

**ANDRÉIA DE CÁSSIA RODRIGUES SOARES ALARCON**

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS  
EM SERVIDORES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA  
DE MATO GROSSO DO SUL**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO  
MESTRADO EM PSICOLOGIA  
CAMPO GRANDE - MS  
2014**

**ANDRÉIA DE CÁSSIA RODRIGUES SOARES ALARCON**

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS  
EM SERVIDORES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA  
DE MATO GROSSO DO SUL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lílana Andolpho Magalhães Guimarães.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO  
MESTRADO EM PSICOLOGIA  
CAMPO GRANDE - MS  
2014**

### Ficha catalográfica

Alarcon, Andréia de Cássia Rodrigues Soares  
A321p    Prevalência de transtornos mentais comuns em servidores de uma  
universidade pública de Mato Grosso do Sul./ Andréia de Cássia Rodrigues  
Soares Alarcon; orientação Liliana Andolpho Magalhães Guimarães. 2014.  
95 f.+ anexos

Dissertação (mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom  
Bosco, Campo Grande, 2014.

1. Transtornos mentais 2. Saúde mental 3. Saúde do trabalhador  
I. Guimarães, Liliana Andolpho Magalhães II. Título

CDD – 616.89

A dissertação apresentada por ANDRÉIA DE CÁSSIA RODRIGUES SOARES ALARCON, intitulada “PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS EM SERVIDORES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DE MATO GROSSO DO SUL” como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi .....

## **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Liliana Andolpho Magalhães Guimarães - UCDB  
(Orientadora)

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Heloísa Bruna Grubits - UCDB

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Flavinês Rebolo - UCDB

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Edelvais Keller- UFJF

Campo Grande/MS, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

*Aos meus filhos João Victor e Natália  
Maria, razão da minha vida, meu amor  
mais puro.*

*Ao meu esposo João Bosco, meu amor  
verdadeiro.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por me proporcionar a vida e me permitir momentos maravilhosos de crescimento e realização de sonhos, debaixo de suas poderosas mãos.

Aos meus pais, por sempre me mostrarem a importância do conhecimento, acreditando nos meus anseios e ideais. Em especial, agradeço minha mãe, Alzerina, que foi o colo para os meus filhos nos momentos de minha ausência e à minha sogra Elvira, que também me ajudou com as crianças em vários momentos desta trajetória. A ambas, agradeço o incentivo desde o início, o apoio e a segurança de ter com quem contar e deixar meus filhos com tranquilidade, pelo incentivo e confiança em todos os momentos, para a realização deste trabalho.

Ao meu esposo João Bosco, pelo incentivo, carinho, amor, por acreditar no meu potencial ao longo de toda essa trajetória, sem jamais perder a calma nas horas difíceis e ser “pão” dos nossos filhos nesses tempos de ausência.

Aos meus filhos João Victor e Natália Maria, pela compreensão da minha ausência e falta de tempo em todos os momentos e por serem meu maior incentivo para continuar galgando degraus mais altos em minha carreira.

Aos meus irmãos, Wania, Alessandra, Adilson e Arley, meus cunhados, meus queridos sobrinhos, pelo incentivo, amor e carinho a mim dedicados e por entenderem todos os momentos da minha ausência.

Agradeço de coração a toda a minha família, pela torcida, carinho, compreensão e principalmente pelas orações ao longo dessa jornada.

À Profa Dr<sup>a</sup> Liliana Andolpho Magalhães Guimarães, pela orientação segura e paciente, pelo apoio, a mão estendida e o carinho ao longo de todo o curso. Seu estímulo e sua dedicação constantes foram primordiais para a concretização desse trabalho.

Aos colegas de turma no Mestrado, principalmente, Aline, Iris, Leciana e Rodrigo, pela troca afetiva e intelectual nessa jornada, que se tornaram além de amigos, irmãos de caminhada.

A minha amiga mestra Juliana Cestari, que sempre me estendeu a mão no momento certo, colaborando de maneira incansável para a realização desse sonho.

À Luciana, secretária do Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Psicologia da UCDB, pela atenção permanente às minhas solicitações.

Aos integrantes do Laboratório de Saúde Mental e Qualidade de Vida do Trabalhador, que por meio das discussões dos temas abordados, ajudaram muito na minha pesquisa.

Aos meus chefes e amigos do Hospital Universitário, que acreditaram no meu sonho e capacidade, proporcionando-me momentos de aprendizado e principalmente de solidariedade, em especial ao enfermeiro Eleandro Almeida, amigo, companheiro, que sempre esteve pronto para me substituir nas ausências, cobrindo meu setor com amor e companheirismo, tendo o cuidado para não deixar nada faltar.

À UFMS, por acreditar no meu potencial e consequentemente no deste estudo e abrir as portas para realização desta pesquisa.

A todos os servidores da UFMS, que participaram deste estudo, que facilitaram os estafantes dias de coleta de dados em campo, recebendo-me com carinho, e também com um “cafezinho”, tornando possível sua realização.

À UCDB, por meio do Programa de pós-graduação Mestrado e Doutorado em Psicologia, por proporcionar-me um curso de qualidade para a realização deste sonho.

A UFMS, sucessora da Universidade Estadual de Mato Grosso, aqui evidenciada em suas duas histórias, precisa deste trabalho irresistível (nada se constrói sem trabalho) e de todos, para não fenecer, nem se estiolar e não passarmos a fazer parte dos “povos dispensáveis”. Mas isto não acontecerá porque a Universidade tem o sentido de formar e fazer crescer as pessoas, os reitores, professores, alunos e servidores, com a dignidade dos que trabalham num “templo do saber”, redobrarão seus esforços, assumindo responsabilidades que lhes são devidas, para não buscarem no arrependimento de amanhã o consolo para as omissões de hoje. (João Pereira da Rosa, 1º Reitor, 25 de novembro de 1970).

***“Sem a curiosidade que me move, que me inquieta,  
que me insere na busca, não aprendo nem ensino”.***

(FREIRE, 1996, p. 85)

## RESUMO

**Introdução-** O adoecimento psíquico é um dos grandes problemas enfrentados na atualidade, comprometendo a saúde da população trabalhadora e, representando um elevado ônus para a saúde pública. Os Transtornos Mentais e do Comportamento relacionados ao trabalho representam a segunda causa para afastamentos, colocando em pauta a questão da saúde mental do trabalhador, que neste estudo será acessada por meio dos Transtornos Mentais Comuns (TMC) dos servidores técnico-administrativos e docentes de uma universidade pública de Mato Grosso do Sul. Os TMC são um conjunto de sintomas não psicóticos caracterizados pela presença de insônia, fadiga, dificuldade de concentração, esquecimento, ansiedade, queixas somáticas e irritabilidade, entre outros. **Objetivos-** Estimar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em servidores de uma universidade pública federal. **Método-** Trata-se de um estudo epidemiológico, de corte transversal, cujo indicador de escolha foi a prevalência de Transtornos Mentais Comuns. De um universo de 1545 servidores e uma população de N=863, foi investigada uma amostra por conveniência, composta por n=315 servidores (36,50%), no período de outubro a dezembro de 2013. Para acesso aos dados, foram aplicados dois instrumentos de forma individualizada e assistida: (i) o Questionário sócio demográfico e ocupacional (QSDO) e (ii) o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), um instrumento rastreador de suspeição para TMC, de auto-relato. A análise estatística foi realizada com nível de significância  $p \leq 0,05$ , cálculo da razão de prevalência e intervalos de confiança de 95%. **Resultados-** A prevalência de Transtornos Mentais Comuns foi de 18,4%, considerada alta quando comparada à da população geral (20 a 25%). Como fatores associados à maior prevalência de TMC destacaram-se, em ordem decrescente: ter tido problemas de saúde relacionados ao trabalho nos últimos 12 meses, ser do sexo feminino, ter o doutorado como maior titulação acadêmica, estar na faixa etária entre 33 e 40 anos e considerar sua qualidade de vida como regular. **Conclusão-** A prevalência de Transtornos Mentais Comuns pode ser considerada alta, em se tratando de população economicamente ativa. Foram identificados fatores associados aos TMC que podem interferir na saúde mental da amostra. Os resultados deste estudo indicam que parte dos fatores relacionados aos Transtornos Mentais Comuns, é passível de intervenção preventiva.

**Palavras-chave:** Transtornos Mentais Comuns. Servidores Públicos Federais. SRQ -20. Universidade. Saúde mental.

## ABSTRACT

**Introduction-** The mental disorder is one of the major problems faced today, compromising the health of the working populations, representing a high burden to public health. The mental and behavior disorders related to work are the second cause for sick leaves, putting on the agenda the issue of mental health worker's, that in this study with the technical-administrative staff and teachers of a public university of Mato Grosso do Sul, will be accessed by the Common Mental Disorders (CMD). CMD are a set of non-psychotic symptoms characterized by the presence of insomnia, fatigue, difficulty concentrating, forgetfulness, anxiety, somatic complaints and irritability, among others. **Aims-** To determine the prevalence of Common Mental Disorders and associated factors in a university public federal worker's **Method-** This is an epidemiological and cross-sectional study, whose indicator of choice was the prevalence of Common Mental Disorders. From a universe of 1545 servers and a population of  $N = 863$ , was investigated a convenience sample consisting of  $n=315$  servers (36.50 %), in the period between October-December of 2013. To access the data, were applied two instruments individually and assisted: (i) a demographic and socio occupational questionnaire (QSDO) and (ii) the Self Reporting Questionnaire (SRQ-20), a screening for CMD suspicion, self-report. Statistical analysis was performed with a significance level  $p < 0.05$ , calculate the prevalence ratio and confidence intervals of 95%. **Results-** The prevalence of Common Mental Disorders was 18.4% %, considered high when compared to the general population (20-25 %). As associated with higher prevalence of CMD in descending order factors, were identified: has had health problems related to work in the last 12 months, being female, having a doctorate as highest academic degree, be aged between 33 and 40 years and to consider their quality life as regular. **Conclusion-** The prevalence of Common Mental Disorders can be considered high when it comes to the economically active population. Were identified factors associated with CMD that can interfere with mental health of the sample. The results of this study indicate that some of the factors related to the Common Mental Disorders are amenable to preventive intervention.

**Keyword:** Common Mental Disorders. Federal Public Servants. SRQ -20. University. Mental health.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AET</b>	Análise Ergonômica do Trabalho
<b>CAGE</b>	Teste de triagem de alcoolismo
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CAT</b>	Comunicação de Acidente no Trabalho
<b>CF</b>	Constituição Federal
<b>CFP</b>	Conselho Federal de Psicologia
<b>CLT</b>	Consolidação das Leis Trabalhistas
<b>CPDO</b>	<i>Campus</i> de Dourados
<b>DM</b>	Doenças Mentais
<b>ES</b>	Espírito Santo
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>INSS</b>	Instituto Nacional de Seguridade Social
<b>MG</b>	Minas Gerais
<b>MS</b>	Mato Grosso do Sul
<b>NIN</b>	Núcleo de Informática
<b>OIT</b>	Organização Internacional do Trabalho
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PCCTAE</b>	Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativo em Educação
<b>PE</b>	Pernambuco
<b>PROGEP</b>	Pró-reitoria de Gestão de Pessoas
<b>PST</b>	Programa de Saúde do Trabalhador
<b>QMPA</b>	Questionário de Morbidade Psiquiátrica em adultos

<b>QSDO</b>	Questionário Sociodemográfico - Ocupacional
<b>RS</b>	Rio Grande do Sul
<b>SRQ</b>	<i>Self Reporting Questionnaire</i>
<b>STM</b>	Suspeição para Transtorno Mental
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SP</b>	São Paulo
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TM</b>	Transtornos Mentais
<b>TMC</b>	Transtornos Mentais Comuns
<b>TMM</b>	Transtornos Mentais Menores
<b>UCDB</b>	Universidade Católica Dom Bosco
<b>UEMT</b>	Universidade Estadual de Mato Grosso
<b>UFB</b>	Universidade Federal do Bolsão
<b>UFES</b>	Universidade Federal do Espírito Santo
<b>UFGD</b>	Universidade Federal da Grande Dourados
<b>UFMS</b>	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
<b>UFPAN</b>	Universidade Federal do Pantanal
<b>UFRS</b>	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Prevalência de Transtornos Mentais Comuns na amostra, com suspeitos e não suspeitos no SRQ-20 .....	66
<b>Tabela 2</b> - Correlação do fator sexo com suspeição para TMC .....	67
<b>Tabela 3</b> - Correlação do fator faixa etária, com suspeição para TMC .....	67
<b>Tabela 4</b> - Correlação do fator problema de saúde relacionado ao trabalho nos últimos 12 meses e suspeição para TMC.....	68
<b>Tabela 5</b> - Correlação do fator qualidade de vida com suspeição para TMC .....	68
<b>Tabela 6</b> - Correlação do fato “fazer uso de medicação” com suspeição para TMC.....	69
<b>Tabela 7</b> - Correlação do fator avaliação do ambiente de trabalho, com suspeição para TMC.....	69
<b>Tabela 8</b> - Regressão logística para variáveis sociodemográficas e ocupacionais .....	70
<b>Tabela 9</b> - Regressão logística para os dados sociodemográficos e ocupacionais mais significativos da amostra .....	71

# SUMÁRIO

<b>I INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>II REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>19</b>
2.1 O SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL: CONJUNTURA SOCIAL E SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	20
<b>2.1.1 Breves notas sobre a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul .....</b>	<b>24</b>
2.2 SAÚDE DO TRABALHADOR.....	27
<b>2.2.1 Breve histórico .....</b>	<b>27</b>
2.3 SAÚDE MENTAL E TRABALHO .....	33
<b>2.3.1 Abordagens teórico-metodológicas em Saúde Mental do trabalhador .....</b>	<b>40</b>
2.4 EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS E IMPACTOS SOCIAIS .....	43
2.5 SOBRE OS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS .....	46
<b>III OBJETIVOS.....</b>	<b>50</b>
3.1 OBJETIVO GERAL .....	51
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	51
<b>IV HIPÓTESES .....</b>	<b>52</b>
<b>V CASUÍSTICA E MÉTODO.....</b>	<b>54</b>
5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	55
5.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	55
5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	55
5.4 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS .....	55
5.5 LÓCUS DA PESQUISA .....	56
5.6 RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS .....	56
5.7 INSTRUMENTOS DA PESQUISA .....	56
<b>5.7.1 Questionário Sóciodemográfico e Ocupacional (QSDO) .....</b>	<b>57</b>
<b>5.7.2 Self Reporting Questionnaire SRQ-20 .....</b>	<b>57</b>
5.8 PROCEDIMENTOS E COLETA DE DADOS .....	58
<b>5.8.1 Preparação para a coleta de dados .....</b>	<b>58</b>
<b>5.8.2 Estudo piloto .....</b>	<b>59</b>
<b>5.8.3 Coleta de dados.....</b>	<b>59</b>

5.8.4 Construção do banco de dados.....	62
5.8.5 Análise dos dados.....	62
5.8.6 Aspectos éticos da pesquisa .....	63
<b>VI RESULTADOS</b> .....	64
6.1 INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DOS SERVIDORES ESTUDADOS .....	65
6.2 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS .....	66
6.3 CORRELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E OCUPACIONAIS E OS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS.....	66
<b>VII DISCUSSÃO</b> .....	72
7.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E OCUPACIONAIS .....	73
7.2 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS .....	78
7.3 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS OCUPACIONAIS E A SUSPEIÇÃO PARA TMC .....	78
<b>VIII CONCLUSÕES</b> .....	81
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	84
<b>APÊNDICES</b> .....	96
<b>ANEXOS</b> .....	126



As mudanças na organização e no funcionamento do trabalho têm implicado em grande aumento das cargas cognitiva, psíquica e emocional do trabalhador, levando a repercussões importantes na saúde mental da população ativa, destacando-se o aumento da prevalência dos Transtornos Mentais relacionados ao Trabalho, que levam a prejuízos ao indivíduo, a organização, à família e à sociedade (GUIMARÃES *et al.*, 2014).

Embora o conjunto dos Transtornos Mentais represente, cerca de 13% a 14% da carga total de doenças, menos de 1% dos gastos totais em saúde são investidos em saúde mental, produzindo uma importante lacuna entre a demanda e a oferta dos serviços. Em decorrência desse descompasso, apenas parte dos casos existentes é identificada e tratada, elevando os custos sociais e econômicos (SHANKAR; SARAVANAN; JACOB, 2006). Esses transtornos constituem causa relevante para os dias perdidos de trabalho, o que acarreta indiretamente um aumento da demanda nos serviços de saúde.

Apesar das poucas estimativas disponíveis indicarem a relevância dos Transtornos Mentais, os dados sobre a situação de saúde mental em grupos de trabalhadores ainda são escassos, ocasionando uma carência de informações sobre os indicadores de morbidade psíquica. A ausência ou insuficiência de informações sobre a situação da saúde mental nos trabalhadores, também em nosso meio, é fator contribuinte para a atenção ainda precária ou inexistente em saúde mental, tanto no que se refere à oferta de serviços, quanto à elaboração de políticas de proteção e promoção à saúde.

Para a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2013), anualmente surgem mais de 160 milhões de casos de doenças relacionadas ao trabalho, o que significa que 2% da população mundial, a cada ano é acometida por alguma forma de enfermidade, associada à atividade que exerce profissionalmente. Entre as doenças que mais geram mortes de trabalhadores estão aquelas que afetam os pulmões, os músculos, os ossos e os transtornos mentais.

Por sua crescente significância social e epidemiológica, os Transtornos Mentais Comuns representam uma morbidade psíquica com prevalências significativas nas sociedades, independentemente da localização territorial e faixa etária, correspondendo a um desafio à saúde pública (ROCHA *et al.*, 2002). Os TMC são considerados como de grande prevalência e importância nas mais diversas classes trabalhadoras, sendo responsáveis por um grande número de afastamentos dos trabalhadores, gerando custos elevados para o trabalhador, sua família, empresas e para o país, o que representa um gasto de R\$ 2,2 bilhões por ano aos cofres públicos (ARAÚJO; CARVALHO, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011) estima que cerca de 30,0% dos trabalhadores são acometidos por Transtornos Mentais Comuns e que 5,0 a 10,0% por Transtornos Mentais graves. Estes transtornos são responsáveis por estados incapacitantes em adultos e por absenteísmo laboral, e no mundo, por cerca de um terço dos dias de trabalho perdidos (WHO, 2001). Segundo dados da OMS (2000), aproximadamente 30% dos trabalhadores empregados sofrem de Transtornos Mentais Comuns (TMC)<sup>1</sup> e 10% de Transtornos Mentais Graves (GUIMARÃES *et al.*, 2006).

No Brasil, de acordo com dados estatísticos do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), somente, computando-se aqueles trabalhadores com registro formal, os Transtornos Mentais ocupam a terceira posição entre as causas de concessão de benefícios previdenciários, com auxílio-doença, afastamento do trabalho por mais de 15 dias e aposentadorias por invalidez (BRASIL, 2001; GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005). Nesta direção, a OIT (2013) relata que no país, dos 166.4 mil auxílios-doença concedidos pelo INSS, cerca de 15.2 mil são por Transtornos Mentais ou do Comportamento, e que, entre esses, a depressão ocupa o primeiro lugar da lista.

O conceito de absenteísmo é caracterizado como o período de ausência laboral que se aceita como atribuível a uma incapacidade do indivíduo, exceção para aquela derivada de gravidez normal ou prisão, entendendo-se por ausência laboral o período ininterrupto de falta ao trabalho, desde seu começo, independentemente da duração (SILVA; PINHEIRO; SAKURAI, 2007; OIT, 2012).

Dado o acima exposto, faz-se importante desenvolver mais estudos, visando à diminuição das consequências que são geradas não só pelo absenteísmo, mas também pelo presenteísmo<sup>2</sup> que até podem causar mais perda de produtividade do que o absenteísmo (ANDRADE *et al.*, 2008).

Para a realização da presente pesquisa, foram realizadas buscas nos seguintes Bancos de Dados: *Scielo*, *Lilacs*, Portal CAPES, BIREME, utilizando-se os descritores: Saúde/Doença Mental; Saúde Mental e Trabalho; Transtornos Mentais Menores (TMM),

---

<sup>1</sup> Transtornos Mentais Comuns (TMC) - De acordo com Santos (2002 *apud* MARAGNO *et al.*, 2006), se referem à situação de saúde de uma população, com indivíduos que não preenchem os critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade, segundo as classificações do DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition*) e da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças- 10ª Revisão), mas que apresentam sintomas proeminentes que trazem uma incapacitação funcional comparável ou até mais grave que quadros crônicos já bem estabelecidos.

<sup>2</sup> Presenteísmo: se refere à presença “física” do trabalhador no ambiente de trabalho, sem que o mesmo esteja conectado, causando repercussões pessoais, profissionais, organizacionais e sociais.

Transtornos Mentais Comuns (TMC), *Minor Psychiatric Disorders* (MPD). Observou-se que, estudos avaliando os TMC dos servidores públicos federais, não são muitos, constituindo-se esta, uma das justificativas para sua realização. Optou-se por conhecer a saúde mental do servidor público federal ora estudado, pelo viés dos TMC.

Existem duas lacunas na literatura científica nacional. A primeira é oferecer pesquisas e reflexões sobre questões conceituais e novos aportes teóricos, além de analisar a questão da saúde emocional nas mais diferentes ocupações, como policiais, bancários, funcionários públicos, trabalhadores rurais, da área de serviços, entre outros. A segunda é oferecer propostas práticas de abordagens, particularmente, no que se refere ao estresse ocupacional e à nova realidade dos contextos de trabalho.

Como interesses de ordem pessoal da pesquisadora pela temática a ser estudada nessa investigação, tem-se que: a mesma graduou-se na instituição, é enfermeira de formação e trabalha no Núcleo do Hospital desta Universidade, é funcionária pública federal em exercício. Em paralelo com seu trabalho de chefia de enfermagem da Enfermaria de clínica médica, desenvolve a função de Preceptora da Residência Multiprofissional de Saúde em Atenção ao Paciente Crítico do NHU/UFMS, desde 2010, composta por enfermeiros, odontólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e farmacêutico-bioquímicos, o que a habilita a transitar em teoria e prática por diferentes áreas do conhecimento, incluindo-se noções sobre o campo da psicologia.

Em seu cotidiano de trabalho, a investigadora que é chefe de enfermagem no hospital onde trabalha, pode perceber como os servidores que trabalham sob seu comando, apresentavam uma importante desgaste profissional e elevado número de atestados médicos por problemas físicos, mas principalmente por problemas psíquicos e emocionais, talvez por conta do tipo de trabalho, pelo excesso de burocracia, por uma não preocupação com a ergonomia, falta de materiais, pela organização do trabalho, entre outros. Passou então, a interessar-se por conhecer mais profundamente se o adoecimento mental nos servidores da UFMS estaria associado ao trabalho. Sua aprovação no Programa de Pós-Graduação, Mestrado em Psicologia em 2012, na Universidade Católica Dom Bosco - UCDB, as discussões durante as aulas, as reuniões no Laboratório de Saúde Mental e Qualidade de Vida no Trabalho, coordenado pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Liliana Andolpho Magalhães Guimarães, aprofundaram mais ainda seu interesse pelo tema, abordado pelo então projeto “Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em servidores de uma universidade pública de Mato Grosso do Sul”, hoje sua dissertação de mestrado.

Para interpretar os achados obtidos nesta pesquisa, será utilizada a abordagem psicossociológica em saúde mental e trabalho e foram considerados os aspectos individuais do servidor (micro), da instituição (meso) e em que se supõe a influência do meio externo (macro), *e.g.*, o mercado de trabalho, as políticas públicas, entre outros, levando-se em conta a percepção do trabalhador sobre o seu sofrimento e a saúde mental, as interferências do local de trabalho e suas características socioeconômicas demográficas e ocupacionais (GUIMARÃES, 2013).

Espera-se com esse estudo dar visibilidade à face indiferenciada desse servidor, por meio de sua caracterização sociodemográfica e ocupacional, identificando se existe ou não a prevalência para TMC e dos fatores associados, relacionando, por meio do método epidemiológico. Tal visibilidade poderá contribuir para a elaboração de programas institucionais de promoção e prevenção que se reflitam em uma melhor saúde geral e mental destes profissionais, bem como para que os mesmos possam apresentar uma atuação e execução de um trabalho com mais qualidade de vida na instituição.

A seguir, na seção II, o estudo apresenta o referencial teórico utilizado para embasá-lo contendo os seguintes tópicos: o servidor público federal: conjuntura social e sofrimento psíquico, breves notas sobre o lócus de pesquisa, saúde do trabalhador, saúde mental e trabalho, epidemiologia dos Transtornos Mentais e impactos sociais e Transtornos Mentais Comuns. Na seção III, são expostos os objetivos da pesquisa e na IV as hipóteses de estudo. Na seção V são apresentados a Casuística e Método em que se justifica e explica o passo a passo do desenvolvimento da pesquisa; a seção VI traz os resultados; na seção VII são discutidos e interpretados os resultados encontrados e na seção VIII, são feitas as considerações finais e as conclusões.

## **II REFERENCIAL TEÓRICO**

---

## 2.1 O SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL: CONJUNTURA SOCIAL E SOFRIMENTO PSÍQUICO

O contingente de servidores públicos ativos do Executivo Civil Federal do Brasil é de aproximadamente 528.000 servidores ativos, distribuídos pelos 27 estados da Federação. O Rio de Janeiro, antiga capital da República, é o estado com o maior número de servidores públicos federais, com mais de 110.000 servidores, o que corresponde ao dobro de servidores da atual capital, Brasília (CARNEIRO, 2008).

A denominação servidor público é utilizada, segundo Di Pietro (2003 *apud* ARAÚJO; CARVALHO, 2009), para designar, em sentido amplo, as pessoas físicas que prestam serviços ao Estado e às entidades da Administração Indireta, com vínculo empregatício e mediante remuneração paga pelos cofres públicos. Assim, são considerados servidores públicos: os servidores estatutários, ocupantes de cargos públicos providos por concurso público e que são regidos por um estatuto definidor de direitos e obrigações; os empregados ou funcionários públicos, ocupantes de emprego público também provido por concurso público, contratados sob o regime da CLT (TAVARES BENETTI; FERREIRA DE ARAÚJO, 2008).

Para Ribeiro e Mancebo (2013), servidores públicos são todos aqueles ocupantes de cargo do poder público. No conceito de servidor, segundo Di Pietro e Ribeiro (2010) existem três grupamentos distintos: (1) servidores estatutários, que são titulares de cargos públicos, são submetidos em Lei a regulamentos estabelecidos e pelas unidades da Federação; (2) grupamento composto por empregados públicos, subordinados às normas da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e que são ocupantes de cargo público e os (3) servidores temporários contratados por prazo determinado para o exercício de certas funções.

A Constituição Brasileira, assim define o funcionário ou servidor público (BRASIL, 1990, p. 245).

