

**ELIEZER GRILLO BARBOSA**

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E TRANSTORNO POR ESTRESSE PÓS-  
TRAUMÁTICO EM POLICIAIS RODOVIÁRIOS FEDERAIS DE CAMPO  
GRANDE – MS BRASIL**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)  
MESTRADO EM PSICOLOGIA  
CAMPO GRANDE - MS  
2017**

**ELIEZER GRILLO BARBOSA**

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E TRANSTORNO POR ESTRESSE PÓS-  
TRAUMÁTICO EM POLICIAIS RODOVIÁRIOS FEDERAIS DE CAMPO  
GRANDE – MS BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, Linha de Pesquisa: Avaliação e Assistência em Saúde, sob a orientação da Profa. Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)  
MESTRADO EM PSICOLOGIA  
CAMPO GRANDE - MS  
2017**

## Ficha catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Biblioteca da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, Campo Grande, MS, Brasil)

G859t Grillo Barbosa, Eliezer

Transtornos Mentais Comuns e Transtorno por Estresse Pós-Traumático em policiais rodoviários federais de Campo Grande - MS  
Brasil / Eliezer Grillo Barbosa; orientadora Liliana Andolpho Magalhães Guimarães .-- 2017.

155 f. + anexos

Dissertação (mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2017.

1. Transtornos Mentais Comuns (TMC) 2. Stress pós traumático – Prevenção 3. Policiais – Stress ocupacional 4. Saúde mental  
I. Guimarães, Liliana Andolpho Magalhães II. Título.

CDD – 158.72

A dissertação apresentada por ELIEZER GRILLO BARBOSA, intitulada “TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E TRANSTORNO POR ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM POLICIAIS RODOVIÁRIOS FEDERAIS DE CAMPO GRANDE – MS BRASIL”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi .....

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães  
Universidade Católica Dom Bosco – UCDB (Orientadora)

---

Profa. Dra. Mary Sandra Carlotto  
Universidade do Vale do Rio dos Sinos – (UNISINOS)

---

Prof. Dr. André Augusto Borges Varella  
Universidade Católica Dom Bosco – UCDB

---

Prof. Dr. Márcio Costa  
Universidade Católica Dom Bosco – UCDB

Campo Grande – MS, 26 de Junho de 2017.

*Dedico esse trabalho a meus familiares, amigos, pacientes e  
a todos aqueles que amo.*

## **AGRADECIMENTOS**

A minha mãe pelo amor e apoio constante, sempre ao meu lado, incansável pela compreensão nos períodos de construção da pesquisa; e principalmente, pela tolerância nos momentos de imersão que ocasionou períodos de ausência.

As minhas queridas irmãs, amigas de todas as horas, parceiras para todas as empreitadas.

Ao meu querido amigo e parceiro Danilo Moraes de Oliveira pelo carinho, ajuda e apoio nas diversas etapas desse trabalho.

Ao Sr. Lindomar Elias Santos, Gestor de Recursos Humanos da Polícia Rodoviária Federal de Campo Grande/MS, por todo o apoio, interesse e pelo acolhimento que recebi, desde o início do trabalho até a fase da pesquisa de campo, sempre fornecendo dados e informações extremamente necessárias.

As Senhoras Roseli e Diná Karla da área de Recursos Humanos da Polícia Rodoviária Federal de Campo Grande/MS, pela solicitude com que me receberam e pela colaboração prestada.

Aos policiais rodoviários federais, que aceitaram participar e cooperar com essa pesquisa.

A minha querida orientadora Profa Dra Liliana Andolpho Magalhães Guimarães pelo apoio e incentivo constante, à qual tenho enorme admiração pela grande profissional e ser humano que tem se mostrado durante esse percurso.

As estagiárias de psicologia Alessandra Neto, Thalita Silvestre e Jussara Oliveira, que com dedicação contribuíram na coleta de dados.

Externo ainda meus agradecimentos à Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), especialmente ao curso de Mestrado em Psicologia, ao coordenador Prof. Dr. Márcio Costa, aos professores, colegas de turma e funcionários, por todo o apoio.

*Quando uma criatura humana desperta para um grande sonho e sobre ele lança toda a força da sua alma, todo o universo conspira a seu favor.*

**Johann Goethe**

## RESUMO

**Introdução** – Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) e o Transtorno por Estresse Pós-Traumático (TEPT) são reconhecidos como dois dos grandes problemas que acometem a saúde física e psíquica dos policiais, com consequências deletérias, ocasionando também repercussões negativas para as instituições, devido ao absenteísmo, presenteísmo, diminuição da produtividade, entre outros. **Objetivo** – Esta pesquisa se propôs identificar a existência e a prevalência dos TMC e do TEPT entre os policiais rodoviários federais (PRF) de Campo Grande/MS. **Casuística e Método** – O método utilizado nesta investigação foi o epidemiológico, de corte transversal. Participou do estudo uma população de N= 108 policiais rodoviários federais de ambos os sexos. Para tal finalidade, foram utilizados três instrumentos: (i) o *Self Report Questionnaire-20* (SRQ-20) para avaliação da suspeição diagnóstica dos TMC desenvolvido por Harding *et al.*, (1980) e validado no Brasil por Mari e Willians (1986); (ii) o Questionário de Sequelas do Trauma (QST) criado por Koverola, Proulx, Hanna, Battle e Choan (1992), traduzido, adaptado e validado para o português por Coêlho (2000) e (iii) Questionário Sócio-Demográfico-Ocupacional (QSDO).

**Análise estatística**- Os dados obtidos foram analisados estatisticamente, utilizando-se o software SPSS 22<sup>a</sup> versão. A distribuição da população foi feita por meio da análise descritiva. Para o cruzamento entre os dados sócios demográficos ocupacionais e as prevalências dos transtornos avaliados por cada instrumento, foram utilizados os seguintes testes: diferença de médias, Anova (variáveis quantitativas e qualitativas) e o qui-quadrado (quando ambas variáveis eram classificadas qualitativamente). Os testes tiveram como critério de significância um percentual de 5%. **Resultados** - Constatou-se uma prevalência de suspeição para TMC de 14,8%, com grupo de sintomas mais prevalente o de humor depressivo/ansioso (59,3%). A prevalência de TEPT foi de 36,1%. Foi encontrada influência significativa do tipo de função desempenhada (pista) e a existência do TEPT em 59% dos casos diagnosticados. Obteve-se associação entre a suspeição para TMC e TEPT em 81,2% dos casos de TMC. **Conclusões** - Os resultados obtidos remetem à necessidade de ações preventivas e interventivas que possibilitem a detecção e manejo dos fatores de risco psicossocial específicos para Transtornos Mentais Comuns e Transtorno por Estresse Pós-Traumático e a consequente melhoria da saúde ocupacional dos policiais.

**Palavras-chave:** Transtornos Mentais Comuns. Transtorno por Estresse Pós-Traumático. Policiais Rodoviários Federais.

## ABSTRACT

**Introduction** - Common Mental Disorders (CMD) and Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) are recognized as two of the major problems that affect the physical and mental health of police officers, with deleterious consequences, also causing negative repercussions to the institutions through of absenteeism, presenteeism, decrease of productivity, among others. **Purpose** - This research aimed to identify the existence and prevalence of CMD and PTSD among federal highway police (FHP) of Campo Grande/MS. **Casuistic and Methods** - The method used in this investigation was the epidemiological, cross-sectional. Participated in the study a population of  $N = 108$  federal highway police of both sexes. For this purpose, three instruments were used: (i) the Self-Report Questionnaire-20 (SRQ-20) for evaluation of diagnostic suspicion of CMD developed by Harding *et al.*, (1980) and validated in Brazil by Mari and Williams (1986); (ii) the Trauma Sequelae Questionnaire (TSQ) created by Koverola, Proulx, Hanna, Battle and Choan (1992), translated, adapted and validated into Portuguese by Coêlho (2000) and (iii) Socio-Demographic-Occupational Questionnaire (SDOQ). **Statistical analysis** - Data were statistically analyzed using SPSS software version 22th. The population distribution was made through the descriptive analysis. The mean difference, the Anova test (quantitative and qualitative variables) and the chi-square test (when both variables were classified qualitatively) were used to cross the occupational demographic data and the prevalence of disorders assessed by each instrument. The tests had as a criterion of significance a percentage of 5%. **Results** - There was a prevalence of suspicion for CMD of 14.8% with the most prevalent group of symptoms depressive/anxious mood (59.3%). The prevalence of PTSD was 36.1%. There was a significant influence of the type of function performed (lane) and the presence of PTSD in 59% of the diagnosed cases. There was a relationship between the suspicion for CMD and PTSD in 81.2% of CMD cases. **Conclusions** - The results indicate the need for preventive and interventional actions that enable the detection and management of specific psychosocial risk factors for Common Mental Disorders and Disorder Post Traumatic Stress Disorder and the consequent improvement of occupational health of the police officers.

**Keywords:** Common Mental Disorders. Post Traumatic Stress Disorder. Federal Highway Police.

## LISTA DE SIGLAS

<b>APA</b>	Associação Psiquiátrica Americana
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CF</b>	Constituição Federal
<b>CID</b>	Código Internacional de Doenças
<b>D/C</b>	Demand-Controle
<b>DSM</b>	Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais
<b>EAP</b>	<i>Employee Assistance Programs</i>
<b>ERI</b>	<i>Effort Reward Imbalance</i>
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>INSS</b>	Instituto Nacional da Seguridade Social
<b>NASF</b>	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
<b>OIT</b>	Organização Internacional do Trabalho
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>PICs</b>	Práticas Integrativas e Complementares
<b>PRF</b>	Policial Rodoviária Federal
<b>PROSSERV</b>	Projeto Servidor Saudável, Escolha Racional e Viável
<b>PSO</b>	Psicologia da Saúde Ocupacional
<b>PST</b>	Programas de Saúde do Trabalhador
<b>QPsNordic</b>	<i>General Nordic Questionnaire for Psychological and Social at Work</i>
<b>QSDO</b>	Questionário Sócio-Demográfico Ocupacional
<b>QST</b>	Questionário de Sequelas do Trauma
<b>SB</b>	Síndrome de <i>Burnout</i>
<b>SM&amp;T</b>	Saúde Mental e Trabalho
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
<b>SRQ-20</b>	<i>Self Reporting Questionnaire</i>
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TAF</b>	Teste de Aptidão Física
<b>TCC</b>	Terapia Cognitivo-Comportamental
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TEPT</b>	Transtorno por Estresse Pós-Traumático
<b>TMC</b>	Transtornos Mentais Comuns
<b>TMRT</b>	Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho
<b>TMT</b>	Transtornos Mentais no Trabalho
<b>UCDB</b>	Universidade Católica Dom Bosco

**UNICAMP** Universidade Estadual de Campinas  
**WHO** *World Health Organization*

## LISTA DE FIGURAS E QUADROS

<b>Figura 1:</b> Modelo de ambiente de trabalho saudável .....	39
<b>Quadro 1:</b> Elementos causadores de estresse no trabalho proposto pela WHO (2004). Adaptado por Grillo e Guimarães (2017). .....	42
<b>Quadro 2:</b> Fatores de riscos associados à ocupação do policial rodoviário federal proposto pela <i>International Labour Organization</i> (1998). Adaptado por Grillo e Guimarães (2017). .....	91

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Distribuição quanto ao sexo, idade e escolaridade .....	103
<b>Tabela 2</b> - Distribuição quanto ao estado civil e rendimento familiar .....	104
<b>Tabela 3</b> - Distribuição quanto a religião e a prática religiosa.....	105
<b>Tabela 4</b> - Distribuição quanto a quantidade de filhos .....	105
<b>Tabela 5</b> - Distribuição quanto ao tempo de serviço na PRF e no cargo .....	106
<b>Tabela 6</b> - Distribuição quanto à alocação no quadro funcional, período de trabalho, realização de plantões e carga horária excedida .....	107
<b>Tabela 7</b> - Distribuição quanto à horas de sono e consumo de bebida alcoólica	108
<b>Tabela 8</b> - Prevalência da suspeição para Transtornos Mentais Comuns.....	109
<b>Tabela 9</b> - Resposta positivas dos grupos sindrômicos do SRQ-20, frequência e percentual de TMC.....	110
<b>Tabela 10</b> - Prevalência do transtorno por estresse pós-traumático (TEPT) .....	111
<b>Tabela 11</b> - Associação entre o tipo de ocupação na PRF e o transtorno por estresse pós-traumático .....	111
<b>Tabela 12</b> - Associação entre suspeição para Transtornos Mentais Comuns e o transtorno por estresse pós-traumático.....	112

# SUMÁRIO

<b>I INTRODUÇÃO .....</b>	15
<b>II REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	20
<b>2.1 O campo da saúde mental do trabalhador e os transtornos mentais relacionados ao trabalho .....</b>	21
2.1.1 <i>Breve histórico do campo da saúde mental do trabalhador.....</i>	22
2.1.1.1 Bernardino Ramazzini e Louis Le Guillant: contribuições ao campo da saúde mental e trabalho .....	27
2.1.1.2. Abordagens teórico-metodológicas em Saúde Mental e Trabalho .....	30
2.1.1.3 Saúde mental do trabalhador na contemporaneidade.....	38
<b>2.2 Transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT).....</b>	46
2.2.1 <i>Os custos dos transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT) .....</i>	48
2.2.2 <i>Estratégias e intervenções para redução do impacto socioeconômico dos transtornos mentais no trabalho (TMT) .....</i>	52
2.2.3 <i>Transtornos Mentais Comuns (TMC) .....</i>	60
2.2.3.1 Conceituação, classificação e avaliação dos Transtornos Mentais Comuns (TMC) .....	61
<b>2.3 Transtorno por estresse pós-traumático (TEPT).....</b>	73
2.3.1 <i>Breve evolução conceitual.....</i>	73
2.3.2 <i>Diagnóstico do transtorno por estresse pós-traumático (TEPT).....</i>	75
2.3.3 <i>Transtorno por estresse pós-traumático relacionado ao trabalho.....</i>	77
2.3.4 <i>Desafios atuais relacionados ao transtorno por estresse pós-traumático: diagnóstico .....</i>	80
<b>2.4 Saúde mental dos policiais rodoviários federais (PRF).....</b>	85
2.4.1 <i>Fatores de risco relacionados ao trabalho do policial rodoviário federal (PRF).....</i>	88
<b>III A PESQUISA .....</b>	94
<b>3.1 Objetivo Geral .....</b>	95
<b>3.2 Objetivos Específicos .....</b>	95
<b>3.3 Hipóteses .....</b>	95
<b>IV CASUÍSTICA E MÉTODO .....</b>	96
<b>4.1 Tipo de estudo .....</b>	97
<b>4.2 Critérios de inclusão e exclusão.....</b>	97

<b>4.3 Locus de pesquisa .....</b>	97
<b>4.4 Instrumentos da pesquisa .....</b>	97
<b>4.4.1 Questionário sócio-demográfico-ocupacional (QSDO).....</b>	98
<b>4.4.2 Questionário de sequelas do trauma (QST) .....</b>	98
<b>4.4.3 Questionário de suspeição diagnóstica para os Transtornos Mentais Comuns – Self Reporting Questionnaire (SRQ-20).....</b>	98
<b>4.5 Procedimentos.....</b>	100
<b>4.5.1 Etapas .....</b>	100
<b>4.5.2 Análise estatística dos dados .....</b>	101
<b>4.5.3 Aspectos éticos da pesquisa .....</b>	101
<b>V RESULTADOS .....</b>	102
<b>5.1 Caracterização das variáveis pessoais e ocupacionais .....</b>	103
<b>5.2 Prevalência da suspeição para Transtornos Mentais Comuns .....</b>	109
<b>5.3 Prevalência do Transtorno Por Estresse Pós-Traumático .....</b>	111
<b>5.4 Associação entre o tipo de função na Polícia Rodoviária Federal e o transtorno por estresse pós-traumático .....</b>	111
<b>5.5 Associação entre suspeição para Transtornos Mentais Comuns e o transtorno por estresse pós-traumático .....</b>	112
<b>VI DISCUSSÃO .....</b>	113
<b>VII CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	122
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	126
<b>APÊNDICES.....</b>	152
<b>ANEXOS .....</b>	163

## I INTRODUÇÃO

---

Sentimentos e percepções como os relatados abaixo, refletem a realidade vivenciada pelos policiais rodoviários federais, que no seu dia-a-dia lidam com situações de risco e com as privações decorrentes dessa ocupação. O trabalho desses policiais constitui-se em atividade de tempo integral e muitos se condicionam a estar em prontidão mesmo fora de seu horário de trabalho para atendimento da lei e da ordem geral, apresentando constantemente medo de sofrer represálias pelo tipo de trabalho que desempenham, expostos a riscos pessoais e pessoas de seu convívio (amigos e familiares).

*"Exposição à poluição, privação do sono, risco de morte, insalubridade, estresse de alto nível, irregularidade da rotina, alimentação ruim, desgaste físico e emocional, horas dirigindo, desvios de condutas, chefes incompetentes, falta de valorização profissional, falta de reconhecimento social e familiar, dificuldade em equilibrar as relações interpessoais, pouco tempo para a família e atividades sociais, não conseguir "desligar-se" do trabalho mesmo fora dele, ter que lidar com a frustração, impotência e cólera. Rotina operacional em contato com desastres, acidentes graves e agressores, ausência de acompanhamento psicológico, ter que avisar os familiares das vítimas de acidentes fatais, pressão no que tange em errar e não ter como consertar, estresse em açãoamentos repentinos em decorrência de interdição de pista por movimentos sociais" (sic) 1.*

Trata-se de uma ocupação que produz um estado de tensão constante, podendo gerar sofrimento psíquico e físico. Nesse sentido Gaspary, Selau e Amaral (2007) em estudos com policiais rodoviários federais afirmam que as atividades atribuídas à função de policial demandam grande atenção, treinamento profissional e saúde de seus trabalhadores. Esses mesmos autores entendem que existem fatores negativos no exercício dessa ocupação como, por exemplo,

---

<sup>1</sup> Depoimentos sobre os fatores negativos inerentes a profissão dos policiais rodoviários federais coletados na presente pesquisa, com divulgação consentida.

distância entre a casa e o local de trabalho, exposição a condições insalubres inerentes ao cargo e alto risco de morte.

