplinar, favorecendo a satisfação profissional;
- Intermediar nas estratégias gerenciais e a adaptabilidade do trabalhador com a chefia imediata e com o posto de trabalho.

b) Ações voltadas a fornecer apoio aos trabalhadores

- Conscientizar os trabalhadores sobre os agentes envolvidos no processo de adoecimento;
- Disponibilizar suporte psicológico para o trabalhador no ambiente de trabalho;
- Ofertar ou facilitar acesso a processos psicoterápicos breves que auxiliem a reorganização emocional/psíquica visando o desenvolvimento global do indivíduo.

Para complementar a atuação da equipe multiprofissional do trabalho, outra estratégia que pode ser adotada é o suporte de profissionais da fisioterapia e/ou educação física para treinar princípios de mecânica corporal; auxiliar na criação de espaços adequados para o descanso dos trabalhadores; instituir técnicas de relaxamento; reabilitação, entre outros. Para viabilizar estas ações, poderiam ser realizados convênios com universidades.

A criação de um departamento de suporte ao trabalhador, além dos cuidados já oferecidos em cada segmento, propiciaria a possibilidade de uma Gestão Participativa com a criação de espaços de discussão sobre as condições de trabalho, dos quais todo o contingente profissional possa participar, expressando os problemas individuais, setoriais e coletivos, contribuindo, desta forma, para ações mais efetivas.

E como parte importante nesta ação interventiva, além da implementação de ações de assistência a esses trabalhadores, seria de suma importância que a instituição pudesse identificar os casos de TMC e ideação suicida em seus funcionários, de modo que haja uma intervenção precoce e até mesmo elaboração de ações preventivas. Um recurso proposto seria a inserção do teste SRQ-20 no exame periódico, pois este é de

fácil aplicação, baixo custo, identificação rápida dos TMC, o que resultaria em ações mais rápidas, eficazes, evitando o agravamento da saúde mental do trabalhador, além de todas as demandas associadas ao adoecimento deste profissional. A partir da inclusão da avaliação específica da saúde mental, pode-se realizar levantamentos periódicos para a avaliação coletiva quanto a locais de trabalho e/ou categorias profissionais mais acometidas, como estratégia para gerar informação para a priorização no planejamento de ações para melhorar as condições de trabalho no sentido da promoção de saúde no trabalho.

Compreender o processo de adoecimento psíquico dos trabalhadores não é uma tarefa fácil, pois como pude observar no desenvolvimento desta pesquisa, envolve aspectos diversos que vão além da identificação dos fatores de risco e das principais doenças, envolve a compreensão das mudanças no mundo de trabalho, da incorporação de novas tecnologias, das adversidades decorrentes dos modelos organizacionais, das relações sociais e das exigências trabalhistas, razão que dificulta o desenvolvimento de ações que minimizem a morbidade decorrente deste processo, sendo fundamental o desenvolvimento de novos estudos que abranjam os fatores envolvidos nesse processo, para desta forma possam ser elaboradas ações interventivas mais eficazes.

REFERÊNCIAS

- AAKER, D.; KUMAR, V.; DAY, G. **Marketing research**. John Wiley & Sons, 1995.
- AIKEN, L. H. et al. Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 23, n.4, p.357-364, 2011.
- ALMEIDA FILHO, N. et al. Estudos multicêntricos de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). **Revista ABP-APAL**; v.14, n.3, p.93-104, set. 1992.
- ALMEIDA FILHO, N.; SANTANA, V. S.; MARI, J. J. **Princípios de epidemiologia para profissionais de saúde mental**. Ministério da Saúde – Secretaria Nacional de Programas especiais de saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, p.67, 1989.
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 57, n. 2B, p. 421-426, June 1999.
- ALVARENGA, J. M. et al. A population based study on health conditions associated with the use of benzodiazepines among older adults (The Bambuí Health and Aging Study). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 605-612, Mar. 2009.
- ALVES, A. P. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**, v.23, n. 1, 2015.
- ALVES, A. P. **Transtornos mentais comuns e qualidade de vida entre profissionais de saúde em um hospital de ensino**. 2013. 80f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2013.
- AMAGASA, T.; NAKAYAMA, T.; TAKAHASHI, Y. K. Japan: Characteristics of 22 Cases of Work-Related Suicide. **Journal of Occupational Health**, n.47, p.157-164, 2005.
- AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M. C. G. B. Saúde, trabalho e formação profissional [online]. **Available from SciELO Books**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.
- ANDREOLI, S. B. Serviços de Saúde Mental no Brasil. Em: Mello, M. F.; Mello, A. A. F.; Kohn, R. (orgs.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

ANSELM, L. et al. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, supl. 2, p. 26-33, Dec. 2008.

ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho**. São Paulo: Ed. Cortez, 1995.

ARAÚJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 424-433, Aug. 2003.

ARAÚJO, T. M. et al. Transtornos mentais comuns em mulheres: estudo comparativo entre donas-de-casa e trabalhadoras. **Rev Enferm: UERJ**, v.14, n.2, p. 260-269, 2006.

ARAUJO, T. M.; PINHO, P. S.; ALMEIDA, M. M. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 5, n. 3, p. 337-348, Sept. 2005.

ASKENAZY, P. “Sur les sources de l’intensification”. **Revue Économique**, v.56, n.2, p.217-236, 2005.

BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. São Paulo: Hucitec, 2003.

BANDEIRA, M.; FREITAS, L. C.; CARVALHO FILHO, J. G. T. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, p. 41-47, 2007.

BARBOSA, G. B. et al. Trabalho e saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 37, n. 126, p. 306-315, Dec. 2012a.

BARBOSA, K. K. S. et al. Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar. **Rev Enferm: UFSM**. v.2, n.3, p. 515-522, 2012b.

BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. As organizações sociais como forma de gestão público/privado. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, nº 5, p. 2483 – 2495, 2010.

BARRETO, M.; BERENCHTEIN NETTO, N. **Suicídio e trabalho**. Manual de prevenção à vida. São Paulo: LWC, 2010.

BARRETO, M.; VENCO, S. Da violência ao suicídio no trabalho. In: BARRETO, Margarida; BERENCHTEIN NETTO, Nilson; PEREIRA, Lourival (Org.) **Do assédio**

moral à morte de si: significados sociais do suicídio no trabalho. São Paulo: Matsunaga, 2011.

BERNARDO, M. H. Flexibilização do discurso de gestão como estratégia para legitimar o poder empresarial na era do toyotismo: uma discussão a partir da vivência de trabalhadores. **Cadernos de psicologia social do trabalho**; São Paulo, v. 12, n. 1, jun. 2009a.

BERNARDO, M. H. **Trabalho duro, discurso flexível: uma análise das contradições do toyotismo a partir da vivência de trabalhadores.** São Paulo: Expressão Popular, 2009b.

BERTOLETE, J. M. A saúde mental da mulher. **Rev. Med**; v. 8, p. 25-32, 2001.

BORGES, L. O.; YAMAMOTO, O. H. O mundo do trabalho. In: ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. (orgs.) **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

BRAGA, L. C. **Condições de trabalho e saúde dos profissionais da rede básica Botucatu, SP.** 2007. 142f. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2007.

BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R.; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.1585-1596, jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **História e Evolução dos hospitais.** Rio de Janeiro. Ministério da Saúde; 1944.

BRASIL. Medida provisória nº 1.591, de 9 de outubro de 1997: Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção do laboratório Nacional de Luiz Sincrotron e da Fundação Roquette Pinto e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 out 1997.

BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998: Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção do laboratório Nacional de Luiz Sincrotron e da Fundação Roquette Pinto e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 maio 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS: democratização nas relações de trabalho no Sistema Único de Saúde SUS /**

Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Conselho Nacional de Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1974.

BUSNARDO, A. M. Transformações no trabalho, luta operária e desenraizamento: a reestruturação produtiva no cotidiano e nas representações de trabalhadores metalúrgicos de uma empresa da região do ABC. **Cadernos de psicologia social do trabalho**; v.6, p.15-35, 2003.

CABANA, M. C. F. L. et al. Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, p. 33-40, 2007.

CARDOSO, A. C. M. Duración, flexibilidad e intencionalidad: disputas en torno al tiempo de trabajo. El Cotidiano: **Revista de La Realidad Mexicana Actual**, v.28, n.182, nov.-dez. 2013.

CARDOSO, A. C. M. Indicadores sobre riscos psicossociais no trabalho. In: Silveira, M. A. (org.). **Aspectos psicossociais e sustentabilidade em organizações: saúde, segurança e qualidade de vida no trabalho**. Campinas: Centro de Tecnologia da Informação Renato Archer, 2014.

CARNEIRO JÚNIOR, N.; ELIAS, P. E. M. Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 914 – 920, 2006.

CARVALHO, C. N. et al.. Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 1, p. 38-45, 2013.

CATANI, A. M. **O que é capitalismo**. São Paulo: Brasiliense, 1999.

CESAR, C. L. G. et al.. **Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP)**. São Paulo: FSP/USP, 2005.