Art. 327 - Considera-se funcionário ou servidor público, para os efeitos penais, quem, embora transitoriamente ou sem remuneração, exerce cargo, emprego, serventia ou função pública. § 1º - Equipara-se a funcionário público, quem exerce cargo, emprego ou função em entidade paraestatal e quem trabalha para empresa prestadora de serviço, contratada ou conveniada para a execução de atividade típica da Administração Pública

A expressão “funcionário público” não é empregada na Constituição Federal de 1988, devido ao regime contratual celetista que o assemelha ao empregado privado, que

emprega a designação “**servidor público**” (grifo nosso) e “agente público” para se referir aos trabalhadores do Estado. Agente Público é a designação mais abrangente: alcança os agentes políticos, os servidores públicos e os particulares, em atuação colaboradora. Os servidores públicos são referidos como categoria de agentes públicos: são os agentes permanentes, profissionais, a serviço da Administração Pública (BRASIL, 1994).

O cargo em comissão, antigamente chamado cargo de confiança, é destinado a funções de direção, chefia ou assessoramento. O servidor pode ser efetivo (de carreira) ou alguém de fora da administração; o provimento não se dá por concurso, a nomeação é livre e, como não possui estabilidade, o servidor pode ser exonerado a qualquer tempo. Nesse caso, se é um servidor efetivo, volta para o cargo normal e, se é uma pessoa anteriormente estranha ao serviço público, perde o vínculo com a administração pública. O servidor comissionado não possui os mesmos direitos do efetivo, principalmente a previdência própria, é filiado ao INSS. Existe também a função de confiança, que é uma função sem cargo próprio, isto é, o servidor efetivo sai da sua função normal e assume a função que seria do cargo em comissão. Permanece, então, com seu cargo normal e uma função especial (BRASIL, 1988).

Como é possível observar, existem diferentes formas de vinculação formal ao trabalho do servidor público, o que certamente repercute em condições de trabalho desiguais, muitas vezes, com a mesma função e cargos, submetidos a diferentes normas e estatutos, podendo gerar conflitos.

Os servidores estudados na presente pesquisa são servidores estatutários, titulares de cargos públicos, são submetidos em Lei a regulamentos estabelecidos e pelas unidades da Federação, ou seja, são titulares de cargo público, que após concurso público, passam a ser regidos pela Lei 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais, que após tomarem posse e passarem por três anos de estágio probatório, adquirem estabilidade. São também adquiridos o direito ao recolhimento da previdência social, uma remuneração conforme a classe, a função pelo poder público Federal e a oportunidade de continuar se qualificando e capacitando, com o incentivo de Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação (PCCTAE).

A maioria dos servidores presta um serviço do tipo intelectual (caracterizado no processamento de informações, negociações, fiscalização, ensino, pesquisa, policiamento, entre outras) e não-braçal (típico das lavouras ou das atividades repetitivas das linhas de montagem das indústrias). Por mais que as rotinas sejam fragmentadas e estruturadas em ritos

processuais rígidos, elas estão ainda alicerçadas sobre normas jurídicas complexas, por vezes contraditórias (PORTO, 2006).

Caracteristicamente, o modelo técnico-burocrático nas organizações, derivado da adoção do modelo weberiano, corresponde basicamente à existência de normas escritas, da estrutura hierárquica, da divisão horizontal e vertical do trabalho e, finalmente, da impessoalidade do recrutamento de pessoal. Assim, os trabalhadores que se vêem mergulhados no modo de gestão burocrático são influenciados, tomando para si características específicas, como morosidade e extrema regulamentação na dinâmica do trabalho.

Na atualidade, os sujeitos que trabalham em empresas estatais vivem os reflexos das transformações, as exigências do novo mercado de trabalho formal, e são impelidos a buscar outro perfil mais flexível. A demanda de estar empregável é real nessas empresas, porque ali se observa o movimento do Estado para enxugar e reduzir o quadro de vagas de trabalho (NUNES; LINS, 2009).

Lancman *et al.* (2007) pontua que, apesar de vivenciarem relações menos instáveis de trabalho (menor exposição ao risco de demissão sumária), os profissionais do setor público estão expostos a outras formas de instabilidade e precarização do trabalho, tais como: privatização de empresas públicas seguidas de demissões, terceirização de setores dentro da empresa, deterioração das condições de trabalho e da imagem do trabalhador do serviço público, e responsabilização deles pelas deficiências dos serviços e por possíveis crises das instituições públicas, entre outros. A estabilidade no emprego, que era prerrogativa do setor público, é retirada pela alteração da sua legislação, e a política de desvalorização do sujeito é visível através do achatamento dos salários e das precárias condições de trabalho, evidenciadas na diminuição da quantidade e da qualidade dos materiais de consumo, da manutenção e compra de equipamentos, o que leva muitos a procurarem outras empresas para trabalhar (RODRIGUES; IMAI; FERREIRA, 2001).

Segundo Nunes e Lins (2009) as empresas estatais apresentam, em sua estrutura, uma especificidade que lhes confere uma nítida distinção das empresas privadas. Elas, como outras quaisquer, possuem sua função produtiva, mas assumem contornos do Estado. Sua estruturação sempre será regida pelos planos políticos e econômicos do governo a que estão vinculadas. As adaptações das práticas gerenciais oriundas da iniciativa privada e introduzidas no setor público brasileiro, em conjunto com a grande mudança produzida pela revolução da informática e a necessidade de absorção rápida desses novos modelos de gestão, o que muitas

vezes acarretou choques para as culturas organizacionais, têm modificado o panorama da saúde ocupacional e da qualidade de vida do servidor público.

Apesar desses avanços na esfera nacional da categoria, pouco se tem estudado sobre a figura do trabalhador do serviço público por sua caracterização primordial: a ligação com o Estado e o modo de gestão peculiar que é utilizado em toda essa rede. Tal formatação demanda um olhar diferenciado por parte dos estudiosos da categoria profissional. A visão quanto ao servidor público vem sendo modificada pela necessidade do mercado atual, do aperfeiçoamento, e também pela perda do antigo "emprego vitalício", sempre tão exaltado como referência ao funcionalismo público (NUNES; LINS, 2009).

Quanto aos cuidados com esse tipo de servidor diferenciado, segundo Carneiro (2008), especificamente, na área da seguridade social do servidor público federal, o governo à época, fez alguns avanços, não só na esfera normativa, que permite a operacionalização das diretrizes políticas nessa área específica de atuação, mas, fundamentalmente, comprometeu-se na implementação de ações interventivas que impliquem na melhoria da qualidade de vida e trabalho, com influência direta na realidade da administração pública federal, sobretudo no que tange a assistência à saúde suplementar e à saúde ocupacional do servidor público.

Sugere-se, como feito nesta investigação, que em primeiro lugar, seja cotejado o diagnóstico epidemiológico dos agravos à saúde mental.

Cabe destacar que o sofrimento mental ligado ao trabalho, cada vez mais, tem sido objeto de estudos, pela alta incidência e prevalência dessa ocorrência nos ambientes de trabalho, o que gera prejuízos ao desempenho profissional do trabalhador e perdas econômicas para o empregador (GUIMARÃES; GRUBITS, 2004).

Nunes e Lins (2009) estudaram a relação do prazer e sofrimento no trabalho dos servidores de uma instituição federal, em que foi possível detectar que as maiores causas de sofrimento são as dificuldades impostas pelo serviço público, ou seja, um modo de gestão altamente hierarquizado e tomado pela racionalização burocrática e, como fator de prazer, quando percebem o sucesso ao atingirem metas, apesar dos obstáculos, expressando a ambiguidade que os mesmos vivenciam no ambiente laboral.

Nessa mesma direção, Figueiredo e Alevato (2012), citam que os servidores técnico-administrativos de uma instituição de ensino superior, entre outras demandas, lidam diariamente com novas formas de exploração como a precarização, à intensificação e a flexibilização do trabalho (SEGNINI, 1999; ANTUNES, 2008; SENNETT, 2008;

WOLLECK, 2011). O estudo de Figueiredo e Alevato (2012) conclui que a maior parte dos servidores que foram afastados do serviço teve como causa os Transtornos Mentais e do Comportamento, incluídas a depressão, a síndrome do pânico e a esquizofrenia, entre outros, bem como foram responsáveis pela maioria dos dias de afastamento.

A literatura em saúde mental no trabalho do servidor público federal sugere, portanto, a amplitude e a relevância do problema a ser enfrentado em todo o território nacional, indicando a necessidade do estabelecimento de uma política em saúde mental incorporada às gestões, levando em conta as dificuldades estruturais da Administração Pública Federal, até mesmo pela inexistência de dados fidedignos sobre os fatores psicossociais de risco no serviço público federal em universidades. Tal providência possibilitaria um real dimensionamento do adoecimento mental, aliado a uma diversidade de fatores organizacionais associados (BRASIL, 2010).

### **2.1.1 Breves notas sobre a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul**

A Universidade Federal de (UFMS) é uma instituição pública de ensino, sediada na cidade de Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul. Conforme consultas ao *site* da Universidade (UFMS) sua história teve início no ano de 1962, ano em que foi criada a Faculdade de Farmácia e Odontologia, na cidade de Campo Grande, onde seria o primeiro centro de ensino superior público, no então estado de Mato Grosso.

Em 1966, foi criado o Instituto de Ciências Biológicas de Campo Grande, que absorveu os dois cursos já existentes e instituiu e criou o curso de medicina. Em 1967, foram instalados o Instituto Superior de Pedagogia em Corumbá e o Instituto de Ciências Humanas e Letras em Três Lagoas. Em 16 de setembro de 1969, fundou-se então a Universidade Estadual de Mato Grosso (UEMT), em 1970 a UEMT em Dourados, em 05 de julho de 1979 a UFMS, por meio da Lei Federal nº 6.674, de 05 de julho de 1979, a partir da federalização da então Universidade Estadual de Mato Grosso (UEMT).

Foram agregadas, portanto, todas as unidades educacionais integrantes desta Instituição (UFMS, 2011): o Instituto de Ciências Biológicas de Campo Grande, criado em 1966, formado pelas Faculdades de Farmácia, Odontologia e Medicina, o Instituto Superior de Pedagogia de Corumbá, criado em 1967; o Instituto de Ciências Humanas e Letras de Três

Lagoas, criado em 1967; o Centro Pedagógico de Aquidauana, criado em 1970 e o Centro Pedagógico de Dourados, criado em 1970.

Santos (1995) ressalta uma característica específica da UFMS, “[...] [ela] já nasceu geograficamente descentralizada.”, o que facilitou o acesso e beneficiou a população sul-mato-grossense, os estados e países vizinhos.

Atualmente, a UFMS é composta por nove unidades setoriais acadêmicas, sendo três Centros, cinco Faculdades e uma Coordenadoria, mantidas na sede, em Campo Grande, e outras 10 unidades setoriais no interior do estado (UFMS, 2012). Após essa expansão, em 2001, criou-se o *Campus* de Coxim; em 2005 foi desmembrado o *Campus* de Dourados (CPDO) para ser criada a Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), em 2008 foi criado o *Campus* de Chapadão do Sul, em 2009, o de Nova Andradina, as Faculdades de Direito e Computação e em 2010, os *campi*<sup>3</sup> de Bonito, Naviraí e Ponta Porã.

Assim sendo, devido à extensão territorial da UFMS, a mesma atende educacionalmente várias cidades, estados e até países vizinhos, como Paraguai e Bolívia.

A unidade setorial acadêmica cidade sede (que foram contempladas além de outras nesta investigação) é assim composta: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS); Centro de Ciências Exatas e Tecnologia (CCET); Centro de Ciências Sociais (CCHS); Faculdade de Computação (FACOM); Faculdade de Direito (FADIR); Faculdade de Medicina (FAMED); Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia (FAMEZ); Faculdade de Odontologia (FAODO) e Coordenadoria de Educação Aberta e à Distância (CED/PREG).

Além destas unidades acadêmicas, a UFMS possui os seguintes órgãos e unidades suplementares que não foram contemplados nesta investigação: Núcleo de Hospital Universitário, Núcleo de Informática, Base de Estudos do Pantanal, Hospital Veterinário, Fazenda Escola, piscinas, quadras, ginásios, Estádio Pedro Pedrossian, Teatro Glauce Rocha (UFMS, 2011), Museu Arqueológico (MUARQ), Pantanal Incubadora Mista de Empresas, Empresa Júnior, Agência de Propriedade Intelectual e Transferência de Tecnologia (APITT), e Escola de Conselhos (UFMS, 2012). Nesta pesquisa, será visado estritamente o *campus* localizado na cidade de Campo Grande, onde funcionam oito unidades setoriais, Reitoria, Pró-Reitorias e Coordenadorias.

---

<sup>3</sup> *Campi*: é o plural de *campus* em sua forma tradicional (latim), segundo a Assessoria de Comunicação do Ministério da Educação, em seu manual de redação (BRASIL. MEC, 2012).

Com relação à oferta de cursos, dados apresentados no Plano de Desenvolvimento Institucional 2010-2014, indicam que a UFMS oferecia, à época de sua publicação, cento e dois cursos de graduação, dos quais noventa e quatro presenciais e oito à distância e trinta cursos de pós-graduação, sendo vinte e dois de mestrado e oito de doutorado (UFMS, 2011). Na cidade universitária de Campo Grande, são ofertados atualmente 58 cursos de graduação distribuídos nos Centros e Faculdades, dos quais apenas 18 são licenciaturas.

A estrutura organizacional da universidade também acompanhou o processo de fragmentação do conhecimento, adotando em sua composição setores e agregando áreas específicas e afins, por meio de departamentos e faculdades.

A UFMS oferece cursos de graduação e pós-graduação, ambos presenciais e à distância. Os cursos de pós-graduação comportam os cursos de especialização e os programas de mestrado e doutorado.

Para o futuro, existe o projeto de criação da Universidade Federal do Pantanal-UFPAN, com sede em Corumbá e a Universidade Federal do Bolsão-UFB em Três Lagoas, unindo-se ao *campus* de Paranaíba, ambas desmembrando-se da UFMS.

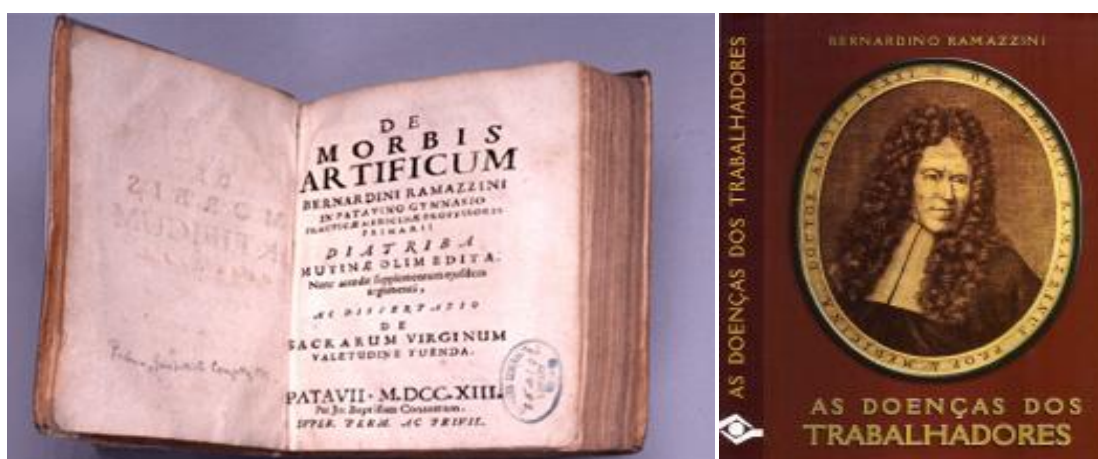
Exposto o cenário de criação da UFMS, local em que os servidores aqui estudados desempenham sua função, passa-se a abordar a saúde do trabalhador, campo de estudos em expansão, sendo esta derivada dos inúmeros problemas relacionados à saúde física e mental que o trabalhador brasileiro vem apresentando, refletindo-se em custos humanos e econômicos para os servidores, para a própria instituição e para a sociedade.

## 2.2 SAÚDE DO TRABALHADOR

### 2.2.1 Breve histórico

Impossível tecer a fundamentação teórica de um estudo onde se contemplam as relações entre Saúde Mental e Trabalho, sem referenciar seu início no século XVII. Para tanto, esta parte da dissertação tratará de suas origens, onde se encontra a contribuição fundamental de Bernardo Ramazzini, considerado na atualidade, o pai da Medicina do Trabalho e referência para todos aqueles que trabalham com saúde do trabalhador.

Bernardo Ramazzini inicia no curso médico de Módena, Itália, suas aulas sobre a matéria que denominou *Artificum*- As doenças dos trabalhadores. Suas observações foram registradas no livro que intitulou *De Morbis Artificum Diatriba* (1700) e resultou da amalgama de uma sólida bagagem de erudição na literatura histórica, filosófica e médica disponível - como se verá adiante, com as observações colhidas em visitas aos locais de trabalho e entrevistas com trabalhadores. Ressalte-se importância de Ramazzini para o início da sistematização do campo de estudos e práticas em saúde, que mais tarde seria relacionado com as origens da Higiene Ocupacional, depois denominada Saúde Ocupacional, importante até os dias de hoje.



**Figura 1-** Capas: antiga e atual do livro de Ramazzini “As doenças dos trabalhadores”  
**Fonte:** ANAMT (2014)

Conforme relato feito pelo próprio Ramazzini, o despertar do seu interesse pelas doenças dos trabalhadores e pela elaboração de um texto voltado para este tema deu-se a partir da observação do trabalho dos “cloaqueiros”, em sua própria casa, em Módena, Itália.

Esses trabalhadores tinham a tarefa de esvaziar as “cloacas” “fossas negras” que armazenavam fezes e outros dejetos, como, aliás, ainda era feito rotineiramente, há até não muito tempo atrás, em diversas cidades brasileiras, e excepcionalmente por trabalhadores de empresas de saneamento básico.

Ramazzini (1992, p. 47-48), em uma rica descrição, que aqui se mantém na íntegra, dada sua riqueza de conteúdo e narrativa, baseada em sua incomum e singular capacidade de observação relata,

Observei que um dos operários, naquele antro de Caronte, trabalhava açodadamente, ansioso por terminar; apiedado de seu labor impróprio, interroguei-o porquê trabalhava tão afanosamente e não agia com menos pressa, para que não se cansasse demasiadamente, com o excessivo esforço. Então, o miserável, levantando a vista e olhando-me desse antro, respondeu: ‘ninguém que não tenha experimentado poderá imaginar quanto custaria permanecer neste lugar durante mais de quatro horas, pois ficaria cego’. Depois que ele saiu da cloaca, examinei seus olhos com atenção e os notei bastante inflamados e enevoados; em seguida procurei saber que remédio os cloaqueiros usavam para essas afecções, o qual me respondeu que usaria o único remédio, que era ir imediatamente para casa, fechar-se em quarto escuro, permanecendo até o dia seguinte, e banhando constantemente os olhos com água morna, como único meio de aliviar a dor dos olhos. Perguntei-lhe ainda se sofria de algum ardor na garganta e de certa dificuldade para respirar, se doía a cabeça enquanto aquele odor irritava as narinas, e se sentia náuseas. Nada disso, respondeu ele, somente os olhos são atacados e se quisesse prosseguir neste trabalho muito tempo, sem demora perderia a vista, como tem acontecido aos outros’. Assim, atendendo-me, cobriu os olhos com as mãos e seguiu para casa. Depois observei muitos operários dessa classe, quase cegos ou cegos completamente, mendigando pela cidade [...].

Segundo Mendes (2000, p. 48), Ramazzini tinha uma preocupação e o compromisso com uma classe de pessoas habitualmente esquecida e menosprezada pela Medicina. O próprio Ramazzini (1992, p. 15 e 16) reconhece no prefácio de seu tratado, que,

[...] ninguém que eu saiba pôs o pé nesse campo [doenças dos operários]. [...] É, certamente um dever para com a mísera condição de artesãos, cujo labor manual muitas vezes considerado vil e sórdido, é contudo necessário e proporciona comodidades à sociedade humana [...].

Ramazzini (1992, p. 16) entendera que,

os governos bem constituídos têm criado leis para conseguirem um bom regime de trabalho, pelo que é justo que a arte médica se movimente em favor daqueles que a jurisprudência considera com tanta importância, e

empenhe-se [...] em cuidar da saúde dos operários, para que possam, com a segurança possível, praticar o ofício a que se destinaram.

Os passos de abordagem utilizados e ensinados por Ramazzini seguem-se pelas visitas ao local de trabalho e pelas entrevistas com trabalhadores. Aliás, como antes visto, foi o impacto da observação do trabalho e a das conversas com os trabalhadores que levou Ramazzini a se dedicar ao tema das doenças dos trabalhadores.

Mais tarde, com a sistematização de seus estudos sobre as doenças dos trabalhadores, Ramazzini (1992, p. 16-17) pode afirmar com a autoridade dos mestres:

[...] eu, quanto pude, fiz o que estava ao meu alcance, e não me considerei diminuído visitando, de quando em quando, sujas oficinas a fim de observar segredos da arte mecânica. [...] Das oficinas dos artífices, portanto, que são antes escolas de onde saí mais instruído, tudo fiz para descobrir o que melhor poderia satisfazer o paladar dos curiosos, mas, sobretudo, o que é mais importante, saber aquilo que se pode sugerir de prescrições médicas preventivas ou curativas, contra as doenças dos operários.

À abordagem clínico-individual, cujos fundamentos foram ensinados por Hipócrates (460-375 a.C.), Ramazzini agregou a prática da *história* ou *anamnese ocupacional*. Assim, ele dizia algo, que não se aplica somente ao médico, mas a todos os profissionais da saúde que atuam no contexto do Trabalho (MENDES, 2000, p. 50)

[...] Um médico que atende um doente deve informar-se de muita coisa a seu respeito pelo próprio e por seus acompanhantes [...]. A estas interrogações devia acrescentar-se outra: ‘e que arte exerce?’. Tal pergunta, considero oportuno e mesmo necessário lembrar ao médico que trata um homem do povo, que dela se vale chegar às causas ocasionais do mal, a qual quase nunca é posta em prática, ainda que o médico a conheça. Entretanto, se a houvesse observado, poderia obter uma cura mais feliz.

Ampliando a abordagem clínico-individual, Ramazzini introduziu, também, a análise coletiva ou epidemiológica, categorizando-a segundo ocupação ou profissão (cerca de 54) o que lhe permitiu construir e analisar “perfis epidemiológicos” de adoecimento, incapacidade ou morte, como até então não feitos. Com justiça, portanto, Ramazzini é também respeitado pelo campo da Epidemiologia, por haver introduzido esta categoria de análise no estudo da distribuição das doenças, o que para esta investigação reproduz quando busca estimar a prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores.

Outra área para a qual Ramazzini deixou sua contribuição foi a da sistematização e classificação das doenças, segundo a natureza e o grau de nexos com o trabalho. Com efeito,

ao descrever as “doenças dos mineiros”, Ramazzini (*apud* MENDES, 2000, p.19) entendeu que:

[...] o múltiplo e variado campo semeado de doenças para aqueles que necessitam ganhar salário e, portanto, terão de sofrer males terríveis em consequência do ofício que exercem, prolifera, [...] devido a duas causas principais: a primeira, e a mais importante, é a natureza nociva da substância manipulada, o que pode produzir doenças especiais pelas exalações danosas, e poeiras irritantes que afetam o organismo humano; a segunda é a violência que se faz à estrutura natural da máquina vital, com posições forçadas e inadequadas do corpo, o que pouco a pouco pode produzir grave enfermidade.

A propósito das “doenças dos que trabalham em pé” assim se expressa Ramazzini (1992, p. 107):

[...] até agora falei daqueles artífices que contraem doenças em virtude da nocividade da matéria manipulada; agrada-me, aqui, tratar de outros operários que por outras causas, como sejam a posição dos membros, dos movimentos corporais inadequados, que, enquanto trabalham, apresentam distúrbios mórbidos, tais como os operários que passam o dia de pé, sentados, inclinados, encurvados, correndo, andando a cavalo ou fatigando seu corpo por qualquer outra forma.

De fato, deste critério de classificação empírica utilizado por Ramazzini, é possível pegar as bases para uma sistematização da Patologia do Trabalho, onde, no primeiro grupo estariam as “doenças profissionais” ou “tecnopatias”, e, no segundo, as “doenças adquiridas pelas condições especiais em que o trabalho é realizado”, ou as “mesopatias” - classificação até hoje utilizada para fins médico-legais e previdenciários em muitos países, inclusive no Brasil.

Muitas outras contribuições poderiam ser aqui identificadas, tais como sua visão das inter-relações entre a Patologia do Trabalho e o Meio-Ambiente, quando Ramazzini estuda as “doenças dos químicos” (RAMAZZINI, 1992, p. 110) e a ênfase na prevenção primária das doenças dos trabalhadores, o que ele faz no interior de inúmeras seções de seu livro. Ainda é no estudo das “doenças dos químicos” que ele descreve a utilização potencial de registros de óbito para o estudo dos impactos da poluição ambiental sobre a saúde das comunidades - estratégia metodológica que até hoje se utiliza.

As relações entre Trabalho, Saúde e Doença dos trabalhadores são cada vez mais reconhecidas e as práticas da Saúde Ocupacional têm se transformado, incorporando novos enfoques e instrumentos de trabalho, em uma perspectiva interdisciplinar. É relativamente recente uma produção mais sistemática sobre a Saúde mental do trabalhador.

As proporções epidêmicas das afecções emocionais e mentais exigem a adoção de estratégias adequadas e cientificamente comprovadas, compatíveis com a cultura de nosso país. Por meio das estatísticas de afastamentos e acidentes no trabalho pelos profissionais da área e diagnósticos feitos pelo Código Internacional de Doenças (CID), os Transtornos Mentais relacionados ao trabalho, emergem como os de maior prevalência e incidência, no mundo e em nosso país.

Neste contexto, urge que os profissionais e pesquisadores de saúde ocupacional se encaminhem para além dos riscos ambientais, buscando entender e abordar os fatores psicossociais de risco relacionados ao trabalho. É emblemática a inserção deste pilar, no modelo de ambiente de trabalho saudável proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010).

Para Borsoi (2007), durante muitos anos, o fato de o ser humano trabalhar para sobreviver não era pensado como parte integrante do conjunto de aspectos significativos da vida das pessoas, de um modo a ser um fator importante na constituição de sofrimento psíquico, pois a história familiar, os aspectos orgânicos e afetivos dos indivíduos, com frequência eram vistos como as principais causas explicativas para os problemas encontrados neste campo. Atualmente, este conceito ainda permanece, pois, segundo o autor, estudos têm relatado que ainda se percebe nos comportamentos de médicos, uma não preocupação em saber o que seus pacientes fazem para sobreviver, que profissão exercem, quantas horas trabalham por dia, se tiram férias regularmente, entre outros.

Ogata (2014) refere que uma pesquisa realizada com mais de um milhão de participantes em todo o mundo, constatou que o trabalho é o elemento mais importante do bem-estar, em relação aos outros domínios da vida, tais como o como financeiro, social, comunitário e físico. O bem estar estaria relacionado primordialmente à realização e ao sentido do trabalho (RATH, 2010). A abordagem unicamente individual, em geral, não é efetiva, se não forem abordadas as questões psicossociais relacionadas ao trabalho.

Os gestores dos programas de promoção de saúde e qualidade de vida reconhecem que a questão emocional e o estresse são fatores muito importantes, pois estão relacionados ao adoecimento precoce, absenteísmo e presenteísmo, ao aumento dos custos de assistência médica e doenças ocupacionais. No entanto, frequentemente, as abordagens são pontuais, como palestras, feiras de saúde, Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho (SIPATs) ou sessões de massagem, o “dia da fruta”, entre outros, o que não modifica a estrutura e a dinâmica do trabalho, funcionando mais como um “apagar de incêndios”, do que

como promoção e prevenção. A abordagem dos fatores emocionais exige conhecimento teórico e a elaboração de programas de Saúde Mental que propiciem resultados efetivos e sustentáveis (OGATA, 2014).