Atualmente, um dos campos teóricos que mais tem se preocupado com essas questões é o da Psicologia da Saúde Ocupacional se configurando com uma área de estudos complexa, de recente sistematização, de relevância social, econômica e acadêmica, e que tem como objetivo principal a investigação e proposição de medidas práticas que possam contribuir com a segurança e saúde ocupacional. Assim sendo, Guimarães (2015) diz que a PSO dissemina conhecimentos e práticas da saúde ocupacional, por meio de um arcabouço técnico que objetiva a prevenção dos acidentes e adoecimentos no trabalho, promoção e proteção da saúde do trabalhador.

Muito se tem estudado sobre as influências do tipo de trabalho na saúde do trabalhador, em especial ao desenvolvimento de Transtornos Mentais Comuns e transtorno por estresse pós-traumático com ênfase nas profissões que envolvem cuidados a outrem, pressões, elevados níveis de estresse, tomada de decisões rápidas entre outras. O estresse ocupacional, assim como sua cronificação e a Síndrome de *Burnout* estão diretamente relacionados ao contexto laboral, também existindo associações quanto ao não tratamento da reação traumática e aguda ao estresse e a possibilidade de sua cronificação, podendo evoluir para o transtorno por estresse pós-traumático. Nesse sentido Flesch e Hess (2011) em pesquisa com policiais militares afirmam que tem se elevado o número de afastamentos desses profissionais por transtornos mentais.

A aproximação do pesquisador com o tema saúde emocional se deu pelo interesse do mesmo em entender como o trabalho pode contribuir para a saúde e/ou adoecimento dos trabalhadores. Esse interesse teve sua gênese a partir da sua trajetória acadêmica: cursou administração e psicologia, advindo-lhe uma inquietação, que o encaminhou à busca de uma transversalidade entre essas duas áreas do conhecimento e ao mesmo tempo contribuir acadêmica e socialmente com a realidade da saúde mental do trabalhador, que se constitui um desafio nos dias atuais.

Entender os fatores de risco e de proteção à saúde emocional e física e as possíveis repercussões nos Transtornos Mentais Comuns e o transtorno por estresse pós-traumático, como também a importância das variáveis de agravos existentes na estrutura e funcionamento da instituição, poderá possibilitar a proposição de medidas de prevenção, proteção e promoção que contribuam positivamente para as dimensões pessoal, ocupacional, familiar e social dos policiais.

Esta pesquisa foi então pensada e autorizada, tendo por objetivo o diagnóstico e a consequente possibilidade de sugestão de medidas preventivas específicas, capazes de contribuir para a melhoria da saúde do grupo profissional estudado.

A trajetória realizada neste estudo se deu por idas e vindas entre a realidade concretamente experenciada por esses profissionais e o referencial teórico escolhido para sua compreensão. Assim, os dados foram organizados da seguinte forma:

Os capítulos 1 e 2 trazem a introdução e o referencial teórico que embasa esta investigação. A pesquisa bibliográfica aborda os seguintes temas: o campo da saúde mental do trabalhador e os transtornos mentais relacionados ao trabalho, justificando sua pertinência e apresentando importantes contribuições históricas, as principais abordagens teórico-metodológicas e a saúde mental do trabalhador nos dias atuais. Apresenta ainda o referencial teórico sobre Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho que se divide em partes que abordam: a) os custos dos transtornos mentais relacionados ao trabalho; b) as estratégias e intervenções para redução do impacto socioeconômico dos transtornos mentais no trabalho; c) os Transtornos Mentais Comuns; d) a conceituação e classificação dos Transtornos Mentais Comuns. Aborda também o arcabouço teórico sobre transtorno por estresse pós-traumático, que foi organizado da seguinte forma: a) breve evolução conceitual; b) diagnóstico do transtorno por estresse pós-traumático; c) transtorno por estresse pós-traumático relacionado ao trabalho; d) desafios atuais relacionados ao transtorno por estresse pós-traumático:

diagnóstico. Por fim, aborda o tema saúde mental dos policiais rodoviários federais e os principais fatores de risco relacionados ao trabalho desses profissionais.

O capítulo 3 versa sobre o objetivo geral, os específicos e as hipóteses da pesquisa.

O capítulo 4 descreve a casuística e o método, os participantes, os recursos humanos e materiais utilizados e os instrumentos de pesquisa: o Questionário sócio demográfico ocupacional (QSDO), o Questionário de sequelas do trauma (QST), o Questionário de suspeição diagnóstica para Transtornos Mentais Comuns – *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Apresenta ainda os procedimentos com suas etapas, análise e o processamento dos dados e os aspectos éticos da pesquisa.

O capítulo 5 traz os resultados e os dados estatísticos considerados significativos.

O capítulo 6 discute os achados obtidos e busca na literatura nacional e internacional compará-los, embasá-los e contextualizá-los.

Por fim, no capítulo 7, estão colocadas as conclusões e as considerações finais que incluem sugestões para melhoria e subsídios para posteriores estudos na área da psicologia da saúde ocupacional.

---

## **II REFERENCIAL TEÓRICO**

## 2.1 O campo da saúde mental do trabalhador e os transtornos mentais relacionados ao trabalho

*O começo de todas as ciências é o espanto de as coisas serem o que são.*

**Aristóteles**

As relações estabelecidas entre as condições de trabalho e os trabalhadores podem provocar danos à saúde. As mudanças técnicas e organizacionais da atividade laboral têm causado intensos reflexos para vida e condição de saúde dos trabalhadores de um modo geral, o que produz alterações no seu adoecimento, com acréscimo de patologias mentais, psicossomáticas, cardiovasculares e osteoarticulares, entre outros males à saúde (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2006).

De acordo com Delcor *et al.* (2004) os transtornos mentais podem ser entendidos como quadros nosológicos bem caracterizados, de modificações mórbidas na forma de pensar e nas emoções, ou por alterações patológicas do comportamento, ligadas a sentimento de angústia intenso e declínio do funcionamento mental geral. Deve-se pensar, contudo, qual seria a relação entre esse tipo de classificação quando se entende o trabalho como um elemento central para a constituição do psiquismo. Com isso, serão apresentados a seguir, os principais eventos históricos que constituíram o que se entende como o campo teórico da saúde mental do trabalhador de hoje, que está em constante movimento, juntamente com a caracterização dos Transtornos Mentais relacionados ao Trabalho, as contribuições fundamentais de Bernardino Ramazzini e Louis Le Guillant, as principais abordagens teórico-metodológicas em saúde mental do trabalhador e por fim, considerações sobre os aspectos atuais desse tema.

### 2.1.1 Breve histórico do campo da saúde mental do trabalhador

As primeiras contribuições sobre a saúde mental dos trabalhadores datam de 1700, com a publicação da obra *As doenças dos trabalhadores*, de Bernardino Ramazzini. Esse livro é considerado um dos primeiros trabalhos sistematizados, com base nas influências do trabalho no surgimento de sofrimento mental. Dando um salto no tempo, outra obra importante para o campo da saúde mental e trabalho, foi o livro *Psychology and industrial efficiency* de Hugo Münsterberg, publicado em 1913. Esse trabalho aborda os transtornos mentais e do comportamento relacionados à atividade laboral, presente nas grandes fábricas daquele período. Tratava-se então de preocupações com o desempenho do trabalhador em suas funções exercidas no contexto do modelo de trabalho taylorista (SIMÕES, 2016), destacando a psicologia nos âmbitos experimental e diferencial.

Em 1920, nos Estados Unidos, foram publicados documentos que dizem respeito a “atividades englobadas sob o título de Saúde Mental Ocupacional” (SHARTLE, 1950) e relatórios sobre a assistência psicoterápica que era oferecida aos trabalhadores naquele contexto (SATO; BERNARDO, 2005). Sato *et al.* (2006) pontuam que, no entanto, a visão da saúde ocupacional do trabalhador pela medicina do trabalho considerava o trabalhador de forma passiva, “como um hospedeiro e paciente” (p. 283), ou seja, o trabalhador era considerado como um simples receptáculo de doenças, e não como ser ativo no trabalho. Em 1940, no Brasil, as “ciências do comportamento” “também se ocupavam da saúde mental das pessoas que trabalhavam” (SATO; BERNARDO, 2005, p. 870).

Deve-se à influência da psiquiatria social francesa da década de 1950 a mudança sobre o pensar da saúde mental e sua relação com o contexto sociocultural do trabalhador. Nesse sentido, Lima (1998, p.10) cita que as primeiras discussões sobre saúde mental e dimensões sociais na psiquiatria social “iniciaram-se na França, logo após a II Guerra Mundial”, pois o período pós-guerra trouxe uma modernização para a indústria francesa e mundial, além da criação de políticas de prevenção no campo da saúde, visando à promoção de uma “higiene

social". A sociologia, psicologia do trabalho, ergonomia, medicina do trabalho e psicanálise são exemplos de áreas do conhecimento que deram suas contribuições para a construção do arcabouço teórico da Saúde Mental do Trabalhador. Foi nesse período que surgiram as contribuições de Louis Le Guillant, que foi um dos autores da chamada Psicopatologia do Trabalho, na França. Esse autor ganha destaque na área após realizar estudo com as telefonistas das centrais telefônicas em Paris e chega à conclusão que o modo de organização do trabalho nessa atividade era o causador do adoecimento identificado por ele como “síndrome da fadiga nervosa” (LE GUILLANT, 2006). Uma apresentação mais detalhada sobre esse autor será feita na próxima seção.

Já na década de 1970, houve a inserção significativa da Medicina do Trabalho em estudos e ações preventivas e diagnósticas em relação ao sofrimento psíquico e físico decorrente das condições do trabalho. Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) entendem que o campo da saúde do trabalhador tem início, na década de 1970, com a presença do médico na fábrica, visando distinguir os riscos pontuais de adoecimento e/ou acidentes, assim como promover o rápido restabelecimento do trabalhador para a retomada da produção, ou seja, visando ao lucro e a produtividade, de acordo com o sistema capitalista vigente até os dias de hoje.

Deve-se salientar que “as transformações no cuidado em saúde mental no Brasil foram impulsionadas pelas discussões dos movimentos da Reforma Psiquiátrica e Sanitária da década de 70/80” (ANDRADE, 2013, p. 71), movimentos esses que foram cruciais para as mudanças estruturais e de gestão, assim como transformações ideológicas referentes ao doente mental. Autores que estudam a Reforma psiquiátrica retratam como eram vistos os “portadores de transtornos mentais”: “frequentemente isolados em manicômios, colocados fora do convívio social ou discriminados, chamados de loucos, pirados, psicopatas, maníacos, perigosos, criminosos” (BARRETO, 2009, p. 2). É importante notar, que até os dias atuais, o preconceito ainda é visto em amplos contextos, sendo necessária então a promoção de informações que combatam essas ideias.

A partir de 1980, tem-se a obra de Christophe Dejours e especificamente em 1987, o autor escreve *A loucura do trabalho*, livro no qual se encontra a teoria proposta por ele, a Psicodinâmica do trabalho. Esse livro trouxe questões relativas à organização e dinâmica do trabalho e sua relação com o trabalhador. Sato e Bernardo (2005) citam que desde a década de 1980, no Brasil, já se realizavam pesquisas e intervenções nos serviços públicos utilizando-se a denominação de Saúde Mental e Trabalho, entendida como uma subárea da Saúde do Trabalhador. Um modelo alternativo de atenção à saúde do trabalhador começou a ser instituído nesse período, sendo caracterizado como Programa de Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2001, p. 22). No Brasil, a partir desse período, houve uma emergência do campo da Saúde do Trabalhador na Saúde Pública, de acordo com a análise do contexto político, institucional e social dos trabalhadores.

Antes de 1980, a saúde do trabalhador no Brasil era atribuída às empresas e à Previdência Social, sendo regulamentada pelo Ministério do Trabalho. Foi só a partir desse período que esse campo passou a ser atribuição da saúde pública, por meio do Sistema Único de Saúde (SATO; LACAZ; BERNARDO, 2006; LACAZ, 1996). Essa transformação se deu devido “a redemocratização do país, culminando com a promulgação da nova Constituição Federal (CF) em 1988” (BRASIL, 1988), colocando a saúde como um direito social para todos. Lacaz (1996, p. 86) aponta as primeiras políticas de saúde dos trabalhadores e o surgimento dos *Programas de Saúde do Trabalhador* (PSTs) acrescentando que nas ações de Saúde Coletiva, “tais instâncias integram ações de assistência, promoção e prevenção, mediante a atuação de equipes multiprofissionais, com importante participação dos sindicatos de trabalhadores na sua gestão, controle e avaliação”.

Outro marco para a saúde do trabalhador se deu em 1990, com a promulgação da Lei nº 8080 de 19 de setembro desse ano, criando dispositivos para a saúde mental do trabalhador. De acordo com essa lei, entende-se que a saúde do trabalhador seria um conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da

saúde dos trabalhadores, assim como visa sua recuperação e reabilitação (BRASIL, 1990). Em 1996 foram criadas as *Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para Transtornos Mentais em Cuidados Primários*, disposta pela Organização Mundial da Saúde (LOUZÃ NETO, 1995), que foi mais um elemento crucial para o desenvolvimento desse campo, juntamente com o crescimento dos estudos epidemiológicos em prol da saúde do trabalhador; e em 1999, a Portaria 1339 de 18 de novembro, do Ministério da Saúde, que descreve as doenças relacionadas ao trabalho, assim como os Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT).

Ao tratar dos aspectos históricos e sociais do campo da saúde mental e da saúde mental do trabalhador há que se considerar as influências que o trabalho recebeu ao longo do tempo e suas determinações políticas e culturais, juntamente com os aspectos psicológicos para a constituição do sujeito ativo. Nesse sentido, ressalta-se a importância do trabalho, uma vez que Jardim e Lancman (2009) entendem que ele ampara a estruturação da identidade, das redes de relações sociais, tais como o pertencimento a um grupo, trocas afetivas e econômicas, além do papel psíquico, na composição do sujeito. Braga *et al.* (2010, p. 15) contribuem para a discussão ao dizer que:

As influências do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores são conhecidas desde a antiguidade e, ao longo dos últimos três séculos, cresceu progressivamente a compreensão das relações entre trabalho e processo saúde-doença.

Simões (2016) também postula que o trabalho é parte importante para a constituição do ser social e condição central de existência da sociabilidade humana, haja vista que é a partir da integração entre o homem e a natureza, por meio do trabalho, que o homem se transforma. Destaca-se a atenção que Leplat (1980) dá à influência do trabalho sobre a subjetividade humana, entendendo que no desenvolvimento do trabalho, além de modificar a natureza, o homem modifica-se a si próprio, na medida em que o trabalho propicia ou cerceia o desenvolvimento de suas potencialidades latentes.

Para tanto, ao se buscar compreender as influências do trabalho para a saúde do trabalhador, aspectos relativos à saúde mental devem ser levados em consideração, uma vez que uma grande parcela da população é acometida por sofrimento mental decorrente de condições laborais desfavoráveis. De acordo com a *World Health Organization* (WHO) (2012, p. 65):

A saúde mental não é somente ausência de distúrbios mentais, mas também um estado de bem-estar no qual cada indivíduo percebe o seu potencial, é capaz de lidar com o estresse normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva e é capaz de contribuir com a comunidade a qual pertence.

Assim, ao se estudar o conceito de Saúde Mental, faz-se importante investigar os fatores sociais e econômicos determinantes da saúde mental, como o emprego, educação, pobreza, habitação, urbanização, discriminação sexual e violência de gênero, experiências precoces/ambiente familiar, exclusão social e estigmatização, aspectos da cultura e acontecimentos de vida estressantes (ALVES; RODRIGUES, 2010). Incluem-se nestes determinantes as novas formas de organização do trabalho, uma vez que “a organização do trabalho pode apresentar-se como fator de fragilização mental dos indivíduos, o que torna as organizações como parte responsável pela Saúde Mental de seus integrantes” (VASCONCELOS; FARIA, 2008, p. 453), podendo ocorrer mudanças significativas na forma de ser e na rotina das pessoas.

Mascarenhas (2014) reflete que esse processo teve sua gênese com a Revolução Industrial, por meio da alteração na forma de produção manufaturista para a inserção tecnológica nas fábricas com o objetivo de maximização da produção e reorganização do processo laboral. Essas mudanças podem ser entendidas como consequência do “(...) aumento das taxas de exploração da classe que vive do trabalho, intensificação do trabalho, aumento da jornada, levando a sérias consequências para a qualidade de vida, saúde e segurança dos trabalhadores, inclusive no setor público” (BRAGA *et al.*, 2010).

Após o levantamento do histórico da saúde do trabalhador e da saúde mental do trabalhador, suas determinações sociais, políticas e econômicas; serão,

a seguir, apresentados os principais autores dessa área, suas contribuições teóricas e metodológicas, assim como as diversas abordagens.

#### 2.1.1.1 Bernardino Ramazzini e Louis Le Guillant: contribuições ao campo da saúde mental e trabalho

Como já descrito, algumas obras foram fundamentais para um novo pensamento e uma nova prática à saúde mental do trabalhador. Os trabalhadores começam a ser vistos e ouvidos em seu ambiente de trabalho e fora dele. Esses novos paradigmas contribuíram para o entendimento dos fatores que poderiam influenciar o aparecimento de doenças físicas e mentais, uma vez que a organização do trabalho traz profundas alterações subjetivas e ambientais. Faz-se importante o conhecimento das novas ideias postuladas por importantes autores, tais como Bernardino Ramazzini e Louis Le Guillant.

Ramazzini (1633-1714), nascido na Itália, no dia 4 de outubro de 1633, formou-se em escola de jesuítas. Posteriormente, estudou filosofia e medicina. Considerado o pai da medicina do trabalho, sua obra mais importante foi *De Morbis Artificum Diatriba ou “A doença dos trabalhadores”*, em que 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 utilizando a abordagem epidemiológica em saúde do trabalhador e o contato direto com esses em seus locais de trabalho, trazendo uma contribuição fundamental para o campo que mais tarde se convencionou chamar de saúde mental do trabalhador. Assim, os principais aspectos tratados na obra de Ramazzini dizem respeito à determinação social da doença, a investigação epidemiológica das doenças mentais relacionadas ao trabalho e a sistematização e classificação das doenças segundo a natureza e o nexo com o trabalho e a anamnese ocupacional, que seria uma espécie de levantamento do histórico de vida do trabalhador em relação a sua ocupação no trabalho (GUIMARÃES; CAMARGO, 2004).