CHANDRA, P. S.; SATYANARAYANA; V. A. Gender disadvantage and common mental disorders in women. **International review of psychiatry**, London, v. 22, n. 5, p. 513-524, 2010.

CHAVES, L. D.; RAMOS, L. H.; FIGUEIREDO, E. N. Satisfação profissional de enfermeiros do Trabalho no Brasil. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 507-513, 2011.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. Rio de Janeiro: Elsevier, 1996.

CID. **Classificação Internacional de Doenças: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Coord. Organização Mundial da Saúde; trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993.

CLOT, Y. **A função psicológica do trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2006.

CLOT, Y. **Travail et Pouvoir d'Agir**. Paris: PUF, 2008.

CLOT, Y. **O poder de agir**. Tradução de Guilherme João Freitas Teixeira e Marlene Machado Zica Vianna. Belo Horizonte: FabreFactum, p. 368, 2010.

CLOT, Y. Clínica do trabalho e clínica da atividade. In: BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis Andrea (orgs.). **Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, 2011, p. 71-83.

COCCO, M. I. **Reestruturação Produtiva e o Setor Saúde: Trabalhadores de Enfermagem em Saúde**. Tese (Doutorado), Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1997.

COCHRAN, W. G. **Técnicas de amostragem**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1965.

COELHO, F. M. C. et al. Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 59-67, Jan. 2009.

COSTA, A. G.; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 73-79, Feb. 2005.

COSTA, J. S. D. et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 284-291, Apr. 2004.

COSTA, M. T. P. **Saúde psíquica e condições de trabalho dos profissionais de saúde nos hospitais da universidade Federal do Rio Grande do Norte**. 2012 – 231 f. Tese [tese de doutorado] – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós- Graduação em Psicologia, Natal, 2012a.

COSTA, R. V. Introdução. In SCHUMPETER, Joseph A. **Teoria do desenvolvimento econômico**. Uma investigação sobre lucros, capital, crédito, juro e ciclo econômico. Tradução da Maria Sílvia Possas. São Paulo: Abril Cultural, 2012.

COUTINHO, E. S. F.; ALMEIDA FILHO, N.; MARI, J. J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. **Rev Psiq Clin.** v.5, n.23, 1999.

COUTINHO, L. M. S. **Transtornos mentais comuns e contexto social: Análise multinível do “São Paulo ageing and health study (SPAH)”**. 2013. 120f. Tese (doutorado). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2013.

CURWIN, J.; SLATER, R. **Quantitative methods for business decisions**. 3^o ed. Thomson, 1991.

DAL ROSSO, S. **Mais trabalho: a intensificação do labor na sociedade contemporânea**. São Paulo: Boitempo, 2008.

DAVEZIES, P. “Charge de travail et enjeux de santé”. Trabalho apresentado no simpósio **Négociier la Charge de Travail entre Performance Organisation et Conditions de Travail**. Paris, 19 set 2001.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1992.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

DEJOURS, C. **Travail, usure mentale**. Paris: Bayard, 2000.

DEJOURS, C.; BÈGUE, F. **Suicídio e Trabalho: o que fazer?** Brasília: Paralelo 15, 2010.

DIEESE. **Os Trabalhadores frente à terceirização**. São Paulo, 1993.

DURAND, M. **Doença ocupacional: psicanálise e relações de trabalho**. São Paulo: Escuta, 2004.

EHRENBERG, A. **Le culte de la performance**. Paris: Calmann-Lévy, 1995.

EZEQUIEL, M. C. D. G. et al. Estudantes e usuários avaliam ferramenta de educação permanente em saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 112-130, Mar. 2012.

FACHEL, J. M. G.; CAMEY, S. Avaliação Psicométrica: a qualidade das medidas e o entendimento dos dados. Em: CUNHA, J.A. **Psicodiagnóstico-R**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

FACUNDES, V. L. D.; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns em estudantes da área de saúde. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 194-200, 2005.

FAUSTO, B. **História do Brasil**. São Paulo: Edusp, 2015.

FERREIRA JUNIOR, W. C. **Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas: estudo comparativo entre a administração direta e as organizações sociais de saúde**. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: FGV, 2004.

FERREIRA, M. C.; MENDES, A. M. Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor: atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 6, n. 1, p. 93-104, June, 2001.

FERREIRA, M. S. S.; LUNARDI, L. S. Estratégias do Serviço Social para atenuar o sofrimento e tornar a ajuda ao paciente mais humana. **Revista Bioética**; v.14, 2006.

FONSECA, M. L. G. **Sufrimento difuso, transtornos mentais comuns e problemas de nervos: uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares**. Brasil. 2007. 153 f. Dissertação (Mestrado). ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007.