Lacaz (2007) acrescenta que para não adoecer pelo processo de trabalho, é importante desvendar a nocividade que se encontra no processo de trabalho sob o capitalismo e suas implicações, as quais são: alienação, sobrecarga e/ou subcarga, pela interação dinâmica de “carga” sobre os corpos que trabalham, conformando um nexos biopsíquico que expressa o desgaste, que impede as potencialidades de fluir e a criatividade dos trabalhadores.

Para Gomez e Lacaz (2005), evidenciam-se, na atualidade, três pontos cruciais no campo da saúde do trabalhador:

1. a ausência de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador Intersetorial e capaz de propor linhas de ação, formas de implementação e de avaliação efetivas e adequadas às necessidades reais do conjunto dos trabalhadores;
2. a fragmentação da área de conhecimento denominada “campo de saúde do trabalhador”, o que impede uma colaboração estratégica e orgânica com as necessidades diversificadas, complexas e cambiantes dessa população e;
3. o enfraquecimento dos movimentos sociais e sindicais dificultando pressões necessária, tanto para a área acadêmica, como para os sucessivos governos.

A preocupação com a saúde mental do trabalhador ganha impulso com o início da Medicina do Trabalho, abordagem que se restringe a uma visão individual e biológica do trabalho. O conceito de Medicina do Trabalho foi aos poucos substituído pelo de Saúde Ocupacional, em que o ambiente do qual esse trabalhador faz parte, passa a ser considerado na relação saúde/doença, iniciando-se assim a preocupação com o movimento de prevenção

As maiores conquistas no âmbito da Saúde do Trabalhador se devem à luta histórica e cotidiana da classe trabalhadora, como atestam os registros da História. Voltar-se, hoje, para as relações entre Saúde Mental e Trabalho é o novo desafio a ser coletivamente assumido. Para tanto, faz-se necessário demandar sustentação teórica, estudos empíricos, pactos com diversos segmentos sociais, posições políticas e um trabalho de militância, trabalho este potencialmente promotor de saúde.

Embora existam lacunas, estudos que abordem a saúde mental e as implicações do trabalho estão aumentando significativamente, principalmente pela detecção da alta prevalência dos Transtornos Mentais, problemas emocionais de ordem somática, distúrbios do

comportamento e do que isto representa para a saúde pública (GASPARINI; BARRETO e ASSUNÇÃO, 2005).

Será enfocado a seguir, o campo de estudos da Saúde Mental e Trabalho, tema nuclear desta pesquisa.

## 2.3 SAÚDE MENTAL E TRABALHO

O termo Trabalho deriva do latim *Tripalium*, que na Antiguidade era um instrumento de três pontas de ferro utilizado para a ceifa dos cereais. No entanto, com o decorrer do tempo, o termo *Tripalium* passa para a história como instrumento de tortura associado ao sofrimento. O termo *Tripaliare* significa “torturar alguém”. Atualmente, Trabalho tem um duplo significado: prazer e sofrimento. Há pessoas que percebem o trabalho, predominantemente, como sofrimento e outras, como prazer, embora se saiba que, prazer e sofrimento sempre coexistem, variando os graus.

A Saúde Mental é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000, p. 44) como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao estresse normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere” e pode ser promovida por meio de programas adequados, da melhoria das condições sociais e da prevenção do estresse entre outros fatores, e da luta contra o estigma, segundo o Secretariado Nacional para Reabilitação e Integração das pessoas com Deficiência (SNRIPD, 2006).

Cabe reafirmar que a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000), embora diga não existir definição “oficial” sobre saúde mental, definindo-a, diz que diferenças culturais, julgamentos subjetivos, e teorias relacionadas concorrentes a afetam o modo como a “saúde mental” é definida. Portanto, a Saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva e/ou emocional e pode incluir também a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. Admite-se, entretanto, que o conceito de Saúde Mental é mais amplo que a ausência de Transtornos Mentais.

O conceito de Saúde Mental deve envolver o homem no seu todo biopsicossocial, o contexto social em que está inserido, assim como a fase de desenvolvimento em que se encontra. Neste sentido, pode-se considerar a Saúde Mental como um equilíbrio dinâmico que

resulta da interação do indivíduo com os seus vários ecossistemas: o seu meio interno e externo, a suas características orgânicas e os seus antecedentes pessoais e familiares (FONSECA, 1985).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p. 161) em decorrência do importante lugar que o trabalho ocupa na vida das pessoas, “sendo fonte de subsistência e de posição social, a falta de trabalho ou mesmo ameaça de perda do emprego geram sofrimento psíquico, pois ameaçam a subsistência e a vida material do trabalhador e de sua família”. O Ministério da Saúde vai dizer que “o trabalho ao mesmo tempo abala o valor subjetivo que a pessoa se atribui” gerando sentimentos de menos-valia, angústia, insegurança, desânimo e desespero, caracterizando quadros ansiosos e depressivos. Marques, Martins e Sobrinho (2011) afirmam que o trabalho está carregado de sentidos e refere que em nossa cultura, o mesmo é um organizador social que investe os atores sociais de identidade e, por meio dele, o sujeito se reconhece e é reconhecido na sua atividade profissional. Maggi e Tersac (2004) ressaltam que o trabalho é uma necessidade e um desejo e é este mesmo trabalho que permite a sobrevivência e que também contribui para o adoecimento dos trabalhadores.

As transformações introduzidas nos contextos laborais, nos últimos anos, têm oportunizado, em geral, melhores condições de trabalho, com ambientes mais limpos, menos insalubres, com menos riscos de acidentes e doenças. Por outro lado, tais transformações nos processos de trabalho têm suscitado novas formas de sofrimento e/ou doença, vinculadas, preferencialmente ao funcionamento psíquico dos trabalhadores e disseminadas pelos mais diferentes espaços de trabalho. As estatísticas de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez refletem este novo perfil.

Cabe ressaltar que as pesquisas em Saúde Mental e Trabalho não se constituem como novas e, de acordo com Codo (1988), já em 1917, Freud publicava “Noções Introdutórias sobre Psicanálise”, o primeiro número de um jornal conhecido como “Higiene Mental”, no qual um artigo já trazia um alerta sobre o fato de que pacientes desempregados apresentavam sérios problemas, que se agrupavam em três classificações: instabilidade emocional, personalidades inadequadas e personalidades paranóides. Dois anos após, Southard (1919) foi indicado pela *Engineering Foundations of New York*, para investigar os problemas emocionais entre os trabalhadores e, em 1933, foi aprovada a jornada de seis horas para os bancários, com argumento baseado na psicose bancária essencial. Entre vários autores que contribuíram para o avanço do conhecimento neste campo de estudos, pode ser citado Le Guillant que descreveu “A neurose das telefonistas” (LE GUILLANT *et al.*, 1956),

que considerava o trabalho apenas como desencadeante de sintomas, em pessoas já portadoras de uma “neurose latente”.

Como não é objetivo desta investigação detalhar a história da Saúde Mental do Trabalhador, faz-se um salto, assinalando que, foi na década de 1980, que no Brasil, se iniciaram os estudos sobre as relações entre Saúde Mental e Trabalho, com a pioneira Edith Seligmann-Silva seguida por outros importantes pesquisadores, tais como Wanderley Codo, Ione Vasquez Menezes, Livia de Oliveira Borges, Liliana Guimarães, entre outros.

Para Areias e Guimarães (1999, p. 23), “o campo da Saúde Mental do trabalhador se dedica ao estudo da dinâmica, da organização e dos processos de trabalho, visando a promoção da Saúde Mental do trabalhador, por meio de ações diagnósticas, preventivas e terapêuticas eficazes”, enfatizando o importante papel do trabalho, tanto na promoção de saúde mental quanto na contribuição para a ocorrência da doença mental.

De acordo com Jacques (2003) ocorreram alterações no âmbito interno da psicologia, que permitiram um novo olhar sobre a dimensão do trabalho, uma releitura das teorias clássicas sobre a constituição do psiquismo. Essa releitura de teorias vem reafirmando a importância do trabalho na constituição do sujeito e na sua inserção social, como estratégia de saúde e como associado ao adoecimento mental.

Codo (1988) postula que o trabalho tem função determinante, embora não exclusiva, nos Transtornos Mentais. De acordo com Heloani e Capitão (2003), a forma de organização do trabalho não irá criar doenças mentais específicas, pois os surtos psicóticos e a formação das neuroses dependem da estrutura da personalidade que a pessoa desenvolve desde o início de sua vida, na adolescência, antes mesmo de entrar no processo produtivo.

Jardim, Ramos e Glina (2010) dizem que o trabalho ocupa um valor único, singular, na vida das pessoas, pois, é fonte de subsistência e posição social para o trabalhador e sua família. Essas mesmas autoras pontuam que a ociosidade gera sofrimento psíquico, não apenas para o trabalhador, mas consequentemente também para sua família, e o trabalho ocupa um lugar importante no psíquico das pessoas, ou seja, se for satisfatório proporcionará saúde, prazer, alegria e, ao contrário, sendo que um trabalho sem reconhecimento propicia ameaça física e mental para a saúde do trabalhador, gerando sofrimento e levando a doenças tanto físicas como psíquicas.

É certo que o sofrimento faz parte da vida de qualquer ser humano, na área social ou do trabalho, e, pode levar a uma trajetória patológica, fato este que vem preocupando

especialistas do mundo inteiro, pois os impactos da globalização na organização do mundo do trabalho têm causado os mais diversos efeitos sobre a saúde mental do trabalhador, exigências crescentes de maior qualificação profissional, competitividade, precarização do emprego e a ameaça de perder o emprego, que se tornam cada vez mais constantes nos postos de trabalho (FLECK *et al.*, 2000).

Estas posições quanto à relação saúde mental e trabalho remetem à necessária caracterização do seu nexos causal. A seguir, são comentadas as dificuldades para esta tarefa e alguns dados derivados da mesma, relacionados a grupos ocupacionais semelhantes ao estudado nesta investigação.

Glina *et al.* (2001) citam que a caracterização do nexos causal entre trabalho e saúde mental, não é um processo simples, uma vez que este se desenvolve de maneira única em cada indivíduo, envolvendo toda a sua história de trabalho e de vida. Então, para estabelecer esse nexos, é fundamental a descrição pontual da situação de trabalho, no que tange à organização, ao ambiente e à percepção da influência que o trabalho exerce, no processo de doença. As autoras acrescentam que a evolução dos quadros clínicos encontrados, mantém-se intimamente relacionada com o fornecimento de suporte pelos serviços de saúde, pela empresa, familiares, sindicatos e instituições, enfatizando que esse conjunto de suportes deve ser fundido a um conjunto de ações para o resgate da identidade profissional e social desses trabalhadores.

Siano *et al.* (2009) fizeram uma análise descritiva de exames periciais de segurados do Instituto Nacional do Seguro Social, sobre Transtornos Mentais, que mostrou que o diagnóstico mais frequente entre os mesmos foram os transtorno do humor, (39,6%).

Outro problema não menos importante foi exposto por Marques, Martins e Sobrinho (2011), que tiveram como objetivo mapear as licenças médicas apresentadas pelos servidores da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES que justificaram ausências ao trabalho. Os dados obtidos indicaram que não se dissociou adoecimento do trabalhador e a ausência ao trabalho. Os adoecimentos mais prevalentes foram os Transtornos Mentais e comportamentais e as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, que juntas representaram 59,2% das ausências que predominaram na amostra pesquisada, resultantes do contexto de trabalho, em interação com o corpo e o aparelho psíquico dos trabalhadores.

Silva, Pinheiro e Sakurai (2007) relatam que os Transtornos Mentais e Comportamentais foram responsáveis por 19,28% do total de dias de afastamentos de

bancários de um banco estatal de Minas Gerais, em que os transtornos do humor foram responsáveis por aproximadamente 55% do número de dias de afastamento e os transtornos neuróticos com relação ao estresse e transtornos somatoformes por 32%, mostrando que essas doenças estão intimamente vinculadas à organização do trabalho. O que ocorre, no entanto, neste ambiente laboral, é que estas doenças não são reconhecidas como tal, portanto não emitem CAT (Comunicação de Acidente no Trabalho). No estudo, os autores detectaram uma tendência na mudança do perfil de absenteísmo no setor bancário, com os distúrbios osteomusculares sendo superados pelos Transtornos Mentais e do Comportamento.

Na idade adulta, aparecem grandes diferenças entre homens e mulheres, em relação aos Transtornos Mentais, pois a mulher apresenta maior vulnerabilidade para sintomas depressivos e ansiosos, que estão em especial ligados ao período reprodutivo (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006). Segundo esses autores, a depressão é a doença que mais causa impacto nas mulheres, tanto em países em desenvolvimento, como em países desenvolvidos, mostrando que o suicídio é a segunda causa de morte em mulheres na faixa etária dos 15 a 44 anos de idade no mundo, precedida apenas por tuberculose. Para os autores acima citados, as mulheres apresentam maior comorbidade entre depressão e transtornos de ansiedade, particularmente com os transtornos do pânico e fobias simples. Os homens apresentam maior comorbidade entre problemas relacionados ao uso de substâncias (mais comumente o álcool) e transtornos de conduta. Ressalte-se que os esteróides sexuais femininos, particularmente o estrógeno, agem na modulação do humor, o que, em parte, poderia explicar a maior prevalência dos transtornos do humor e da ansiedade na mulher, pois a flutuação dos hormônios gonodais teria alguma influência na modulação do sistema neuroendócrino feminino, desde a menarca até a menopausa.

Foi realizado por Tavares *et al.* (2012) um estudo epidemiológico, de corte seccional, com 130 docentes da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRS para investigar a demanda psicológica e o controle sobre o trabalho (Modelo demanda-controle de Karasek) e a associação destes com distúrbios psíquicos menores e a prevalência global de suspeição de distúrbios psiquiátricos nesta população foi de 20,1%. Concluíram que os enfermeiros docentes que desenvolvem as atividades em ambientes de alta exigência têm mais chances de desenvolver distúrbios psíquicos menores, e que docentes em trabalho ativo (considerado negativo para Karasek), apresentam mais chances de adoecimento mental, comparados aos que têm baixa exigência no ambiente laboral.

Para caracterizar o perfil sociodemográfico e as condições de Saúde e Trabalho dos professores de escolas estaduais paulistas, Vedovato e Monteiro (2008) realizaram um estudo epidemiológico, de corte transversal, feito em duas cidades, uma de grande e outra de médio porte do interior do estado de São Paulo. Concluíram que as doenças com diagnósticos mais citadas foram as músculo-esqueléticas e respiratórias (27,1%), os acidentes e doenças digestivas (22,1%) e os Transtornos Mentais (20,9%).

Investigando os Transtornos Mentais e Comportamentais e o perfil dos afastamentos de servidores públicos estaduais em Alagoas, Silva *et al.* (2012) concluíram que os Transtornos Mentais são uma causa importante de afastamentos dos servidores públicos do estado e que esta informação indica a necessidade urgente de planejamento, desenvolvimento e implementação de ações voltadas à melhoria das condições de trabalho, emprego e segurança para os servidores públicos.

Com as mesmas características dos servidores aqui estudados, em uma universidade pública do estado de São Paulo, Areias e Guimarães (2004) realizaram um estudo com 400 trabalhadores que objetivou identificar a saúde mental e os fatores psicossociais de risco em trabalhadores de uma universidade pública, segundo o gênero e concluíram que o gênero feminino apresentou mais fatores de risco para o estresse no trabalho, estresse social e estresse pessoal do que o masculino, mostrando também que a saúde mental e os fatores de apoio estão interligados.

Pesquisas em países desenvolvidos e em desenvolvimento têm mostrado que os Transtornos Mentais são mais comuns entre os socialmente desfavorecidos, em pessoas que já tenham sido casadas e mulheres, sendo que estes fatores associados à educação, renda e classe social (ARAYA; ROJAS; FRITSCH, 2001). Para Ludermir e Melo Filho (2002) a ocorrência de Transtornos Mentais tem associação direta com a estrutura ocupacional, escolaridade, condições de moradia e inserção no processo produtivo e renda. Assim, conhecidos os fatores associados às características ocupacionais dos indivíduos, é possível afirmar que a maioria das doenças mentais sofre influência de diversos fatores biológicos, psicológicos e sociais, que afetam todas as faixas etárias, causando sofrimento às famílias e comunidades e, sobretudo, ao indivíduo (OMS, 2002).

Em outro aspecto, as modificações ocorridas na dinâmica do trabalho, como aspectos gerenciais, novos métodos e técnicas organizacionais, tal como evidenciam Gasparini; Barreto e Assunção (2006) levaram a consequências significativas para a vida e

para a saúde dos trabalhadores a partir das novas exigências do mercado, reproduzindo um contexto de aumento de doenças mentais, psicossomáticas, cardiovasculares entre outras.

Os indivíduos acometidos por Transtornos Mentais, de forma geral, são “gerenciados quase que exclusivamente na atenção primária” (LLOYD, 2009, p. 342). Consequentemente, a falta de acesso a tratamentos adequados, o não conhecimento das providências cabíveis e a descontinuidade do tratamento, são quesitos preocupantes. Ainda, a subnotificação em saúde mental prejudica o conhecimento dos indicadores, repercutindo na falta de atenção e orientação do cuidado para estes indivíduos. Segundo o Relatório Mundial da Saúde Mental da OMS (2002, p. 27) “uma pequena minoria das 450 milhões de pessoas que apresenta perturbações mentais no mundo, recebem tratamento”.

Goulart Júnior, Câneo e Lunardelli (2009) mostram como se tornam ineficazes somente as possíveis mediações usadas pelo trabalhador para se manter saudável e afastar um possível adoecimento no trabalho, que pode advir de várias condições que predispõe a situações de sofrimento no ambiente laboral. Todas estas condições, fatores relacionados ao ritmo e ao tempo de execução das tarefas, jornadas longas e com poucos intervalos, trabalho em turnos (principalmente à noite), pressões de chefia por maior produtividade, entre outras podem levar ao adoecimento físico e mental. Este resultado remete ao compromisso que a organização tem com o adoecimento do trabalhador, implicada em que está com as formas de gestão do trabalho adoecedor.

As ações de promoção da saúde têm sido implementadas, ainda timidamente, na UFMS, e a divisão de Medicina do Trabalho realizou um projeto denominado “Compartilhando o mundo com a pessoa especial” feito com os servidores da instituição, visando melhorar a qualidade das relações intrapessoais e interpessoais destes, obtendo-se como resultado uma significativa humanização do ambiente de trabalho. O projeto foi publicado no manual dos Princípios, Diretrizes e ações em saúde mental na administração pública federal, no ano de 2010.

A seguir, serão apresentadas e discutidas as principais abordagens teórico-metodológicas utilizadas em Saúde Mental do trabalhador, segundo alguns estudiosos da área:

### 2.3.1 Abordagens teórico-metodológicas em Saúde Mental do trabalhador

Entre os modelos explicativos das relações entre Saúde Mental e Trabalho podem ser definidas duas principais correntes: (i) **a Psicopatologia do trabalho** - denominada Psicodinâmica do Trabalho, a partir dos estudos de Dejours, e os estudos que tratam da (ii) **Relação entre estresse e trabalho (Work Stress)** (GLINA; ROCHA, 2006). A **Psicodinâmica do Trabalho** entende o trabalho como vértice do indivíduo e refere que a divisão de tarefas e divisão dos homens norteia conflitos psíquicos. Enfatiza a centralidade do trabalho na vida dos trabalhadores, analisando os aspectos dessa atividade que podem favorecer a saúde ou a doença. Ao analisar a inter-relação entre Saúde Mental e Trabalho, Dejours (1986), seu principal expoente, acentua o papel da organização do trabalho no que tange aos efeitos negativos ou positivos que aquela possa exercer sobre o funcionamento psíquico e à vida mental do trabalhador. Este autor conceitua a organização do trabalho como a divisão das tarefas e a divisão dos homens. A divisão das tarefas engloba o conteúdo das tarefas, o modo operatório e tudo o que é prescrito pela organização do trabalho. Mais recentemente, Dejours *et al.* (1994) passaram a acentuar o fato de que a relação entre a organização do trabalho e o ser humano encontra-se em constante movimento. Do ponto de vista da ergonomia, a análise da organização do trabalho deve levar em conta: a organização do trabalho prescrita (formalizada pela empresa) e a organização do trabalho real (o modo operatório dos trabalhadores). Segundo o autor, o descompasso entre as duas, favoreceria o aparecimento do sofrimento mental, uma vez que levaria o trabalhador à necessidade de transgredir para poder executar a tarefa.

A segunda corrente de análise dedicada ao estudo da Saúde Mental e Trabalho é a que privilegia a relação entre estresse e trabalho. O **estudo da relação entre estresse-trabalho** (também denominado *Work stress*) afere o desequilíbrio entre as demandas do trabalho e a capacidade de resposta dos trabalhadores. Nesta abordagem, vários modelos teórico-metodológicos foram construídos, a começar por uma ampla variação do conceito de estresse, que apresenta um alto grau de complexidade. Destacam-se, nesse campo, os autores escandinavos (FRANKENHAEUSER; GARDELL, 1976; KALIMO, 1980; LEVI, 1988), entre outros, que têm em comum em sua definição de estresse o desequilíbrio entre as demandas do trabalho e a capacidade de resposta dos trabalhadores.

Nesta vertente, observa-se a preocupação com a determinação dos fatores potencialmente estressantes em uma situação de trabalho. Não é objetivo deste estudo,

detalhar os diferentes modelos teórico-metodológicos sobre o estresse ocupacional, mas como exemplo, Karasek e Theorell (1990) propõem um modelo com abordagem tridimensional, contemplando os seguintes aspectos: “exigência/controle” (*demand/control*); “tensão/aprendizagem” (*strain/learning*) e suporte social. Este modelo é denominado D/C, um dos mais utilizado no mundo e a situação saudável de trabalho seria aquela que permitisse o desenvolvimento do indivíduo, alternando exigências e períodos de repouso, com o trabalhador tendo controle sobre o processo de trabalho.

No entanto, diferentes autores nacionais classificam as abordagens teórico-metodológicas em Saúde Mental e trabalho de diferentes maneiras, explicitadas na sequência.

Edith Seligmann-Silva (1995 *apud* JACQUES, 2003) apresenta três diferentes abordagens teórico-metodológicas em Saúde Mental e Trabalho:

- (i) As teorias sobre estresse (work stress),
- (ii) A Psicodinâmica do Trabalho;
- (iii) O Desgaste mental.

Para Jacques (2003) existem quatro (4) amplas abordagens em Saúde Mental:

- (i) As teorias sobre estresse,
- (ii) A Psicodinâmica do Trabalho;
- (iii) As abordagens de base epidemiológica ou diagnóstica,
- (iv) Os estudos e pesquisas em subjetividade e trabalho.

Borges, Guimarães e Silva (2013), classificam em três as abordagens teórico-metodológicas:

1. As abordagens individualistas: que se caracterizam por buscar explicações, principalmente nas características das próprias pessoas e não na relação destas com o trabalho e suas condições. Mesmo que haja reconhecimento do nexo entre saúde psíquica e trabalho, nessas abordagens, ele é mais enfraquecido. A subjetividade é levada em conta na forma de crenças, percepções, atitudes, motivações, estereótipos, preconceitos, etc. e no impacto que tais cognições e afetos estão relacionados e/ou imbricados no processo de saúde/doença. O trabalho aparece como categoria social secundarizada, tanto na construção de tais cognições, quanto na etiologia do processo de saúde/doença. Tal pensamento está relacionado diretamente ao posicionamento dos psicólogos de

tal abordagem, apontando na direção que tende mais a uma aproximação de uma psicologia abstrata, que explica o processo de saúde-doença prioritariamente com base em processos psíquicos.

2. A Psicodinâmica do Trabalho: já descrita na página 40 e 41.
3. As abordagens psicossociológicas, descritas por vários autores (*e.g.*, ÁLVARO, 1995; MONTERO, 2000; SANDOVAL, 2000; PRADO, 2002; ÁLVARO *et al.*, 2007).

Nas abordagens psicossociológicas, assume-se abertamente a categoria trabalho como estruturante, tanto do ponto de vista das sociedades, como da vida concreta dos grupos e das pessoas. Assim, a posição dos psicólogos sobre o nexo entre saúde psíquica e trabalho abrange a consideração ao papel do trabalho no desenvolvimento de identidade (CHANLAT, 2011). É por isso que nessa abordagem, há uma busca da explicação do processo saúde/adoecimento diretamente nas condições de trabalho. Diferentemente das abordagens anteriores, **o trabalho concreto é o foco principal** (grifo nosso). As características pessoais (humanas) são consideradas, mas ora como elementos facilitadores do processo, ora mediando a relação da pessoa com o mundo do trabalho (KOHN; SCHOOLER, 1983; JAHODA, 1987; CODO, 1993; LIMA, 2002; BORGES *et al.*, 2007; HELOANI, 2008).

Já há algum tempo surgiram iniciativas indicando a construção de um diálogo entre as diferentes abordagens. Cabe citar os livros “Trabalho em Transição, Saúde em Risco (MENDES; BORGES; FERREIRA, 2002), “Trabalho e Saúde” (MENDES, 2008) e “Clínicas do Trabalho” de (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011) que são coletâneas organizadas reunindo autores de diversas abordagens.

Fica claro que há diferenças e convergências entre as três abordagens. Por isso, defende-se que algum diálogo é possível existir, que permita uma convivência saudável e produtora de novos saberes. Tal diálogo requer, entretanto, cuidados e prudência, como têm alertado Fielding e Schreier (2004), principalmente se tais diferenças partem dos pressupostos básicos.

Como uma primeira aproximação à problemática estudada, optou-se por estudar o *quantum* (a prevalência) de Transtornos Mentais Comuns existe na amostra estudada, caracterizando também os impactos sociais dos mesmos e sua epidemiologia, discutidos a seguir.

## 2.4 EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS E IMPACTOS SOCIAIS

A epidemiologia é definida como uma ciência que se destina à produção de conhecimentos acerca da ocorrência, magnitude e distribuição das doenças e agravos à saúde na população e à identificação de fatores relevantes para a sua determinação. Os usos/aplicações da epidemiologia podem subsidiar a formulação de políticas, programas e regulamentações, até o diagnóstico e prevenção de doenças, avaliação da efetividade e impacto de ações, intervenções, tecnologias e, ainda, em especial, o conhecimento dos mecanismos causais das doenças e agravos na população.

A palavra epidemiologia, tem como significado etimológico *epi*=sobre; *demo*=população; *logos*=tratado e significa o estudo que afeta a população. O conceito original de epidemiologia se restringia apenas ao estudo de doenças transmissíveis e assim permaneceu por um longo tempo. Atualmente, este conceito evoluiu, abrangendo praticamente todos os eventos relacionados com a saúde das populações (PEREIRA, 2006, p. 1), incluindo-se os Transtornos Mentais.