Baibich e Martínez-Hernáez (2014, p.23) afirmam que Ramazzini “soube compreender a relevância, não só dos fatores físico-ambientais, mas também dos processos psicossociais na constituição da saúde do sujeito trabalhador”. À época, fez investigações e diagnósticos, de acordo com o perfil de cada profissão e trabalhou no sentido da prevenção das doenças relacionadas ao trabalho. Segundo Vasconcellos e Gaze (2009, p. 12) seu método de investigação consistia na:

Descrição do ofício, sua relevância social e as relações sociais envolvidas, a análise do processo, do ambiente, da organização do trabalho e dos riscos e cargas a que os trabalhadores são expostos, as doenças agudas e crônicas que os afetam, com as respectivas fisiopatogenia e distribuição epidemiológica, o tratamento e prevenção das mesmas e as relações dos ofícios com o meio ambiente.

Esse método foi baseado fundamentalmente nos princípios epistemológicos da medicina social<sup>2</sup> de prevenção e promoção da saúde das classes mais pobres, que é um aspecto social na ocorrência de adoecimento. Ramazzini se deslocava até o local de trabalho dos trabalhadores para observar onde e como aconteciam suas atividades laborais.

A primeira coisa que ele perguntava para o sujeito era “Qual é a sua profissão?”. A partir daí, fazia seu trabalho investigativo, ouvindo o que o trabalhador tinha para dizer, suas queixas, temores, pontos positivos e negativos daquele trabalho. Ou seja, ele entendeu – que por meio dos relatos dos trabalhadores sobre seu trabalho, de suas percepções e sentimentos em relação a sua atividade laboral, de como seu físico reagia durante o trabalho e fora dele, poderia se identificar o nexo saúde-doença e trabalho (BRASIL, 2001). Outro aspecto do qual Ramazzini se utilizou, do que hoje se denomina medicina social, foi a concepção multicausal dos problemas relativos à saúde mental, observando

---

<sup>2</sup> Estudo da dinâmica do processo saúde-doença nas comunidades, suas ligações com a rede de atenção médica, e também as conexões de ambas com o sistema social global, objetivando a transformação destas relações para construção de conhecimentos atuais com foco na maximização da saúde e bem-estar das populações (AROUCA, 1975).

que havia uma relação intrínseca entre as condições de vida de determinada população e o aparecimento ou ausência de doenças. Essas observações deram respaldo para sua visão epidemiológica da saúde mental do trabalhador. Assim, com base em seus estudos de campo, elaborou uma classificação sobre doenças mentais, que era dividida em: (i) doenças profissionais exclusivas do trabalho (que podem ser afetadas pelo trabalho), (ii) doenças comuns ao conjunto da população (que não tem relação direta com o trabalho, mas influenciam a saúde dos trabalhadores) e (iii) formas de adoecimento mal caracterizadas (disfunções, mal-estar, estresse difuso, entre outras) (RAMAZZINI, 2016).

Louis Le Guillant (1900-1958) foi outro precursor do que se conhece, na atualidade, como campo da saúde mental do trabalhador. Teve influências da corrente marxista, além de autores como Georges Politzer e da psicologia das relações concretas, elaborando uma teoria referente às relações do trabalho sobre a subjetividade humana. Uma das principais linhas teóricas discutidas pelo autor é sobre “as repercussões patológicas do condicionamento social e da alienação no trabalho” (BILLIARD, 1996, p. 82), ou seja, sobre as determinações sociais e históricas que influenciam o psiquismo humano. Por enfatizar a história de vida do indivíduo e suas construções subjetivas, Lima (1998, p. 13) o insere como praticante de “uma abordagem psicosociológica da doença mental, na qual o trabalho estaria no centro da realidade social”. Para tanto, Le Guillant usou uma metodologia que transita entre os contextos de trabalho, os determinantes sociais e históricos clínico-teóricos.

O mesmo autor também tratou de discussões sobre o nexo causal das doenças mentais em trabalhadores, entendendo que “o trabalho e certas formas de organização do trabalho, sob certas condições, podem, sim, desencadear transtornos mentais e conter alto teor patogênico” (LIMA et al., 2002, p. 213; SIMÕES, 2016), ou seja, uma “compreensão das determinações sociais dos transtornos mentais admitindo, antes de tudo, a primazia ontológica do meio sobre os indivíduos” (LIMA, 2006). Além de sua visão psicosociológica considerada por muitos autores, Gomes (2004, p. 28) cita que “Le Guillant foi o expoente de uma

corrente teórica denominada sociogênese, em que a doença mental era vista como uma questão social". Verifica-se que, independentemente do nome, psicossociologia ou sociogênese, o foco estava nos aspectos sociais que causavam sofrimento mental aos trabalhadores.

O método usado por Le Guillant, era exclusivamente biográfico, ou seja, "buscava, sempre que possível, utilizar as expressões do trabalhador, anotadas tal como eram ditas, uma vez que considerava a linguagem coloquial como o meio mais fidedigno de apreensão da realidade" (LIMA, 2006, p. 2). O autor entendia que a percepção global do sofrimento decorrente do trabalho só seria possível, ao ser estabelecida a relação das condições da atividade com toda a história do trabalhador, suas maneiras de julgar e comportar-se e suas representações do mundo, forjadas por essa história (LE GUILLANT, 2006). Parece ser consensual na literatura, que o trabalho mais conhecido do autor foi seu estudo sobre a "neurose das telefonistas", em 1956. Nassif (2005) descreve que Le Guillant inicialmente agrupou os sintomas psicopatológicos recorrentes nas profissionais estudadas (alterações de humor, distúrbios do sono e implicações somáticas) e logo depois, confeccionou um questionário cujos resultados deveriam ser observados juntamente com os exames médicos, chegando ao entendimento que "um ambiente de trabalho com condições salubres, sem exigências de controle da organização do trabalho não provocaria adoecimento mental nos seus colaboradores, independente do sujeito que realizasse a função" (MACEDO, 2015, p. 32), sendo o contrário, verdadeiro.

#### 2.1.1.2. Abordagens teórico-metodológicas em Saúde Mental e Trabalho

As abordagens em Saúde do Trabalho e Saúde Mental relacionada ao Trabalho descrevem todo um percurso teórico-metodológico para "o fazer" dos profissionais que lidam com essa área do conhecimento. As divisões de abordagens dependerão de cada autor, sendo que determinadas categorizações são mais conhecidas que outras. Do ponto de vista histórico, algumas classificações são referidas a seguir.

Seligmann-Silva, (1995) divide as abordagens em três grupos: (i) as teorias sobre o estresse, (ii) a corrente voltada para o estudo da psicodinâmica do trabalho e acrescenta (iii) o modelo formulado com base no conceito de desgaste mental.

De acordo com Jacques (2003) as abordagens em saúde mental do trabalho se enquadrariam nas seguintes perspectivas: (i) teorias do *work stress*, (ii) psicodinâmica do trabalho, (iii) abordagens de base epidemiológicas ou diagnósticas e (iv) em pesquisas em subjetividade e trabalho.

Borges, Guimarães e Silva (2013) classificam as abordagens teórico-metodológicas em saúde psíquica do trabalhador em: a) abordagens individualistas, b) psicodinâmica do trabalho, c) psicossociológicas.

**A) Abordagens individualistas-** As abordagens individualistas privilegiam a subjetividade do trabalhador, seu foco principal está nas características pessoais e não necessariamente na relação destas com sua atividade e condições laborais. O nexo causal entre saúde mental e trabalho, mesmo existindo, nessa abordagem, torna-se secundário. A subjetividade como tema central é observada na maneira como os trabalhadores lidam com suas crenças, percepções, atitudes, motivações, estereótipos, preconceitos, entre outros, e na forma como tais cognições e afetos se relacionam com produção de saúde/doença. Nesse contexto, o trabalho é visto como categoria social secundária, tanto na gênese de tais cognições, quanto na etiologia do processo de saúde e adoecimento. Essa corrente de pensamento está intimamente ligada à psicologia abstrata, como modo de explicação do processo saúde/doença fundamentado nos processos psíquicos.

**B) A psicodinâmica do trabalho-** A psicodinâmica do trabalho estaria relacionada a elementos essenciais da teoria psicanalítica freudiana, tais como motivações conscientes e inconscientes, desejo, prazer, mecanismos de defesa e sofrimento psíquico. Houve a incorporação de muitos aspectos relacionados à psicanálise, fazendo com que a psicodinâmica do trabalho se constituísse como uma área do conhecimento que levava em consideração as determinações inconscientes da atividade laboral e do adoecer. Esse enfoque teórico, tal como

nomeado, foi desenvolvido por Dejours, que deixou de lado o termo Psicopatologia do Trabalho, tirando assim, o foco da patologia, colocando-o na dinâmica trabalho/trabalhador. Também, o uso do termo “psicodinâmica” no trabalho foi escolhido devido a relação dinâmica-dialética entre sofrimento e prazer no trabalho, sendo o segundo, um dos conceitos centrais de sua teoria. Dejours entende que as formas de organização do trabalho, incluindo o tipo de contexto laboral, podem determinar as condições de trabalho e essas variáveis interferem negativamente sobre a saúde física e mental dos trabalhadores (DEJOURS, 1992). Cabe acrescentar que, tanto os ambientes inadequados, quanto os aspectos psicosociais do trabalho geram insatisfação no trabalhador e favorecem o aparecimento de desgaste físico e mental. Portanto, o foco de estudos desta abordagem estaria no sofrimento decorrente do trabalho e Dejours propôs novas formas de análise e intervenção sobre as condições de trabalho que gerassem sofrimento psíquico.

Dejours lançou mão de conceitos como os mecanismos de defesa, ao entender que “(...) o que importa realmente é compreender as estratégias defensivas (individuais e/ou coletivas) adotadas pelos trabalhadores com a finalidade de evitar a doença e preservar ainda que precariamente seu equilíbrio psíquico” (LIMA, 1998, p. 14).

**C) As abordagens psicosociológicas-** São mencionadas por diversos autores (e.g., ÁLVARO, 1995; MONTERO, 2000; SANDOVAL, 2000; PRADO, 2002; ÁLVARO *et al.*, 2007). Nestas, têm-se o trabalho como categoria principal, que organiza, tanto do ponto de vista social, como prático dos grupos e também no âmbito individual. Desta forma, o nexo causal entre saúde mental e trabalho contempla a função do trabalho no desenvolvimento da identidade (CHANLAT, 2011). Lhuilier (2014) entende que a gênese dessa abordagem está em algumas importantes contribuições como as de Marx (1844), por meio de suas análises do trabalho, da prática como trabalho vivo e a de Freud (1929) enfatizando a importância do trabalho na economia da libido. Mauss (1925) e a tradição antropológica, em que o trabalho é tido como ambiente de sociabilidade,

possibilitando a troca social que se dá por meio da cooperação entre os sujeitos. O mesmo autor acrescenta que, especificamente, no campo da psicopatologia do trabalho não se pode deixar de citar as contribuições de Paul Sivadon (1969) que privilegia a clínica dos transtornos individuais, observando sua tarefa e as capacidades de adaptação do trabalhador.

Para Veil (2012) a psicossociologia do trabalho tem uma via inovadora ao levar em consideração a história do trabalhador nas situações de adoecimento e as implicações das normas de trabalho em determinado espaço. Considera que não se deve cindir o trabalhador em seu funcionamento psíquico, e sua dinâmica social, que ambas as instâncias devem ser analisadas conjuntamente. Nesse enfoque, os estudos psicossociológicos se dividem nos processos de desadaptação do homem a sua atividade, e nas regras e o cuidado disponibilizado aos desadaptados.

Uma crítica frequente na literatura citada por Borges, Guimarães e Silva (2013) refere-se à abordagem feita por Lipp (1984, p. 6), que utiliza um enfoque fundamentalmente individualista, no qual o estresse fica centrado na pessoa, como é “uma reação psicológica com componentes emocionais físicos, mentais e químicos a determinados estímulos que irritam, amedrontam, excitam e/ou confundem a pessoa”. O grande risco desta abordagem é a culpabilização do trabalhador, sem que se leve em conta as variáveis relacionadas à organização do trabalho. Porém, existem outras abordagens do *Work stress* mais abrangentes, tais como o Modelo Teórico metodológico denominado *Effort Reward Imbalance* (ERI) “equilíbrio entre esforço e recompensa” no trabalho proposto por Johannes Siegrist (1996), no qual além do indivíduo, considera-se também o ambiente de trabalho e o externo ao trabalho, e.g. o mercado de trabalho e o Modelo Demanda/Controle de Karasek (2005), em que as exigências do trabalho se configuram em pressões psíquicas às quais os trabalhadores são submetidos em suas ocupações e podem ter sua gênese na quantidade de trabalho a desenvolver em uma unidade de tempo e/ou desequilíbrio entre as competências do trabalhador e o tipo de tarefa a realizar. Este modelo também leva em

consideração o equilíbrio entre as demandas e o controle exercido pelo trabalhador e que dependendo do tipo de atividade executada, pode haver maior ou menor exposição ao estresse. Outro aspecto considerado importante é o apoio social uma vez que esse é tido como variável fundamental para que o trabalhador consiga manter o equilíbrio diante das situações estressoras.

Borges, Guimarães e Silva (2013) tecem uma crítica com relação a abordagem exclusivamente individualista, dado que esta dificulta uma análise global dos processos de saúde/doença no trabalho por não considerar todas as variáveis envolvidas, criando possíveis viéses, não cotejando as variáveis relacionadas à organização do trabalho e outras.

Os modelos epidemiológicos e/ou diagnósticos são os que Ramazzini preconizou e se baseiam na premissa de uma multicausalidade das doenças e a busca constante de seus determinantes (ZANELLI; BORGES-ANDRADE; BASTOS, 2004). De acordo com Borsoi (2007) este modelo procura evidenciar que as condições e o modo como o trabalho é realizado definem formas específicas de adoecimento psíquico. Assim sendo, a análise a ser feita baseia-se no estudo das categorias ocupacionais, a fim de se realizar o diagnóstico tanto da organização na qual as pessoas trabalham, quanto da saúde psíquica da categoria escolhida. Por fim, identificam-se as variáveis laborais que estão diretamente relacionadas às características de sofrimento encontradas na categoria profissional estudada.

Nesta mesma direção Alarcon (2014, p.43) aponta que:

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.

Ainda sobre o método epidemiológico/diagnóstico, Codo, Sorato e Vasques-Menezes (2004) entendem que como o campo saúde mental e trabalho é composto por diversas variáveis (objetivas, subjetivas e transsubjetivas) seu estudo deve ser realizado levando em consideração três etapas: (i) a análise objetiva do trabalho, (ii) diagnóstico epidemiológico e (iii) aprofundamento diagnóstico. Por meio dessa metodologia, os autores propõe atingir uma compreensão da saúde psíquica dos trabalhadores e sua relação com a atividade e ambiente laboral.

O foco das pesquisas em subjetividade e trabalho está nas categorias como experiências, no dia a dia, modos de existência e não necessariamente, em diagnósticos psicopatológicos. Enfatiza-se a dimensão qualitativa e das vivencias em si, que acompanham os processos patológicos ligados ao trabalho (JACQUES, 2003), baseando-se na subjetividade do sujeito. Assim sendo, o modo como o trabalhador percebe e sente o seu ambiente de trabalho irá determinar se este apresenta ou não algum tipo de sofrimento. Essa abordagem teve influências da psicanálise, das ciências sociais, sociologia, psicologia histórico-cultural e tem como método as “abordagens qualitativas por meio de técnicas como observação, entrevistas individuais e coletivas, além de análises documentais” (JACQUES, 2003, p.111).

Descritas as principais abordagens teórico-metodológicas em saúde mental e trabalho, pode-se dizer que o campo é diverso, havendo interface com várias áreas do conhecimento. No entanto, além da medicina tradicional, medicina social, psiquiatria social, saúde pública, saúde do trabalhador, medicina do trabalho, saúde coletiva, a participação da psicologia, em específico, a psicologia do trabalho, não pode ser deixada de lado, principalmente por abranger muitas outras abordagens. Nesse âmbito, Zanelli e Bastos (2004) classificam a Psicologia do Trabalho como um campo de entendimento e intervenção sobre o trabalho e as empresas/instituições, objetivando a análise das relações em suas diversas dimensões que caracterizam pessoas, grupos e organizações, com a finalidade de proposição de estratégias que promovam, preservem e reestabeleçam o bem estar.

Até a década de 1960, os trabalhos de psicologia do trabalho se pautavam, no que se conhece hoje como “práticas psicológicas que servem preponderantemente ao avanço do comércio e da indústria” e não havia a preocupação sobre a saúde física e mental do trabalhador” (LEÃO, 2012, p. 295). Com isso, houve uma crescente preocupação com a saúde do trabalhador, propriamente dita. A saúde do trabalhador é entendida como um campo de pesquisa, que relaciona saúde/doença ao processo produtivo e se situa dentro da saúde coletiva. Esta, por sua vez, “sendo um campo de conhecimento, estuda tal relação enquanto um processo social, que acontece de forma coletiva” (CARLOTTO *et al.*, 2011, p. 173; SILVA, 2000); “trata-se de uma abordagem teórico-metodológica que objetiva o estudo, a análise e a intervenção nas relações entre trabalho e saúde, por meio de propostas programáticas desenvolvidas na rede de serviços de Saúde Pública” (SATO *et al.*, 2006, p. 283), sendo formada por uma equipe multidisciplinar, ampliando assim, a compreensão e tomada de decisões para com os trabalhadores em sofrimento psíquico.