FORTES, S. **Transtornos mentais comuns na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil**. 2004. 165 f. Tese (Doutorado) Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

FURTADO, O. ; SVARTAMAN, B. P. Trabalho e Alienação. In: Bock, A.M.B; Gonçalves, M.G.M. (Org.). **A Dimensão Subjetiva da Realidade: uma leitura sócio-histórica**. São Paulo: Ed. Cortez, 2009.

GALVÃO, L. L. L. F. et al.. Prevalência de transtornos mentais comuns e avaliação da qualidade de vida no climatério. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 53, n. 5, p. 414-420, Oct. 2007.

GASPARINI, S. M.; BARRETO, S. M.; ASSUNÇÃO, A. A. Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2679-2691, Dec. 2006.

GAULEJAC, V. **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social**. São Paulo: Ideais & Letras, 2007.

GIANINI, R. J. et al. Prática de rastreamento no cenário do Programa Saúde da Família em Sorocaba (SP). **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 15-22, Mar. 2008.

GODOY, S. C. B. et al. Ausências ao trabalho por motivo de doenças em uma rede de hospitais de Minas Gerais. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 5, n.3, 2006.

GODOY, S. C. B. **Prazer e sofrimento do enfermeiro na relação com o trabalho [manuscrito]: estudo em um hospital de urgência e emergência de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: 2009. 188f. Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, 2009.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders. A bio-social model**. Tavistock: Routledge, 1993.

GOLLAC, M. “Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser”. Relatório do Collège d’expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l’Emploi et de la Santé. Paris. Inrs – Institut National de Recherche et de Sécurité. **Le stress au travail**. Paris, Dossier, 2005.

GONÇALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1641-1650, July 2008.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. **Avaliação de desempenho do SelfReporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR**, 2007.

GRANEMANN, S. Fundações estatais: projeto de estado do capital. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Org.). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

GUIMARÃES, L. A. M. et al.. Prevalência de transtornos mentais nos ambientes de trabalho. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Orgs.). **Série de saúde Mental e Trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo. v.1, p. 61-72, 1999.

GÜNTHER, H. Como elaborar um questionário. Em: PASQUALI, L. **Instrumentos Psicológicos: Manual Prático de Elaboração**. Brasília: LabPAM; IBAPP, 1999.

HARDING, T. W. et al. **Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries**. Psychol Med.; 10 (2): 231-41, 1980.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. **Applied logistic regression**. John Wiley & Sons. 2. ed. New York: 2000.

IBAÑEZ, N. et al . Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 391-404, 2001.

KARASEK, R. **Demand/control model: a social, emotional, and physiological approach to stress risk and active behaviour development**. International Labour Organization: Geneva, 2005.

KASTRUP, V. A. A psicologia no contexto das ciências cognitivas. In: JACÓN-VILELA, A. M.; FERREIRA, A.; PORTUGAL, F. (Org.). **História da psicologia: rumos e percursos**. Rio de Janeiro: Nau, p. 215-238, 2005.

KINNEAR, T. C.; TAYLOR, J. R. **Marketing research: an applied approach**. Mc Graw Hill, 1979.

KIRCHHOF, A. L. C. et al. Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 18, n. 2, p. 215-223, June 2009.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **O processo de produção em saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEONE, E. T.; BALTAR, P. A mulher na recuperação recente do mercado de trabalho brasileiro. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 233-249, Dec. 2008.

LHUILIER, D. Travail, management et santé psychique. **Connexions**. v.91, p.85-101, 2009.

LIMA, M. C. P. et al . Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 717-723, Aug. 2008.

LIMA, M. C. P. **Transtornos Mentais Comuns e uso de álcool na população urbana de Botucatu - SP: um estudo de co-morbidade e utilização de serviços**. 2004. 146f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2004.

LIMA, M. S.; SOARES, B. G. O.; MARI, J. J. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. **Rev. Psiquiatria Clínica**, v.26, p.225-235, 1999.

LIMONGI-FRANÇA, A. C. **Qualidade de Vida no Trabalho: conceitos e práticas nas empresas da sociedade Pós-Industrial**. São Paulo: Atlas, 2003.

LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.6, p.1713-1720, Dec. 2003.

LUDERMIR, A. B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 647-659, Sept. 2000.

LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 213-221, Apr. 2002.

LUDERMIR, A. B. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 451-467, Sept. 2008.

MACÊDO, J. W. L.; SILVA, A. B. **Afastamentos do Trabalho no Brasil por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC): o que revelam os números da Previdência Social?** Curitiba: EnGPR, 2017.

MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1639-1648, Aug. 2006.

MARCH, C. A. A contra-reforma do Estado e o trabalho nos serviços públicos: uma análise da realidade brasileira. **XI Congresso Latino Americano de Medicina Social y Salud Colectiva**, Bogotá: Colombia, 2009.

MARCH, C. A. A contra-reforma do Estado Brasileiro e seus efeitos no trabalho em saúde nos serviços públicos. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, 2011.

MARI, J. J.; WILLIAMS P. A validity study of psychiatric screening questionnaire (SRQ – 20) in primary care in the city of São Paulo. **Br J Psychiatry**. v.148, p.23-26, 1986.

MARÍN-LEÓN, L. et al. Social inequality and common mental disorders. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 250-253, Sept. 2007.

MARTINS, D. S. **Custeio hospitalar por atividade: activity based costing**. São Paulo: Atlas, 2002.

MARX, K. **Contribuição à crítica da economia política**. Tradução e introdução de Florestan Fernandes. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. São Paulo: Nova cultura. Livro I, Tomo I, 1996.

- MARX, K. **Formações econômicas pré-capitalistas**. São Paulo: Paz e Terra, 1987.
- MATTAR, F. **Pesquisa de marketing**. São Paulo: Atlas, 1996.
- MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.
- MENEGHEL, S. N. et al.. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 804-810, Dec. 2004.
- MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.
- MERLO, A. R. C. **Suicídios na France Telecom**: as consequências nefastas de um modelo de gestão sobre a saúde mental dos trabalhadores. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Pró-reitoria de Gestão de Pessoas, 2009.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MININEL, V. A; BAPTISTA, P. C. P.; FELLI, V. E. A. Cargas psíquicas e processo de desgaste em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros. **Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 2, 2011.
- MORAES JÚNIOR, E. C. **Prevalência e fatores de risco para Transtorno Mental Comum na população urbana da região metropolitana de São Paulo, Brasil**. 2010 141 f. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista - UNESP. Botucatu-SP, 2010.
- MOREIRA, J. K. P. **Transtornos mentais comuns na população atendida pelo Programa Saúde da Família**. 2010. 78f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de São João del Rei, Departamento de Psicologia, 2010.
- NASCIMENTO SOBRINHO, C. L. et al. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 131-140, Jan. 2006 .
- OIT: Organización Internacional Del Trabajo. In: **Conferencia internacional del trabajo**. El Trabajo Nocturno. Ginebra: OIT, 1990.
- OLIVEIRA, J. B. et al . Violência entre parceiros íntimos e álcool: prevalência e fatores associados. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 26, n. 6, p. 494-501, Dec. 2009.

OLIVIER, M.; PEREZ, C. S.; BEHR, S. C. Trabalhadores afastados por transtornos mentais e de comportamento: o retorno ao ambiente de trabalho e suas consequências na vida laboral e pessoal de alguns bancários. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 15, n. 6, p. 993-1015, Dec. 2011.

OMS. **Prevenção do Suicídio: Um manual para médicos Clínicos Gerais**. Org. Departamento e Saúde Mental Transtornos mentais e comportamentais. Traduzido por Juliano dos Santos Souza e Neury Jose Botega – Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria – Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas – Campinas – SP – Brasil. Centro Brasileiro do Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida – SUPRE-MISS, da Organização Mundial da Saúde. Genebra: 2000.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **OIT Notícias: Brasil**. Brasília: OIT, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental - nova concepção, nova esperança**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Estudo regional sobre a assistência hospitalar e ambulatorial especializada na América Latina e Caribe**. Washington: Autor, 2004.

PAGÈS, M. et al. **O Poder das Organizações: a dominação das multinacionais sobre os indivíduos**. São Paulo: Atlas, 1986.

PARREIRA, B. D. M. et al. Transtorno mental comum e fatores associados: estudo com mulheres de uma área rural. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 51, 2017.

PATEL, V. et al. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. **Soc. Sci. Med.**, v. 49, p. 1461-1471, 1999.

PAYKEL, E. S.; BRUGHA, T.; FRYERS, T. Size and burden of depressive disorders in Europe. **European Neuropsychopharmacology**, n.15, p.411- 423, 2005.

PENAYO, U.; CALDERA, T.; JACBSSON, L. Prevalência de Transtornos Mentales en adultos de Sutiava, Leon, Nicaragua. **Bol Oficina Saint Panam**. v.113, p. 137-49, 1992.