De acordo com Almeida-Filho; Rouquayrol (1992), o repertório da epidemiologia engloba convencionalmente quatro estratégias básicas de pesquisa:

1. Estudos ecológicos
2. Inquéritos tipo corte-transversal (seccional)
3. Estudos de caso-controle
4. Estudos de *coorte*

Na presente investigação, o estudo foi seccional ou de corte transversal e o indicador de escolha foi a prevalência de Transtornos Mentais Comuns. Este tipo de estudo observa, simultaneamente, em um mesmo momento histórico, o fator causal e o efeito de um determinado agravo ou patologia, não se prestando por isso à pesquisa de etiologia, revelando apenas medidas de associação entre o agravo e a condição atribuída, úteis para identificar grupos (fatores) de risco, gerar hipóteses e descrever a prevalência de doenças (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011). A não notificação adequada do acidente, por parte do empregador, prejudica a epidemiologia quanto à obtenção de dados fidedignos para atuar na prevenção das

manifestações psiquiátricas, nos desafios de suas associações ao cotidiano, bem como no planejamento de recursos para a internação prolongada. Desta forma, a subnotificação das informações sobre a situação de saúde mental contribui para que os dados sejam insuficientes e que se agrave ainda mais, a atenção dispensada para esta parcela populacional específica (ROCHA; ALMEIDA; ARAÚJO, 2010).

Sabe-se que um dos atuais dilemas da saúde pública é o adoecimento psíquico, somatizado ou derivado de causas múltiplas, e que vem comprometer a saúde mental das populações humanas representando, portanto, ônus, sem precedentes, aos cofres públicos (ROCHA *et al.*, 2010), além de outros “custos em termos humanos, sociais, prejuízos econômicos, incapacidades e sofrimento humano” (OMS, 2002, p. 15).

Em termos globais, os Transtornos Mentais representam 04 das 10 principais causas de incapacidade em todo o mundo, respondendo a 12% do peso mundial de doenças, embora os investimentos no âmbito da saúde mental sejam extremamente desproporcionais, a menos de 1% dos gastos com saúde. Cerca de 40% dos países têm *déficit* de políticas em saúde mental, sendo que em 90% deles, as políticas, não incluem as crianças e nem os adolescentes; mais de 30% dos países não tem programa algum direcionado para esta parcela da população (OMS, 2002).

A falta de solução para os casos de problemas de ordem psíquica é evidente nos primórdios da abordagem da epidemiologia psiquiátrica e desta forma são raros os indivíduos que dispõem de uma atenção direcionada e a grande maioria dos casos permanece sem tratamento (BORGES; MEDINA-MORA; LÓPEZ-MORENO, 2004). Existem muitas barreiras para os portadores de Transtornos Mentais, como o estigma, a discriminação, a invisibilidade, a insuficiência dos serviços e do atendimento especializado, que impedem que milhões de pessoas recebam tratamento adequado (OMS, 2002).

O Relatório Mundial de Saúde da OMS (2002, p. 29) evidencia que a saúde mental “é indispensável para o bem geral dos indivíduos, das sociedades e dos países” que, é interligada e interdependente da saúde física e social. Contudo, na maior parte do mundo, o que se evidencia é a saúde física e não a mental em si, de forma que não se dá muita importância quando se trata de saúde mental: seus portadores e as ações neste quesito são ignorados ou negligenciados, acarretando problemas crescentes pelo desnível de tratamento. Há que se considerar que, com o crescimento populacional e com o aumento da expectativa de vida em todo o mundo, haverá aumento do número de acometidos por perturbações

mentais, dado o envelhecimento populacional, além do agravamento dos problemas sociais e desestabilização civil (OMS, 2002).

Para Andrade (1999) a faixa etária economicamente ativa é impactada por graves problemas sociais como desemprego, violência, guerras civis, desastres naturais, entre outros, o que a torna muito mais vulnerável a quadros relacionados ao estresse. É importante que se tenha uma maior compreensão das doenças mentais nas populações humanas, existindo uma lacuna neste campo, lembrando que o que se conhece hoje tem uma contribuição importante para avaliar quais as associações da vida moderna e fatores desencadeantes de doenças mentais, entre eles os Transtornos Mentais Comuns, para que se possa avaliar ações de impacto neste âmbito.

Muito do que se sabe atualmente sobre Transtornos Mentais deve-se à contribuição da epidemiologia que, no campo psicológico-psiquiátrico, colaborou notoriamente para fornecer dados sobre as limitações dos casos clínicos que são atendidos nos serviços especializados e fazendo relações com a população de onde estes provêm, completando as informações dos quadros clínicos de algumas incapacidades mentais, especialmente quando se trata de uma população que necessite mais destes serviços especializados.

Assim, para Borges; Medina-Mora e López-Moreno (2004) a epidemiologia como ferramenta, possibilita informações sobre distribuição e frequência dos agravos, bem como os fatores determinantes dos Transtornos Mentais, como parte importante do desenvolvimento da psicopatologia clínica. Com a utilização de questionários, largamente adotados, como uma característica de apreensão metodológica de informações a obtenção dos fatores de exposição, tem sido amplamente utilizada. A utilização destes instrumentos padronizados foi fundamental para a apreensão da epidemiologia em saúde mental e a investigação clínica.

A epidemiologia também veio ao encontro de possibilitar o entendimento das associações dos Transtornos Mentais Comuns e outras doenças mentais, embora careça de abordagens que apreendam outras realidades (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; ALMEIDA FILHO *et al.*, 1997; ROCHA; ALMEIDA; ARAÚJO, 2010).

Lloyd (2009) ressalta que a compreensão e o comportamento das prevalências de TMC e suas mudanças ao longo do tempo, são importantes para que se desenvolvam políticas públicas, tanto na prática clínica, quanto em pesquisa. Estas informações no campo da saúde mental permitem descrever como se dá a distribuição de tais agravos e como contorná-los,

possibilitando, por meio do conhecimento, que novas abordagens sejam pensadas e políticas públicas desenvolvidas.

A próxima parte deste estudo aborda os Transtornos Mentais Comuns, grupo sindrômico que é composto por queixas difusas, expressas por sintomas de ordem emocional, psicológica, relacionados ao trabalho.

## 2.5 SOBRE OS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

Goldberg e Huxley (1992) utilizaram a expressão Transtornos Mentais Comuns (TMC) para caracterizar aqueles agravos mentais menos severos, que são comumente encontrados na população geral. São compostos por quadros não psicóticos, depressivos e ansiosos, dificuldade de concentração, queixas somáticas, fadiga, irritabilidade, insônia (ARÔCA, 2009). Esses quadros de TMC, não preenchem todos os critérios diagnósticos formais propostos no DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual, 4ª Edição) que é o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, da Associação Psiquiátrica Americana (APA) e da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados à Saúde, 10ª Revisão) (MEDEIROS *et al.*, 2010; BANDEIRA; FREITAS; CARVALHO FILHO, 2007; MARAGNO *et al.*, 2006). Por vezes os TMC, levam as pessoas acometidas a uma incapacidade funcional, comparável à possibilitada por quadros crônicos, causados por Transtornos Mentais bem estabelecidos (SANTOS, 2002).

A expressão Transtornos Mentais Comuns é a que tem sido mais utilizada no meio científico (GOLDBERG; HUXLEY, 1992; SANTOS, 2002; LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003; MARAGNO *et al.*, 2006), mas também se utiliza Transtornos Mentais Menores, Transtornos Psiquiátricos Menores (COUTINHO, 1995) ou ainda Morbidades Psiquiátricas Menores (MARI *et al.*, 1987).

Na presente pesquisa, para acessar a saúde mental e o trabalho, conforme já exposto anteriormente, serão acessados os Transtornos Mentais Comuns (GOLDBERG; HUXLEY, 1992) sendo esta a expressão a ser utilizada. Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) são um grupo sindrômico que envolve sintomas tais como, esquecimento, falta de concentração, fadiga, depressão, irritabilidade, insônia e queixas somáticas (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002). São comumente encontrados em ambientes coletivos, apresentando

uma grande variedade de formas clínicas, podendo os sintomas se tornarem crônicos (SHANKAR; SARAVANAN; JACOB, 2006).

Fonseca, Guimarães e Vasconcelos (2008), em concordância com a definição de Transtornos Mentais Comuns, consideram que a problemática das queixas somáticas inespecíficas ou das poliqueixas, entre elas, as dores de cabeça, insônia, mal-estar, dores no corpo, entre outras, nem sempre é reconhecida ou classificável nos diagnósticos nosológicos, haja vista que se apresentam em forma de síndrome, mas que têm uma grande demanda de atenção nas unidades de saúde, relacionadas que estão com questões psicossociais importantes, como relações laborais, familiares, rede de apoio social, e econômicas dos usuários dos serviços de saúde. Com este conjunto de sinais e sintomas, que caracterizam um grupo sindrômico, os autores consideram que o construto de TMC, vastamente utilizado no campo da epidemiologia psicológico-psiquiátrica, traz elementos relevantes para a compreensão dessas ocorrências na saúde mental dos trabalhadores.

Arôca (2009) refere que a natureza inespecífica do TMC não possibilita um perfeito diagnóstico nosológico, uma vez que a grande maioria dos seus sintomas apresenta igualdades diversas com outras categorias nosológicas. Para Villano (1998) o conceito de TMC vem sendo amplamente utilizado no Brasil e no mundo, tendo em vista a contribuição que este trouxe para a investigação epidemiológica no campo da saúde mental em amostras não clínicas, o que vem possibilitando uma compreensão mais clara dos agravos mentais sub-sindrômicos, quando comparado aos modelos categoriais atuais, que são representados pelo DSM-IV e CID-10.

Diante deste contexto, Kleinmand e Cohen (1997), analisando dados da OMS, observaram que, nos últimos anos, tem sido registrado um aumento considerável do número de pessoas que ingressam nos serviços de saúde, relatando sintomas que são característicos de agravos mentais, entre os quais a ansiedade e a depressão.

Como são frequentemente encontrados na comunidade, esses transtornos representam um alto custo social e econômico, e que, por muitas vezes podem ser incapacitantes, constituindo-se em causa importante de dias perdidos de trabalho, além de estarem associados à grande deteriorização da saúde e, também, da qualidade de vida geral (GOLDBERG; HUXLEY, 1992; ALMEIDA; GUTIERREZ, 2010). Estas características podem se agravar se for considerado que, apesar da alta prevalência deste tipo de sintomatologia, ainda há uma acentuada dificuldade por parte dos profissionais de saúde quanto ao reconhecimento dos quadros de Transtornos Mentais não psicóticos, que são muitas

vezes confundidos com problemas orgânicos, sendo tratados de maneira equivocada (LIMA, 2008). Do total de casos existentes, estimativas sugerem que, de 50 a 60% não são prontamente diagnosticados, o que só ocorre, geralmente, após quatro anos do início dos primeiros sintomas (MCQUAID *et al.*, 1999).

Recentemente, tem-se percebido que as causas para o não enfrentamento dos agravos mentais são diversas, pois existe o estigma associado às doenças mentais, levando a que, os Transtornos Mentais Comuns sejam ocultados, gerando grande custo para os empregadores. De acordo com Guimarães e MacFadden (2003), os altos índices de absenteísmo, o empobrecimento das relações sociais, a rotatividade no trabalho, os acidentes de trabalho e a performance reduzida, têm levado os empregadores a considerarem os agravos mentais, assim como os físicos. Tendo em vista a urgência de se lidar com este tipo de transtorno e os danos causados ao trabalhador e à instituição são descritos, a seguir, alguns estudos em que se mostra a nocividade dos Transtornos Mentais Comuns no ambiente de trabalho e na vida de trabalhadores de diferentes atividades.

Os estudos abaixo relatados foram realizados com profissionais em funções que se assemelham à dos servidores públicos federais de universidade pesquisados e serão descritos com a finalidade de se conhecer as prevalências para TMC, utilizado o mesmo questionário, o SRQ-20. Marco *et al.* (2008), avaliaram a carga de trabalho sobre a satisfação profissional, a qualidade de vida e a prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores em profissionais de saúde mental, utilizando, entre outros instrumentos, o SRQ-20, também utilizado no presente estudo. Os autores constataram uma suspeição para Transtornos Mentais Comuns, de **15%**. Silva *et al.* (2008) pesquisaram 141 agentes comunitários de saúde encontraram uma prevalência de TMC de **43,3%**. Braga, Carvalho e Binder (2010) em estudo transversal, descritivo, realizado no ano de 2006, com 378 trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP), obteve elevada prevalência de TMC em populações gerais e de trabalhadores. A coleta de dados se deu por meio de três questionários, entre eles o SRQ-20. Constatou-se que **42,6%** dos trabalhadores apresentavam TMC. A alta prevalência encontrada correlacionou-se com um trabalho de elevado desgaste (classificação de Karasek) e a baixa prevalência de TMC, com trabalho de baixo desgaste.

Souza Martins Júnior e Silva (2011), em estudo epidemiológico, transversal, populacional e exploratório, realizado com 128 profissionais de enfermagem de um hospital especializado em saúde mental da cidade de Feira de Santana, Bahia, utilizaram um questionário sociodemográfico ocupacional, o SRQ-20 e o Teste CAGE (bebedores-

problema), com o objetivo de descrever as condições de trabalho e estimar a prevalência de TMC, encontraram **14,8%** da amostra, com suspeição para TMC.

Em uma amostra de 1024 em professores da educação infantil e do ensino fundamental na cidade de Vitória da Conquista (BA), Porto *et al.* (2006) realizaram um estudo transversal, cujo objetivo foi investigar a associação entre os aspectos psicossociais do trabalho e a prevalência de distúrbios psíquicos. Nesta amostra, a prevalência de distúrbios psíquicos foi de **44%**, mostrando que os professores com trabalho de alta exigência apresentaram prevalência 1,5 vezes maior do que aqueles com trabalho de baixa exigência, concluindo-se que a prevalência de distúrbios psíquicos foi elevada entre os mesmos.

Ludermir e Melo Filho (2002) realizaram estudo transversal com 620 indivíduos na área II de Olinda/PE no período de março a novembro de 1993, cujo objetivo era determinar a prevalência de TMC e analisar sua associação às condições de vida e a inserção ocupacional. A prevalência total dos TMC foi de aproximadamente **35%**. As variáveis relativas às condições de vida e os TMC mostraram que analfabetismo, baixa escolaridade, precárias condições de moradia e o médio acesso aos bens de consumo duráveis, estavam associados aos TMC. A inserção no processo produtivo manteve-se associada aos TMC após ajuste por renda, assim como a associação da renda aos TMC permaneceu estatisticamente significativa e, por fim, a escolaridade e a própria renda estiveram associadas aos TMC.

Guimarães *et al.* (2006) desenvolveram um estudo epidemiológico de corte transversal, em uma amostra com 552 trabalhadores de uma universidade pública do interior do estado de São Paulo objetivando estimar a prevalência anual de suspeição para Transtorno Mental (STM). Foi utilizado o Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos (QMPA) em versão validada para uso em população trabalhadora (GUIMARÃES, 1999) encontrando-se uma prevalência anual de **35%** de STM. Os fatores associados à maior prevalência de STM foram: ser do gênero feminino e ter como religião, a espírita, e os fatores associados à menor prevalência foram ser casado e ser protestante, pentecostal e católico.

Como se pode observar, apesar dos estudos acima, relatados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), apontarem para uma a prevalência mundial de TMC de 9 a 12%, no Brasil, foram encontradas prevalências para TMC que variaram entre 23,2% a 35%. Na população ativa, as prevalências variaram entre 6.1% a 44%, sendo estas últimas em professores. O dimensionamento epidemiológico do problema, portanto, faz-se necessário, para que as ações subseqüentes aos achados numéricos possam ser voltadas às ações de enfrentamento dos fatores de risco associados.

### **III OBJETIVOS**

---

### 3.1 OBJETIVO GERAL

Determinar a prevalência dos Transtornos Mentais Comuns e fatores associados, em servidores de uma Universidade pública do Mato Grosso do Sul.

### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar o perfil sociodemográfico e ocupacional da amostra
2. Avaliar a associação entre os fatores sociodemográficos e ocupacionais e os Transtornos Mentais Comuns



**Hipótese 1:** Existe uma alta prevalência de TMC na amostra de estudo, comparada à população geral.

**Hipótese 2:** As servidoras do sexo feminino apresentam maior prevalência de TMC do que os servidores do sexo masculino.

**Hipótese 3:** A prevalência de TMC é maior nos participantes com menos de dez anos de trabalho na instituição.

**Hipótese 4:** A maior prevalência de suspeitos para TMC se dá junto aos participantes solteiros.



## 5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O método utilizado neste estudo foi o epidemiológico, de corte transversal, cujo indicador de escolha foi a prevalência de Transtornos Mentais Comuns. A elaboração do *design* teórico-metodológico do estudo e a interpretação dos resultados seguiram os cânones da abordagem psicossociológica em saúde mental do trabalhador. A coleta de dados em campo deu-se no período entre outubro a dezembro de 2013.

## 5.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Participaram desta pesquisa servidores públicos federais, que trabalham na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, no *campus* da cidade de Campo Grande/ MS e que aceitaram participar da pesquisa.

De acordo com dados da PROGEP/UFMS, o quadro de servidores é composto por um universo de 1545 servidores. Pelo critério de exclusão deste estudo, foram retirados os servidores que se encontravam em afastamento parcial e integral (143), sendo 41 técnico-administrativos e 102 docentes; afastados com atestado médico (152), servidores que estavam gozando férias (344), e aqueles que trabalhavam há menos de seis meses na instituição (43), totalizando 682 servidores afastados (44%).

Considerou-se, portanto, neste estudo uma população de  $N=863$  e uma amostra de  $n=315$  servidores, que foram selecionados por conveniência e pelo sistema bola de neve<sup>4</sup>.

## 5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos no estudo, servidores que estavam em efetivo exercício profissional na UFMS, lotados no *campus* de Campo Grande, que estavam trabalhando por um período mínimo de seis meses na instituição, que aceitaram participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

---

<sup>4</sup> Amostragem do tipo bola de neve: escolhem-se voluntários e estes indicam "conhecidos" com o mesmo perfil para responder entrevistas ou questionário e assim sucessivamente. Formam-se redes de referência.

Excluíram-se, portanto, os servidores que não aceitaram participar da pesquisa, que estavam durante o período de coleta de atestado médico, licenças ou afastamentos e os que não contemplavam os demais critérios de inclusão, bem como os servidores lotados no Núcleo do Hospital Universitário e Núcleo de Informática, pela diferença de trabalho prestado na instituição.

#### **5.4 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS**

Os Transtornos Mentais Comuns foram considerados “variável dependente” e, como variáveis independentes, os fatores sociodemográficos e as características ocupacionais da amostra.

Entre as **condições sociodemográficas** foram pesquisadas: sexo, idade, titulação acadêmica, estado civil (solteiro, casado, união estável, separado, viúvo), escolaridade (fundamental, médio, superior, especialização, mestrado, doutorado), com quem reside (pai, cônjuges, irmãos, sobrinhos, filhos), se tem filhos (sim/não), quantos filhos, com quem os filhos moram, se tem religião, se são praticantes, se são fumantes, se ingerem bebidas alcoólicas, renda familiar, como considera a sua qualidade de vida, se toma medicação, tempo médio de sono, se faz atividade física, o que faz nas horas vagas.

As **características ocupacionais** pesquisadas foram: exceder a carga horária, há quanto tempo trabalham na instituição, tempo no cargo e função atual, período de trabalho, problemas de saúde relacionados ao trabalho nos últimos 12 meses, avaliação do ambiente de trabalho, aspectos positivos e negativos do seu trabalho na instituição e por fim se é servidor técnico-administrativo ou docente da instituição.

Ressalta-se que, tanto nos fatores sociodemográficos, como nas características ocupacionais, os aspectos sobre o estado de saúde e trabalho do indivíduo foram contemplados.

#### **5.5 LOCUS DA PESQUISA**

A pesquisa foi realizada no *campus* da UFMS em Campo Grande/MS.

#### **5. 6 RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS**

Esta pesquisa na fase de coleta de dados utilizou os seguintes recursos:

**Humanos:** A pesquisadora, devidamente treinada para a aplicação dos instrumentos.

**Materiais:** Materiais de escritório. Todos os materiais foram custeados pela pesquisadora.

## **5.7 INSTRUMENTOS DA PESQUISA**

Para a coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos de pesquisa, que serão descritos nos itens 5.7.1 e 5.7.2

### **5.7.1 Questionário Sociodemográfico e Ocupacional (QSDO)**

O questionário sociodemográfico-ocupacional (QSDO) foi elaborado pela pesquisadora exclusivamente para esta investigação, contendo 23 questões referentes ao trabalhador (APÊNDICE A), com as seguintes condições sociodemográficas, características ocupacionais e aspectos sobre o estado de saúde e trabalho do indivíduo: sexo, idade, escolaridade, estado civil, com quem reside, se tem filhos, religião, se é fumante, se bebe, renda familiar, se excede carga horária, há quanto tempo trabalha na instituição e no cargo que ocupa hoje, em qual turno trabalha, aspectos positivos e negativos no exercício profissional nessa universidade, se teve problemas de saúde relacionados ao trabalho nos últimos 12 meses, avaliação da sua qualidade de vida, se toma alguma medicação, o que costuma fazer nas horas vagas, quantas horas costuma em média dormir a noite, se pratica atividades físicas, como avalia seu ambiente de trabalho, qual cargo (função) ocupa atualmente na instituição.

### **5.7.2 Self Reporting Questionnaire- SRQ-20**

O *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) (ANEXO A) foi proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na década de 1970, para a detecção de morbidade psiquiátrica na população geral, apresentando boa sensibilidade (85%) e especificidade (80%) para o fim a que se destina. O alfa de Cronbach é de 0.86.

Este questionário de rastreamento de suspeição de Transtornos Mentais Comuns foi desenvolvido por Harding *et al.* (1980) e validado para o Brasil por Mari e Williams (1986) após serem aplicados em pacientes que realizavam suas consultas na cidade de São Paulo em três clínicas diferentes. As 20 questões atuais que permanecem nesse questionário para rastreamento de transtornos não psicóticos, têm duas possibilidades de respostas (dicotômicas) do tipo sim/não, que avaliam a presença de sintomas físicos (quatro questões) e de distúrbios psicoemocionais (16 questões), é autoaplicável e de fácil correção, bastando

para este fim somar a quantidade de respostas positivas aos itens. O escore, que varia de 0 a 20 pontos, é considerado positivo para a detecção de TMC. O escore de corte adotado no presente estudo foi de  $\geq 7$  respostas positivas e se mostrou adequado para aplicação em grandes populações, como a desta pesquisa.

## **5.8 PROCEDIMENTOS E COLETA DE DADOS**

Primeiramente, buscou-se a autorização para a realização dessa pesquisa junto ao Pró-Reitor da gestão de pessoas da UFMS, apresentando-se o resumo do projeto, informando sobre a importância dessa pesquisa para a Instituição, os aspectos éticos e destacando-se o sigilo das informações coletadas individualmente, o mesmo não se aplicando ao resultado do grupo que poderá ser conhecido pela instituição.

Após a autorização, foram consultados o organograma (Anexo B) e lotacionograma dos servidores da instituição e observou-se que os mesmos encontravam-se desatualizados desde 2009. Solicitou-se então, via PROGEP, da universidade para a Informática (NIN núcleo) a atualização do quadro e a lotação desses servidores. Após seis meses, todos os dados foram atualizados, e entregues à pesquisadora e utilizados nesse estudo.

### **5.8.1 Preparação para a coleta de dados**

Para a aplicação dos questionários e para a redução dos possíveis vieses de pesquisa, a pesquisadora passou por treinamento para a aplicação e apresentação da pesquisa, do estudo quanto aos objetivos, aspectos metodológicos, apresentação dos questionários, discussão, explanação de possíveis dúvidas, detalhes de preenchimento dos questionários e demais explicações que se fizeram pertinentes.

Durante o treinamento, a pesquisadora foi orientada de como proceder na chegada à universidade e com relação à abordagem aos servidores, da necessidade de identificação e carta de autorização da pesquisa.

### 5.8.2 Estudo piloto

Para verificar a viabilidade dos instrumentos, foi escolhido aleatoriamente um setor para a realização de um estudo piloto, com vinte (20) participantes, para verificar a presença de dúvidas, entendimento das questões, tempo de aplicação e, se necessário, fazer as devidas correções antes da aplicação principal. Verificou-se que: (i) os instrumentos disponibilizados eram adequados aos objetivos da pesquisa, (ii) o tempo médio de aplicação foi de aproximadamente 10 minutos, (iii) os questionários estavam claros e não deixavam dúvidas quanto a seu preenchimento. Assim sendo, os instrumentos foram considerados adequados para que se pudesse dar início à investigação. Ressalte-se que os questionários respondidos no projeto piloto foram excluídos, ou seja, não foram incluídos nos resultados da pesquisa principal.

Com estudo piloto concluído, a pesquisadora montou uma planilha em EXCEL, onde constavam todos, setores que seriam investigados, juntamente, com o nome e a lotação de cada servidor da instituição, técnico-administrativos ou docentes (dados cedidos à pesquisadora, como já dito anteriormente) e mantidos sob sigilo.

### 5.8.3 Coleta de dados

A coleta de dados se iniciou após estudo do organograma e do lotacionograma de todos os setores, departamentos, unidades e faculdades da universidade, para garantir uma maior representatividade e diversidade de participantes para responderem aos questionários e foi feita no período entre 16 de outubro a 12 de dezembro de 2014, de segunda a sexta feiras, em período integral.

Os departamentos e unidades foram visitados um a um, sala por sala e a pesquisadora entrou em contato individualmente com cada servidor, apresentando-se como mestranda em psicologia da saúde da UCDB; explicava cuidadosamente do que se tratava a pesquisa, a importância, a finalidade, apresentava os instrumentos de pesquisa, ressaltando sua confiabilidade no meio científico, munida da carta de autorização da UFMS e do Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB. Assim, cada servidor foi convidado a participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE e respondendo aos instrumentos de pesquisa, sempre com a presença da pesquisadora, para sanar dúvidas com

relação aos instrumentos, bem como para quaisquer esclarecimentos que se fizessem necessários durante a coleta de dados, caracterizando-se assim, uma aplicação assistida.

Para que a coleta de dados fosse possível, ao longo de três meses e em período integral, a pesquisadora trabalhou horas a mais da sua jornada habitual, com anuência de sua chefia imediata, para dedicar-se, neste período, de maneira integral à coleta dados. Esta providência foi importante, porque permitiu um melhor conhecimento do universo e da realidade de trabalho e dos trabalhadores, da convivência e relacionamento dos mesmos, postura que a fez refletir e conhecer de maneira mais profunda, cada participante. Apesar do tempo médio para responder a questionário ser em torno de dez minutos em média, em muitos locais, coleta se estendeu por uma, duas, três e em alguns momentos até quatro horas com um só participante. Tal disponibilidade parece ter sido determinante para a adesão dos servidores estudados. Em muitos departamentos e unidades e, também faculdades, em que, o número de servidores era maior, a coleta se estendeu por mais de uma semana, em período integral. A pesquisadora somente passava para outro local de pesquisa na instituição, após esgotarem-se as possibilidades de coleta no local anterior, percorrendo e fazendo o levantamento proposto, em todo o *campus* da UFMS em Campo Grande/MS. Heloísa quer que ponha nas conclusões.