Outro campo que tem ganho espaço e visibilidade nos dias atuais, como dito anteriormente, é o da Psicologia da Saúde Ocupacional (PSO) que se apresenta como um campo teórico que objetiva a “pesquisa e intervenção nas questões relacionadas à segurança e saúde ocupacional, estresse e fatores de riscos organizacionais, programas de cuidados aos trabalhadores e práticas em saúde pública” (NIOSHI, 2013). Para Carlotto (2014) a PSO pode ser entendida como um ramo da Psicologia Social que lança seus esforços para a promoção de um ambiente laboral em que os trabalhadores possam crescer, ser valorizados em suas subjetividades e potencialidades e, conjuntamente possam se empoderar sendo mais competentes, produtivos e satisfeitos em seu trabalho. Sua intervenção objetiva a implantação de medidas que buscam a modificação dos processos de trabalho, em direção à diminuição e/ou eliminação de riscos que possam causar efeitos deletérios à saúde do trabalhador. Corroborando o mesmo pensamento, Guimarães (2015) diz que a PSO é uma área multidisciplinar, em constante evolução, cujo foco de estudo e *práxis* emerge principalmente das áreas de saúde pública, medicina preventiva, epidemiologia, da própria psicologia da

saúde, psicologia do trabalho e das organizações. Ela foi criada para atender as demandas atuais do trabalho em relação à saúde e segurança. O conceito “saúde” nesta abordagem está além do estado físico dos funcionários, incluindo também as variáveis afetivas, cognitivas, motivacionais e comportamentais. É neste campo teórico que se insere a presente pesquisa.

O campo de estudos denominado Saúde Mental e Trabalho (SM&T) foi proposto por Edith Seligmann-Silva, pioneira deste campo em nosso país. Guimarães (2004) o caracteriza como uma área que trata da dinâmica, da organização e dos processos do trabalho visando à promoção da saúde mental do trabalhador, por meio de ações diagnósticas, preventivas e terapêuticas eficazes. Para o diagnóstico, leva-se em consideração os aspectos ocupacionais, sociais e psicológicos do trabalhador (CAMARGO, 2004). A relação saúde-trabalho é o tema central desse campo teórico devido sua importância para o entendimento do processo saúde-doença e por meio do trabalho é possível “entender e analisar o processo saúde-doença enquanto processo social” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p.89). A partir daí, pode-se compreender e modificar as condições de vida do trabalhador que adoece. Para os autores “o trabalhador está exposto a um conjunto de cargas de trabalho (físicas, químicas, orgânicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas) que, quando mantidas por longos períodos, determinam um padrão de desgaste do trabalhador e um perfil de adoecimento específico”.

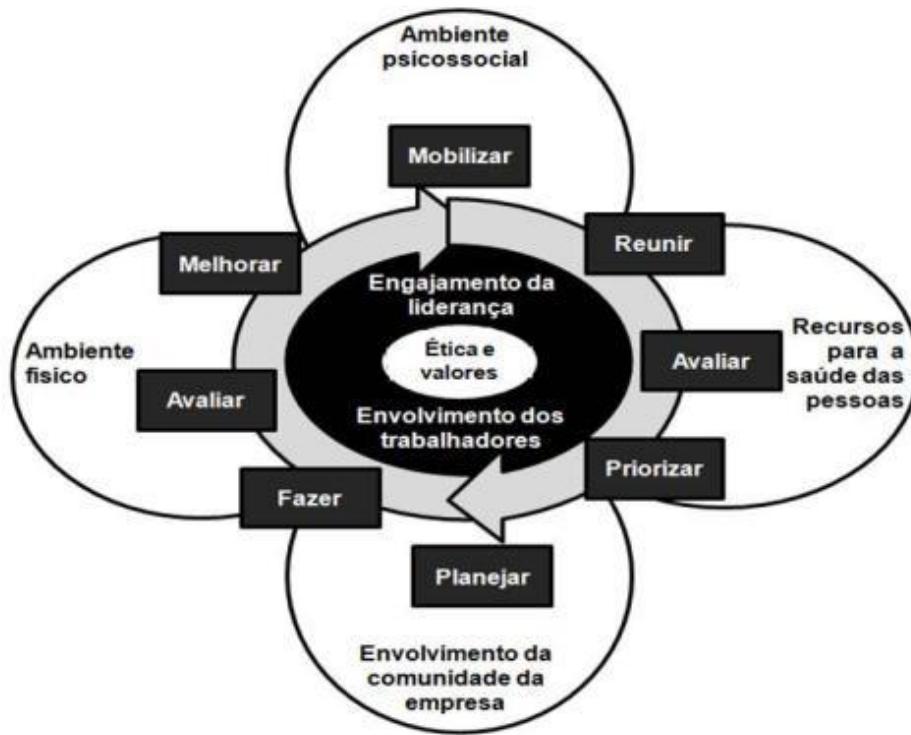
Outras abordagens menos conhecidas, mas não menos importantes são a Clínica da Atividade e a Ergologia. O principal autor da clínica da atividade é Yves Clot e o trabalho é considerado como uma “atividade ligada à re-concepção engendrada pelos trabalhadores, da tarefa prevista pelos organizadores” (LEÃO, 2012, p. 301), ou seja, o trabalhador coloca a sua força de trabalho e produz novas coisas a partir de sua subjetividade, que é única. Já a ergologia, de Yves Schwartz não é uma abordagem psicológica em si e sim uma vertente de análise do trabalho, “é uma filosofia que apresenta um modo de pensar a partir da noção de atividade” (LEÃO, 2012, p. 301). Compartilha a abordagem da atividade, uma vez que a considera “extremamente complexa e mobiliza a subjetividade dos

trabalhadores na criação de normas e meios de ação, envolvendo dimensões individuais e coletivas, não engendradas via prescrição de tarefas e arranjos técnico-organizacionais" (LEÃO, 2012, p.302).

#### 2.1.1.3 Saúde mental do trabalhador na contemporaneidade

A temática saúde mental tem ganhado destaque nos mais diversos meios de comunicação. Apesar disso, constata-se que a produção científica nacional mostra-se incipiente em estudos e pesquisas de relevância, relacionados à saúde no ambiente de trabalho. Nesta vertente, constata-se a partir das estatísticas de afastamento e acidentes decorrentes do trabalho no capítulo "F" do Código Internacional de Doenças (CID) relacionadas às patologias mentais e emocionais uma alta prevalência. O Ministério da Previdência aponta para o crescente número de afastamentos do trabalho por consumo abusivo do álcool e outras drogas, fazendo emergir uma questão importante: Será que os profissionais da saúde ocupacional estão devidamente habilitados para a condução de programas de prevenção, diagnóstico e tratamento? (OGATA, 2015).

Logo surge a necessidade da presença de profissionais e pesquisadores da saúde nas instituições/organizações e que esses não focalizem apenas os fatores de riscos ambientais, mas também entendam e investiguem as variáveis relacionadas aos fatores psicossociais de risco relacionadas ao trabalho. Torna-se necessário a introdução deste aspecto nos estudos, conforme proposta da OMS (2010), de um modelo de ambiente de trabalho saudável (Figura 1).



**Figura 1:** Modelo de ambiente de trabalho saudável  
Fonte: Organização Mundial da Saúde – OMS (2010)

Para a OMS (2010), a adesão aos princípios dos **ambientes de trabalho saudáveis** evita: (i) Afastamentos e incapacidades para o trabalho, (ii) Minimiza os custos com saúde e os custos associados e (iii) Aumenta a produtividade a longo prazo bem como a qualidade dos serviços.

O modelo proposto consiste **em um processo de melhoria contínua que tem como base a ética e os valores, o engajamento da alta liderança e envolvimento dos trabalhadores (grifos do autor)** e atua em quatro dimensões:

- **AMBIENTE FÍSICO** (minimização dos riscos ocupacionais específicos),
- **AMBIENTE PSICOSOCIAL** (incluindo organização do trabalho e cultura organizacional),

- **RECURSOS E SUPORTE À SAÚDE NOS LOCAIS DE TRABALHO**  
(incluindo programas de prevenção, gerenciamento de doenças e de retorno ao trabalho após afastamento por doença),
- **PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA INSTITUIÇÃO**  
(trabalhadores, seus familiares e toda a comunidade impactada pelas operações de instituição).

Sabe-se que nas últimas décadas, o sofrimento no trabalho tem-se agravado e se tornado patogênico. Assim, mudanças relevantes no mundo do trabalho conduziram à degradação das relações intersubjetivas e ao esfacelamento dos coletivos de trabalho” (DEJOURS; BÈGUE, 2010), causando transtornos mentais específicos e difusos devido a novas formas de adoecimento como “patologias de sobrecarga, do assédio, pós-traumáticas, depressões e suicídios” (DEJOURS, 2007).

De acordo com Seligmann-Silva (2011) esse cenário representa as intensas mudanças que ocorreram nas últimas décadas, no mundo laboral. Como por exemplo, o aumento dos níveis de pressões, medos e inseguranças junto aos trabalhadores assalariados e suas famílias, o que contribuiu para o aumento do sofrimento social. Essas intensas e rápidas mudanças refletem e produzem o desgaste sobre o trabalhador e prejudica sua saúde psíquica. Pensa-se então, nos fatores que podem causar os transtornos mentais relacionados ao trabalho, e com isso, discussões sobre o nexo causal se fazem relevantes. Sivadon e Amiel (1969) compreendiam a doença mental como uma inter-relação entre os componentes orgânicos/fisiológicos do trabalhador e sua dinâmica psíquica/relacional. Sobre esse autor, Billiard (1996, pag. 98) cita que “a doença mental é entendida essencialmente como resultante de alterações no substrato orgânico”.

A questão do nexo causal perpassa muitas abordagens em saúde mental do trabalhador: o estabelecimento do nexo causal entre uma situação de saúde – prejuízo ou doença – em âmbito individual ou coletivo, risco ou já instalado e uma condição específica de trabalho configura-se como condição básica para a intervenção de ações de saúde do trabalhador nos serviços de saúde (BRASIL,

2001). Há também a importância do nexo causal para o diagnóstico e futuras intervenções. Alguns autores entendem o nexo causal como um fenômeno psicofísico indissociável, cujo desequilíbrio, permeado pelas ações sociais, pode produzir uma série de distúrbios, identificados como doenças, mal-estares diversos, sofrimentos e prejuízos que se acrescentam às doenças do trabalho, acidentes laborais e às patologias relacionadas ao trabalho (BREILH, 1994; LAURELL; NORIEGA, 1989).

Faz-se necessário entender quais as causas mais relevantes para o surgimento de transtornos mentais relacionados ao trabalho. Nesta direção, Bárbaro *et al.* (2009) observaram que ambientes laborais inadequados, as formas como as atividades são organizadas, a pouca valorização do trabalhador, assim como a participação ínfima nas decisões da organização, são fatores que influenciam a ocorrência dos Transtornos Mentais. A precarização do trabalho traz consequências negativas para a saúde do trabalhador devido a:

“desregulamentação e perda de direitos trabalhistas e sociais, a legalização dos trabalhos temporários e da informalização do trabalho e tem sido responsável pela piora das condições de saúde e pela mudança do perfil epidemiológico de adoecimento dos trabalhadores” (BRASIL, 2001, p. 19).

O quadro abaixo apresenta os principais elementos causadores de estresse na rotina de trabalho, que influenciam na ocorrência de transtornos mentais.

**Quadro 1:** Elementos causadores de estresse no trabalho proposto pela WHO (2004).

Elementos Estressantes	Características do Trabalho
Conteúdo da tarefa	Monotonia, pouco estímulo, tarefa sem sentido, tarefas desagradáveis;
Carga e ritmo de trabalho	Excesso ou pouco trabalho, trabalho sob pressão de tempo;
Horas de trabalho	Horário de trabalho rígido, jornada de trabalho longa e antissocial, horas de trabalho imprevisíveis, turnos mal elaborados;
Participação e controle	Baixa participação na tomada de decisões, falta de controle sobre os métodos de trabalho;
Desenvolvimento de carreira, status e remuneração	Insegurança no trabalho, falta de perspectivas de crescimento, status de baixo valor social, programas de avaliação de desempenho pouco claro ou injusto, qualificação ou subqualificação para o trabalho;
Papel na organização	Papel pouco claro, conflitante, responsabilidades, lidar constantemente com outras pessoas e seus problemas;
Relações interpessoais	Apoio da chefia inadequado, relações insatisfatório com colegas de trabalho, bullying, assédio e violência, trabalho isolado, falta de padronização nos procedimentos para lidar com problemas;
Cultura organizacional	Falta de comunicação, liderança, falta de clareza sobre a hierarquia organizacional e os objetivos;
Interface trabalho-casa	Demandas conflitantes de trabalho e do lar, falta de suporte para problemas domésticos no trabalho, falta de apoio para problemas de trabalho em casa.

Adaptado por Grillo e Guimarães (2017).

Outro fator que colabora para o sofrimento mental diz respeito ao estresse no trabalho. As situações de estresse no trabalho podem ser agravadas pela pressão no ambiente de trabalho “quando os indivíduos percebem pouco apoio dos supervisores e dos colegas e onde possuem pouco controle sobre o trabalho ou dificuldades para lidar com as demandas e pressões” (WHO, 2004, p. 56). As pressões no trabalho também estão relacionadas aos riscos de desemprego, uma vez que “verifica-se que os trabalhadores apesar de estarem cientes das condições de trabalho a que são submetidos, veem-se obrigados a conviver e se manter em tais situações devido à pressão exercida pela ameaça do desemprego” (PACHECO, 2013, p. 21).

Aspectos psicossociais do trabalho também podem influenciar o aparecimento de Transtornos Mentais, tais como o “clima organizacional, papéis ocupacionais, relacionamentos interpessoais no trabalho e o desenho e conteúdo das tarefas (variedade, significado, escopo, repetitividade)” (GLINA; ROCHA, 2010, p.110). Nesse sentido, caberá ao psicólogo entender a dinâmica da instituição e do trabalhador, propondo intervenções que modifiquem a rotina e organização do trabalho visando melhorias relacionadas à qualidade de vida, à saúde física e mental.

De Lucca e Campos (2010) afirmam que com o aparecimento das novas tecnologias e as reestruturações no modo de produção trouxe um aumento no ritmo de trabalho físico, bem como uma intensificação da sobrecarga cognitiva, dada a maior exigência de habilidades e de agilidade no pensamento e na execução das atividades laborais. Diante disso deve-se prestar atenção a esses aspectos, uma vez que “os agentes estressores psicossociais são tão potentes quanto os microorganismos e a insalubridade no desencadeamento de doenças” (RODRIGUES; GASPARINI, 1992).

A má organização do trabalho pode ser fator de adoecimento, caso seja reflexo de desintegração, atividades monótonas e sem significado, fundamentadas em controle e foco único na produção, não se preocupando com às necessidades e anseios dos trabalhadores. Nesse cenário predominarão as experiências de sofrimento laboral que se refletem por meio de sintomas como angústia e frustração (GOMES, 2004; MENDES, 1996).

Para Luna Filho (2016) os Transtornos Mentais representam, atualmente, um dos principais motivos de afastamento do trabalho e de aposentadoria por invalidez. Em várias situações, independentemente da existência ou não de transtornos mentais, entende-se que condições de trabalho deletérias cooperam para produção de várias morbidades. A contradição existente entre as solicitações por aumento de produção advindas das empresas e a capacidade de respostas dos trabalhadores, normalmente deixa esses últimos em condições de risco físico e mental, gerando conflitos que influenciam negativamente sua saúde. Para as

empresas, o absenteísmo e os afastamentos das atividades laborais ligados a esse processo influencia negativamente nos resultados produtivos. No tocante à sociedade, os resultados das doenças mentais reverberam em sobrecarga ao sistema público de saúde, na Previdência Social e na redução da força de trabalho. Percebe-se, portanto, que existem perdas e sofrimentos para todos, quando os trabalhadores adoecem.

De acordo Brasil (2012) informações emitidas pela Previdência Social, referente a liberação de auxílio doença acidentário que possui ligação com o trabalho para ocorrência de transtornos mentais e comportamentais cresceu 19,6% no primeiro semestre de 2011 em comparação com o mesmo período do ano anterior. Os afastamentos das atividades laborais causados por transtornos mentais e comportamentais aumentaram substancialmente de 612 em 2006 para 12.818 em 2008, devido à implantação em abril de 2007 do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário. No ano de 2010, esse número teve uma queda para 12.150. Em 2011, a concessão de auxílios-doença relacionados a transtornos mentais e comportamentais sofreu novo aumento passando para 12.337 casos. Em 2012, e.g., as patologias mentais que mais têm levado a afastamentos e aposentadorias são: episódios depressivos, outros transtornos ansiosos e reação ao estresse grave e transtornos de adaptação (BRASIL, 2012).

Mesmo assim, ainda é predominante a noção individualizante de que as formas de controle dos Transtornos Mentais cabem quase que unicamente aos trabalhadores, como pode ser visto de maneira bem clara por meio dos “programas” voltados à treinamento em meditação, relaxamento, desenvolvimento de competências sociais e incipientes intervenções que vão além do âmbito individual como foco em tarefas, grupos, empresa e sociedade (ZANELLI; CALZARETTA; GARCÍA; LIPP; CHAMBEL, 2010).

Numa visão constitucional do trabalho, as atividades laborais são de responsabilidade tanto do empregador quanto do empregado, se assemelham com base nos interesses e implicações da organização do trabalho e demais relações advindas do processo produtivo. A não observância das normas de proteção aos

riscos e promoção da saúde demanda formas de intervenção específicas. As atividades de trabalho em condições adequadas e o empoderamento dos trabalhadores constituem-se responsabilidade social e jurídica do empresariado. Logo, a não implantação de práticas e ferramentas de identificação e extinção de riscos transgride a integridade e dignidade humana no trabalho (ZANELLI, 2016).

Na atualidade, são crescentes os estudos sobre a relação entre saúde mental e trabalho, “principalmente pela detecção do aumento da prevalência dos transtornos mentais, problemas emocionais de ordem somática, distúrbios do comportamento e do que isto representa para a saúde pública” (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2006, p.145). Há um aumento das exigências no âmbito do trabalho: “aspectos gerenciais, de novos métodos e técnicas organizacionais...” (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2006, p.156), repercutindo no “aumento de doenças mentais, psicossomáticas, cardiovasculares entre outras” (OLIVEIRA, 2013, p. 26), devido aos objetivos das grandes empresas modernas de “controlar e cercear a autonomia dos trabalhadores, em nome da eficácia e eficiência” (BARRETO, 2009, p. 7).

Entende-se que as novas formas de organização e administração do trabalho, modificaram a relação entre tempo e espaço, pois os funcionários vivenciam e realizam suas atividades de modo contínuo, sem tempo para o estabelecimento de vínculos afetivos, para pensar ou descansar. Existe a necessidade de autorização até mesmo para as necessidades humanas básicas, como as fisiológicas (BARRETO, 2009). Buscam-se abordagens em saúde do trabalhador que contemplam o trabalho em seus diversos modos de organização, divisão e valorização, oriundas de cada formação social, percebendo as ligações entre trabalho e processo de saúde-doença e suas implicações históricas (LAURELL; NORIEGA, 1989; NAVARRO, 1982).