PINTO, E. G. Organizações Sociais e Reforma do Estado no Brasil: riscos e desafios nesta forma de institucionalizar a parceria Estado-Sociedade organizados. In: **XIV Concurso de Ensayos del CLAD “Administración Pública y Ciudadanía”**. Caracas, Venezuela, p. 47-81, 2000.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Anna Blume, 1998.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde: implicaciones para el trabajo en salud. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 53, n. 2, p. 251-263, June 2000.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 2003.

REIS, E. J. F. B. et al . Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1480-1490, Oct. 2005.

RIBEIRO, H. P. **O hospital: história e crise**. São Paulo; Cortez, 1993.

RIOS, K. A.; BARBOSA, D. A.; BELASCO, A. G. S.. Evaluation of quality of life and depression in nursing technicians and nursing assistants. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2010, vol.18, n.3, pp.413-420.

RITTER, R. S.; STUMM, E. M. F.; KIRCHER, R. M. Análise de Burnout em profissionais de uma unidade de emergência de um hospital geral. **Rev. Eletr. Enf.** Rio Grande do Sul, v. 11, n. 2, p. 236-248, 2009.

RODRIGUES, E. P. et al . Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 296-301, Apr. 2014.

RODRIGUES, T. R. S. **Os sentidos do trabalho para enfermeiros de um hospital geral filantrópico**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

RODRIGUES-NETO, J. F. et al. Transtornos mentais comuns e o uso de práticas de medicina complementar e alternativa: estudo de base populacional. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 4, p. 233-239, 2008.

SANTANA, L. L. et al. Cargas e desgastes de trabalho vivenciados entre trabalhadores de saúde em um hospital de ensino. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.34, n.1, p.64-70, 2013.

SANTOS, A. M. O processo de trabalho capitalista e a dinâmica das fábricas recuperadas. **ESAC**, v.2, n.2, p.77-89, 2007.

SANTOS, L. L. C. P.; VIEIRA, L. M. F. "Agora seu filho entra mais cedo na escola": a criança de seis anos no ensino fundamental de nove anos em Minas Gerais. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 27, n. 96, p. 775-796, out. 2006.

SÃO PAULO. **Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organização social. São Paulo, 1998.

SÃO PAULO. **Tribunal de Contas do Estado (TCE)**. Comparação de hospitais paulistas. 2010. Disponível em: https://www4.tce.sp.gov.br/sites/default/files/2011-10-03-Comparacao_de_hospitais_estaduais_paulistas-estudo_compara.pdf. Acesso em: 29 jan.2018.

SCHLÖSSERI, A.; ROSA, G. F. C.; MORE, C. L. O. O. Revisão: comportamento suicida ao longo do ciclo vital. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p. 133-145, abr. 2014.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S.; MARZIALE, M. H. P. Anxiety and depression among nursing professionals who work in surgical units. **Rev Esc Enferm USP**; v.45, n.2, p.487-493, 2011.

SCHRAIBER, L. B. Ciência, Trabalho e trabalhador em saúde: Contribuições de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves para a compreensão da articulação entre saber, prática e recursos humanos. **Divulgação em Saúde**, v. 14, p. 7-12, 1996.

SELIGMANN-SILVA, E. et al. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, p. 187-191, 2010.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo, Cortez, 2011.

SELLTIZ, C. et al. Noções básicas de mensuração. In: **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. Cap. 7. Medidas na pesquisa social. São Paulo: EPU, 2004. v. 2, p. 1-14.

SILVA, C. O. Trabalho e subjetividade no hospital geral. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 18, n. 2, p. 26-33, 1998.

SILVA, A. T. C.; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 921-929, Oct. 2008.

SILVA, D. S. D. et al. Depression and suicide risk among nursing professionals: an integrative review. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 1023-1031, Dec. 2015.

SILVA-JUNIOR, J. S.; FISCHER, F. M. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.48, n.1, p.186-190, 2014.

SILVA-JUNIOR, J. S.; FISCHER, F. M.. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 735-744, Dec. 2015.

SINGER, P. **Curso de introdução à economia política**. Rio de Janeiro: Forense-universitária, 1975.

SINGER, P. **O capitalismo: sua evolução, sua lógica e sua dinâmica**. São Paulo: Ed. Moderna, 1987.

SINGER, P. **Uma utopia militante: repensando o socialismo**. São Paulo: Vozes, 1998.

SINGER, P. **Globalização e desemprego: diagnóstico e alternativas**. 3ª ed. São Paulo: Contexto, 1999.

SOUZA, M. F. M.; SILVA, G. R. Risco de distúrbios psiquiátricos menores em área metropolitana na região Sudeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 50-58, Feb. 1998.

TAVARES, J. P. et al. Produção científica sobre os distúrbios psíquicos menores a partir do self report questionnaire. **Revista Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 1, p. 113-123, jan./abr. 2011.