Não se pode deixar de mencionar que os dados foram coletados em um momento de muita tensão dentro da universidade, em que os acadêmicos estavam confrontando o papel da reitoria da Instituição, faziam protestos, reivindicavam seus direitos, por meio de faixas distribuídas em diversos blocos da UFMS, sendo que semanas antes, o prédio da reitoria havia sido desocupado da presença de manifestantes e era iminente a chance de deflagração de um movimento de greve. O prédio da reitoria recebeu cercas de proteção e seguranças por 24h. Apesar deste contexto, o estudo foi bem recebido pelos servidores, incluindo os da reitoria e pró-reitorias, que manifestaram verbalmente, elogios pela iniciativa e desejaram sucesso na realização dessa investigação, incentivando a pesquisadora a dar continuidade a outros estudos com os servidores, em especial, os docentes.

Informou-se a cada participante que, após a conclusão desse estudo, à instituição, na pessoa do Pró Reitor da PROGEP/UFMS será apresentado e disponibilizado um relatório com os resultados gerais obtidos, sempre preservando a identidade dos participantes. Também foi comunicado aos participantes da pesquisa a opção de obterem os resultados individuais dos instrumentos de pesquisa, por meio de solicitação via e-mail da pesquisadora, contido no TCLE.

Os instrumentos aplicados foram distribuídos em envelopes, que continham o TCLE, o QSDO e o SRQ-20, todos numerados. No momento que os participantes devolviam os questionários, já respondidos, a pesquisadora separava o TCLE em um envelope para este fim e outro envelope para os questionários, para garantir o anonimato e para proceder à devolutiva dos resultados aos mesmos. Os docentes foram abordados fora da sala de aula.

Foi dito também que, artigos serão confeccionados para fins de publicação, bem como apresentações em congressos e similares. Por solicitação da instituição, os resultados dessa pesquisa serão disponibilizados pela Assessoria de Imprensa da universidade, no *site* da mesma.

#### **5.8.4 Construção do banco de dados**

Após a realização da coleta de dados, os mesmos foram inseridos em planilhas do *software* Excel, criadas pela pesquisadora. As questões abertas do QSDO foram tabuladas pela frequência de respostas em que apareceram. A análise estatística dos dados deu-se por meio de fatores que foram descritos com frequências absolutas e relativas.

#### **5.8.5 Análise dos dados**

Para comparar a prevalência de resultado positivo no SRQ-20 entre as diversas características sócio demográficas, foi utilizado o teste qui-quadrado de *Pearson* ou o Teste exato de *Fischer* para as variáveis nominais e o teste de tendência linear para as variáveis ordinais.

As variáveis cujo teste foi significativo foram incluídas em um modelo de regressão logística e as variáveis foram selecionadas pelo método de eliminação regressiva (*backwards elimination*). O erro tipo 1 foi fixado em 5% e todas as análises foram executadas por meio do *software* SPSS versão 17 (*Statistical Package for the Social Science*).

#### **5.8.6. Aspectos éticos da pesquisa**

Para viabilizar esta pesquisa, foram seguidas as orientações estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa por meio da Resolução n.196, de 10 de outubro de 1996, e as da Resolução do Conselho Federal de Psicologia n.016, de 20 de dezembro de 2000, para pesquisas em seres humanos. O estudo foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado em 04 de outubro de 2013, sob o parecer consubstanciado número 415.361, foi ainda aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB, pela PROGEP/UFMS e pelos interessados em participar dessa pesquisa, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE B) sendo o nome dos participantes mantido em sigilo. Ressalta-se que durante todas as etapas da realização dessa pesquisa buscou-se respeitar a autonomia, a justiça, a beneficência e a não maleficência de cada participante.

Foi feita devolutiva de resultados durante a fase de coleta da pesquisa, para 100% praticamente dos participantes, de forma individualizada, presencialmente, para a maioria, quando solicitado, por e-mail e telefone, que foram disponibilizados pela pesquisadora. Nos casos mais graves, encaminhamentos foram feitos.



Foram investigados 315 servidores públicos, que produziram resultados considerados válidos para compor o banco de dados utilizado por esta pesquisa. A apresentação dos resultados se inicia pela caracterização sociodemográfica e ocupacional da amostra, nas tabelas numeradas de 1a a 1e (APÊNDICE E). Somente os resultados estatisticamente significativos das análises descritivas e das associações dos instrumentos, serão aqui apresentados.

## **6.1 INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DOS SERVIDORES ESTUDADOS**

Os participantes deste estudo, todos servidores federais do *campus* da UFMS da cidade de Campo Grande-MS, têm as seguintes características sociodemográficas e ocupacionais: são do sexo masculino (50,3%), com faixa etária entre 26 a 32 anos (23,8%), sendo que a maioria da amostra possui como maior titulação a especialização (28,7%), casados (53,0%), moram com o cônjuge (59,4%), têm filhos (59,9%), os filhos moram com os pais (62,3%), são católicos (51,8%), praticantes (71,4%), não fumam (92,7%), não ingerem bebida alcoólica (65,3%), têm renda familiar entre R\$ 5.000 e 10.000 reais (36,9%), não excedem a carga horária de trabalho (61,9%), trabalham na UFMS há mais de 15 anos (40,3%), estão no cargo atual há até 3 anos (44,6%), trabalham no período da manhã e tarde (74,3%), não referem problemas de saúde nos últimos 12 meses (78,9%), consideram ter uma boa qualidade de vida (69,0%), não fazem uso de medicação (55,9%), só utilizam medicamentos mediante receita médica (78,6%), dormem entre 6 a 9 h por noite (67,5%), fazem atividade física (56,7%), consideram bom o seu ambiente de trabalho (66,9%), são técnico-administrativos (80,3%) e docentes (20,7%).

## 6.2 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

A prevalência para Transtornos Mentais Comuns foi de 18,4% (58 participantes) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Prevalência de Transtornos Mentais Comuns na amostra, com suspeitos e não suspeitos no SRQ-20

SRQ20	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida
Não suspeitos	257	77,9	81,6
Suspeitos	58	17,6	18,4
Total válido	315	95,5	100,0
Dados faltantes	15	4,5	
Total	330	100,0	

## 6.3 CORRELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E OCUPACIONAIS E OS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

Nas Tabelas de 2 a 9, observa-se que os participantes com TMC: (26,3%) (41 mulheres) são do sexo feminino e (10,8%) (17 homens) do sexo masculino ( $p < 0.001$ ); tem idade entre 33 e 40 anos (27,3%) ( $p = 0,005$ ), apresentam como maior titulação o doutorado (26,8%) ( $p = 0,032$ ), têm união estável (23,1%) ( $p = 0,061$ ), tiveram problemas de saúde nos últimos 12 meses (48,5%) ( $p < 0,001$ ), consideraram a qualidade de vida como regular (45,3%) ( $p < 0,001$ ), avaliam o ambiente de trabalho como regular (35,7%) ( $p < 0,001$ ).

A seguir, são apresentados resultados das correlações mais importantes entre fatores sócio-demográficos e ocupacionais e suspeição para Transtornos Mentais Comuns.

**Tabela 2** - Correlação do fator sexo com a suspeição para TMC

			SRQ 20		Total
			Não suspeito	Suspeito	
Sexo	Feminino	Frequência absoluta	115	41	156
		% em Sexo	73,7%	26,3%	100,0%
	Masculino	Frequência absoluta	141	17	158
		% em Sexo	89,2%	10,8%	100,0%
Total		Frequência absoluta	256	58	314
		% em Sexo	81,5%	18,5%	100,0%
Estatística de teste			Graus de liberdade	Valor-p	
TESTE QUI-QUADRADO			12.559	1	< 0.001*

**Tabela 3** - Correlação do fator faixa etária e suspeição para TMC

		SRQ 20		Total
		Não suspeito	Suspeito	
Faixa etária	18 a 25 anos	17	5	22
		77,3%	22,7%	100,0%
	26 a 32 anos	58	17	75
		77,3%	22,7%	100,0%
	33 a 40 anos	40	15	55
		72,7%	27,3%	100,0%
	41 a 48 anos	45	11	56
		80,4%	19,6%	100,0%
	49 a 56 anos	63	9	72
		87,5%	12,5%	100,0%
	57 anos ou mais	34	1	35
		97,1%	2,9%	100,0%
Total		257	58	315
		81,6%	18,4%	100,0%
Estatística de teste		Valor-p		
Teste de tendência linear	7,970	0,005*		

**Tabela 4** - Correlação do fator problema de saúde relacionado ao trabalho nos últimos 12 meses e suspeição para TMC

		SRQ 20		Total
		Não suspeito	Suspeito	
Problema de saúde relacionado ao trabalho nos últimos doze meses	Sim	34 51,5%	32 48,5%	66 100,0%
	Não	221 89,5%	26 10,5%	247 100,0%
	<b>Total</b>	255 81,5%	58 18,5%	313 100,0%
	<b>Estatística de teste</b>	<b>Valor-p</b>		
<b>TESTE QUI-QUADRADO</b>	49,709	< 0.001*		

**Tabela 5** - Correlação do fator qualidade de vida com suspeição para TMC

			SRQ 20		Total
			Não suspeito	Suspeito	
Qualidade de vida	Ruim	Frequência absoluta % em Qualidade de vida	1 25,0%	3 75,0%	4 100,0%
	Regular	Frequência absoluta % em Qualidade de vida	29 54,7%	24 45,3%	53 100,0%
	Boa	Frequência absoluta % em Qualidade de vida	187 86,6%	29 13,4%	216 100,0%
	Excelente	Frequência absoluta % em Qualidade de vida	38 95,0%	2 5,0%	40 100,0%
<b>Total</b>		Frequência absoluta % em Qualidade de vida	255 81,5%	58 18,5%	313 100,0%
	<b>Estatística de teste</b>	<b>Graus de liberdade</b>	<b>Valor-p</b>		
<b>Teste de tendência linear</b>	35,670	1	< 0.001*		

**Tabela 6** - Correlação do fator “fazer uso de medicação” com suspeição para TMC

			SRQ 20		Total
			Não suspeito	Suspeito	
Toma medicação	Sim	Frequência absoluta % em Toma medicação	98 71,0%	40 29,0%	138 100,0%
	Não	Frequência absoluta % em Toma medicação	157 89,7%	18 10,3%	175 100,0%
Total		Frequência absoluta % em Toma medicação	255 81,5%	58 18,5%	313 100,0%
	<b>Estatística de teste</b>	<b>Graus de liberdade</b>	<b>Valor-p</b>		
<b>TESTE QUI-QUADRADO</b>	17,872	1	< 0.001*		

As variáveis cujo teste foi estatisticamente significativo foram incluídas em um modelo de Regressão Logística e selecionadas pelo método de eliminação regressiva (*backwards elimination*) (Tabela 7). A Regressão logística teve por finalidade mensurar o quanto um conjunto de variáveis consegue determinar a chance de ocorrência de resultado positivo para a suspeição de TMC, avaliada pelo SRQ-20.

**Tabela 7** - Correlação do fator avaliação de ambiente de trabalho com suspeição para TMC

			SRQ 20		Total
			Não suspeito	Suspeito	
Avaliação do ambiente de trabalho	Ruim	Frequência absoluta % em Avaliação do ambiente de trabalho	4 66,7%	2 33,3%	6 100,0%
	Regular	Frequência absoluta % em Avaliação do ambiente de trabalho	27 64,3%	15 35,7%	42 100,0%
	Boa	Frequência absoluta % em Avaliação do ambiente de trabalho	174 82,9%	36 17,1%	210 100,0%
	Excelente	Frequência absoluta % em Avaliação do ambiente de trabalho	52 92,9%	4 7,1%	56 100,0%
Total		Frequência absoluta % em Avaliação do ambiente de trabalho	257 81,8%	57 18,2%	314 100,0%
	<b>Estatística de teste</b>	<b>Graus de liberdade</b>	<b>Valor-p</b>		
<b>TESTE DE TENDÊNCIA LINEAR</b>	12, 981	1	< 0.001*		

Na tabela 8 avaliou-se, se todas as variáveis conjuntamente estão associadas com os TMC. Somente as variáveis: problemas de saúde nos últimos 12 meses ( $p < 0.001$ ), qualidade de vida ( $p < 0.001$ ), faixa etária ( $p = 0,002$ ) e sexo ( $p = 0,010$ ) estão associadas ao TMC.

As tabelas com as correlações não significativas para suspeição de TMC e: titulação, estado civil, moram com, religião, praticante, fumantes, bebida, renda familiar, exceder carga horária, tempo de trabalho na UFMS, tempo no cargo atual, turno de trabalho, se toma medicação com receita médica, tempo médio de sono, atividade física, cargo atual e as tabelas concordantes encontram-se no Apêndice C.

**Tabela 8** - Regressão logística para variáveis sociodemográficas e ocupacionais

Teste de efeitos principais			
	Razão de verossimilhanças	graus de liberdade	Valor-p
Sexo	6,617	1	0,010*
Problemas de saúde nos últimos 12 meses	16,390	1	< 0.001*
Bebe	0,584	1	0,445
Atividade física	< 0.001	1	0,991
Faixa etária	9,225	1	0,002*
Maior titulação	2,594	1	0,107
Tempo de trabalho na UFMS	1,955	1	0,162
Turno da noite	2,301	1	0,129
Qualidade de vida	17,143	1	< 0.001*
Ambiente de trabalho	0,530	1	0,467
<b>Razão de verossimilhanças</b>	<b>graus de liberdade</b>	<b>Valor-p</b>	
87,405	10	< 0.001*	

Na tabela 9, a seguir, pelo mesmo método descrito para a tabela 8 (regressão logística), verificou-se quais as variáveis que individualmente modificam a chance de haver resultado positivo (suspeição) no SRQ-20. Foi usado ainda o teste “razão de chances” que afere a chance de um resultado positivo modificar a suspeição de TMC no SRQ-20. O intervalo de confiança de 95% permite uma noção da precisão do resultado obtido.

Somente as variáveis: problemas de saúde nos últimos 12 meses ( $p < 0.001$ ), qualidade de vida ( $p < 0.001$ ), faixa etária ( $p = 0,002$ ) e sexo ( $p = 0,010$ ) estão associadas ao TMC.

Observa-se entre alguns fatores associados e TMC, em ordem decrescente, a seguinte razão de prevalência (RP): se o participante teve problemas de saúde relacionados ao trabalho, nos últimos 12 meses ele tem uma  $RP = 4.61$  de apresentar TMC (suspeição); as mulheres apresentam uma  $RP = 2.44$  para terem resultado de suspeição para TMC; os participantes que estão na faixa etária entre 33 a 40 anos têm uma  $RP = 1.2$  vezes para TMC (Suspeição); se o participante considera sua qualidade de vida como regular ele apresenta uma  $RP = 0.60$  de apresentar TMC (suspeição).

**Tabela 9** - Regressão logística para os fatores sociodemográficos e ocupacionais (compactados), Presença de Transtorno Mental Comum e Razões de Prevalência

		Total	Presença de TMC		RP
			N	%	
Sexo	Feminino	156	41	26,28	2,44
	Masculino	158	17	10,76	
Faixa etária	18 a 25 anos	22	5	22,73	1,00
	26 a 32 anos	75	17	22,67	
	33 a 40 anos	55	15	27,27	
	41 a 48 anos	56	11	19,64	
	49 a 56 anos	72	9	12,50	
	57 anos ou mais	35	1	2,86	
Maior titulação	Fundamental	1	0	0,00	0,00
	Médio	36	6	16,67	
	Superior	86	10	11,63	
	Pós-graduação	90	17	18,89	
	Mestrado	45	10	22,22	
	Doutorado	56	15	26,79	
Problema de saúde relacionado ao trabalho nos últimos 12 meses	Sim	66	32	48,48	4,61
	Não	247	26	10,53	
Qualidade de vida	Ruim	4	3	75,00	0,60
	Regular	53	24	45,28	
	Boa	216	29	13,43	
	Excelente	40	2	5,00	



## 7. 1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E OCUPACIONAIS

A amostra de estudo foi composta por servidores técnico-administrativos (80.3%) e docentes (20,7%), de ambos os sexos (50,3% masculino; 49,7% feminino). Este achado corrobora o resultado de uma investigação realizada por Pinto e Lessa (2013) com trabalhadores de uma instituição de ensino superior da Bahia, em que se observou que 50.6% também uma pequena diferença da prevalência a maior, para o sexo masculino. Quatro estudos realizados não com servidores de universidade, não confirmam uma maioria de servidores do sexo masculino: (i) o primeiro, que verificou as relações entre saúde mental e gênero, em uma amostra composta por 400 trabalhadores, encontrou um maior número de mulheres (63,2%) (AREIAS; GUIMARÃES *et al.*, 2004); (ii) estimando a prevalência de Transtornos Mentais de uma amostra de 543 servidores, também encontrou uma maior prevalência do sexo feminino 302 (55,9%) (GUIMARÃES *et al.*, 2006); (iii) O estudo de Pinho e Araújo (2007) mostram uma prevalência elevada de mulheres de 86,3% e (iv) o De Marco *et al.* (2008, com em profissionais de saúde mental, constata que 74% dos participantes eram do sexo feminino.

A maioria dos participantes deste estudo encontra-se na faixa etária entre 26 a 32 anos (23,8%) evidenciando que a universidade vem realizando concursos para renovação do seu quadro de pessoal, pois pela característica do tipo de vínculo (estatutário), percebe-se que o servidor somente sai do quadro de pessoal de serviço por aposentadoria ou falecimento. Todos os estudos consultados não corroboram a faixa etária predominante dos participantes deste estudo, com amostras apresentando faixa etária prevalente mais elevada. Araújo *et al.* (2003) avaliou a associação entre demanda psicológica e controle sobre o trabalho e a ocorrência de TMC entre trabalhadoras de enfermagem de um hospital público de Salvador Bahia, em que a maioria da amostra se encontrava na faixa etária entre 30 à 49 anos. Kirchhof *et al.* (2009), estudou trabalhadores de enfermagem de uma universidade do Rio Grande do Sul e a idade dos participantes foi entre 26 e 38 anos (36,7%). No estudo de Pinho e Araújo (2007) a faixa etária mais prevalente estava acima de 36 anos (6.3%). Marco *et al.* (2008) observou média de idade de 33,7 anos.

A maior parte da amostra de estudo possui especialização (28,7%) e nível superior (27,4%), totalizando (56,1%) o que indica que os participantes atendem ao incentivo do Plano de Carreira dos Cargos Técnicos- administrativos em Educação (PCCTAE), que os estimula à qualificação para um melhor exercício profissional. Observa-se também que a educação

continuada foi considerada pela amostra, como o segundo melhor aspecto positivo no exercício profissional nessa universidade. Pinto e Lessa (2013) encontraram em 80% da amostra de trabalhadores de uma instituição de ensino, com nível superior completo, valor acima do encontrado nesta investigação.

Com relação ao estado civil, a maioria dos participantes é casada (53.0%), o que corrobora os achados de Silva e Menezes (2008) estudando agentes comunitários de saúde, encontraram união estável em 55,4% da amostra, valor similar ao encontrado nesta pesquisa. Não foram encontrados outros dados para comparação.

A maioria dos participantes é católica (51,8%), praticante (71,4%), corroborando os dados do IBGE (2010) em que, na cidade de Mato Grosso do Sul, os católicos são maioria, correspondendo aproximadamente a 51,55% dos habitantes desta cidade. No presente estudo (71,4%) dos católicos se consideram praticantes, participando semanalmente de missas ou de algum grupo ligado à igreja, confirmando os achados de Guimarães *et al.* (2006), de um estudo para detectar a prevalência anual de TMM em trabalhadores de uma instituição de ensino superior em que constatou que 55,6% da amostra era católica. Cabe observar que 36 pessoas não responderam a essa questão do QSDO, visto que não concordaram com a denominação constante no questionário “protestante”. Algumas pessoas referiram ser evangélicas, notando-se assim que a porcentagem de protestantes poderia ser maior do que aquela que foi apresentada pela amostra. Mesmo após os esclarecimentos da pesquisadora, algumas pessoas não quiseram responder à questão e muitos associaram tal definição à universidade na qual a pesquisadora cursa seu mestrado, fato que deverá ser levado em consideração em próximos estudos.

Da amostra, 7,3% referem ser tabagistas e a maior parte da amostra que fumava, consumia em média 10 cigarros ao dia. No estudo realizado por Horta, Horta e Horta (2012) com estudantes e servidores docentes e técnico-administrativos de uma universidade do sul do Brasil sobre uso de drogas e sofrimento psíquico encontraram prevalência de tabagismo, 23,9%, mais elevada do que a encontrada neste estudo. Note-se que dados do IBGE (2008) mostram que em cada 1000 pessoas no estado de Mato Grosso do Sul, 307 referem fazer uso de cigarro diariamente. A prevalência apresentada pela amostra do presente estudo está abaixo do resultado encontrado na Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) realizada pelo IBGE (2008) em que se detectou que 14,5% dos brasileiros são fumantes diários e 17,2% dos sul-mato-grossenses são tabagistas diários.

Os participantes possuem renda familiar entre R\$ 5.000 e R\$ 10.000 reais (36,9%). Considerando-se o salário mínimo de 2013 de R\$ 678,00, a renda familiar desses servidores se encontra entre 07 e 15 salários mínimos, dados que corroboram os achados da investigação realizada por Guimarães *et al.* (2006) em que os servidores universitários estudados apresentaram uma renda familiar entre 6 a 15 salários mínimos. Pinto e Lessa (2013), em seu estudo com trabalhadores de uma instituição de ensino superior da Bahia encontraram renda mensal inferior, no valor de 3 salários mínimos. Já segundo o IBGE (2010) a maioria das famílias em Campo Grande vive com 2 a 5 salários mínimos, valor muito abaixo da amostra de estudo.

Os participantes do estudo não excedem a carga horária de 40h/semanais (61,9%) e trabalham no período diurno (74,3%), porém os que trabalham acima de três vezes na semana, excedendo a carga horária, aumentam as chances de apresentar TMC. Referem, no entanto, entre os principais aspectos positivos de trabalhar na instituição a flexibilidade de horários, mas revelam uma sobrecarga apontada como um dos principais aspectos negativos de trabalho na instituição, provavelmente pelo número reduzido de servidores (alta taxa de absenteísmo). Estudo realizado por Araújo *et al.* (2003) sobre distúrbios psíquicos em trabalhadores de enfermagem de um hospital público na Bahia, mostra que esses têm carga horária um pouco mais elevada do que a do presente estudo (45.7 horas/semana). Salienta-se que uma carga horária semanal longa pode interferir nas relações sociais, bem como nas atividades físicas e de lazer.

Da amostra, 40,3% trabalham acima de 15 anos na instituição e 34% até três anos, evidenciando que a estabilidade é um dos aspectos positivos do exercício profissional na UFMS, juntamente com o bom ambiente de trabalho (66,9%), os amigos e o incentivo à qualificação profissional, além de fazerem o que gostam. Nota-se a importância desses fatores para os servidores permanecerem na instituição por longo período, habitualmente até a aposentadoria. O fato de existirem 34% dos participantes que trabalham até três anos na instituição evidencia que vêm sendo abertos concursos públicos para renovação do quadro de pessoal. Os achados obtidos não corroboram os resultados obtidos estudo de Pinto e Lessa (2013) nos quais a maior parcela dos respondentes, trabalhadores de uma instituição de ensino superior, referiu trabalhar na instituição há menos de um ano (82,7%), enquanto os servidores que estão no cargo atual até três anos a 44,6% do total, prevalência superior à do presente estudo. Tal fato, provavelmente, se deve a esta instituição (UFMS) estar redistribuindo o seu quadro de servidores, para compensar a falta de servidores em alguns setores, pelo expressivo

absenteísmo e também para se adequar, visando o grau de qualificação desses servidores. Tal achado confirma os resultados encontrados por Urbaneto *et al.* (2013), em que os trabalhadores de enfermagem de um hospital público, por ele estudados, estavam no cargo atual de zero a três anos. Não foram encontrados dados que possibilitassem outras comparações.

Dos servidores, 21,1% apresentaram problemas de saúde nos últimos doze meses, porcentagem menor do que os resultados obtidos por Delcor, Araújo e Barbalho (2004) em que 39,4% dos trabalhadores referiram problemas de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista. Os participantes do presente estudo consideram ter uma qualidade de vida regular (75%), trabalharem no que gostam e saberem fazer, terem um bom ambiente de trabalho, incentivo à qualificação, por terem vínculo formal na instituição, estabilidade e não fazerem uso de medicação (55,9%).

Por outro lado, entre as doenças mais citadas pela amostra estão as relacionadas ao contexto de trabalho e a problemas psicossomáticos e transtornos mentais, maiores ou menores: dores osteomusculares, hipertensão arterial, alergias, tendinites, bursites, gastrites, esofagites, doenças relacionadas ao desequilíbrio hormonal, psoríase, fibromialgia e os seguintes Transtornos Mentais maiores: síndrome do pânico, depressão e transtornos mentais menores, tais como: estresse, dor de cabeça, cansaço, ansiedade, irritabilidade.

Cabe destacar que o estresse ocupacional e a síndrome de burnout, aumentam a suscetibilidade para doenças, cefaléias, náuseas, tensão muscular, dor lombar ou cervical, distúrbios do sono (CHERNISS, 1980). Pode-se hipotetizar, embora não se tenha medido especificamente este fator associado aos TMC, que da cronificação do estresse ocupacional pode vir a ocorrer a síndrome de burnout, que é consequente a prolongados níveis de estresse no trabalho e compreende exaustão emocional, distanciamento das relações pessoais e diminuição do sentimento de realização pessoal. Foi reconhecida como um risco ocupacional para profissões que envolvem cuidados com saúde, educação e serviços humanos (GOLEMBIEWSKI, 1999; MASLACH, 1998; MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005). No Brasil, o Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999, aprovou o Regulamento da Previdência Social e, em seu Anexo II, trata dos Agentes Patogênicos causadores de Doenças Profissionais. O item XII da tabela de Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados com o Trabalho (Grupo V da Classificação Internacional das Doenças - CID-10) cita a “Sensação de Estar Acabado” (Síndrome de Burnout, Síndrome do Esgotamento

Profissional), como sinônimos do burnout, que, na CID-10, recebe o código Z73.0. O burnout pode ser considerado um grande problema no mundo profissional da atualidade.

Com já referido, estudos mostram que o desequilíbrio na saúde do profissional pode levá-lo a se ausentar do trabalho (absenteísmo), gerando licenças por auxílio-doença e a necessidade, por parte da organização, de reposição de funcionários, transferências, novo treinamento, entre outras despesas. A qualidade dos serviços prestados e o nível de produção fatalmente são afetados (SCHAUFELI, 1999).

Diante do exposto, pode-se inferir o porquê da maioria dos participantes não fazerem automedicação, visto que apresentam doenças com diagnóstico nosológico definido e não conseguem comprar medicação sem receita e acompanhamento médico periódico. Os medicamentos usados com maior frequência são os anti-hipertensivos e os antidepressivos.

Na amostra, 78,6% dormem entre 06 e 09 h por noite, período considerado adequado, o que corrobora o achado de Souza e Silva (1998) em que os trabalhadores que dormiam mais de 6 horas por noite, tiveram menores riscos para desenvolver TMC, ou seja, quanto maior o número de horas de sono, menor o risco de exposição aos TMC. Não foram encontrados outros dados que permitissem comparações.