## 2.2 Transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT)

*“O trabalho está em todo o lado e o sofrimento também: só que há trabalhos estéreis e trabalhos fecundos, sofrimentos infames e sofrimentos gloriosos”.*  
Lamennais

Tendo em vista as questões até aqui abordadas, é inegável a influência dos fatores relacionados ao aparecimento de sofrimento psíquico e com ele, os transtornos mentais relacionados ao trabalho. Logo, sobre os últimos, Ferreira e Penido (2013, p.22) ressaltam:

Transtornos mentais e comportamentais são condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento.

Assim, os Transtornos Mentais estão relacionados a uma desorganização do funcionamento mental que acomete suas esferas emocional, social, pessoal e laboral. Nesse contexto, surgem quando as demandas do meio e do trabalho são superiores à capacidade de adaptação do indivíduo, fazendo com que emergam sentimentos de indignação e inutilidade, alimentando a sensação de estar adoecido intelectualmente e com falta de criatividade com prejuízo ao comportamento produtivo; essa realidade é amplamente vivenciada pelos trabalhadores brasileiros, devido a forma de organização de trabalho (PINHO; ARAÚJO, 2007). O trabalho informal também é um fator agravante, uma vez que é caracterizado por baixos níveis de autonomia e de controle sobre a remuneração, baixo nível de organização, *status* social inferior quando comparado ao trabalho formal, instabilidade no emprego, ausência de benefícios e condições laborais deficitárias

com longas jornadas de trabalho (LUDERMIR, 2002), podendo desencadear sofrimento psíquico significativo nos trabalhadores.

No Brasil, em 2001, foi publicado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) o Manual de Doenças relacionadas ao trabalho de acordo com a Portaria/MS nº 1.339/1999 e o Decreto 3.048/99, o manual de procedimentos para serviços de saúde, onde consta a lista dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho (BRASIL, 2001):

Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8), Delirium, não-sobreposto à demência, como descrita (F05.0), Transtorno cognitivo leve (F06.7), Transtorno orgânico de personalidade (F07.0), Transtorno mental orgânico ou somático não especificado (F09), Alcoolismo Crônico (relacionado ao trabalho) (F10.2), Episódios depressivos (F32), Estados de estresse pós-traumático (F43.1), Neurastenia (inclui síndrome de fadiga) (F48.0), Outros transtornos neuróticos especificados (inclui neurose profissional) (F48.8), Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos (F51.2), Sensação de estar acabado (síndrome de Burnout – síndrome do esgotamento profissional (Z73.0) (p. 161).

Fatores relacionados aos transtornos mentais têm sido pesquisados e.g., por Guimarães *et al.* (2004), Dorigo e Lima (2007), Carlotto (2011) e Ujjie-Lima (2014), como o estresse, ocorrência de Transtornos Mentais Comuns, ocorrência de outros transtornos mentais, elementos da organização do trabalho, entre outros. Sobre a intoxicação, verificou-se que alguns metais classificados como pesados e solventes podem ter efeito tóxico direto sobre o sistema nervoso central, produzindo distúrbios mentais e alterações comportamentais, que se manifestam por sintomas como irritabilidade, nervosismo, inquietação, prejuízos na memória e na cognição (BRASIL, 2001).

Há também a classificação de doenças relacionadas ao trabalho proposta por Schilling, nas quais as doenças mentais se enquadram na categoria III – Trabalho como provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida (SCHILLING, 1984). Já de acordo com o Ministério da Saúde (2001, p.166) “os transtornos mentais e do comportamento, estão, em geral, classificados

nos grupos II ou III”, sendo o Grupo I: exposição a agentes tóxicos/fatores específicos; Grupo II: estudos epidemiológicos demonstrando maior frequência, intensidade ou precocidade; Grupo III: trabalho como fator desencadeante ou agravante (alcoolismo, transtornos neuróticos, *burnout*, episódios depressivos).

Em relação à prevalência dos TMRT, Oliveira *et al.* (2010, p. 23) referem que “os setores de serviços, vendedores e atividades administrativas, juntos, representaram aproximadamente 40% das notificações de TMRT”. Em trabalhadores ativos, entre os 20 e 50 anos as taxas de TMRT foram maiores. Baixas condições socioeconômicas, como “condições precárias de habitação, renda insuficiente para o acesso aos bens de consumo, baixa escolaridade e trabalho informal” (SANTOS; SIQUEIRA, 2010, p. 15), também afetam diretamente o adoecimento mental.

Logo, as consequências do sofrimento mental e dos transtornos mentais relacionados ao trabalho podem ser classificadas por incapacidade temporária ou permanente para novas investidas no mercado de trabalho, afastamentos, sofrimento psíquico moderado e intenso, assim como casos de depressão, ansiedade e tentativas de suicídio. Esses quadros patógenos demandam medidas profiláticas como ações de promoção e prevenção da saúde dentro e fora do ambiente de trabalho; constante participação e fiscalização dos órgãos especializados nesse âmbito, além da profissionalização e capacitação dos profissionais responsáveis por esses sujeitos que adoecem devido às condições do trabalho.

## 2.2.1 Os custos dos transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT)

Os TMC causam grande impacto socioeconômico, principalmente pelos dias de trabalho perdidos e devido ao aumento da procura de seus portadores

pelos serviços de saúde (BROADHEAD *et al.*, 1990; GOLDBERG; HUXLEY, 1992; PORTO *et al.*, 2006; SZETO; DOBSON, 2013).

Segundo Razzouk (2016), a ocorrência de absenteísmo e presenteísmo provenientes de transtornos mentais gera um alto custo para o empresariado. Para essa mesma autora, no Brasil, a taxa de absenteísmo por transtorno mental está entre 9,5% a 20%.

Os transtornos mentais são responsáveis por um alto custo para o segmento produtivo e para os demais segmentos da sociedade e se apresentaram em 3º lugar em pedidos de concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho no ano de 2002 (BOFF; LEITE; AZAMBUJA, 2002). De acordo com Goldberg e Huxley (1992, p.55), “(...) esses transtornos representam um alto custo social e econômico, pois, incapacitantes, constituem causa importante de dias perdidos de trabalho, além de elevarem a demanda nos serviços de saúde”. Os TMC e demais transtornos mentais comprometem a saúde mental, gerando prejuízos aos cofres públicos, além de “custos em termos humanos, sociais, prejuízos econômicos” (OMS, 2001, p. 15), além de incapacidades e sofrimento humano (OLIVEIRA, 2013, p. 23). Nesse sentido, a promoção de saúde psíquica dos trabalhadores representa um aspecto fundamental para a elevação dos índices de produtividade, inovação, desenvolvimento econômico e bem-estar dos trabalhadores. Os custos indiretos associados aos transtornos mentais no trabalho são superiores, se comparados aos custos relativos à assistência e tratamento.

Diversos estudos têm identificado o custo-benefício no tratamento, precoce dos transtornos mentais. Em se tratando da depressão, pesquisas demonstram que o tratamento eficiente pode diminuir em 75% o absenteísmo e maximizar a produtividade em 10%, reduzindo os custos relacionados à depressão (DONOHUE; PINCUS, 2007; SCHOENBAUM, *et al.*, 2001; ROST, 2005), uma vez que os TMC, no geral, estão associados à redução da produtividade no local de trabalho, com maior impacto em países em desenvolvimento (CHOPRA, 2009).

No Brasil, a depressão é considerada o terceiro motivo de concessão de benefício auxílio-doença pelo INSS e uma das principais causas de absenteísmo e

perda da produtividade laboral. Esses números não diferem dos números mundiais. Nos Estados Unidos, a depressão é considerada a primeira causa de absenteísmo e a prevalência de depressão na população trabalhadora está entre 12% a 17% (GABRIEL, 2013). No Reino Unido, a ansiedade, a depressão e o uso de álcool e drogas são responsáveis por 50% de todos os dias de ausência ao trabalho por motivo de doença (BHUI, *et al.*, 2012). No Japão, o número de suicídios de trabalhadores ligado às pressões no trabalho vem crescendo ano a ano. Países como o Canadá, Estados Unidos e Reino Unido referem que os custos dos transtornos mentais relacionados ao trabalho custa US\$ 5 bilhões ao ano (RAZZOUK, 2016). Já na França, houve um custo de 1,6 bilhão de euros entre os anos de 2002 e 2003 (SULTAN-TAIEB *et al.*, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005) vem chamando atenção para a necessidade de programas e políticas de promoção à saúde mental do trabalhador, por meio da implantação de estratégias que se configurem em melhorias nas condições laborais, diagnóstico precoce do adoecimento mental, identificação e análise dos fatores relacionados e que disponibilizem um cuidado eficiente para o tratamento dos transtornos mentais. Não há investimentos suficientes no campo da Atenção Primária à Saúde para o combate aos TMC, tendo como consequência a insuficiente capacitação para as equipes de saúde manejar os modos de sofrimentos não identificados nos manuais diagnósticos, soma-se a isso a escassez de políticas públicas e metodologias de cuidado direcionadas para essa dificuldade no campo da saúde (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

Inexistem estudos neste âmbito, junto a policiais rodoviários federais, na literatura nacional e internacional, então, a mesma será referida junto a outros grupos ocupacionais, apontando sua relevância em todas as ocupações, na atualidade.

Estudo realizado por Pawlina, Campos e Ribeiro (2009) com funcionários públicos no estado de Mato Grosso apontou os transtornos mentais como o terceiro motivo de afastamentos laboral com duração superior a três dias. Nesse

mesmo estudo, o índice de afastamentos relacionados aos transtornos mentais variou de 9,5% a 15,7% no período compreendido entre 2005 e 2006.

Já em outro estudo também com funcionários públicos da cidade de Vitória no estado do Espírito Santo, os transtornos do comportamento representaram 16% e se configuravam em 5<sup>a</sup> posição entre as causas de absenteísmo (ANDRADE *et al.*, 2008). Em Alagoas, os afastamentos das atividades laborais por transtornos mentais entre servidores públicos representaram 20% do montante dos afastamentos. Os transtornos mais prevalentes foram: de humor, relacionados ao estresse e os somatoformes (26,4%) (SILVA *et al.*, 2012). Em pesquisa realizada por Fonseca e Carlotto (2011) com funcionários públicos em Porto Alegre, os transtornos depressivos se constituíram aproximadamente em 60% das causas de absenteísmo por transtornos mentais.

Uma pesquisa norte-americana realizada por Rost *et at.* (1998) estimou um ganho real de 619 dólares por indivíduo, anualmente, a partir da diminuição dos níveis de absenteísmo gerados por depressão e um aumento na produtividade de 1,982 dólares por pessoa, anualmente. Na Índia e no Paquistão, os custos ligados ao absenteísmo gerado por depressão e ansiedade regrediram em 90%, com a implantação de uma assistência integrada (CHISHOLM *et al.*, 2000). Um estudo de Braga *et al.* (2010) com servidores do Centro Cirúrgico do Hospital das Clínicas da FMB-Botucatu da UNESP evidenciou “custos de afastamentos superior a cinco anos no âmbito do Hospital das Clínicas, com gasto de R\$ 2.332.340,40 no ano de 2007” (p. 9).

Os programas que contribuem para a prevenção, diagnóstico e tratamentos dos transtornos mentais no trabalho correspondem a uma boa relação custo-benefício, porque se refletem em diminuição do absenteísmo, dos afastamentos laborais e eleva a produtividade, além de proporcionar melhora nos índices de bem-estar no trabalho (RAZZOUK, 2016). É importante salientar, que o não reconhecimento por parte dos profissionais, de um estado de mal-estar amplo, mas somente com enfoque na queixa somática imediata, implica em gastos com encaminhamentos e exames médicos desnecessários (FORTES, 2004).

## *2.2.2 Estratégias e intervenções para redução do impacto socioeconômico dos transtornos mentais no trabalho (TMT)*

Embora sejam poucos na literatura nacional e internacional os estudos que avaliam intervenções dos transtornos mentais no trabalho, uma pesquisa feita por Bambra *et al.* (2007) aponta para o fato de que os ambientes laborais têm se tornado local adequado para práticas interventivas com foco na melhoria da saúde psíquica e, por conseguinte aumento da produtividade empresarial. Existem várias modalidades interventivas para a promoção da saúde mental dos trabalhadores nos ambientes de trabalho: mapeamento precoce para diagnóstico de transtornos mentais, realização de *workshops* com a temática saúde mental, intervenções de caráter individual, intervenções em grupos, sessões de aconselhamento, medicação, entre outros. As formas de promoção de saúde mental nos ambientes laborais podem ter como público alvo a população trabalhadora que não tenha sido diagnosticada com transtorno mental, aqueles que já estão com diagnóstico de transtorno mental e os trabalhadores afastados devido à presença de transtornos mentais, esse último grupo demandando ações de retorno ao trabalho.

Pinheiro (2016) entende que apesar de diversos fatores ligados ao desempenho laboral e saúde psíquica demandarem mais estudos, as comprovações científicas têm apontado claramente para uma vantagem competitiva na promoção da saúde mental e no diagnóstico e tratamento precoce, produzindo assim melhorias ligadas ao desempenho dos trabalhadores, seu bem-estar e a redução dos custos na utilização de serviços de saúde, absenteísmo, acidentes de trabalho, concessão de benefícios como auxílio-doença e aposentadoria precoce. Torna-se de fundamental importância a análise e a avaliação das intervenções de modo a mensurar sua eficácia a partir das dificuldades identificadas no diagnóstico da organização e/ou alcance dos objetivos traçados como, por exemplo, redução nos índices de absenteísmo ou aumento na produtividade dos trabalhadores.

Murta e Trócolli (2004) em um estudo que objetivou descrever a avaliação de efetividade de um programa de intervenção do estresse ocupacional direcionado ao trabalhador, concluiu que após a implantação do programa os funcionários perceberam impactos imediatos nos níveis de satisfação no ambiente laboral. Consideraram ainda que o programa promoveu desenvolvimento de habilidades sociais, estimulou sentimentos e sensações agradáveis e propiciou ferramentas de solução e enfrentamento de problemas. Por fim evidenciou a intervenção como viável, de baixo custo de implantação, pouca alteração nas atividades laborais dos funcionários durante o treinamento dada a assertividade na condução, duração e periodicidade das sessões.

A partir do exemplo citado acima deve-se buscar ações que focalizem primeiramente a pessoa, em seu sofrimento (tristeza, raiva, ansiedade, solidão, dor, irritação) e também nas relações nas quais ela se insere, ou seja, na dimensão relacional com o outro, “assim como a criação de espaços de acolhimento e escuta sensível para usuários e profissionais do campo da saúde” (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008, p. 286), conhecidos por meio da importância das “redes de apoio social e serviços de saúde que promovam atividades de grupo (artísticas, de lazer ou terapêuticas), e espaços para a escuta, palavra e vínculo”.

Menezes (2012) entende que “efetuar uma intervenção terapêutica pressupõe decifrar as queixas vagas, os sintomas difusos, as disruptões inexplicáveis, enfim, uma ampla gama de perturbações manifestadas pelo sofredor” (p. 20). Daí surge a importância de se investir em políticas públicas que visem à prevenção de TMC por meio da Atenção Básica de Saúde/Atenção Primária à Saúde (APS). A Atenção Básica é entendida aqui como um arcabouço de intervenções de saúde, na esfera individual e coletiva, que contemplem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de doenças e a proteção da saúde, medidas diagnósticas, tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

De acordo com Brasil (2013) a Atenção Básica traz algumas ações terapêuticas que os profissionais da saúde e da assistência social podem fazer no que tange à prevenção primária à saúde: proporcionar ao usuário dos serviços de saúde momentos para pensar/refletir; exercer boa comunicação; exercitar a habilidade da empatia; lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer; acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas; oferecer suporte na medida certa, uma medida que não torne o usuário dependente e nem gere no profissional uma sobrecarga; reconhecer os modelos de entendimento do usuário. Também acrescenta que “as intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças” (p. 23).

Assim, o âmbito da prevenção primária em saúde consistiria na proposição de programas de promoção de educação e desenvolvimento para crianças que vivem em pobreza, em que propostas de intervenções nutricionais e psicossociais fossem feitas. A prevenção secundária se definiria como um reforço da terapêutica dos Transtornos Mentais Comuns na atenção básica, na capacitação dos profissionais envolvidos no reconhecimento e tratamento dos TMC, que levem em conta as variáveis psicossociais envolvidas (PATEL; KLEINMAN, 2003), além da escuta e do acolhimento. Com isso, elencam-se algumas ações relativas à Atenção Primária: avaliação, apoio, psicoeducação, monitoramento ativo, grupos operativos, grupos de escuta, grupos de apoio, Terapia comunitária, entre outros. Lancetti e Amarante (2006) defendem, assim, que a atenção primária é relevante pelo fato de ser “o habitat privilegiado para tratamento de pessoas com sofrimento mental (...) é o bairro, as famílias e as comunidades e, logicamente, as unidades de saúde encravadas nos territórios onde as pessoas existem” (p. 615).

Outros planos governamentais também se destacam no que diz respeito às intervenções nos TMC. Assim, existem as ações de Redução de Danos na Atenção Básica, baseadas na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), que consistem na participação ativa da pessoa que busca ajuda, levando em

consideração seus desejos e suas possibilidades. A Estratégia “Saúde da Família” (ESF) é um dos principais eixos de trabalho da Atenção Básica à Saúde, “por ter como ação as visitas mensais aos moradores de uma determinada área, possibilitando que pessoas e famílias em situação de maior risco sejam atendidas” (BRASIL, 2013, p. 65), e representa as intervenções psicossociais em Atenção Primária à Saúde (APS). O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) também configuraram redes de apoio para a prevenção e tratamento aos TMC.