TAYLOR, F. W. **Princípios de administração científica**. Trad.: Arlindo Vieira Ramos. São Paulo: Atlas, 2008.

TITO, R. S. **Burnout e transtornos mentais comuns nos trabalhadores de enfermagem que assistem crianças com cardiopatia grave**. Dissertação. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2013.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

VIEIRA, P. S. V. **O trabalho em saúde nos hospitais de gestão terceirizada: o caso do Estado de Goiás**. 2013. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Ciências Sociais, 2013.

VIEIRA, T. G. et al. Adoecimento e uso de medicamentos psicoativos entre trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. **Rev Enferm: UFSM**. v. 3, n. 2, p. 205-214, 2013.

WARR, P. A conceptual framework for the study of work and mental health. **Work & Stress**, n.84, p.84-97, 1994.

WEICH, S.; LEWIS, G.; POVERTY, A. Unemployment and common mental disorders: population based cohort study. **Br. J. Med.**; v.317, p. 115-119, 1998.

WHO: WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Division of mental health a user guide to the self reporting questionnaire.** Geneva, 1994.

WHO: WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health.** Geneva: 2002.

WHO-ICPE. Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders. **Bull. World Health Organ.**, v.78, p. 413-426, 2000.

WINNICOTT, D. W. **Tudo Começa em Casa.** São Paulo: Martins Fontes, 2011.

WITTCHEN, H.; JACOBI, F. Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. **European Neuropsychopharmacology**, v. 15, p.357 – 376, 2005.

APÊNDICE A

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública
Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____,

Documento de Identidade Nº: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ Nº: _____ Apto: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____ Telefone(s): _____/_____

Email _____,

abaixo assinado, estou de acordo em participar de forma voluntária da pesquisa intitulada: *Estudo de risco de suicídio e transtorno mental comum em profissionais de hospital geral na cidade de São Paulo*.

Esta pesquisa tem por finalidade analisar, através da percepção do trabalhador, os níveis de sobrecarga e os possíveis riscos de adoecimento gerados pelo processo de trabalho, nos profissionais que prestam seus serviços em hospital geral inserido na rede SUS. Para a obtenção de tais informações serão utilizados um questionário com respostas simples de sim ou não referentes ao seu estado de saúde (Self-Reporting Questionnaire - SRQ-20) e outro com perguntas para caracterização dos participantes (sociodemográfico), apresentando uma gradação de risco baixo aos participantes.

Estou ciente da responsabilidade da pesquisadora sobre os dados obtidos e do seu compromisso em manter sigilo absoluto sobre as informações, assegurando o meu anonimato quando da publicação dos resultados da pesquisa. Fui esclarecido ainda, de que possuo liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade do meu trabalho. A garantia de receber esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos,

riscos e benefícios e outras informações relacionadas com a pesquisa a que serei submetido (a).

Caso a participação na pesquisa venha a gerar algum incômodo ou sofrimento (como sintoma sugestivo de mobilização afetiva excessiva), estou ciente de que receberei assistência da pesquisadora e poderei ser encaminhado a um local adequado ao meu cuidado.

Referente a questões do projeto poderei entrar em contato com a pesquisadora Luana Mendes da Silva Fernandes através do e-mail luana.msf@usp.br ou pelo telefone (11) 98387-2190, com a orientadora da pesquisa através do e-mail dionisia@fmb.unesp.br ou pelo telefone (14) 99145-1540 e/ou com o Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo pelo telefone (11) 3061-7779.

Declaro, ainda, que concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas e que, livremente, manifesto de forma voluntária minha vontade em participar do referido projeto.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Luana M. S. Fernandes
(Pesquisadora)

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Idade: _____ anos

Sexo: () Masculino () Feminino

Escolaridade:

() Ensino Fundamental

() Ensino médio

() Superior

() Superior Incompleto

() Pós-graduação

Estado Civil: _____

Ocupação Atual: _____

Tempo de serviço na instituição: _____

Tempo de serviço na ocupação: _____

Afastamento do trabalho por problemas de saúde relacionados ao trabalho **no último ano**:

() Nenhum

() Entre 1 e 3 - média tempo afastamento: _____ dias

() Mais de 3 - média tempo afastamento: _____ dias

Fez ou faz acompanhamento psicológico?

() Sim () Não

Se sim: por problemas relacionados ao trabalho?

() Sim () Não

Fez ou faz acompanhamento psiquiátrico?

() Sim () Não

Se sim: por problemas relacionados ao trabalho?

() Sim () Não

Fez ou faz uso de medicações psiquiátricas?