Da amostra, 56,7% (178 pessoas) fazem atividade física. Desses, a maior parte pratica uma ou mais atividades físicas, de três a cinco vezes por semana. A principal atividade física praticada é a caminhada, seguida de academia (musculação), corrida, futebol, natação e outras atividades aquáticas, Pilates, ciclismo. Os servidores estudados se preocupam com o bem-estar físico e psicológico que a atividade física proporciona. Relatam que a atividade física melhora sua saúde, qualidade de vida, aumentando a sensação de prazer e bem-estar. A atividade física feita de maneira regular leva à melhoria da saúde e das condições físicas dos praticantes, bem como à redução de sintomas de ansiedade, fortalecendo o corpo contra agressões e melhorada imunidade. Estes resultados confirmam aqueles encontrados no estudo realizado por Porto (2010) com trabalhadores de uma empresa de energia elétrica no nordeste do Brasil em que 55,1% da amostra referiram fazer atividade física regularmente e, também, por Minayo, Assis e Oliveira (2011), com policiais militares, que encontraram dados semelhantes, em que 54,6% da amostra realizava atividade física frequentemente, o que proporcionava melhoria de sua saúde e qualidade de vida geral.

## 7.2 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

A prevalência de suspeição para TMC foi de 18,4% (58 participantes), considerada alta por tratar-se de população ativa, de trabalhadores. Dados similares ao encontrado nesta investigação foram confirmados nos seguintes estudos: Marco *et al.* (2008) obtiveram 15% de prevalência de TMC, dado considerado menor, porém próximo ao encontrado nesta investigação e Porto (2010) encontrou 20,3% a prevalência de TMC nos trabalhadores de sua investigação, resultado próximo.

Uma prevalência de 9,9% de TMC, muito abaixo da detectada no presente estudo foi encontrada por Pinto e Lessa (2013) em servidores de uma instituição de ensino superior na Bahia, o que não confirma os dados obtidos. A maior parte dos estudos, no entanto, mostra prevalência muito superior à encontrada, não confirmando os dados encontrados. Veggi *et al.* (2004) encontraram prevalência de 34,5% de TMC nos funcionários de uma universidade. Guimarães *et al.* (2006) obtiveram em servidores de um universidade pública do estado de São Paulo uma prevalência de 35% de TMC, quase o dobro da prevalência encontrada no presente estudo. Braga, Carvalho e Binder (2010) em estudo com trabalhadores da rede básica de saúde também constataram valores muito superiores ao encontrado nesta investigação, em que se constatou que 42,6% dos trabalhadores apresentavam TMC. Silva e Menezes (2008) estudando agentes comunitários de saúde encontraram uma prevalência de TMC de 43,3%.

## 7.3 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS OCUPACIONAIS E A SUSPEIÇÃO PARA TMC

Correlacionando-se as variáveis sociodemográfico ocupacionais com suspeição para TMC:

Da amostra, 48,5% referiram ter tido problemas de saúde relacionados ao trabalho nos últimos 12 meses, mostrando que os mesmos podem ser associados diretamente com a qualidade de vida e trabalho. Ter tido problemas de saúde nos últimos 12 meses aumenta a chance de suspeição para TMC em 5.3 vezes no teste de razão de chances e 4.61 no teste razão de prevalência. Alguns estudos corroboram os achados em que a chance de resultado positivo para TMC aumenta em trabalhadores que tiveram problemas de saúde nos últimos 12 meses (VEGGI *et al.*, 2004; BARBOSA; ASSUNÇÃO; ARAÚJO, 2012).

O sexo feminino, neste estudo apresentou 26,3% da suspeição de TMC e o masculino 10,8%, corroborando os achados de outros estudos. Farias e Araújo (2011) estudaram a prevalência dos TMC em trabalhadores da Zona urbana de Feira de Santana (BA) e entre fatores associados, obteve: ser do sexo feminino (36.6%). Lurdermir *et al.* (2005) realizaram um estudo epidemiológico de corte transversal, com a população adulta da cidade de Olinda (PE) e os TMC apresentaram-se maiores entre as mulheres (45,4%), dado mais significativo ainda ao encontrado nessa investigação. Silva *et al.* (2008) em um estudo em trabalhadores de um hospital federal no Rio de Janeiro encontraram prevalência de (25,4%) de TMC em Mulheres. Andrade, Viana e Silveira (2006) ressaltam que em relação aos Transtornos Mentais, na idade adulta, aparecem grandes diferenças entre homens e mulheres, pois a mulher apresenta maior vulnerabilidade para sintomas depressivos e ansiosos, associados, em especial, ao período reprodutivo (26,5%). Nesta investigação no teste razão de chances as mulheres apresentaram 2.2 vezes mais chance de apresentar suspeição para TMC do que os homens e no teste razão de prevalência 2.44 vezes mais probabilidade de ter TMC se comparada aos homens. Estudo realizado por Cavaleiro (2010) com servidores técnico-administrativos e docentes da Universidade Federal de Santa Catarina confirma os dados encontrados nessa investigação, em que a prevalência de TMC é maior no sexo feminino.

Quanto à titulação acadêmica, percebe-se a seguinte tendência, que obter maior titulação acadêmica, passar de mestrado para doutorado, aumenta a chance de suspeição para TMC em 31,4%. Isso possivelmente ocorra em decorrência da alta cobrança e demanda que se exige de um doutor nas universidades, em que se observa um ambiente com pressão por produtividade máxima e também a necessidade de muitas publicações, o que aumenta consideravelmente a suspeição por TMC, não confirmando achados obtidos por alguns estudos (LURDERMIR, 2002; ROCHA *et al.*, 2010; RODRIGUES NETO *et al.*, 2008; FARIAS; ARAÚJO; 2011) em que a baixa escolaridade tinha associação estatística significativa com TMC. Os dados encontrados nessa investigação confirmam os resultados do estudo de Silva (2008) que encontrou correlação estatística significativa na qual uma maior escolaridade implicava em maior suspeição para TMC. Pessoas com doutorado nesta amostra, têm uma chance de 61% a mais para TMC e uma RP= 1.61 de apresentar resultado positivo para TMC.

Com relação à faixa etária, nota-se uma tendência de que quanto maior for a mesma, menor será a ocorrência de TMC, evidenciando que a idade pode ser um fator de proteção para a saúde mental no trabalho, pois conforme os anos passam, consegue-se

responder melhor às demandas. Uma tendência encontrada no presente estudo foi a mudança para faixa etária maior, por exemplo, de 26 a 32 e de 33 para 40, que diminui a chance de suspeição para TMC em 29,2%. No teste de razão de chance, estar na faixa etária de 33 a 40 anos é 20% mais provável apresentar resultado positivo para TMC e na  $RP=1.2$  vezes a probabilidade de ocorrência de TMC. É menos provável em 87% apresentar TMC estando na faixa etária de mais de 56 anos e  $RP=0.87$ .

Em relação à qualidade de vida, aferida pelo QSDO os que a consideram como regular apresentaram 44% mais chance de ter suspeição para TMC, mostrando que a forma como a qualidade de vida é percebida interfere diretamente na saúde mental do indivíduo. Souza *et al.* (2012) encontraram resultados semelhantes, em que a qualidade de vida se mostrou estatisticamente associada ao TMC e sofrimento psíquico. Considerar a qualidade de vida regular é 40% menos provável de ter resultado positivo. No teste razão de prevalência, considerar a qualidade de vida como regular aumenta a prevalência de TMC em  $RP=0.60$ .

Outra tendência observada é que na avaliação do ambiente de trabalho, considerá-lo como regular e ruim, aumenta a chance de suspeição para TMC em 35,7% e 33,3% respectivamente. Porto I (2010) encontrou resultados semelhantes, em que, as características do ambiente de trabalho estão relacionadas com a ocorrência de TMC, concluindo que o ambiente de trabalho é um importante determinante do estado de saúde mental dos trabalhadores. Silva *et al.* (2008), na mesma direção, também constatam que o ambiente laboral traz repercussões no âmbito psíquico do trabalhador.

Nesta investigação, na UFMS, constatou-se ainda que, entre os aspectos negativos de trabalho na instituição está a falta de infraestrutura física, recursos materiais para o desenvolvimento do trabalho de maneira digna e satisfatória, excesso de burocracia e disfunção funcional.



A prevalência de Transtornos Mentais Comuns nos servidores da UFMS foi de 18,4%, valor considerado alto por tratar-se de população ativa, de trabalhadores, confirmando a hipótese 1 de que existiria uma alta prevalência de suspeição para TMC.

O perfil sócio demográfico e ocupacional dos participantes encontra-se descrito pormenorizadamente na parte relativa a resultados.

Como fatores associados aos TMC, em ordem decrescente foram identificados: o participante ter tido problemas de saúde relacionados ao trabalho nos últimos 12 meses, ser do sexo feminino, ter cursado doutorado, estar na faixa etária entre 33 a 40 anos e considerar sua qualidade de vida como regular.

Nesta investigação, foi constatado ainda que, entre os aspectos negativos de trabalho na instituição estão a falta de infraestrutura física e material para desenvolvimento do trabalho de maneira digna e satisfatória.

Os resultados aqui obtidos devem ser avaliados com cautela em função de possíveis limitações do estudo. Entre 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 a análise de antecedência temporal.

Outro fator que deve ser levado em consideração na análise das limitações deste estudo é a possibilidade de ter havido viés de seleção. Os procedimentos de constituição da amostra não foram aleatórios. Para atenuar esta tendência, buscou-se realizar a coleta de dados em todos os locais da UFMS, com o objetivo de reduzir o percentual de perdas dos indivíduos elegíveis em cada unidade amostral. Os resultados obtidos parecem não decorrer das possíveis distorções amostrais que podem ter ocorrido.

Outra limitação do presente estudo foi a de não terem sido separados os resultados obtidos por servidores técnico-administrativos e docentes, o que poderá ser feito em próximos estudos.

Os resultados obtidos indicam que parte das variáveis destacadas relacionadas aos Transtornos Mentais Comuns, são passíveis de intervenção preventiva. O estabelecimento das ações preventivas pode ser pautado, à luz dos achados obtidos, por intervenções que se direcionem a saúde física e mental do trabalhador, ações com relação ao suporte à mulher, tais

como criação de creche e escola para seus filhos, integração social com a realização de atividades de lazer ativo, atividade de controle do estresse, melhoria da qualidade de vida no trabalho, mudanças na organização do trabalho, abertura de canais de comunicação entre os diferentes níveis de hierarquia, entre outros.

Cabe acrescentar que apesar de o objetivo deste estudo ter sido o diagnóstico da prevalência de TMC, que as aplicações de instrumentos e o contato com os participantes, em alguns momentos, serviram como suporte emocional para os mesmos. Eventuais mobilizações emocionais que vieram a ocorrer, em decorrência da aplicação dos instrumentos, foram manejadas de forma individualizada, pronta e cuidadosamente sendo atendidas pela própria pesquisadora, que por sua formação profissional na área de saúde, possui tal treinamento. As principais mobilizações foram manifestas, por meio de relatos espontâneos e pessoais de alguns participantes, sobre problemas relacionados a conflitos internos, a sentimentos de tristeza, solidão, cansaço, irritabilidade, esquecimento, ansiedade, entre outros. Diante deste contexto, foram feitas as devidas orientações e eventuais encaminhamentos, para cada caso.

No momento da coleta de dados desta pesquisa, os servidores reivindicaram e solicitaram atividades para serem disponibilizadas na instituição, como atividades direcionadas à saúde do trabalhador e prevenção de doenças, como ginástica laboral, acompanhamento psicológico, orientação nutricional, campanhas de incentivo ao abandono dos hábitos de tabagismo e etilismo. Elogiaram a iniciativa da pesquisa, que poderá dar visibilidade aos problemas vivenciados por eles dentro da instituição, solicitando que fossem feitas mais pesquisas neste segmento ocupacional.

Com relação à aferição do efeito do trabalho à saúde mental, vista por meio dos Transtornos Mentais Comuns, cabe destacar que o instrumento de pesquisa empregado para mensurá-los (SRQ-20), tem sido largamente utilizado no país em estudos populacionais gerais e com trabalhadores e revelam bom desempenho deste na avaliação e triagem de morbidade. Os procedimentos para coleta de dados foram padronizados e a pesquisadora devidamente treinada.

Apesar das limitações apontadas, o estudo avaliou um contingente expressivo de pessoas, incluindo participantes da quase maioria dos setores, departamentos e institutos da UFMS, o que permitiu estimar a prevalência de TMC e identificar os fatores associados à sua ocorrência. Os resultados obtidos representam informação útil para a gestão em saúde, sendo insumo para as políticas públicas de intervenção em saúde mental.

## REFERÊNCIAS

---

ALMEIDA FILHO, *et al.* Brazilian Multicentric Study of Psychiatric Morbidity: Methodological Features and Prevalence Estimates. *British Journal of Psychiatry* 171:524-529, 1997.

ALMEIDA FILHO, N, ROUQUAYROL, M. Z. *Introdução à epidemiologia moderna*. BR, BA, COOPMED/ APCE/ ABRASCO, 1992.

ALMEIDA, M. A. B. DE A.; GUTIERREZ, G. L. Qualidade de vida: Discussões Contemporâneas. In: \_\_\_\_\_. *Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI*. Campinas: Ipês, p. 151-160, 2010.

ÁLVARO, J. L. *et al.* La psicología social, debe ser más social o sociológica? Niveles de análisis en las ciencias sociales. In: \_\_\_\_\_. *Introducción a la psicología social sociológica*. Barcelona: Editorial UOC, p. 17-24, 2007.

ÁLVARO, J. L. Perspectivas metodológicas en psicología social. In: \_\_\_\_\_. (Org.). *Psicología social: Perspectivas Teóricas y Metodológicas*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, p. 98-115, 1995.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO. *ANAMT*, 2014.

ANDRADE, L. H. S. G. Epidemiologia psiquiátrica. Novos desafios para o século XXI. *Revista USP*, São Paulo, n43, p. 84-89, set/nov. 1999.

ANDRADE, L. H.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006.

ANDRADE, T. B. *et al.* Prevalência de absenteísmo entre trabalhadores do serviço público. *Scientia Medica*, v. 18, n. 4, p. 166-171, 2008.

ANTUNES, R. Século XXI: nova era da precarização estrutural do trabalho? *Anais Eletrônicos...* SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E TRABALHO, São Paulo, 28 e 29 de novembro de 2008. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/Arquivos/sis/EventoPortal/AnexoPalestraEvento/Mesa%201%20-%20Ricardo%20Antunes%20texto.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2014.

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

ARAÚJO, T. M.; CARVALHO, F. M. Condições de trabalho docente e saúde na Bahia: estudos epidemiológicos. *Revista Educação e Sociedade*, Campinas, v. 30, n.17, p. 427-49, 2009.

ARAYA, R.; ROJAS, G.; FRITSCH, R. *et al.* Common mental disorders in Santiago, Chile. Prevalence and socio demographic correlates. *Br. J. Psychiatry*, v. 178, p. 228-33, 2001.

AREIAS, M. E. Q.; GUIMARÃES, L. A. M. Gênero e estresse em trabalhadores de uma universidade pública do estado de São Paulo. *Psicologia em Estudo*, v. 9, n. 2, p. 255-262, 2004.

ARÔCA, S. R. S. *Qualidade de vida: comparação entre o impacto de ter transtorno mental comum e a representação do “sofrimento dos nervos” em mulheres*. 2009. 130f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

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, 2007.

BARBOSA, R. E. C. B.; ASSUNÇÃO, A. A.; ARAÚJO, T. M. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores do setor saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, v. 28, n. 8, p. 1569-1580, 2012.

BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. Introdução às clínicas do trabalho: aportes teóricos, pressupostos e aplicações. In: \_\_\_\_\_ (Orgs.). *Clínicas do trabalho - novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas, p. 99-109, 2011.

BORGES, L. O; GUIMARÃES, L. A. M; SILVA, S.S. Capítulo 2.0 Diagnóstico e promoção da saúde psíquica no trabalho. In: Borges L. O.; Mourão: Trabalho nas Organizações. Artmed, 2013.

BORGES, L. O. *et al.* La constitución del campo de la salud mental y del trabajo en Brasil: avances, contradicciones y límites. In: IX CONGRESO ESPAÑOL DE SOCIOLOGÍA. PODER, CULTURA Y CIVILIZACIÓN, 2007, Barcelona. *Anais...* Madrid: Federación Española de Sociología, 2007, p. 1-15. Disponível em: <<http://www.fes-web.org/congreso07/grupos-de-trabajo.php>>. Acesso em: 8 out. 2013.

BORGES, G.; MEDINA-MORA, M. E.; LÓPEZ-MORENO, Se. El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. *Salud Pública de México*, v. 46, n. 5, p. 451-463, 2004.

BORSOI, I. C. F. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, v. 19, n. 1, p. 103-111, 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). *Ciência Saúde Coletiva*, v. 15, p. 1585-1596, 2010.

BRASIL, Constituição. *Constituição da república Federativa do Brasil*. 1988.

BRASIL, Constituição. *Constituição da república Federativa do Brasil*, p. 245, 1990.

BRASIL, Constituição. *Constituição da república federativa do Brasil*. 1994.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. *Anuário estatístico de acidentes do trabalho*. Brasília, 161p, 2011.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. *Manual de Orientações para a Redação*. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde

pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial União. 26 de janeiro de 2011; Seção 1: 37.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto brasileiro de geografia e estatística. *Pesquisa nacional por amostra de domicílio: tabagismo 2008*. Rio de Janeiro, 2009.

CARNEIRO, S. A. M. Servidores Públicos Federais: uma análise do prazer e sofrimento no trabalho. Política de atenção à saúde do servidor público federal do Brasil. *Anais... XIII Congreso Internacional del Clad sobre la Reforma del estado y de la Administración Pública*. Buenos Aires, Argentina, 2008.

CAVALHEIRO, G. *Sentidos atribuídos ao trabalho por profissionais afastados do ambiente laboral em decorrência de depressão*. 2010. 205f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Organizacional e do Trabalho) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

CHANLAT, J. F. Modos de gestão, saúde e segurança no trabalho. In: DAVEL, E; VASCONCELOS, J. (Orgs.). *Recursos humanos e subjetividade*. Petrópolis: Vozes, p. 118-128, 1996.

CHANLAT, J. F. O desafio da gestão: a contribuição das ciências sociais. In: BENDASSOLLI, P. F. SOBOLL, L. A. (Org.). *Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Altasp. 110-131, 2011.

CHERNISS, C. - *Staff burnout: job stress in the human service*. Sage, Beverly Hills, 1980.

CODO, W. *Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis: Vozes, 1993.

CODO, W. Saúde mental e trabalho: uma urgência prática. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 8, n. 2, p. 20-24, 1988.

COUTINHO, E. S. F. *Fatores sócio-demográficos e morbidade psiquiátrica menor: homogeneidade ou heterogeneidade de efeitos?* 1995. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1995.

DEJOURS, C. *et al. Psicodinâmica do trabalho: contribuição da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, n. 14, p. 7-11, 1986.

DELCOR, N. S.; ARAÚJO, T. M.; BARBALHO, L.. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*[online], v. 20, n.1, p. 187-196, 2004.

DI PIETRO, M. S. Z.; RIBEIRO, C. V. A. *Supremacia do interesse público e outros temas relevantes do direito administrativo*. São Paulo: Atlas, 2010.

FARIAS, M. D.; ARAÚJO, T. M. Transtornos Mentais comuns entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana-BA. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 36, n. 123, p. 25-39, 2011.

FIELDING, N.; SCHREIER, M. Introduction on the compatibility between qualitative and quantitative approach. In: GRUBITS, S.; NORIEGA, J. A. V. (Orgs.). *Método qualitativo: epistemologia, complementaridade e campo de aplicação*. São Paulo: Vetor, p. 79-92, 2004.

FIGUEIREDO, J. M., ALEVATO, H. M. R. O sofrimento no trabalho do servidor técnico-administrativo de uma IFES - breve reflexão. *Anais... CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO*, Niterói: CNEG, agosto, 2012.

FLECK, M.P.A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, abr. 2000.

FONSECA, A. F. (1985). *Psiquiatria e psicopatologia*. Lisboa: Fundação Calouste Goulbenkian, 1985.

FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento difuso e Transtornos Mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Revista APS*, v. 11, n. 3, p. 285-94, 2008. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/asp/article/view/342/120>>. Acesso em: 18 abr. 2013.

FRANKENHAEUSER, M.; GARDELL, B. Underload and overload in working life: Outline of a multidisciplinary approach. *Journal of Human Stress*, n. 2, p. 35-46, 1976.

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

GLINA, D. M. R. et al. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho do diagnóstico, com base na prática Mental. *Caderno de Saúde Pública*, v. 17, n. 3, p. 607-616, 2001.

GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. Saúde mental no trabalho. In: LOPES, A. C. *Tratado de clínica médica*. São Paulo: Roca, 2006.

GOLDBERG, D. P.; HUXLEY, P. *Common mental disorders: A bio-social model*. Tavistock: Routledge, 1992.

GOLEMBIEWSKI, R.T. Next stage of burnout research and applications. *Psychol Rep* 84: 443-446, 1999.

GOMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.

GOULART JÚNIOR, E.; CANÊO, L. C.; LUNARDELLI, M. C. F. Considerações sobre o transtorno depressivo no trabalho. *RBSO*, v. 34, n. 119, p. 79-87, 2009.

GUIMARÃES, L. A. M. , FADDEN, M. A. J. M. Validação para o Brasil do SWS Survey©-Questionário sobre estresse, saúde mental e trabalho. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (orgs.). *Série saúde mental e trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, v. 1, p. 153-166, 1999.

GUIMARÃES. L. A. M. Fatores psicossociais de risco no trabalho. In: FERREIRA, J. J.; PENIDO, L. O. (coords). *Saúde mental no trabalho: coletânea do fórum de saúde e segurança no trabalho do Estado de Goiás*, Goiás: Cir Gráfica, p. 273-282, 2013.

GUIMARÃES, L. A. M. *et al.* Prevalência de Transtornos Mentais em trabalhadores de uma universidade pública do estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 31, n. 113, June, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572006000100002>>. Acesso em: 27 abr. 2014.

GUIMARÃES, L. A. M., GRUBITS, S. (Orgs). *Série saúde mental e trabalho*, vol. 2 São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

GUIMARÃES, L. A. M. Fatores psicossociais de risco no trabalho. In: FERREIRA, J. J.; PENIDO, L. O. (coords). *Saúde mental no trabalho: coletânea do fórum de saúde e segurança no trabalho do Estado de Goiás*, Goiás: Cir Gráfica, p. 273-282, 2013.

HARDING, T. W. *et al.* Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med*, v. 10, n. 2, p. 231-241, 1980.

HELOANI, J. R. Saúde Mental no trabalho: algumas reflexões. In: MENDES, A. M. (Org.). *Trabalho e saúde. O sujeito entre emancipação e servidão*. Curitiba: Juruá, p. 153-168, 2008.

HELOANI, J. R.; CAPITÃO, C. G. Saúde mental e psicologia do trabalho. *São Paulo em Perspectiva*, v. 17, n. 2, p. 102-108, 2003.

HORTA, R. L.; HORTA, B. L. HORTA, C. L. Uso de drogas e sofrimento psíquico numa universidade do Sul do Brasil. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 26-276, ago, 2012.

IACOPONI, E; MARI, J. J. Reliability and factor structure of the Portuguese version of Self-Reporting Questionnaire. *International Journal of Social Psychiatry*, v. 35, n. 3, p. 213-222, 1989.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico* Brasília; 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico* Brasília; 2010.

JACQUES, M. G. C. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental e trabalho. *Psicologia e Sociedade*, v. 15, n. 1, p. 97-116, 2003.

JAHODA, M. (1987). *Empleo y desempleo: Un análisis socio-psicológico*. Madrid: Morata, 1987.

JARDIM, S. R; RAMOS, A.; GLINA, D. M. R. Diagnóstico e nexos com trabalho. In: GLINA, D. M. R; ROCHA, L. E. *Saúde mental no trabalho da teoria à prática*. São Paulo: Roca, 2010.

KALIMO, R. Stress in work: Conceptual analysis and a study on prison personnel. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, n. 6 (Sup. 3), p. 1-148, 1980.

KARASEK, R. A.; THEORELL, T. *Healthy Work*. New York: Basic Books, 1990.

KIRCHHOF, A. L. C. *et al.* Condições de trabalho e características sociodemográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 18, n. 2, p. 215-23, 2009.

KLEINMAND, A.; COHEN, A. Psychiatry's Global Challenge. *Scientific American*, v. 276, n.3, p. 86-89, 1997.

KOHN, M. L.; SCHOOLER, C. *Work and personality*. New Jersey: Ablex Publishing Corporation, 1983.

LACAZ, F. A. C. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Caderno de Saúde Pública*, v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007.

LANCMAN, S. *et al.* O trabalho na rua e a exposição à violência no trabalho: um estudo com agentes de trânsito. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, n. 11, 79-92, 2007.

LE GUILLANT, et al. La Névrose des Téléphonistes. In:\_\_\_\_\_. (Org.) *Quelle psychiatrie pour notre temps?* Travaux écrits. Toulouse: Éditions Érès, p. 379-391, 1956.

LEVI, L. Factores psicosociales, estrés y salud. In: ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*, Ginebra, v. 2, p. 34.3-34.6, 1998.

LIMA, A. F. B. S. *Avaliação da qualidade de vida e fatores preditores da remissão de sintomas em pessoas com depressão maior, acompanhadas através de um estudo, longitudinal em um serviço de cuidados primários*. 2008. 265f. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

LIMA, M. E. A. Esboço de uma crítica à especulação no campo da saúde mental e trabalho. In: JACQUES, M. G.; CODO, W. (Orgs.). *Saúde Mental & trabalho: leituras*. Rio de Janeiro: Vozes, p. 50-81, 2002.

LLOYD, K. Common mental disorders among black and minority ethnic groups in the UK. *Psychiatry*, v. 8, n. 9, p. 342-346, set, 2009.

LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e Transtornos Mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, v. 19, n. 6, p. 1713-1720, 2003.

LURDERMIR, A. B. *et al.* Associação dos Transtornos Mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho. *J. Bras. Psiquiatr*, v. 54, n. 3, p. 198-204, 2005.

LURDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a Transtornos Mentais comuns. *Revista de Saúde Pública* [online], v. 36, n. 2, p. 213-21, 2002.

MAGGI B.; TERSAC. G. O trabalho e a abordagem ergonômica. In: DANIELLOU, F. et al. (Orgs.). *A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos*. São Paulo: Edgard Blucher, p. 97-119, 2004.

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

MARCO, P. F. *et al.* O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 57, n. 3, p. 178-83, 2008.