As ações psicossociais são muito importantes, pois contemplam todas as instâncias do sujeito que adoece. Assim, Merhy (2004) afirma que poderá ser implantado um modelo assistencial que tenha a capacidade de operar na produção da saúde e que possa produzir maior defesa da vida do usuário, maior controle dos riscos de adoecer ou de agravamento do problema, com o desenvolvimento de ações que permitam a produção de um maior grau de autonomia do usuário com o seu modo de ser e estar no mundo. Para tanto, as equipes que trabalham com essas pessoas que adoecem ou podem adoecer, devem ser treinadas e preparadas adequadamente. Com isso, focaliza-se as reuniões de equipe e diálogo constante, pois, de acordo com Brasil (2013) “as reuniões de equipe possibilitam a discussão de casos, o planejamento e avaliação de ações, a troca de conhecimentos, a abordagem interdisciplinar, constituindo-se em mais um recurso fundamental do cuidado em saúde mental” (p. 65).

São muitas as ações específicas relacionadas à diminuição ou mesmo o desaparecimento dos TMC. Para Pinheiro (2016) entre as diversas formas de intervenção, algumas têm se destacado apresentando resultados importantes na promoção da saúde mental, diminuição do absenteísmo e aumento da produtividade no trabalho, citam-se:

- 1) **Mapeamento Precoce da Depressão e Ansiedade:** é realizado no ambiente de trabalho por meio de aplicação de instrumentos específicos de sintomas mentais, onde o próprio trabalhador preenche, posteriormente acontece à devolutiva com os devidos

encaminhamentos como, por exemplo, para *workshop* ou atendimento individualizado aos trabalhadores que possuam os sintomas ou risco para o desenvolvimento do transtorno depressivo ou de ansiedade. Essa modalidade de intervenção possibilita o encaminhamento do trabalhador a formas de cuidado personalizadas à sua condição e previne ou diminui a probabilidade de agravamento do quadro sintomatológico e a evolução para quadros mais graves que gerem incapacidade laboral. Com essas ações interventivas ocorrendo de modo precoce, mesmo que o transtorno mental venha a se instalar, os trabalhadores têm ampliado suas possibilidades de retorno ao trabalho (KNAPP; MCDAID; PARSONAGE, 2011);

- 2) **Workshops sobre Saúde Mental:** é disponibilizado aos trabalhadores de qualquer nível hierárquico *workshop* com duração em média de oito horas, com foco na conscientização sobre a temática dos transtornos mentais e estratégias para promoção do bem-estar psíquico, resolução de conflitos e fortalecimento da resiliência, e encontrar formas para lidar com os sintomas ligados a depressão e ansiedade no trabalho. Esse tipo de ação tem sido eficaz em diversas pesquisas relacionadas a formas de manejo da depressão e na diminuição das perdas nos níveis de produtividade em diversos ambientes laborais. Seus benefícios são a execução do trabalho de uma maneira mais assertiva, com um maior nível de motivação, com relações humanas adequadas e com grau de empoderamento maior, contribuindo para a queda do nível de absenteísmo e o aumento da produtividade (KNAPP; MCDAID; PARSONAGE, 2011; KAMALDEEP *et al.*, 2012);
- 3) **Promoção de Bem-estar Mental no Trabalho:** existe uma grande quantidade de abordagens associadas à promoção de saúde psíquica no trabalho, como estudos de organização do trabalho flexível, programas de oportunidades de ascensão na carreira e treinamento de

habilidades para identificação de fatores de riscos para a saúde mental (KNAPP; MCDAID; PARSONAGE, 2011; NIOSH, 1998; TUC, 2000);

- 4) **Educação Financeira:** estudos evidenciam uma relação entre endividamento e prejuízos ao estado de saúde mental; pessoas que não apresentavam sintomas de transtornos mentais, mas que assumiram débitos não controláveis em períodos de até um ano, foram identificadas com risco um terço maior de desenvolver transtornos mentais ligados à ansiedade e à depressão em comparação com pessoas sem dificuldades financeiras, no mesmo período (BENDER; FARVOLDEN, 2008; SKAPINAKIS *et al.*, 2006). Essas condições estão relacionadas ao aumento dos valores referentes à prestação de cuidados de saúde, recuperação de crédito e baixa produtividade laboral (KNAPP; MCDAID; PARSONAGE, 2011). A estratégia, nessa situação é disponibilizar aos trabalhadores, *workshops* com a intenção de instrui-los em suas finanças e empoderá-los na administração de sua situação financeira, de maneira a diminuir os sintomas depressivos e ansiosos, e seus efeitos negativos na produtividade e na elevação dos custos referentes ao trabalho (PINHEIRO, 2016) e
- 5) **Programas de Assistência aos Funcionários:** esses programas de assistência aos funcionários também conhecidos como *Employee Assistance Programs* (EAP), geralmente são pagos pelas empresas e pensados com objetivo de auxiliar os trabalhadores a administrar suas dificuldades pessoais e profissionais. Esse tipo de intervenção baseia-se em diagnóstico, suporte, encaminhamentos necessários e atendimento psicoterapêutico na modalidade breve. Inclui-se ainda encaminhamentos para cuidados médicos, orientação financeira, jurídica, aconselhamento quanto à carreira, família na existência de conflitos entre pais e filhos por problemas de desvio de conduta (KNAPP; MCDAID; PARSONAGE, 2011).

Intervenções psicossociais avançadas para lidar com os TMC também são apresentadas por Brasil (2013):

- a) **Reatribuição de sintomas somáticos:** estabelecer ligação entre as queixas sintomáticas e o sofrimento psicológico. Conectar o sintoma a um sofrimento que pode não ter sua gênese no físico. E dar ao sofrimento a atenção que ele demanda. As etapas da terapia de reatribuição são: 1) Sentindo-se compreendido (fazer anamnese ampliada e exame físico focado na queixa, com valorização das crenças da pessoa); 2) Ampliando a agenda: dar *feedback* à pessoa, com recodificação dos sintomas e vinculação destes com eventos vitais e/ou psicológicos; 3) Fazendo o vínculo (construir modelos explicativos que façam sentido para a pessoa); 4) Negociando o tratamento (pactuar, em conjunto com a pessoa, um projeto terapêutico ampliado).
- b) **Terapia comunitária:** nos encontros em grupo para esse tipo de terapia, os participantes contam suas histórias pessoais e o grupo contribui fazendo perguntas e apontamentos com a finalidade de superação das dificuldades relatadas, num clima de acolhimento e empatia.
- c) **Terapias cognitivo-comportamentais,** essa modalidade tem tido grande impacto sobre o campo da saúde mental comprovando eficácia no entendimento e na terapêutica de uma ampla gama de transtornos mentais e comportamentais (DATTILIO; FREEMAN, 1998).

Há de se considerar as ações não convencionais de tratamento, como o caso de medidas de cunho espiritual-religioso (orações, curandeiras ou rituais curativos), e até mesmo a homeopatia, que é usada por uma grande parcela das pessoas acometidas por TMC. Bell (2005) e Pal (2002) citam que a homeopatia oferece menor custo e maior satisfação, quando comparada com a utilização de psicofármacos ou psicoterapias e ainda menor presença de efeitos secundários. Esses tratamentos alternativos são caracterizados como *Práticas Integrativas e Complementares* (PICs) que contemplam:

Sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos que envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes seguras. Envolve práticas tais como *Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais, Fitoterapia, Termalismo social/Crenoterapia e Medicina Antroposófica* (BRASIL, 2013, p. 143).

É interessante conhecer dispositivos que auxiliam nas intervenções em saúde mental, como é o caso do Manual de Intervenção Mi-GAP (Programa de Ação para reduzir as brechas em Saúde Mental). “O MI-GAP se baseia nas Diretrizes sobre intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas”. O MI-GAP foi desenvolvido para ser utilizado em locais de cuidados não especializados e se destina a prestadores de cuidados que trabalham em locais de cuidados primários e de cuidados secundários. O Manual é dividido em *Princípios Gerais de Cuidados*; um *Mapa Geral*, que apresenta os elementos e sintomas essenciais para se diagnosticar um transtorno mental ou sofrimento mental; os itens *Identificação e manejo* dos sintomas e condições pré-morbidas; *Intervenções psicossociais avançadas*, que são a) Ativação comportamental; b) Terapia cognitivo-comportamental (TCC); c) Terapia de análise de contingências; d) Aconselhamento ou terapia familiar; e) Terapia interpessoal (TIP); f) Terapia de incremento motivacional; g) Treinamento em habilidades para pais de crianças e adolescentes com transtornos comportamentais; h) Treinamento em habilidades para pais de crianças e adolescentes com transtornos do desenvolvimento; i) Aconselhamento ou terapia de resolução de problemas; j) Relaxamento; k) Terapia de habilidades sociais (WHO, 2010).

De forma geral, sugere-se para o tratamento dos Transtornos Mentais Comuns: cuidados primários; disponibilizar medicamentos psicotrópicos; proporcionar cuidados na comunidade; educar o público; envolver as comunidades, as famílias e os utentes (usuários); estabelecer políticas, programas e legislação nacionais; preparar recursos humanos, estabelecer vínculos com

outros setores; monitorizar a saúde mental na comunidade, além do apoio à pesquisas de cunho epidemiológico-preventivo (OMS, 2001), e mais investimentos no setor da educação, pois se sabe que “a maior escolaridade mostra-se como fator protetor importante para a ocorrência deste distúrbio [os TMC], justificando ações com o intuito de promover melhora na escolaridade das pessoas” (NETO et al., 2008, p. 238; GAZALLE et al., 2004). Acrescente-se que melhorias socioeconômicas também são importantes, pois dão acesso aos serviços de educação, lazer e saúde, abrindo portas para atividades de promoção em saúde mental e ações governamentais que visem a melhora das condições de vida das pessoas, a qualidade de vida e os índices de nível econômicos destas. A ressalva que se faz é sobre o uso de medicação quando a avaliação psicológica e física/geral do paciente assim o demandar, pois alguns pacientes apresentam sintomas depressivos e ansiosos, que requerem tais medicamentos.

### *2.2.3 Transtornos Mentais Comuns (TMC)*

A Organização Mundial da Saúde aponta para o fato de que aproximadamente 30% da população mundial de trabalhadores esteja acometida por Transtornos Mentais Comuns (sintomas depressivos, ansiosos, distúrbios somatoformes e neurastenia) e que 5 a 10%, sofram de transtornos mentais graves. Esses transtornos causam prejuízos e sofrimento às diversas áreas da vida humana e também para as esferas pública e privada (BRASIL, 2001).

De acordo com a WHO (2017), o número de pessoas portadoras de Transtornos Mentais Comuns vem aumentando consideravelmente, em especial nos países de baixa renda, devido ao crescimento da população e o aumento da expectativa de vida, vivendo mais as pessoas necessariamente passam pela faixa do ciclo vital em que a depressão e a ansiedade ocorrem com maior frequência.

Camargo e Neves (2004) afirmam que, atualmente, grande parte das patologias tem como gênese a combinação entre os fatores biológicos,

psicológicos e sociais. Embora a comprovação da relação entre estados emocionais e a condição física do sujeito ainda seja algo que apresente contradições pelas diversas abordagens, torna-se claro que problemas na saúde psíquica vai influenciar sobre maneira a dimensão física, como por exemplo, enfraquecimento do sistema imunológico, gatilho para a instalação de patologias físicas e morte prematura.

Guimarães *et al.* (2004) contribuem para o entendimento desta questão, afirmando que os transtornos mentais possuem semelhanças com a doença física, uma vez que são reflexo de uma cadeia interativa de fatores, em que a dimensão mental influencia a dimensão física, sendo a relação contrária também verdadeira e tal interação pode levar ao transtorno somático e/ou psíquico.

#### 2.2.3.1 Conceituação, classificação e avaliação dos Transtornos Mentais Comuns (TMC)

A terminologia “Transtornos Mentais Comuns” é uma expressão criada por Goldberg e Huxley (1993) para descrever sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, dificuldade de memorização, concentração e queixas somáticas, que perturbam o funcionamento normal do sujeito, mas não denotam uma categoria de sintomas da 10<sup>a</sup> Classificação Internacional de Doenças (CID-10), nem no Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais (DSM) da Associação Psiquiátrica Americana (APA). Mari e Jorge (2004) classificam os TMC como transtornos somatoformes, de ansiedade e de depressão.

Para a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2017), os Transtornos Mentais Comuns classificam-se em dois grupos diagnósticos: sintomas depressivos e ansiosos. Esses transtornos possuem alta prevalência na população, por este motivo são considerados comuns. Eles são quadros de saúde

diagnosticáveis e se diferenciam dos sentimentos de tristeza, estresse ou medo que qualquer pessoa pode vivenciar ocasionalmente em sua vida.

Já o Boletim ISA 5 (2011, p. 7) os entende como:

Um grupo de problemas de saúde mental altamente frequentes na população que, apesar de serem considerados uma morbidade psiquiátrica menor, trazem alto grau de sofrimento e prejuízos funcionais para as pessoas afetadas, sendo que apenas pequena parcela dela é identificada e tratada.

Portanto, os Transtornos Mentais Comuns se configuram como um foco de atenção de saúde pública e geram prejuízos econômicos importantes devido às demandas geradas aos serviços de atenção à saúde e no que concerne ao absenteísmo no trabalho.

Fonseca (2009, p.3) apresenta um quadro de sintomas relacionados aos TMC:

Os Transtornos Mentais Comuns podem se apresentar por meio de múltiplos sintomas, tais como queixas somáticas inespecíficas, irritabilidade, insônia, nervosismo, dores de cabeça, fadiga, esquecimento, falta de concentração, assim como infinidade de manifestações que poderiam se caracterizar como sintomas ansiosos ou somatoformes.

A classificação dos TMC se dá por meio de modelos dimensionais de análise, que “se baseiam na relação entre os sintomas individuais” (GOLDBERG; GOODYER, 2005) e não nos modelos categoriais e sindrômicos contidos nos manuais diagnósticos de transtornos mentais. Assim sendo, “os modelos dimensionais [...] facilitam o estudo de sintomas que tendem a aparecer juntos” (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008, p. 288). Santos (2002) concorda com essa caracterização, uma vez que cita que apesar dos TMC não preencherem todos os critérios para diagnóstico de transtornos mentais específicos, ainda assim, podem apresentar sintomas significativos para o agravio do sofrimento mental e físico, além de incapacidade nas atividades sociais e

cotidianas. Ressalta-se também que é por meio do diagnóstico de TMC que se pode classificar queixas somáticas e emocionais inespecíficas (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008, p. 287).

Por suas especificidades de sinais e sintomas:

Os Transtornos Mentais Comuns podem se manifestar por comportamentos de externalização (alterações comportamentais, como distúrbios relacionados ao álcool, dependência de drogas e comportamento antissocial) e internalização (transtornos de depressão e ansiedade (FIORINI, 2015, p. 33).

A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1993 apresenta a descrição clínica dos Transtornos Mentais Comuns, que, para melhor entendimento será descrita a seguir.

Os Transtornos Mentais Comuns se diferenciam de outros modelos classificatórios, pois estes se caracterizam por uma série de sintomas como os encontrados nos quadros nosológicos de depressão, ansiedade e transtornos somatoformes. Os TMC, porém se fundamentam na ligação entre os sintomas individuais.

Fortes (2004), nesse sentido, afirma que é usual os Transtornos Mentais Comuns se apresentarem na forma de queixas somáticas; os sintomas físicos normalmente se associam às doenças mentais, fazendo com que os médicos generalistas não os diagnostiquem como transtornos mentais. Frequentemente, os pacientes relatam sintomas somáticos diversos, inespecíficos e pouco caracterizados, contribuindo para a não identificação e classificação dos mesmos como transtornos mentais. O mesmo autor diz ainda que grande parte dos usuários dos serviços de saúde é composta por pacientes poliqueixosos.

Pode-se dizer que, a grande maioria dos autores que se dedica ao estudo desta temática procura localizar os principais fatores que influenciam e agravam o surgimento de TMC, e quase sempre se conclui que esse fenômeno é multifatorial e complexo, o que justifica o empreendimento de estudos mais aprofundados

nessa área. Para Braga (1993) vários fatores têm sido vinculados à prevalência de Transtornos Mentais Comuns, entre eles: características do sujeito, variáveis sociais, familiares e do trabalho. Acrescenta-se, ainda, a diminuição de renda, perda do trabalho formal e, em especial, as altas cargas de pressão psicológica no trabalho e o baixo controle sobre este. Assim, aspectos relacionados à constituição da personalidade da pessoa ou a eventos significativos, como doenças, estresse, e traumas podem contribuir para o aparecimento de Transtornos Mentais Comuns. Pode-se ter como exemplo os acontecimentos desestruturantes da vida, tais como fatos ou eventos em que a pessoa experimentou fortes sentimentos como angústia, humilhação, solidão, além de eventos traumáticos (mortes, separação conjugal) que afetam a autoestima e a vontade em realizar tarefas do cotidiano.

Variáveis de cunho social também podem influenciar o aparecimento de TMC, sendo de suma importância o entendimento das determinações sociais, políticas e econômicas do sofrimento mental. A baixa escolaridade da população, por exemplo, é um fator que dificulta a inserção no mercado de trabalho, que é o que se observou em um estudo do Boletim Isa 5 (2011, p. 12) que obteve associação entre o nível de escolaridade e a presença de TMC; “pessoas de 16 anos e mais, com até três anos de estudo apresentaram prevalência significativamente maior [de TMC] que aquelas com escolaridade entre oito e onze anos”. Esses achados fornecem indícios da importância desse aspecto, para garantir a melhora da saúde e qualidade de vida dos sujeitos.

Ainda sobre o fator social, Ludermir e Melo Filho (2006) citam a relevância do apoio social e das instituições, afirmando que pessoas com baixo apoio social têm duas vezes mais chances de ter TMC. Outros estudos apontam os efeitos benéficos da crença em alguma religião ou filosofia, uma vez que há uma forte associação entre a prevalência de TMC e a falta de bem-estar espiritual ou religioso (VOLCAN *et al.*, 2003), o que fortalece a determinação do apoio social como um método preventivo ao adoecimento mental. Acrescenta-se também o uso de substâncias que causam dependência química como o álcool, tabaco e outras drogas, que devem ser encarado como um problema social, uma vez que pode ser

precipitador direto de muitos transtornos mentais (PINHEIRO *et al.*, 2007; GENTIL *et al.*, 2009).

Uma gama considerável de autores entende que os TMC podem estar associados às características demográficas, condições de vida, estrutura ocupacional e estressores ocupacionais (LUDERMIR; MELO FILHO, 2006; SILVA; MENEZES, 2008; PORTO *et al.*, 2006; ARAÚJO *et al.*, 2003; MACEDO *et al.*, 2007).