() Sim () Não

Obrigada pela sua participação!

ANEXO A

SRQ (SELF-REPORT QUESTIONNAIRE) – QUESTIONÁRIO DE AUTORELATO

RESPONDA ÀS SEGUINTE PERGUNTAS A RESPEITO DA SUA SAÚDE			
1. Tem dores de cabeça freqüentes?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
2. Tem falta de apetite?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
3. Dorme mal?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
4. Assusta-se com facilidade?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
5. Tem tremores de mão?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
6. Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
7. Tem má digestão?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
8. Tem dificuldade para pensar com clareza?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
9. Tem se sentido triste ultimamente?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
10. Tem chorado mais do que de costume?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
16. Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
17. Tem tido idéias de acabar com a vida	() SIM [1]	() NÃO [0]	
18. Sente-se cansado (a) o tempo todo?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
20. Cansa-se com facilidade?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
TOTAL			

ANEXO B

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ESTUDO DE RISCO DE SUICÍDIO E TRANSTORNO MENTAL COMUM EM PROFISSIONAIS DE HOSPITAL GERAL NA CIDADE DE SÃO PAULO

Pesquisador: Luana Mendes da Silva Femandes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56301916.5.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública USP/SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.885.686

Apresentação do Projeto:

Atualmente o trabalho exerce uma relação ambígua na vida do ser humano, pois ao mesmo tempo em que este é provedor de saúde, pois se coloca como a expressão da relação do indivíduo com seu meio social e da sua interação com a natureza, agindo de forma mutuamente transformadora, este também pode propiciar o adoecimento dos trabalhadores, vítimas das constantes reestruturações, precarização dos processos e relações nos ambientes de trabalho. Diante das circunstâncias desgastantes provenientes do âmbito produtivo, algumas categorias profissionais se encontram em situações mais suscetíveis que outras, os trabalhadores da saúde atuantes no âmbito hospitalar se enquadram nesta situação. O hospital, de maneira geral, é reconhecido como um ambiente insalubre, penoso e perigoso para os que ali trabalham tornado esses profissionais propensos ao adoecimento. Estudos anteriores apontam como local privilegiado para o adoecimento.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem por finalidade mensurar, através da percepção do trabalhador, a correlação entre a organização do trabalho neste ambiente e os possíveis riscos de adoecimento mental gerados pelo processo laboral dos profissionais que executam suas atividades em um hospital que presta serviço ao Sistema Único de Saúde, e avaliar se diante do sofrimento extremo o suicídio se

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coop@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

Continuação do Parecer: 1.885.686

apresenta como um recurso possível de enfrentamento para esses indivíduos. Trata-se de estudo epidemiológico de delineamento transversal descritivo. Para a análise da ideação suicida e dos Transtornos Mentais Comuns e medidas das variáveis sociodemográficas, serão utilizados os seguintes instrumentos de medida: o Self Report Questionnaire (SRQ) e um questionário sociodemográfico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa apresenta uma gradação de risco baixo aos participantes, podendo emergir demandas emocionais relacionadas ao processo laboral.

Benefícios:

Melhoria nos processos de trabalho, diminuindo a relação de sofrimento e propiciando o aumento de prazer nos processos produtivos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa sobre tema pertinente, com metodologia adequada, reapresentada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto devidamente preenchida. TCLE adequado, e indica ao entrevistado que "estou ciente de que receberei assistência da pesquisadora e poderei ser encaminhado a um local adequado ao meu cuidado". Termo de anuência presente.

Recomendações:

Pela aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_788123_E1.pdf	10/10/2016 16:54:41		Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	15/05/2016 14:55:35	Luana Mendes da Silva Fernandes	Aceito
Outros	questionario_sociodemografico.pdf	15/05/2016	Luana Mendes da	Aceito

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

**USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP**

Continuação do Parecer: 1.895.686

Outros	questionario_sociodemografico.pdf	14:41:24	Silva Fernandes	Aceito
Outros	SRQ20.pdf	15/05/2016 14:38:51	Luana Mendes da Silva Fernandes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	15/05/2016 14:37:10	Luana Mendes da Silva Fernandes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_de_anuencia.pdf	15/05/2016 14:30:55	Luana Mendes da Silva Fernandes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/05/2016 14:29:01	Luana Mendes da Silva Fernandes	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	15/05/2016 14:28:17	Luana Mendes da Silva Fernandes	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	15/05/2016 14:25:21	Luana Mendes da Silva Fernandes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 05 de Janeiro de 2017

Assinado por:

**Maria Regina Alves Cardoso
(Coordenador)**

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br