- Mari, J. J. *et al.* Minor Psychiatric Morbidity in Three Primary care Clinics in the City of São Paulo. Issues on the Mental Health of the Urban Poor. *Soc. Psychiatry Epidemiol.* 22: 129-138, 1987.
- MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *The British Journal of Psychiatry*, v. 148, n. 1, p. 23-26, 1986.
- MARQUES, S. V. D. O.; MARTINS, G.; SOBRINHO, O. Saúde, trabalho e subjetividade: absenteísmo-doença de trabalhadores em uma universidade pública. *Cadernos da EBAPE*, v. 9, p. 668-680, 2011.
- MASLACH, C.G.J. Prevention of burnout: new perspectives. *Applied Preventive Psychology* 7: 63-74, 1998
- MCQUAID, J. D. *et al.* Depression in a primary care clinic: the prevalence and impact of the recognized disorder. *Journal of Affect Disorder*, v.55, n. 1, p. 1-10, 1999.
- MEDEIROS, D. Tabagismo e Transtorno Mental Comum na população de São Paulo-SP: um estudo a partir do Inquérito de Saúde no Município de São Paulo (ISA-Capital). 2010. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2010.
- MENDES, A. M. B. (Org.) *Trabalho e saúde: o sujeito entre emancipação e servidão*. Curitiba: Juruá, 2008.
- MENDES, A. M. B.; BORGES, L. O.; FERREIRA, M. C. (Orgs.). *Trabalho em transição, saúde em risco*. Brasília: Ed. UnB, 2002.
- MENDES, R. A atualidade de Ramazzini, 300 anos depois. In: RAMAZZINI, B. *As doenças dos trabalhadores*. Tradução de Raimundo Estrela. 3. ed. São Paulo: Fundacentro, 2000.
- MINAYO, M. C. S; ASSIS, S. G.; OLIVEIRA, R. V. C.. Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 4, p. 2199-2209, 2011.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS Nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços da saúde. Diário Oficial da União. 26 de janeiro de 2011; Seção 1: 37.
- MONTERO, M. Construcción, desconstrucción y crítica: teoría y sentido de la psicología social comunitaria en América Latina. In: CAMPOS, R.; GUARESCHI, P. (Org.). *Paradigmas em psicologia social*. Petrópolis: Vozes, p. 70-87, 2000.
- MUROFUSE, N.T.; ABRANCHES, S.S.; NAPOLEÃO, A. A. - Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 13: 255-261, 2005.
- NUNES, A. V. L.; LINS, S. L. B. Servidores públicos federais: uma análise do prazer e sofrimento no trabalho. *Revista de Psicologia*, v. 9, n. 1, p. 51-67, 2009.
- OGATA, A. Prefácio. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Orgs.). *Saúde mental e trabalho*. São Paulo: Casa do psicólogo, v. 15, 2014 (no prelo).

OIT. Organização Internacional do Trabalho. *Domestic workers across the world: global and regional statistics and the extent legal protection*. Genebra: OIT, 2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança*. Lisboa, 2002.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Mental Health: New Understanding New Hope*, Geneva. 2000. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2000/in/whr\\_01\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2000/in/whr_01_en.pdf)>. Acesso em: 18 dez. 2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Relatório sobre a saúde no mundo 2011: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Organização Mundial da Saúde, 2011.

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

PINHO, P. S.; ARAÚJO, T. M. Trabalho de enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais. *Rev. enferm. UERJ*, v. 15, n. 3, p. 329-336, 2007.

PINTO, L. T.; LESSA, L. Nível de atividade física e Transtornos Mentais comuns entre trabalhadores de uma instituição de ensino superior da Bahia. *Arquivos de Ciências do Esporte*, v. 1, n. 1, 2013.

PORTO, L. A. Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitários. *Revista de Saúde Pública*, v. 44, n. 4, p. 710-7, 2010.

PORTO, M. A. A qualidade de vida no trabalho do servidor público da administração estadual e o papel do gerente de recursos humanos. 2006. Disponível em: <[http://www.rcc.gov.pt/SiteCollectionDocuments/QualidadeVidaServidor\\_MAP.pdf](http://www.rcc.gov.pt/SiteCollectionDocuments/QualidadeVidaServidor_MAP.pdf)>. Acesso em: 13 maio 2014.

PRADO, M. A. A Psicologia comunitária nas Américas: o individualismo, o comunitarismo e a exclusão do político. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 15, n. 1, p. 201-210, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n1/a21v15n1.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2012.

RAMAZZINI, B. *As doenças dos trabalhadores*. Tradução de Raimundo Estrela. 3.ed. São Paulo: Fundacentro, 1992.

RATH, T. HARTHER, J. *Well Being-The Five Essential Elements*. Nova York: Gallup Press, 2010.

RIBEIRO, C. V. S.; MANCEBO, D. The public servant in the labor world of the 21 century. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 33, n. 1, p. 192-207, 2013.

ROCHA, S. M. *et al.* O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 8, n. 6, p. 96-101, 2000.

ROCHA, S. V.; ALMEIDA, M. M. G.; ARAÚJO, T. M. Prevalência de Transtornos Mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 13, n. 4, p. 630-40, 2010.

RODRIGUES, R. R. J.; IMAI, R. Y.; FERREIRA, W. F. Um espaço para o desenvolvimento interpessoal no trabalho. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 6, n.2, p. 123-127, jul./dez., 2001.

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*, v. 57, n. 4, p. 233-39, 2008.

ROUQUAYROL MZ, ALMEIDA FILHO N. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SANDOVAL, S. O que há de novo na psicologia social latino-americana? In: CAMPOS, R.; GUARESCHI, P. (Orgs.). *Paradigmas em psicologia social*. Petrópolis: Vozes, p. 101-109, 2000.

SANTOS, MESB. Transtornos Mentais Comuns em pacientes com AIDS que fazem tratamento com anti-retrovirais no Estado de São Paulo. Universidade de São Paulo, 2002.

SANTOS, D. T. *Olhando para dentro: um enfoque qualitativo da comunicação interna e da cultura organizacional na Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul*. 1995. Dissertação (Mestrado em Comunicação Social). Instituto Metodista de Ensino Superior. São Bernardo do Campo, SP, 1995.

SCHAUFELI, W. - Evaluación de riesgos psicosociales y prevención del estrés laboral: algunas experiencias holandesas. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones* 15: 147-171, 1999.

SEGNINI, L. R. P. Reestruturação nos bancos no Brasil: desemprego, subcontratação e intensificação do trabalho. *Revista Educação e Sociedade*, Campinas, v. 20, n. 67, p.29-43, 1999.

SELIGMANN-SILVA, E. *Desgaste mental no trabalho dominado*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1994.

SELLIGMANN-SILVA, E.; MENDES, R. Psicopatologia e psicodinâmica no trabalho. *Patologia do trabalho*, p. 287-310, 1995.

SENNETT, R. *A corrosão do caráter: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. 13a.ed. Rio de Janeiro: Record, 2008.

SHANKAR, B.R.; SARAVANAN, B; JACOB, K.S. Explanatory models of common mental disorders among traditional healers and their patients in rural South India. *J. Soc. Psychiatry*, v. 52, n. 3, p. 221-233, 2006.

SIANO, A. K. *et al.* Análise descritiva de exames periciais iniciais de segurados do Instituto Nacional do Seguro Social apresentando Transtornos Mentais. *HU Revista*, v. 35, n. 1, 2009.

SILVA, A. T. C.; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e Transtornos Mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 5, p. 921-922, 2008.

SILVA, A. T. C.; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e Transtornos Mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Revista de Saúde Pública* [online], v. 42, n.5, p. 921-929, 2008.

SILVA, J. L. L. Estresse e Transtornos Mentais comuns em trabalhadores de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet], v. 10, n. 4, p. 1174-1175, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a32.htm>>. Acesso em: 12 dez. 2013.

SILVA, J. L. L. *et al.* Estresse, trabalho e ambiente: prevalência de Transtornos Mentais comuns entre trabalhadores de enfermagem de um hospital federal no município do Rio de Janeiro. *Semana Científica da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa*, v. 15, 2008.

SILVA, L. S.; PINHEIRO, T. M. M.; SAKURAI, E. Reestruturação produtiva, impactos na saúde e sofrimento mental: o caso de um banco estatal em Minas Gerais, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, v. 23, n. 12, p. 2949-2958, 2007.

Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. *SNRIPD*, 2006.

SOUTHARD, E. E. *Shell-shock and other neuropsychiatric problems*. WM Leonard, 1919.

SOUZA, E. R. *et al.* Fatores associados ao sofrimento psíquico de policiais militares da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*[online], v. 28, n.7, p. 1297-1311, 2012.

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

SOUZA, M. N. M.; MARTINS JÚNIOR, D. F; SILVA, M. V. Trabalho e saúde dos profissionais de enfermagem de um hospital especializado de Feira de Santana, Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 35, 2011.

TAVARES BENETTI, L.; FERREIRA DE ARAÚJO, A. As relações de trabalho do servidor público: regime estatutário x regime celetista. *Revista Científica Eletrônica de Ciências Contábeis*, ano 6, n. 11, maio, 2008. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/114610728/regime-estatutario>>. Acesso em: 5 fev. 2014.

TAVARES, J. P. *et al.* Distúrbios psíquicos menores em enfermeiros docentes de universidades. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. [online], v. 20, n. 1, p. 175-82, 2012.

UFMS. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. *Plano de Desenvolvimento Institucional 2010/2014*. Campo Grande: UFMS, 2011.

UFMS. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. *Relatório de gestão - exercício 2012*. Disponível em: <<http://www.ufms.br/prpl2610/relatorio-de-gestao-2012-UFMS.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2014.

URBANETTO, J. S. *et al.* Estresse no trabalho segundo o Modelo Demanda-Controle e distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, v. 47, n. 3, p. 1186-1193, 2013.

VEDOVATO, T. G.; MONTEIRO, M. I. Perfil sociodemográfico e condições de saúde e trabalho dos professores de nove escolas estaduais paulistas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 42, n. 2, p. 290-7, 2008.

VEGGI, A. B.; LOPES, C. S; FAERSTEIN, E. a SICHIERI, R. Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e Transtornos Mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [online], v. 26, n. 4, p. 242-247, 2004.

VILLANO, L. A. Problemas psicológicos e morbidade psiquiátrica em serviços de saúde não psiquiátricos: o ambulatório de clínica geral. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Escola Paulista de Medicina, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva, 2001.

WOLLECK, Aimoré. O trabalho, a ocupação e o emprego: uma perspectiva histórica. Disponível em: <<http://www.icpg.com.br/artigos/rev01-05.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) *Healthy Workplaces: a model for action: for employers, policymakers and practitioners*. (2010) Disponível em [www.who.int/occupational\\_health/healthy\\_workplaces/en/index.html](http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplaces/en/index.html). Acesso em: 20 de abril de 2014.



**APÊNDICE A**  
**Questionário Sociodemográfico e Ocupacional**

**1. Sexo**

- a) Feminino
- b) Masculino

**2. Faixa etária**

- a) 18 a 25
- b) 26 a 32
- c) 33 a 40
- d) 41 a 48
- e) 49 a 56
- f) 57 ou mais

**3. Maior Titulação acadêmica?**

- a) Fundamental-Completo:      (    ) Sim      (    ) Não
- b) Médio-Completo:              (    ) Sim      (    ) Não
- c) Superior-Completo:            (    ) Sim      (    ) Não
- d) Especialização-Completo:    (    ) Sim      (    ) Não
- e) Mestrado -Completo:          (    ) Sim      (    ) Não
- f) Doutorado -Completo:        (    ) Sim      (    ) Não

**4. Estado Civil?**

- a) Casado
- b) Solteiro
- c) União estável
- d) Separado/Divorciado
- e) Viúvo
- f) Outros: \_\_\_\_\_

**5. Reside com: (assinale uma ou mais alternativas)**

- a) Pais
- b) Cônjuge
- c) Irmãos
- d) Sobrinho
- e) Filhos
- f) Outros: \_\_\_\_\_

**6. Tem filhos?**

- a) Sim, quantos? \_\_\_\_\_
- b) Não

**6.1 Qual a idade dos filhos?****6.2 Moram com quem?**

- a) Pais
- b) Pai
- c) Mãe
- d) Avós
- e) Outros

**7. Religião**

- a) Católica
- b) Protestante
- c) Ateu
- d) Espírita
- e) Outros. Qual?

**7.1 É praticante?**

- a) Sim
- b) Não

**8. É fumante?**

- a) Sim
- b) Não

**8.1 Se sim, qual a quantidade diária?****9. Bebe?**

- a) Sim
- b) Não

**10. Renda familiar**

- a) Até R\$ 1.000,00
- b) De R\$ 1.000,00 a R\$ 3.000,00
- c) De R\$ 3.000,00 a R\$ 5.000,00
- d) De R\$ 5.000,00 a R\$ 10.000,00
- e) Acima de R\$ 10.000,00

**11. Excede carga horária?**

- a) Sim
- b) Não

**11.1 Se sim, com qual frequência?**

- a) 1X por semana
- b) 2X por semana
- c) 3X por semana
- d) 4X por semana
- e) 5X ou mais

**12. Há quanto tempo trabalha na UFMS?**

- a) 0 a 3 anos
- b) 3 a 6 anos
- c) 6 a 9 anos
- d) 9 a 12 anos
- e) 12 a 15 anos
- f) acima de 15 anos

**13. Há quanto tempo trabalha no cargo que ocupa hoje?**

- a) 0 a 3 anos
- b) 3 a 6 anos
- c) 6 a 9 anos
- d) 9 a 12 anos
- e) 12 a 15 anos
- f) acima de 15 anos

**14. Turno de trabalho**

- a) Manhã
- b) Tarde
- c) Noite
- d) dois turnos. Quais?

**15. Aspectos positivos no seu exercício profissional na**

**UFMS:** \_\_\_\_\_

**16. Aspectos negativos no seu exercício profissional na UFMS:** \_\_\_\_\_

**17. Nos últimos 12 meses ocorreu algum problema de saúde relacionado ao seu trabalho?**

- a) Sim
- b) Não

**17.1 Se sim, qual. (is)?** \_\_\_\_\_

**18. Avalie sua qualidade de vida:**

- a) Excelente
- b) Boa
- c) Regular
- d) Ruim
- e) Péssima

**19. Toma alguma medicação?**

- a) Sim
- b) Não

**19.1** Se sim, qual e com que frequência? \_\_\_\_\_

**19.2** Com receita médica?

- a) Sim
- b) Não

**20.** O que costuma fazer nas horas vagas? \_\_\_\_\_

**21.** Quantas horas em média costuma dormir a noite?

- a) 0 a 3 horas
- b) 3 a 6 horas
- c) 6 a 9 horas
- d) 9 a 12 horas
- e) 12 horas ou mais

**22.** Pratica atividades físicas?

- a) Sim
- b) Não

**22.1** Se sim, qual. (is)? \_\_\_\_\_

**22.2** Frequência semanal: \_\_\_\_\_

**23.** No geral como você avalia seu ambiente de trabalho?

- a) Excelente
- b) Bom
- c) Regular
- d) Ruim
- e) Péssimo

**24.** Qual cargo você ocupa atualmente na UFMS?

- ( ) técnico-administrativo
- ( ) docente

## APÊNDICE B

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto de Pesquisa: PREVALENCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM SERVIDORES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DE MATO GROSSO DO SUL

Pesquisadora: **Andréia de Cássia Rodrigues Soares Alarcon**

Telefone: Cel. 99121324

E-mail: [acr.soares@bol.com.br](mailto:acr.soares@bol.com.br)

Orientadora: Liliana Andolpho Magalhães Guimarães

Esta pesquisa faz parte da dissertação para fins de obtenção do título de Mestre em Psicologia junto à Universidade Católica Dom Bosco (UCDB).

Seu objetivo é avaliar a presença de Transtornos Mentais Comuns em servidores de uma Universidade Federal na Cidade de Mato Grosso do Sul.

O procedimento de coleta de dados será por meio da aplicação conjunta dos instrumentos de pesquisa: 1) Questionário sociodemográfico-ocupacional; 2) o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), para rastreamento de transtornos não psicóticos.

Esta pesquisa não oferece riscos aos participantes, haja vista que a questão da ética em pesquisa é considerada. Além disso, os entrevistados terão prévio conhecimento da mesma e os questionários aplicados não os identificarão, sendo mantido o sigilo dos nomes.

Considerando as informações constantes neste e as normas expressas na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde consinto, de modo livre e esclarecido, participar da presente pesquisa na condição de participante, sabendo que:

1. A participação na pesquisa é voluntária e não implica quaisquer tipos de despesa e/ou ressarcimento financeiro.
2. É garantida a liberdade de retirada do consentimento e da participação no respectivo estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosa.
3. É garantido o anonimato.
4. Os dados coletados só serão utilizados para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em livros, ensaios e/ou artigos científicos em revistas especializadas e/ou em eventos científicos, resultados solicitados pela internet para a pesquisadora.
5. A pesquisa aqui proposta foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), que a referenda.
6. O presente termo está assinado em duas vias.

Campo Grande/MS, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

## APÊNDICE C

Campo Grande, 14 de agosto 2013.

**Ao Srº Robert Schiaveto de Souza Pró-Reitor de Gestão de Pessoas e do Trabalho(PROGEP)**

Apresento a mestranda **Andréia de Cássia Rodrigues Soares Alarcon**, Enfermeira, graduada pela UFMS, servidora do Núcleo do Hospital Universitário da UFMS, aluna do Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Psicologia da Saúde, na Universidade Católica Dom Bosco(UCDB-2012/2013).

A referida mestranda tem por objetivo, desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em Servidores de uma Universidade Federal na Cidade de Campo Grande/MS”, na Linha de Pesquisa “Práticas de Saúde e Qualidade de Vida”, tendo em vista a elaboração de sua dissertação de Mestrado, sob minha orientação.

Assim, solicito a sua colaboração e autorização para a participação dos servidores que exercem sua profissão no âmbito da Universidade Federal, no campus de Campo Grande, sejam eles técnicos-administrativos ou docentes, na presente pesquisa, tendo em vista que o servidor que aceitar participar da pesquisa deverá responder voluntariamente a alguns instrumentos(questionários), respeitando-se os preceitos éticos em pesquisa, não havendo citação do nome dos participantes.

Na certeza de que esse estudo poderá contribuir para o avanço do conhecimento em sua área, e também para as questões sociais, profissionais e humanas, agradeço pela atenção.

Atenciosamente,

---

Profª Drª Liliana Andolpho Magalhães Guimarães.  
Orientadora- UCDB

*De acordo.*  
*R. Schiaveto de Souza*  
Robert Schiaveto de Souza  
Pró-Reitor de Gestão de Pessoas e do Trabalho  
Proreitor/RTR/UFMS

## APÊNDICE D



Campo Grande, 12 de Junho de 2012.

Ao Sr. Robert Schiaveto de Souza Pró-Reitor de Gestão de Pessoas e do Trabalho (PROGEP)

Apresento a mestranda **Andréia de Cássia Rodrigues Soares Alarcon**, Enfermeira, graduada pela UFMS, servidora do Núcleo do Hospital Universitário da UFMS, aluna do Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Psicologia da Saúde, na Universidade Católica Dom Bosco (UCDB-2012/2013).

A referida mestranda tem por objetivo, desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em Servidores de uma Universidade Federal na Cidade de Mato Grosso do Sul”, na linha de pesquisa “Práticas de Saúde e Qualidade de Vida”, tendo em vista a elaboração de sua dissertação de Mestrado, sob minha orientação.

Assim, solicito a sua colaboração e autorização para a participação dos servidores que exercem sua profissão no âmbito da Universidade Federal, no *campus* de Campo Grande, sejam eles técnico-administrativos ou docentes, na presente pesquisa, tendo em vista que o servidor que aceitar participar deverá responder voluntariamente a alguns instrumentos (questionários), respeitando-se os preceitos éticos em pesquisa, não havendo em nenhum momento a citação do nome dos participantes.

Na certeza de que esse estudo poderá contribuir para o avanço do conhecimento em sua área, e também para as questões sociais, profissionais e humanas, agradeço pela atenção.

Atenciosamente,

---

Profª Drª Liliana Andolpho Magalhães Guimarães.

Orientadora-

**APÊNDICE E**  
**Tabelas geradas pelo estudo**

**TABELA 1a** - Dados sociodemográficos e ocupacionais da amostra

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem (com dados faltantes)</b>	<b>Porcentagem válida</b>
<b>SEXO</b>			
Feminino	156	47,3	49,7
Masculino	158	47,9	50,3
Total válido	314	95,2	100,0
Dados faltantes	16	4,8	
Total	330	100,0	
<b>FAIXA ETÁRIA</b>			
18 a 25 anos	22	6,7	7,0
26 a 32 anos	75	22,7	23,8
33 a 40 anos	55	16,7	17,5
41 a 48 anos	56	17,0	17,8
49 a 56 anos	72	21,8	22,9
57 anos ou mais	35	10,6	11,1
Total válido	315	95,5	100,0
Dados faltantes	15	4,5	
Total	330	100,0	
<b>MAIOR TITULAÇÃO</b>			
Fundamental	1	0,3	0,3
Médio	36	10,9	11,5
Superior	86	26,1	27,4
Especialização	90	27,3	28,7
Mestrado	45	13,6	14,3
Doutorado	56	17,0	17,8
Total válido	314	95,2	100,0
Dados faltantes	16	4,8	
Total	330	100,0	
<b>ESTADO CIVIL</b>			
Casado	167	50,6	53,0
Solteiro	84	25,5	26,7
União estável	26	7,9	8,3
Separado/divorciado	33	10,0	10,5
Viúvo	5	1,5	1,6
Total válido	315	95,5	100,0
Dados faltantes	15	4,5	
Total	330	100,0	

**Tabela 1b** - Dados sociodemográficos e ocupacionais da amostra

	Frequência	Porcentagem (com dados faltantes)	Porcentagem válida
<b>VIVE COM</b>			
Pais	315	48	15,2
Cônjuge	315	187	59,4
Irmãos	315	14	4,4
Sobrinho	315	1	0,3
Filho	315	115	36,5
Outros	315	54	17,1
<b>FILHOS</b>			
Sim	187	56,7	59,9
Não	125	37,9	40,1
Total válido	312	94,5	100,0
Dados faltantes	18	5,5	
Total	330	100,0	
<b>MORAM COM</b>			
Pais	104	31,5	62,3
Pai	3	0,9	1,8
Mãe	18	5,5	10,8
Avós	2	0,6	1,2
Outros	40	12,1	2,0
Total válido	167	50,6	100,0
Dados faltantes	163	49,4	
Total	330	100,0	
<b>RELIGIÃO</b>			
Católica	160	48,5	51,8
Protestante	67	20,3	21,7
Ateu	12	3,6	3,9
Espírita	26	7,9	8,
Outros	44	13,3	14,2
Total válido	309	93,6	100,0
Dados faltantes	21	6,4	
Total			
<b>PRATICANTE</b>			
Sim	210	63,6	71,
Não	84	25,5	28,6
Total válido	294	89,1	100,0
Dados faltantes	36	10,9	
Total	330	100,00	

**Tabela 1c** - Dados sociodemográficos e ocupacionais da amostra

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem (com dados faltantes)</b>	<b>Porcentagem válida</b>
<b>FUMANTE</b>			
Sim	23	7,0	7,3
Não	291	88,2	92,7
Total válido	314	95,2	100,0
Dados faltantes	16	4,8	
Total	330	100,0	
<b>BEBE</b>			
Sim	109	33,0	34,7
Não	205	62,1	65,3
Total válido	31	95,2	100,0
Dados faltantes	16	4,8	
Total	330	100,0	
<b>RENDA FAMILIAR</b>			
De R\$1000,00 a R\$3000,00	44	13,3	14,1
De R\$3000,00 a R\$5000,00	100	30,3	32,1
De R\$5000,00 a R\$10000,00	115	34,8	36,9
Acima de R\$10000,00	53	16,1	17,0
Total válido	312	94,5	100,0
Dados faltantes	18	5,5	
Total	330	100,0	
<b>EXCEDE CARGA HORÁRIA</b>			
Não	192	58,2	61,9
Uma vez por semana	10	3,0	3,2
Duas vezes por semana	28	8,5	9,0
Três vezes por semana	32	9,7	10,3
Quatro vezes por semana	14	4,2	4,5
Cinco ou mais vezes por semana	34	10,3	11,0
Total válido	310	93,9	100,0
Dados faltantes	20	6,1	
Total	330	100,0	
<b>HÁ QUANTO TEMPO TRABALHA NA UFMS</b>			
Até 3 anos	107	32,4	34,0
De 3 a 6 anos	56	17,0	17,8
De 6 a 9 anos	14	4,2	4,4
De 9 a 12 anos	6	1,8	1,9
De 12 a 15 anos	5	1,5	1,6
Acima de 15 anos	127	38,5	40,3
Total válido	315	95,5	100,0
Dados faltantes	15	4,5	
Total	330	100,0	

**Tabela 1d** - Dados sociodemográficos e ocupacionais da amostra

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem (com dados faltantes)</b>	<b>Porcentagem válida</b>
<b>TEMPO NO CARGO ATUAL</b>			
Até 3 anos	140	42,4	44,6
De 3 a 6 anos	55	16,7	17,5
De 6 a 9 anos	13	3,9	4,1
De 9 a 12 anos	10	3,0	3,2
De 12 a 15 anos	12	3,6	3,8
Acima de 15 anos	84	25,5	26,8
Total válido	314	95,2	100,0
Dados faltantes	16	4,8	
Total	330	100,0	
<b>PERÍODO DE TRABALHO</b>			
Manhã	315	76	24,1
Tarde	315	74	23,5
Noite	315	12	3,8
Misto	315	235	74,6
<b>PROBLEMA DE SAÚDE RELACIONADO AO TRABALHO NOS ÚLTIMOS 12 MESES</b>			
Sim	66	20,0	21,1
Não	247	74,8	78,9
Total válido	313	94,8	100,0
Dados faltantes	17	5,2	
Total	330	100,0	
<b>QUALIDADE DE VIDA</b>			
Ruim	4	1,2	1,3
Regular	53	16,1	16,9
Boa	216	65,5	69,0
Excelente	40	12,1	12,8
Total válido	313	94,8	100,0
Dados faltantes	17	5,2	
Total	330	100,0	
<b>TOMA MEDICAÇÃO</b>			
Sim	138	41,8	
Não	175	53,0	55,9
Total válido	313	94,8	100,0
Dados faltantes	17	5,2	
Total	330	100,0	

**Tabela 1e** - Dados sociodemográficos e ocupacionais da amostra

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem (com dados faltantes)</b>	<b>Porcentagem válida</b>
<b>COM RECEITA MÉDICA</b>			
Sim	132	40,0	78,6
Não	36	10,9	21,4
Total válido	168	50,9	100,0
Dados faltantes	162	49,1	
Total	330	100,0	
<b>TEMPO MÉDIO DE SONO</b>			
Até 3 horas	1	0,3	0,3
De 3 a 6 horas	98	29,7	31,2
De 6 a 9 horas	212	64,2	67,5
De 9 a 12 horas	3	0,9	1,0
Total válido	314	95,2	100,0
Dados faltantes	16	4,8	
Total	330	100,0	
<b>ATIVIDADE FÍSICA</b>			
Sim	178	53,9	56,7
Não	136	41,2	43,3
Total válido	314	95,2	100,0
Dados faltantes	16	4,8	
Total	330	100,0	
<b>AValiação DO AMBIENTE DE TRABALHO</b>			
Ruim	6	1,8	1,9
Regular	42	12,7	13,4
Boa	210	63,6	66,9
Excelente	56	17,0	17,8
Total válido	314	95,2	100,0
Dados faltantes	16	4,8	
Total	330	100,0	
<b>CARGO ATUAL</b>			
Técnico-administrativo	253	76,7	80,3
Docente	62	18,8	19,7
Total válido	315	95,5	100,0
Dados faltantes	15	4,5	
Total	330	100,0	