Fatores socioeconômicos como baixa renda, classes econômicas menos favorecidas, desemprego, baixos salários, trabalhos informais também influem negativamente na saúde mental dos sujeitos. O trabalho informal tem sido bastante investigado nesse sentido. A informalidade no trabalho apresenta características danosas para a saúde psicológica, como baixos rendimentos, elevadas jornadas de trabalho devido a não regulamentação da atividade, exposição a altas cargas de trabalho, a incerteza sobre a situação de trabalho, e ausência de proteção social e trabalhista, diminuição da qualidade de vida em relação ao trabalho, passando a ser uma das responsáveis pela ocorrência de Transtornos Mentais Comuns entre esse tipo de trabalhadores (COSTA; LUDERMIR, 2005; ARAUJO; KASAREK, 2008; LACAZ, 2000; COSTA; PATEL; KLEINMAN, 2003; OMS, 2001).

Pesquisas sobre a relação entre o aparecimento dos TMC e fatores como idade e gênero têm ganho destaque na comunidade científica. Lima *et al.* (1996) e Patel *et al.* (1999) observaram que quanto maior a idade do sujeito devido às condições relativas ao amadurecimento, maiores as chances de se ter TMC. A ocorrência desse tipo de transtorno também é mais frequente em mulheres do que em homens. Em uma pesquisa epidemiológica feita por Kaspper e Schermann (2014, p. 174) sobre mulheres com idades mais avançadas constatou-se que:

A idade da mulher pode ser considerada um fator preponderante para o desenvolvimento de TMC em função do climatério, que representa o período de vida da mulher em que ocorre a transição da fase reprodutiva para a não reprodutiva, uma vez que mudanças físicas e psicológicas nas quais as mulheres passam nesse período

podem despertar questões sobre a vida, a velhice, a morte, gerando ansiedade e angústia.

A questão sobre o porquê do acometimento para TMC significativo em mulheres ainda é uma questão a ser respondida, no entanto, argumenta-se que há mais TMC em mulheres, em razão da “alta a prevalência de *desordens de internalização* (...), tais como manifestações depressivas ou ansiosas” (GOLDBERG; GOODYER, 2005). Além do exposto, acrescente-se muita demanda para atividades domésticas e afins, o que se reflete na sociedade brasileira como um todo e o papel que nela a mulher desempenha (FONSECA, 2007).

Desta forma entende-se então, a influência das determinações sociais, culturais, políticas e econômicas para o adoecimento mental dos sujeitos.

Quanto a prevalência de TMC, fazem-se necessários mais estudos epidemiológicos, uma vez que “estudos populacionais no Brasil demonstram uma prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) que variam de 17% a 35%. Em estudos internacionais, a prevalência varia de 4% a 30,5%” (JANSEN *et al.*, 2011, p. 440). Santos e Siqueira (2010) citam que “no Brasil, no período de 1997 a 2009, a prevalência de Transtornos Mentais Comuns variou entre 20 e 56% da população adulta, principalmente entre mulheres e trabalhadores”. Além disso, de acordo com Fiorini (2015) os Transtornos Mentais Comuns vêm sendo estimados como a terceira causa mais frequente de morbidade em adultos.

Os Transtornos Mentais Comuns possuem relação intrínseca com o trabalho, uma vez que o segundo é cenário de uma infinidade de elementos que trazem aspectos positivos e negativos à saúde do trabalhador. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) em estudo realizado com o título *Mental Health in the Workplace* (2000), afirma que a partir do século XXI, o trabalho se tornará um fator determinante e causador de quadros neuróticos e desestabilizador da saúde mental do trabalhador. Os quadros mais conhecidos e incapacitantes associados ao trabalho são os transtornos de adaptação, quadros de ansiedade, estresse crônico e fadiga patológica, acrescentam-se ainda os transtornos de angustia e depressão (OIT, 2001).

Quanto aos aspectos do trabalho, fatores relacionados ao mesmo, também influenciam de forma significativa o surgimento dos TMC. Cordeiro *et al.* (2016) entendem que “o trabalho pode ser fonte de satisfação e desenvolvimento humano, e também, a depender das condições em que é realizado, fator de risco para adoecimento” (p. 364).

Ainda no campo das classificações, de acordo com a CID-10 (1993), os sintomas normalmente encontrados nos locais de trabalho são:

- a) Sintomas Depressivos: caracterizado por humor depressivo, perda do prazer, redução da disposição e energia, diminuição da capacidade de concentração, baixa autoestima, perda da qualidade do sono e alterações no apetite;
- b) Sintomas Ansiosos: preocupação excessiva, tensão motora e hiperatividade involuntária;
- c) Sintomas Somatoformes: a existência de pelo menos dois anos de sintomas físicos múltiplos e variáveis, sem explicação adequada de suas causas, negação da existência da dimensão psíquica para os sintomas.

De acordo com Laurell e Noriega (1989) está havendo um aumento do sofrimento psíquico e físico devido às condições e às relações decorrentes do trabalho, com o consequente agravamento dos TMC em decorrência das novas formas de organização e de gestão, que, por conseguinte, cria-se um aumento da exigência laboral para os trabalhadores. Dejours (1994) e Sauter *et al.* (1998, p. 712) apontaram os principais fatores envolvidos na organização do trabalho que influenciam no desgaste mental dos trabalhadores, tais como a:

Sobrecarga (excesso de tarefas, pressão de tempo e repetitividade); subcarga (monotonia, baixa demanda, falta de criatividade); falta de controle sobre o trabalho (baixo poder de decisão sobre o que e como irá fazer); distanciamento entre grupos de mandos e de subordinados; isolamento social no ambiente de

trabalho; conflitos de papéis, conflitos interpessoais e falta de apoios social.

Estudos realizados com população ativa têm enfatizado a temática “Transtornos Mentais Comuns” em diversas categorias profissionais como, por exemplo, a pesquisa de Alarcon (2014) que encontrou 18,4% de prevalência de TMC em servidores administrativos e docentes de uma universidade federal de Mato Grosso do Sul. Oliveira (2013) em um estudo quantitativo descritivo, de corte transversal, identificou uma prevalência de 42,5% de suspeição para TMC em fisioterapeutas de um grande hospital em Campo Grande/MS. Ujjie-Lima (2014) em pesquisa sobre a saúde psíquica e trabalho de servidores da justiça federal diagnosticou a prevalência de 20% para TMC na amostra pesquisada, enfatizando os impactos dos fatores psicossociais de risco do trabalho sobre a saúde mental do trabalhador.

Mesmo com algumas produções em nível nacional e internacional sobre os TMC, investigações epidemiológicas são ainda insuficientes nesse contexto, para se aferir a magnitude da problemática. O investimento escasso e a ausência de Políticas Públicas de Saúde tornam difíceis a caracterização desses quadros clínicos, por conseguinte, surgem dificuldades para ações de prevenção e promoção da saúde e do bem-estar físico e social.

Outra questão importante, é a dificuldade do diagnóstico dos TMC pelos profissionais da saúde. Há uma dicotomia entre os modelos categoriais e dimensionais, por parte desses profissionais. Goldberg e Goodyer (2005) defendem os dimensionais, que ao invés de se basearem em conjuntos de sintomas, os modelos dimensionais “se baseiam na relação entre os sintomas individuais”, além de que “facilitam o estudo de sintomas que tendem a aparecer juntos” (FONSECA, 2007, p. 65), posto que nos TMC há uma combinação constante de sintomas ansiosos, depressivos e psicossomáticos. Esse mesmo autor acredita que por essas características, eles são considerados como *transtornos subliminares*. Por apresentarem essas características silenciosas, eles

“causam prejuízos e incapacidades funcionais comparáveis ou mais graves que os transtornos crônicos” (MARAGNO *et al.*, 2006).

Nesta direção, McGorry (2000) cita que se vem investigando o “sub-diagnóstico” dos TMC e tem-se evidenciado que a deficiência no reconhecimento precoce desses transtornos tem implicações importantes no curso, no prognóstico e na resposta ao tratamento; como consequência, aumenta-se os índices de sujeitos com algum tipo de sintomatologia inespecífica para um transtorno mental específico.

Sobre o nível de sofrimento envolvido nos TMC, Fonseca (2007, p. 66) diz que:

O fato dos sintomas não se adequarem perfeitamente às bases categoriais dos diagnósticos psiquiátricos não diminui o grau de sofrimento dos sujeitos envolvidos, assim como os custos para o sistema de saúde com encaminhamentos e exames desnecessários, no caso de diagnósticos equivocados.

Assim, entende-se que o diagnóstico, tratamento, prevalência e consequências dos TMC são de importância pública devido às consequências individuais, sociais e econômicas que esses tipos de transtornos trazem à sociedade, e nesse sentido, novas formas de intervenções e reflexões devem ser feitas para combater esses agravos. Todavia, se o diagnóstico é tão difícil de ser feito, deve-se falar sobre ele. A importância de uma avaliação psicodinâmica e contextual para fins de diagnóstico diferencial e para se conhecer esse sujeito que sofre deve ser efetuada de acordo com as hipóteses diagnósticas dos casos clínicos, pode-se planejar intervenções e instrumentos capazes de lidar com os TMC. Entre os instrumentos para o diagnóstico dos Transtornos Mentais Comuns, os mais usados são:

O *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20); o *Patient Self-Report Symptom Form* (PASSR); o *Post Graduate Institute Health Questionnaire N2*; o *General Health Questionnaire* (GHQ) e os itens relacionados à versão breve do *Present State Examination* (PSE)” (CARVALHO, 2008, p. 22).

O *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) é um dos principais instrumentos de screening para o diagnóstico de TMC e possui 20 perguntas que servem para “detectar indícios de transtorno mental, constituindo-se em um instrumento imprescindível para comparar a magnitude de adoecimento mental em grupos populacionais de vários contextos culturais” (CARVALHO, 2008, p. 22).

Outro instrumento muito utilizado para a detecção de TMC é o QPsNordic (*General Nordic Questionnaire for Psychological and Social at Work*), que enfatiza as interações sociais no ambiente de trabalho. Ele é constituído por itens em escala de *likert* de cinco pontos, variando entre: 1) muito pouco, de modo nenhum ou nada; 2) pouco; 3) um pouco; 4) bastante e 5) muito. O questionário possui 123 perguntas de múltipla escolha, com 14 dimensões (psicológicas e sociais no trabalho): antecedentes pessoais, demandas no trabalho, expectativas da função no trabalho, controle no trabalho, previsibilidade no trabalho, domínio de trabalho, interações sociais, liderança, cultura organizacional, interação entre o trabalho e a vida privada, centralidade no trabalho, compromisso organizacional, trabalho em grupo (OLIVEIRA, 2013, p. 33; LINDSTROM *et al.*, 2000). O QPsNordic é “utilizado para a avaliação de condições psicológicas, sociais e organizacionais do trabalho” (OLIVEIRA, 2013, p. 32), para traçar um panorama das condições subjetivas no trabalho, e com isso, elaborar propostas interventivas.

Um modelo teórico metodológico sobre o estresse ocupacional útil para a interpretação dos dados decorrentes da aplicação desses instrumentos é o Demanda-Controle (D/C) de Karasek, citado anteriormente. Segundo o mesmo, as demandas devem ser entendidas como pressões psíquicas que os trabalhadores enfrentam no exercício de suas atividades laborais e podem originar-se da quantidade de trabalho a ser executada em uma unidade de tempo e/ou no desequilíbrio entre as capacidades do trabalhador e as exigências provenientes do trabalho (KARASEK, 2005). Já o controle, é o nível de autonomia que o trabalhador tem sobre seu trabalho, a partir de suas competências e conhecimentos. A inter-relação entre os dois conceitos cria as subdivisões:

demandas psicológicas elevadas e baixo controle do trabalho; demandas psicológicas elevadas e alto grau de controle sobre o trabalho (trabalho ativo); baixas demandas psicológicas e baixo controle (trabalho passivo); baixas demandas psicológicas e alto grau de controle (KARASEK, 2005). Tendo em vista que o controle sobre o trabalho é apenas uma das formas de enfrentamento das pressões oriundas do trabalho, existem diversos estudos que apontam que o suporte social pode atuar como agente moderador das demandas dentro e fora do trabalho (ARAÚJO, 1999). A dimensão suporte social foi incluída ao modelo teórico por Kasarek e Theorell (1990). A rede de suporte social pode ser considerada como apoio da liderança e colegas de trabalho, que apesar de ser uma contribuição grupal, podem alterar as dimensões de ordem subjetiva da relação entre demanda e controle e suas implicações à saúde (Kasarek, 1998). Assim sendo o apoio social corresponde a um fator de proteção contra os efeitos deletérios do estresse. De acordo com Araújo (1999) além da dimensão social foi adicionada ainda uma nova dimensão que diz respeito à demanda física, onde elevado esforço físico pode demandar esforço psíquico. Essas subdivisões são importantes para se fazer uma análise ampla dos fatores envolvidos na ocorrência de TMC.

No que se refere aos fatores de risco relacionados aos Transtornos Mentais Comuns, concebe-se que estes influem negativamente na vida dos sujeitos pelos baixos índices de sua Qualidade de Vida. Isso se deve, em muito, às dificuldades e às barreiras relacionadas à falta de ações governamentais, institucionais e coletivas que visem à promoção e prevenção da saúde física e mental.

Em trabalho sobre o tema, Lancman, Toldrá, Santos (2010), Lax e Klein (2008), Dembe (2001) e Seligmann-Silva (1997) pontuam as consequências do sofrimento psíquico no trabalho:

(...) há que se considerar que o agravamento dos transtornos mentais dos trabalhadores submetidos a condições penosas é frequente, levando-os ao consumo de drogas, a sofrerem acidentes de trabalho, à incapacidade para o trabalho, ao afastamento do trabalho por tempo prolongado e à exclusão do mercado de trabalho, resultando em grandes custos ao Estado e à sociedade (p.12).

Esses fatores devem ser considerados, uma vez que “(...) a grande maioria dos servidores está submetida a altas demandas psicológicas no trabalho, representando risco de adoecimento, sendo recomendável a adoção de métodos que permitam mapear estressores psicossociais no trabalho” (BRAGA *et al.*, 2010, p. 25). Também se ressalta que nos últimos 20 anos, constata-se uma intensificação no ritmo laboral, elevação dos trabalhos altamente qualificados e maior utilização de informação e tecnologia de comunicação, que submete os trabalhadores a demandas mais elevadas, com possibilidade de repercussão sobre suas funções mentais (EUROPEAN AGENCY ON SAFETY AND HEALTH AT WORK, 2007). As intervenções devem se dar no sentido da minimização do sofrimento dos trabalhadores envolvidos, como também “há necessidade de discussão sobre a criação de novos meios de intervenção no ambiente de trabalho e organização das tarefas para promoção da saúde mental e bem-estar do trabalhador” (SILVA; MELO; GRIEP; ROTEMBERG, s/d, p. 10).

## 2.3 Transtorno por estresse pós-traumático (TEPT)

*Lamentar uma dor passada, no presente, é criar outra dor e sofrer novamente.*

**Shakespeare**

Vários pesquisadores têm procurado entender os aspectos específicos e gerais da ocorrência desse transtorno, que atinge uma grande parcela da população, uma vez que a prevalência mundial do TEPT é em torno de 8% e pode chegar a mais de 75% em populações mais sujeitas a fatores de risco (SADOCK; SADOCK, 2007; STEIN; CARLI; CASANOVA, 2004).

O Transtorno por Estresse Pós-Traumático (TEPT) é uma patologia relacionada à exposição direta ou indireta a situações traumáticas como morte, lesões ou traumas graves (LIMA; ASSUNÇÃO; BARRETO, 2015). Após essa vivência, inicia-se uma gama variável de sintomas característicos e perturbações de ordem psicológica, social e biológica (GUIMARÃES; NEVES, 2011).

Além disso, a literatura especializada neste campo tem buscado as origens do termo “Transtorno Por Estresse Pós-Traumático”, suas possíveis causas, os fatores de proteção e de risco relacionados, seu desenvolvimento, as dificuldades e desafios para seu diagnóstico e a relação do mesmo com a Psicopatologia do Trabalho, além de como, os profissionais aqui estudados, os PRF, que estão expostos a riscos de morte todos os dias, podem ser acometidos pelo TEPT.

### 2.3.1 Breve evolução conceitual

Em 1859, o psiquiatra Pierre Briquet estabeleceu o nexo psicológico entre os sintomas da histeria, adicionando os de somatização, com as experiências de

traumas sexuais na infância. Em seu estudo com 501 pacientes histéricas concluiu que 76% delas vivenciaram situações traumáticas que foram gênese para a histeria. Data-se de 1889 a primeira utilização do conceito “neurose traumática”, cunhado pelo neurologista Herman Oppenheim, sua ênfase foi preferencialmente orgânica, entendendo que as lesões funcionais que se evidenciavam nesses casos tinham suas causas nas alterações moleculares tênuas no sistema nervoso central (SCHESTATSKY *et al.*, 2003).

Estudo de Janet realizado entre 1889 e 1920 que visava estabelecer os mecanismos de dissociação, traumas e histeria com 591 pacientes encontrou gêneses traumáticas para a instauração de psicopatologias em 257 dos pacientes estudados. A partir dessa investigação, o autor propôs que quando as pessoas vivenciavam “emoções muito fortes”, ficavam incapacitadas para conciliar as experiências traumáticas com os modelos mentais prévios. Como consequência, as memórias traumáticas não conseguiam ser elaboradas e introjetadas na consciência ficando dissociadas. Diante de tal constatação a referida autora produzia uma compreensão dos efeitos dos traumas sobre a mente, enfatizando que condições de elevada excitação poderiam causar falhas na integração de memórias traumáticas. Por sua vez, se essas memórias não fossem integradas ficariam reverberando na consciência do sujeito trazendo efeitos negativos de grande terror, preocupações obsessivas e revivências somatoformes sob forma de sintomas ansiosos (ELLENBERGER, 1970; VAN DER HART O,1989).