**Tabela 11-** Razão de verossimilhanças e os principais fatores no SRQ-20

RAZÃO DE VEROSSIMILHANÇAS		GRAUS DE LIBERDADE	VALOR-P
79,659		5	< 0.001*
TESTE DE EFEITOS PRINCIPAIS			
	Razão de verossimilhanças	graus de liberdade	Valor-p
Sexo feminino	4,902	1	0,027*
Problema de saúde nos últimos 12meses	20,773	1	< 0.001*
Faixa etária	7,733	1	0,005*
Maior titulação	3,872	1	0,049*
Qualidade de vida	18,777	1	< 0.001*
Parâmetros			
	Razão de chances	Intervalo de confiança 95%	
		Limite inferior	Limite superior
Sexo feminino	2,203	1,094	4,565
Problema de saúde nos últimos 12meses	5,324	2,605	11,026
Faixa etária	0,708	0,545	0,905
Maior titulação	1,314	1,001	1,738
Oualidade de vida	0,273	0,144	0,497

**Tabela 12 - Correlação do Fator maior titulação e suspeição para TMC**

			SRQ20		Total
			Negativo	Positivo	
Maior titulação	Fundamental	Frequência absoluta	1	0	1
		% em Maior titulação	100,0%	,0%	100,0%
	Médio	Frequência absoluta	30	6	36
		% em Maior titulação	83,3%	16,7%	100,0%
	Superior	Frequência absoluta	76	10	86
		% em Maior titulação	88,4%	11,6%	100,0%
	Pós graduação	Frequência absoluta	73	17	90
		% em Maior titulação	81,1%	18,9%	100,0%
	Mestrado	Frequência absoluta	35	10	45
		% em Maior titulação	77,8%	22,2%	100,0%
	Doutorado	Frequência absoluta	41	15	56
		% em Maior titulação	73,2%	26,8%	100,0%
	Total	Frequência absoluta	256	58	314
		% em Maior titulação	81,5%	18,5%	100,0%
		Estatística de teste	graus de liberdade	Valor-p	
Teste de Tendência Linear		4,576	1	0,032*	

**Tabela 13 - Correlação do Fator estado civil e suspeição para TMC**

			SRQ20		Total
			Negativo	Positivo	
Estado civil	Casado	Frequência absoluta	135	32	167
		% em Estado civil	80,8%	19,2%	100,0%
	Solteiro	Frequência absoluta	68	16	84
		% em Estado civil	81,0%	19,0%	100,0%
	União estável	Frequência absoluta	20	6	26
		% em Estado civil	76,9%	23,1%	100,0%
	Separado/divorciado	Frequência absoluta	30	3	33
		% em Estado civil	90,9%	9,1%	100,0%
	Viúvo	Frequência absoluta	4	1	5
		% em Estado civil	80,0%	20,0%	100,0%
Total		Frequência absoluta	257	58	315
		% em Estado civil	81,6%	18,4%	100,0%
Estatística de teste			Valor-p		
Teste exato de Fisher			0,601		
Teste qui-quadrado			0,638		

**Tabela 14 - Correlação do Fator morar com os pais e suspeição para TMC**

			SRQ20		Total
			Negativo	Positivo	
Pais	0	Frequência absoluta	219	48	267
		% em Pais	82,0%	18,0%	100,0%
	1	Frequência absoluta	38	10	48
		% em Pais	79,2%	20,8%	100,0%
Total		Frequência absoluta	257	58	315
		% em Pais	81,6%	18,4%	100,0%
Estatística de teste			Valor-p		
Teste qui-quadrado			0,638		

Tabela15 - Correlação do Fator morar com o cônjuge e suspeição para TMC

			SRQ20		Total
			Negativo	Positivo	
<b>Cônjuge</b>	0	Frequência absoluta	107	21	128
		% em Cônjuge	83,6%	16,4%	100,0%
	1	Frequência absoluta	150	37	187
		% em Cônjuge	80,2%	19,8%	100,0%
<b>Total</b>		Frequência absoluta	257	58	315
		% em Cônjuge	81,6%	18,4%	100,0%
			<b>Estatística de teste</b>	<b>graus de liberdade</b>	<b>Valor-p</b>
<b>Teste qui-quadrado</b>			0,578	1	0,447

Tabela 16 - Correlação do Fator morar com irmãos e suspeição para TMC

			SRQ20		Total
			Negativo	Positivo	
<b>Irmãos</b>	0	Frequência absoluta	246	55	301
		% em Irmãos	81,7%	18,3%	100,0%
	1	Frequência absoluta	11	3	14
		% em Irmãos	78,6%	21,4%	100,0%
<b>Total</b>		Frequência absoluta	257	58	315
		% em Irmãos	81,6%	18,4%	100,0%
			<b>Estatística de teste</b>	<b>graus de liberdade</b>	<b>Valor-p</b>
<b>Teste Exato de Fisher</b>			0,728		

Tabela 17 - Correlação do Fator morar com sobrinho e suspeição para TMC

			SRQ20		Total
			Negativo	Positivo	
Sobrinho	0	Frequência absoluta	256	58	314
		% em Sobrinho	81,5%	18,5%	100,0%
	1	Frequência absoluta	1	0	1
		% em Sobrinho	100,0%	,0%	100,0%
Total		Frequência absoluta	257	58	315
		% em Sobrinho	81,6%	18,4%	100,0%
Estatística de teste			graus de liberdade		
Teste Exato de Fisher			Valor-p		
			1,000		

Tabela 18 - Correlação do Fator morar com filho e suspeição para TMC

			SRQ20		Total
			Negativo	Positivo	
Filho	0	Frequência absoluta	164	36	200
		% em Filho	82,0%	18,0%	100,0%
	1	Frequência absoluta	93	22	115
		% em Filho	80,9%	19,1%	100,0%
Total		Frequência absoluta	257	58	315
		% em Filho	81,6%	18,4%	100,0%
Teste qui-quadrado	Estatística de teste	graus de liberdade	Valor-p		
	0,062	1	0,803		

Tabela 19 - Correlação Fator morar com outros e suspeição para TMC

			SRQ20		Total
			Negativo	Positivo	
<b>Outros</b>	0	Frequência absoluta	212	49	261
		% em Outros	81,2%	18,8%	100,0%
	1	Frequência absoluta	45	9	54
		% em Outros	83,3%	16,7%	100,0%
<b>Total</b>		Frequência absoluta	257	58	315
		% em Outros	81,6%	18,4%	100,0%
			<b>Estatística de teste</b>	<b>graus de liberdade</b>	<b>Valor-p</b>
<b>Teste qui-quadrado</b>			0,132	1	0,716

Tabela 20 - Correlação Fator Terem filhos e suspeição para TMC

			SRQ20		Total
			Negativo	Positivo	
<b>Filhos</b>	Sim	Frequência absoluta	160	27	187
		% em Filhos	85,6%	14,4%	100,0%
	Não	Frequência absoluta	97	28	125
		% em Filhos	77,6%	22,4%	100,0%
<b>Total</b>		Frequência absoluta	257	55	312
		% em Filhos	82,4%	17,6%	100,0%
			<b>Estatística de teste</b>	<b>graus de liberdade</b>	<b>Valor-p</b>
<b>Teste qui-quadrado</b>			3,270	1	0,071

Tabela 21 - Correlação Fator com quem os filhos moram e suspeição para TMC

			SRQ20		Total
			Negativo	Positivo	
Moram com	Pais	Frequência absoluta	86	18	104
		% em Moram com	82,7%	17,3%	100,0%
	Pai	Frequência absoluta	2	1	3
		% em Moram com	66,7%	33,3%	100,0%
	Mãe	Frequência absoluta	15	3	18
		% em Moram com	83,3%	16,7%	100,0%
	Avós	Frequência absoluta	2	0	2
		% em Moram com	100,0%	,0%	100,0%
	Outros	Frequência absoluta	36	4	40
		% em Moram com	90,0%	10,0%	100,0%
TOTAL		Frequência absoluta	141	26	167
		% em Moram com	84,4%	15,6%	100,0%
Estatística de teste			graus de liberdade		Valor-p
Teste Exato de Fisher					0,569

Tabela 22 - Correlação Fator Religião e suspeição para TMC

			SRQ20		Total
			Negativo	Positivo	
Religião	Católica	Frequência absoluta	135	25	160
		% em Religião	84,4%	15,6%	100,0%
	Protestante	Frequência absoluta	52	15	67
		% em Religião	77,6%	22,4%	100,0%
	Ateu	Frequência absoluta	10	2	12
		% em Religião	83,3%	16,7%	100,0%
	Espírita	Frequência absoluta	21	5	26
		% em Religião	80,8%	19,2%	100,0%
	Outros	Frequência absoluta	34	10	44
		% em Religião	77,3%	22,7%	100,0%
Total		Frequência absoluta	252	57	309
		% em Religião	81,6%	18,4%	100,0%
Estatística de teste			graus de liberdade		Valor-p
Teste qui-quadrado			4		0,715

**Tabela 23 - Correlação do Fator ser praticante na religião e suspeição para TMC**

			SRQ20		Total
			Negativo	Positivo	
<b>Praticante</b>	Sim	Frequência absoluta	171	39	210
		% em Praticante	81,4%	18,6%	100,0%
	Não	Frequência absoluta	70	14	84
		% em Praticante	83,3%	16,7%	100,0%
<b>Total</b>		Frequência absoluta	241	53	294
		% em Praticante	82,0%	18,0%	100,0%
<b>Teste qui-quadrado</b>			<b>Estatística de teste</b>		<b>Valor-p</b>
			0,147		0,701
			<b>graus de liberdade</b>		
			1		

**Tabela 24 - Correlação do Fator serem fumantes e suspeição para TMC**

			SRQ20		Total
			Negativo	Positivo	
<b>Fumante</b>	Sim	Frequência absoluta	19	4	23
		% em Fumante	82,6%	17,4%	100,0%
	Não	Frequência absoluta	238	53	291
		% em Fumante	81,8%	18,2%	100,0%
<b>Total</b>		Frequência absoluta	257	57	314
		% em Fumante	81,8%	18,2%	100,0%
<b>Teste exato de Fisher</b>			<b>Estatística de teste</b>		<b>Valor-p</b>
			1,000		
			<b>graus de liberdade</b>		

**Tabela 25 - Correlação do Fator ingerirem bebida alcoólica e suspeição para TMC**

			SRQ20		Total
			Negativo	Positivo	
Bebe	Sim	Frequência absoluta	89	20	109
		% em Bebe	81,7%	18,3%	100,0%
	Não	Frequência absoluta	167	38	205
		% em Bebe	81,5%	18,5%	100,0%
Total	Frequência absoluta		256	58	314
	% em Bebe		81,5%	18,5%	100,0%
Teste qui-quadrado	Estatística de teste	graus de liberdade	Valor-p		
	0,002	1	0,967		

**Tabela 26 - Correlação do Fator renda familiar e suspeição para TMC**

			SRQ20		Total
			Negativo	Positivo	
Renda familiar	De R\$1000,00 a R\$3000,00	Frequência absoluta	37	7	44
		% em Renda familiar	84,1%	15,9%	100,0%
	De R\$3000,00 a R\$5000,00	Frequência absoluta	83	17	100
		% em Renda familiar	83,0%	17,0%	100,0%
	De R\$5000,00 a R\$10000,00	Frequência absoluta	91	24	115
		% em Renda familiar	79,1%	20,9%	100,0%
	Acima de R\$10000,00	Frequência absoluta	43	10	53
		% em Renda familiar	81,1%	18,9%	100,0%
Total		Frequência absoluta	254	58	312
		% em Renda familiar	81,4%	18,6%	100,0%
Teste de tendência Linear	Estatística de teste	graus de liberdade	Valor-p		
	0,408	1	0,523		

**Tabela 27 - Correlação do Fator exceder carga horária e suspeição para TMC**

				SRQ20		Total
				Negativo	Positivo	
Excede carga horária	Não	Frequência absoluta	165	27	192	
		% em Excede carga horária	85,9%	14,1%	100,0%	
	Uma vez por semana	Frequência absoluta	8	2	10	
		% em Excede carga horária	80,0%	20,0%	100,0%	
	Duas vezes por semana	Frequência absoluta	23	5	28	
		% em Excede carga horária	82,1%	17,9%	100,0%	
	Três vezes por semana	Frequência absoluta	22	10	32	
		% em Excede carga horária	68,8%	31,3%	100,0%	
	Quatro vezes por semana	Frequência absoluta	11	3	14	
		% em Excede carga horária	78,6%	21,4%	100,0%	
	Cinco ou mais vezes por semana	Frequência absoluta	24	10	34	
		% em Excede carga horária	70,6%	29,4%	100,0%	
	Total	Frequência absoluta	253	57	310	
		% em Excede carga horária	81,6%	18,4%	100,0%	
Teste qui-quadrado	Estatística de teste	graus de liberdade	Valor-p			
	8,784	5	0,118			

**Tabela 28 - Correlação do Fator tempo de trabalho na UFMS e suspeição para TMC**

			SRQ20		Total
			Negativo	Positivo	
Há quanto tempo trabalha na UFMS	Até 3 anos	Frequência absoluta	88	19	107
		% em Há quanto tempo trabalha na UFMS	82,2%	17,8%	100,0%
	De 3 a 6 anos	Frequência absoluta	37	19	56
		% em Há quanto tempo trabalha na UFMS	66,1%	33,9%	100,0%
	De 6 a 9 anos	Frequência absoluta	12	2	14
		% em Há quanto tempo trabalha na UFMS	85,7%	14,3%	100,0%
	De 9 a 12 anos	Frequência absoluta	4	2	6
		% em Há quanto tempo trabalha na UFMS	66,7%	33,3%	100,0%
	De 12 a 15 anos	Frequência absoluta	5	0	5
		% em Há quanto tempo trabalha na UFMS	100,0%	,0%	100,0%
	Acima de 15 anos	Frequência absoluta	111	16	127
		% em Há quanto tempo trabalha na UFMS	87,4%	12,6%	100,0%
TOTAL		Frequência absoluta	257	58	315
		% em Há quanto tempo trabalha na UFMS	81,6%	18,4%	100,0%
Estatística de teste			graus de liberdade		
Teste de Tendência Linear			Valor-p		
3,824			1		
			0,051*		

**Tabela 29 - Correlação do Fator tempo no cargo (função) atual e suspeição para TMC**

				SRQ20		Total
				Negativo	Positivo	
Tempo no cargo atual	Até 3 anos	Frequência absoluta	115	25	140	
		% em Tempo no cargo atual	82,1%	17,9%	100,0%	
	De 3 a 6 anos	Frequência absoluta	40	15	55	
		% em Tempo no cargo atual	72,7%	27,3%	100,0%	
	De 6 a 9 anos	Frequência absoluta	10	3	13	
		% em Tempo no cargo atual	76,9%	23,1%	100,0%	
	De 9 a 12 anos	Frequência absoluta	8	2	10	
		% em Tempo no cargo atual	80,0%	20,0%	100,0%	
	De 12 a 15 anos	Frequência absoluta	12	0	12	
		% em Tempo no cargo atual	100,0%	,0%	100,0%	
	Acima de 15 anos	Frequência absoluta	72	12	84	
		% em Tempo no cargo atual	85,7%	14,3%	100,0%	
	Total		Frequência absoluta	257	57	314
			% em Tempo no cargo atual	81,8%	18,2%	100,0%
Estatística de teste		graus de liberdade	Valor-p			
Teste de tendência linear	1,547	1	0,214			

**Tabela 30 - Correlação do Fator trabalhar noturno da manhã e suspeição para TMC**

			SRQ20		Total
			Negativo	Positivo	
Manhã	0	Frequência absoluta	194	45	239
		% em Manhã	81,2%	18,8%	100,0%
	1	Frequência absoluta	63	13	76
		% em Manhã	82,9%	17,1%	100,0%
Total	Frequência absoluta		257	58	315
	% em Manhã		81,6%	18,4%	100,0%
Estatística de teste		graus de liberdade	Valor-p		
Teste qui-quadrado	0,114	1	0,736		

**Tabela 31 - Correlação do Fator trabalhar no turno da tarde e suspeição para TMC**

			SRQ20		Total
			Negativo	Positivo	
Tarde	0	Frequência absoluta	197	44	241
		% em Tarde	81,7%	18,3%	100,0%
	1	Frequência absoluta	60	14	74
		% em Tarde	81,1%	18,9%	100,0%
Total	Frequência absoluta		257	58	315
	% em Tarde		81,6%	18,4%	100,0%
Estatística de teste		graus de liberdade	Valor-p		
Teste qui-quadrado	0,016	1	0,898		

**Tabela 32 - Correlação do Fator trabalhar no turno da noite e suspeição para TMC**

			SRQ20		Total
			Negativo	Positivo	
Noite	0	Frequência absoluta	251	52	303
		% em Noite	82,8%	17,2%	100,0%
	1	Frequência absoluta	6	6	12
		% em Noite	50,0%	50,0%	100,0%
Total	Frequência absoluta		257	58	315
	% em Noite		81,6%	18,4%	100,0%
Estatística de teste		graus de liberdade	Valor-p		
Teste exato de Fisher			0,011*		

**Tabela 33 - Correlação do Fator trabalhar no turno misto e suspeição para TMC**

			SRQ20		Total
			Negativo	Positivo	
Misto	0	Frequência absoluta	66	14	80
		% em Misto	82,5%	17,5%	100,0%
	1	Frequência absoluta	191	44	235
		% em Misto	81,3%	18,7%	100,0%
Total	Frequência absoluta		257	58	315
	% em Misto		81,6%	18,4%	100,0%
Estatística de teste		graus de liberdade	Valor-p		
Teste qui-quadrado	0,059	1	0,807		

**Tabela 34 - Correlação do Fator tomar medicação com ou sem receita médica suspeição para TMC**

				SRQ20		Total
				Negativo	Positivo	
Com receita médica	Sim	Frequência absoluta		95	37	132
		% em Com receita médica		72,0%	28,0%	100,0%
	Não	Frequência absoluta		27	9	36
		% em Com receita médica		75,0%	25,0%	100,0%
Total			Frequência absoluta	122	46	168
			% em Com receita médica	72,6%	27,4%	100,0%
		Estatística de teste	graus de liberdade	Valor-p		
<b>Teste qui-quadrado</b>		0,131	1	0,718		

**Tabela 35 - Correlação do Fator tempo médio de sono e suspeição para**

				SRQ20		Total
				Negativo	Positivo	
<b>Tempo médio de sono</b>	Até 3 horas	Frequência absoluta		0	1	1
		% em Tempo médio de sono		,0%	100,0%	100,0%
	De 3 a 6 horas	Frequência absoluta		80	18	98
		% em Tempo médio de sono		81,6%	18,4%	100,0%
	De 6 a 9 horas	Frequência absoluta		174	38	212
		% em Tempo médio de sono		82,1%	17,9%	100,0%
	De 9 a 12 horas	Frequência absoluta		3	0	3
		% em Tempo médio de sono		100,0%	,0%	100,0%
<b>Total</b>			Frequência absoluta	257	57	314
			% em Tempo médio de sono	81,8%	18,2%	100,0%
		Estatística de teste	graus de liberdade	Valor-p		
<b>Teste de tendência linear</b>		0,511	1	0,475		

**Tabela 36 - Correlação do fator realizar atividade física e suspeição para TMC**

			SRQ20		Total
			Negativo	Positivo	
Atividade física	Sim	Frequência absoluta	152	26	178
		% em Atividade física	85,4%	14,6%	100,0%
	Não	Frequência absoluta	104	32	136
		% em Atividade física	76,5%	23,5%	100,0%
Total	Frequência absoluta		256	58	314
	% em Atividade física		81,5%	18,5%	100,0%
Teste qui-quadrado	Estatística de teste	graus de liberdade	Valor-p		
	4,076	1	0,044*		

**Tabela 37 - Correlação do Fator cargo atual e suspeição para TMC**

			SRQ20		Total
			Negativo	Positivo	
Cargo atual	Técnico-administrativo	Frequência absoluta	211	42	253
		% em Cargo atual	83,4%	16,6%	100,0%
	Docente	Frequência absoluta	46	16	62
		% em Cargo atual	74,2%	25,8%	100,0%
Total	Frequência absoluta		257	58	315
	% em Cargo atual		81,6%	18,4%	100,0%
Teste qui-quadrado	Estatística de teste	graus de liberdade	Valor-p		
	2,809	1	0,094		



**ANEXO A**  
***Self Reporting Questionnaire (SRQ-20)***

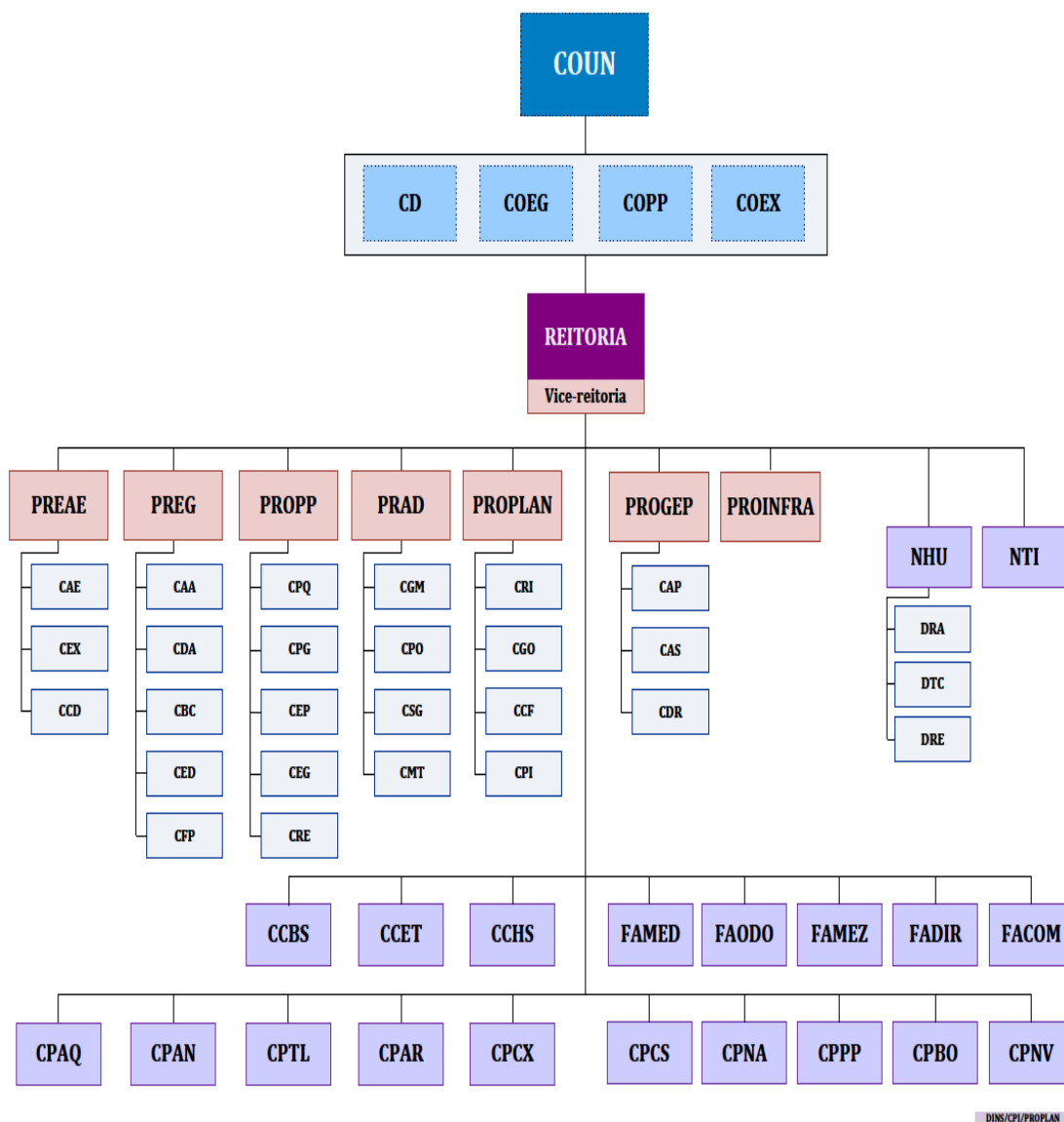
O (a) Sr (a). Poderia, por favor, responder às seguintes perguntas a respeito de sua saúde:

01- Tem dores de cabeça freqüentes?	1- Sim	2- Não
02- Tem falta de apetite?	1- Sim	2- Não
03- Dorme mal?	1- Sim	2- Não
04- Assusta-se com facilidade?	1- Sim	2- Não
05- Tem tremores na mão?	1- Sim	2- Não
06- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	1- Sim	2- Não
07- Tem má digestão?	1- Sim	2- Não
08- Tem dificuldade de pensar com clareza?	1- Sim	2- Não
09- Tem se sentido triste ultimamente?	1- Sim	2- Não
10- Tem chorado mais do que de costume?	1- Sim	2- Não
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	1- Sim	2- Não
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	1- Sim	2- Não
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	1- Sim	2- Não
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1- Sim	2- Não
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	1- Sim	2- Não
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	1- Sim	2- Não
17- Tem tido idéias de acabar com a vida?	1- Sim	2- Não
18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	1- Sim	2- Não
19- Tem sensações desagradáveis no estômago?	1- Sim	2- Não
20- Você se cansa com facilidade?	1- Sim	2- Não

A- Total de Sim: \_\_\_\_\_

## ANEXO B

### Organograma da UFMS



Um COUN (Conselho Universitário), CD (Conselho Diretor), COEG (Conselho de Ensino de Graduação), COPP (Conselho de Pesquisa e Pós-Graduação), COEX (Conselho de extensão, Cultura e Assuntos estudantis), Reitoria, vice-reitoria e as Pró-Reitorias, que são: PREAE (Pró-Reitoria de Extensão, Cultura e assuntos Estudantis, PREG (Pró-Reitoria de Ensino e Graduação, PROPP (Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, PRAD (Pró-Reitoria de Administração), PROPLAN (Pró-Reitoria de Planejamento), PROGEP (Pró-

Reitoria de Gestão de Pessoas, PROINFRA (Pró-Reitoria de Infraestrutura), CAE (Coordenadoria de Assuntos Estudantis), CEX (Coordenadoria de Extensão), CCD (Coordenadoria de Cultura e Desporto) CAA (Coordenadoria de Administração Acadêmica), CDA (Coordenadoria de Desenvolvimento e Avaliação de Ensino, CBC (Coordenadoria de Biblioteca Central), CED (Coordenadoria de Educação Aberta e a Distância), CFP (Coordenadoria de Apoio à Formação de Professores), CPQ (Coordenadoria de Pesquisa, CPG (Coordenadoria de Pós-Graduação, CEP (Coordenadoria de Estudos do Pantanal), CEG (Coordenadoria de Editora e Gráfica), CRE (Coordenadoria de Relacionamento Universidade/Empresa), CGM (Coordenadoria de Gestão de Materiais), CPO (Coordenadoria de Projetos e Obras), CSG (Coordenadoria de Serviços Gerais), CMT (Coordenadoria de manutenção), CRI (Coordenadoria de Relações Institucionais), CGO (Coordenadoria de Gestão Orçamentária), CCF (Coordenadoria de Contabilidade e Finanças, CPI (Coordenadoria de Planejamento Institucional). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), Centro de Ciências Exatas e Tecnológicas (CCET), Centro de Ciências Humanas e Sociais (CCHS), Faculdade de Computação (FACOM), Faculdade de Direito (FADIR), Faculdade de Medicina (FAMED), Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia (FAMEZ) e faculdade de Odontologia (FAODO).