Kardiner em sua obra intitulada “As neuroses traumáticas de Guerra” publicada em 1941 estabelece as bases do TEPT que passa a ser referência do tema no século XX, afirmando de maneira pioneira que as pessoas que sofriam de “neurose traumática” apresentavam uma constante hiper-vigilância e sensibilidade frente aos embaraços ambientais, afirmava ainda que o centro desses quadros era uma “fisioneurose”, que se via tanto nos conflitos típicos das batalhas, como também no processo de tentativa de reequilíbrio emocional, continuando depois de maneira cronificada, estabelecendo a síndrome traumática (VAN DER KOLK; MCFARLANE, 1996).

Deste modo as origens do TEPT remontam à história dos grandes conflitos armados, como é o caso da guerra civil americana (síndrome do coração irritável), da primeira guerra mundial (choque da granada), da segunda guerra mundial (neurose de guerra) e da guerra do Vietnam na qual muitos soldados americanos passaram a ser diagnosticados como portadores deste transtorno. Ressalta-se aqui, que os aspectos políticos e ideológicos devem ser levados em consideração para um posicionamento crítico sobre a gênese desse termo, de acordo com os interesses de quem conta a história (SUMMERFIELD, 2001; SCHESTATSKY et al., 2003; FIGUEIRA; MENDLOWICZ, 2003).

Contudo, ao longo do tempo, o TEPT passou a ser usado para tipificar e diagnosticar, além das situações traumáticas do pós-guerra, “acidentes automobilísticos, abuso sexual, dificuldades de trabalho, assalto, sequestro, recebimento de notícias ruins e perda de pessoas queridas” (NÓRTE, 2005, p. 172). Assim, houve esforços da comunidade científica médica, sobretudo da psiquiatria, para enquadrar uma sintomatologia que envolvesse esses eventos em um único transtorno, para facilitar a classificação, o tratamento e prognóstico do TEPT.

### *2.3.2 Diagnóstico do transtorno por estresse pós-traumático (TEPT)*

O TEPT é um dos Transtornos relacionados a traumas e estressores listados no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais- DSM V (APA, 2015), caracterizado pelo aparecimento de sintomas específicos após a experiência de um evento traumático, que possuem quatro dimensões psicopatológicas descritas a seguir, sendo imprescindível a manifestação de pelo menos um sintoma de cada agrupamento, logo após o evento traumático: a) Sintomas intrusivos, caracterizados pela revivência persistente do evento por meio de lembranças, imagens e pensamentos, sonhos e agir como se estivesse ocorrendo novamente; b) Sintomas de evitação e embotamento afetivo, pelo

esforço persistente em evitar lembranças e pensamentos sobre a experiência traumática vivida, situações em que o evento possa ocorrer novamente e coisas, pessoas, lugares e situações que não possuem ligação direta com o evento, mas que de algum modo ativam a sua lembrança; c) Estado ansiogênico e excitabilidade permanente com manifestação de insônia, surtos agressivos, dificuldade de atenção, irritabilidade e hiper-vigilância; d) Alterações negativas persistentes em cognições e humor (APA, 2015). Esses sintomas devem estar presentes por no mínimo um mês.

O TEPT é subdividido em agudo quando a duração dos sintomas é de um a três meses, crônico quando a duração é maior que três meses e de expressão tardia quando o início dos sintomas ocorre seis meses após o evento traumático (APA, 2015). Segundo esse manual, se os sintomas perdurarem até três meses, o diagnóstico a ser dado é o de Reação Aguda ao estresse. Ressalta-se também que para o diagnóstico de TEPT, o transtorno deve afetar significativamente as diversas áreas da vida, como a social, ocupacional, afetiva, relacional, entre outras.

Cavalcante, Morita e Haddad (2009) citam três momentos do TEPT: 1) Dissociação peri-traumática, como o primeiro sinal do transtorno mental frente ao acidente (respostas fisiológicas de ansiedade e estresse, pensamento dissociado em relação à cena traumática, como a fuga da realidade e alterações senso perceptivas hipocondríacas; 2) Reação aguda ao estresse, por meio do agravamento dos sinais anteriores nas primeiras horas e semanas após o estresse; 3) O TEPT propriamente dito.

Ainda sobre o desenvolvimento desse transtorno, Maia e Pires (2006, p. 32) exemplificam as consequências do transtorno para o sujeito após um acidente rodoviário:

A primeira queixa (...) é a dificuldade de concentração e memória, funcionamento intelectual diminuído, menor capacidade de diferenciar o que é ou não importante, de manter autocontrole, lembranças recorrentes do acidente e, muitas vezes, sentimento de culpa pela causa do acidente, o que traduz um custo laboral

significativo, pois muitas delas [as pessoas] ficam sem condições de trabalhar.

A importância em se conhecer as causas e determinantes para a ocorrência do TEPT se coloca com relação à sua descrição, crítica e reflexão para ações terapêuticas específicas para cada caso. O TEPT é então, uma síndrome referente a um conjunto de fatores patológicos, que pode decorrer da exposição a um trauma. Cavalcante, Morita e Haddad (2009) reforçam que um trauma pode estar relacionado à experiência pessoal do acontecimento traumático que envolva morte ou ameaça de morte, ferimentos graves ou qualquer tipo de ameaça à integridade física do sujeito; o ato de testemunhar algum acontecimento que envolva morte, ferimentos ou injúrias ou a ameaça à vida de outrem; medo exacerbado, horror, pânico; a gravidade do acontecimento traumático, dentre outros fatores relacionados. Lima e Assunção (2011, p. 218) acrescentam que “a exposição constante a eventos ocupacionais adversos pode influenciar negativamente a saúde mental”.

### *2.3.3 Transtorno por estresse pós-traumático relacionado ao trabalho*

Breslau e Kessler (2001) entendem que os principais fatores associados ao desencadeamento dos sintomas são as características sociodemográficas, o funcionamento psicológico do sujeito traumatizado, morbidades psiquiátricas e psicológicas, tipo de intensidade de exposição a traumas, além da “duração e frequência da exposição aos eventos traumáticos e a influência de variáveis organizacionais” (REGEHR; BOBER, 2005, p. 118). As “variáveis individuais e de contexto são consideradas fatores associados ou de risco para TEPT e parecem explicar dimensões diferentes de adoecimento em trabalhadores” (LIMA; ASSUNÇÃO, 2011, p. 228).

Para Dorigo e Lima (2007) o estabelecimento do nexo causal entre o adoecimento psicológico e o trabalho se constitui um desafio, porém o TEPT se destaca como sendo o único transtorno mental em que sua relação direta e causal

com a ocupação é concebida por uma infinidade de pesquisadores e abordagens teóricas. Tal característica facilita a comunicação entre os profissionais e colabora para o sucesso nas terapêuticas referentes a esse transtorno.

Os profissionais da saúde devem levar em conta, constantemente, os fatores de risco e de proteção que envolvem o quadro clínico de TEPT. Quanto mais uma pessoa for exposta à violência e situações de sofrimento ao longo da vida, maiores serão os riscos para desenvolver algum transtorno mental (REGHER; MILLAR, 2007). No entanto, Cavalcante, Morita e Haddad (2009) dizem que pessoas que desenvolvem a resiliência, reflexões constantes sobre a vida e respostas de superação às adversidades possuem mais condições de enfrentamento no que se refere a esses riscos. Entende-se a resiliência como um construto com efeitos positivos no enfrentamento do TEPT, pois é um “processo de boa adaptação em face de adversidades, traumas, tragédias, ameaças ou motivos significativos de estresse” (APA, 2013).

Devido aos crescentes índices de mortalidade por acidentes de trânsito, violência, assassinatos, abusos sexuais, assim como outros eventos que podem gerar traumas, deve-se focar no preparo dos profissionais que irão lidar com pacientes desse tipo, além de ampliar pesquisas e o acesso à informação sobre o TEPT e ações que visem à promoção e à prevenção da saúde.

Inexistem dados epidemiológicos suficientes sobre o TEPT no Brasil (KAPCZINSKI, 2003), em particular os relacionados ao trabalho. Mesmo assim estima-se de 1 a 3% de prevalência para TEPT na população geral e de 5 a 75% nos denominados grupos de risco composto por combatentes, policiais, profissionais de emergência entre outros (BRASIL, 2001).

Nos ambientes ocupacionais, o transtorno causa sofrimento significativo e/ou danos no funcionamento organizacional, repercutindo em outras áreas importantes da vida (GLINA *et al.*, 2001). Os eventos traumáticos mais comuns encontrados são a violência ou ameaça de violência, acidentes e desastres graves com ocorrência de morte ou morte inesperada, grave problema de saúde, assalto

com uso de armas, divergências entre trabalhadores, entre outros (BRAVERMAN, 1998).

Nesse sentido, a literatura apresenta duas categorias que se apresentam como fator de risco para o TEPT relacionado ao trabalho, uma ligada a aos **estressores operacionais (grifos do autor)** que incluem vivencia de eventos traumáticos associados aos serviços de emergências. Esses eventos são inerentes às atividades executadas, deste modo, podem ser caracterizadas como estressores operacionais. Pode-se citar alguns exemplos como atendimento a vitimas de agressão, presenciar morte de pessoas durante os atendimentos, socorro a acidentes graves (VAN DER VELDEN *et al.*, 2010; CASTRO; ADLER, 2011).

A segunda categoria denominada **estressores organizacionais (grifos do autor)** contemplam a organização do trabalho nos serviços emergenciais, levando em consideração a alta demanda de trabalho, pouca autonomia de decisão, baixo suporte social, relação de desequilíbrio entre esforço e recompensa (SAIJO; HASHIMOTO, 2007; ERIKSEN; TAMBS; KNARDAHL, 2006; TAKS *et al.*, 2007; JANZEN; MUHAJARINE; ZHU, 2007; ASSUNÇÃO, 2003).

Estudos que relacionam essas variáveis e seus efeitos deletérios à saúde mental do trabalhador e suas implicações para a instauração de TEPT são frequentes. Pesquisa de Lima, Assunção e Barreto (2015) evidenciou associação significativa das categorias estressores operacionais e organizacionais e o quadro de TEPT em bombeiros.

Neste sentido, pode se dizer que a ocorrência do TEPT relacionado ao trabalho está associada à espécie de atividade laboral executada. Normalmente, essas envolvem elevado risco e também responsabilização por vidas, podem estar ligadas a risco de grandes acidentes, como os que envolvem as categorias profissionais de ferroviários, metroviários, aéreos ou bombeiros. Sua maior prevalência está entre adultos e jovens, não sendo exclusivamente restrito a esses, uma vez que pode se dar em qualquer faixa etária. Acomete mais pessoas

solteiras, divorciadas, viúvas e desfavorecidos social e/ou economicamente (BRASIL, 2001).

#### *2.3.4 Desafios atuais relacionados ao transtorno por estresse pós-traumático: diagnóstico*

É preocupante pensar que políticas públicas de promoção e prevenção à saúde sobre o TEPT praticamente inexistem no Brasil. O diagnóstico diferencial e as formas de tratamento precisam ser difundidos junto ao SUS (Sistema Único de Saúde) e nos planos de saúde em geral, de modo a se ampliar o alcance e a adequação do apoio a vítimas de estresse pós-trauma. Os determinantes sociais influem fortemente no desenvolvimento de traumas, uma vez que pessoas que enfrentam condições socioeconômicas desprivilegiadas possuem mais chances de evolução para um TEPT. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2010, p. 105).

Indivíduos que residem nas áreas mais pobres são mais vulneráveis, uma vez que tais áreas concentram os casos de assaltos, agressões físicas e morte por causas externas.

O TEPT é um transtorno psiquiátrico frequente, que na maioria das vezes não é diagnosticado e tende a se tornar crônico, se não tratado adequadamente, podendo incapacitar o sujeito e tornar-se refratário às intervenções terapêuticas (KESSLER, et al., 1995). A realização de um diagnóstico diferencial e o conhecimento atualizado do campo das psicopatologias e formas de tratamento se fazem imprescindíveis para o manejo desse quadro clínico, uma vez que se estima que mais de 80% das pessoas com TEPT tenham outras morbidades associadas, sendo a depressão a perturbação mais frequente. Yehuda (2002, p. 12) também comprehende que “para que o diagnóstico de TEPT seja feito, clínicos e pacientes têm que superar diversas barreiras de comunicação”, tais como o constrangimento ao falar sobre o trauma. Essa dificuldade em falar dos eventos acomete em muito as mulheres, “uma vez que o trauma sexual é a causa mais comum de TEPT no sexo feminino” (BUTTERFIELD; BECKER, 2002, p. 12).

Sabe-se que determinadas profissões estão mais propensas ao contato com eventos altamente estressantes no seu dia a dia de trabalho, e com isso, aumentam as chances de traumas por estresse agudo e crônico. Uma grande quantidade de casos do TEPT está relacionada ao trabalho, principalmente “na população que realiza trabalhos perigosos, como os que lidam com vidas humanas, com risco de grandes acidentes, como o trabalho nos sistemas de transporte ferroviário, metroviário e aéreo, como bombeiros, médicos e policiais” (ALMEIDA *et al.*, 2012, p. 7). Nesse sentido, profissionais que interagem diretamente com as questões de vida e morte, como os profissionais da saúde, de resgate e policiais de forma geral, se destacam devido ao alto grau de sofrimento implicado em sua rotina.

Levando-se em consideração essa problemática, Maia e Pires (2006, p. 176) expõem a importância de se investir no “cuidado aos cuidadores”, pois “os acidentes e o modo como eles são enfrentados pelas equipes de saúde ou pela equipe de resgate, como os policiais rodoviários federais, também podem afetar a saúde desses profissionais”. Assim, pode-se pensar que, no caso dos policiais ferroviários federais, o adoecimento e o consequente sofrimento psíquico estão relacionados à “exposição crônica a eventos traumáticos e a fatores psicossociais negativos” (REGEHR; MILLAR, 2007).

Sobre o tratamento do TEPT, a terapêutica dependerá de seu estágio evolutivo e comorbidades. No tratamento precoce ou em curto prazo, havendo necessidade de prevenção ao aparecimento dos sintomas psicológicos pós-trauma em pessoas que foram submetidas a grandes traumas, indica-se a administração de benzodiazepínicos ou de propranolol após o trauma, uma vez que essa medicação fornece certo conforto, não excluindo, porém, a possibilidade de aparecimento de sintomas pós trauma, nos meses posteriores (BALDWIN, 2014). A farmacoterapia como monoterapia pode ser uma possibilidade quando existirem as comorbidades depressão significativa, hiperexcitabilidade grave, com repercussões importantes sobre a capacidade do paciente se beneficiar do processo psicoterapêutico (BRASIL, 2015). Ipser (2012) diz que uma grande

diversidade de antidepressivos, como fluoxetina, paroxetina e sertralina, clomipramina, amitriptilina, imipramina, mirtazapina, nefazodona, fenelzine e a venlafaxina apresentam eficácia. Já no tratamento a longo prazo a paroxetina apresenta maior eficácia quando comparada com a fluoxetina e pode contribuir para reforçar os bons resultados do processo psicoterapêutico de exposição prolongada ao local e as cenas desencadeantes do trauma (MARTENYI, 2002; WATTS, 2013; SCHNEIDER *et al.*, 2012).

Em BRASIL (2001) encontra-se a menção que o tratamento psicoterapêutico na modalidade individual é indicado na fase inicial, sendo sugerido o modelo de intervenção em crise como apoio, psicoeducação e desenvolvimento de mecanismos para lidar com o evento traumático. Em quadros cronificados o atendimento psicológico tem por objetivo proporcionar ao paciente que fale livremente sobre o evento traumático, permitindo relembrar a situação e assim que possível possibilitar a reconstrução de sua realidade. A modalidade de psicoterapia grupal pode contribuir na elaboração do trauma, especificamente na fase crônica. A psicoterapia familiar pode ajudar fornecendo apoio efetivo aos membros da família e ao paciente.

Ainda sobre o processo psicoterapêutico é importante esclarecer ao paciente que a resposta ao tratamento psicológico não é imediata e que uma momentânea piora dos sintomas pode ocorrer; as terapias de longa duração muitas vezes são indicadas, a dependência ao terapeuta pode ocorrer, em casos de interrupção repentina do tratamento e os bons resultados alcançados em curto prazo não são garantia de cura (BRASIL, 2015). Nessa mesma direção, Oliveira (2010) cita a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) como uma possibilidade de confrontar o paciente com as memórias do trauma, além da Psicanálise e o *Debriefing Psicológico* como indicações psicoterapêuticas importantes.

De acordo com Dorigo e Lima (2007) a pessoa que tenha vivenciado uma situação potencialmente traumática, mesmo não diagnosticada com TEPT, deve iniciar o tratamento psicológico imediatamente, com o objetivo de propiciar o processo de elaboração da experiência traumática.

Nesse mesmo sentido, MARGIS (2011) afirma que quanto antes for iniciado o tratamento melhor, uma vez que seus resultados contribuem para alteração progressiva dos sintomas. Além disso, quanto maior for a demora em iniciá-lo, maiores são as chances de cronificação.

As Intervenções Psicossociais dão ênfase à relação entre o quadro clínico com o trabalho, o acolhimento “do sofrer” do trabalhador no ambiente laboral, orientações e direcionamentos pertinentes à situação. Algumas vezes, o trabalhador acometido pelo TEPT, além de afastamento do trabalho para tratamento, necessita também de um programa de reabilitação ocupacional, dado que as sequelas, em específico, nos quadros de fobias persistentes, podem impedi-lo de retornar a sua ocupação. Desta forma o acolhimento da vontade de mudança do trabalhador, a ajuda da equipe de saúde, com o objetivo de possibilitar que o funcionário retome sua vida produtiva, é muito importante para o empoderamento e a reconstrução do futuro do trabalhador adoecido (BRASIL, 2001).

Nemeroff *et al.* (2003) afirmam que estudos apontam que a combinação de diversas abordagens terapêuticas mostra maior eficácia na resposta ao tratamento para pacientes que tenham vivenciado alguma forma de trauma intenso.

No tocante a prevenção do TEPT relacionado ao trabalho, uma série de medidas podem ser utilizadas como: prevenção de acidentes, segurança e promoção de melhorias nas condições laborais, entre elas nos aspectos organizacionais que contemplem o trabalhador em sua subjetividade. Demanda um trabalho interdisciplinar das equipes assistenciais, de vigilância e saúde, treinada para lidar e fornecer apoio ao sofrimento mental do trabalhador e aos aspectos psicossociais do trabalho. A intervenção sobre as condições laborais mostra-se como importante e foca-se na análise ergonômica do trabalho real e tarefa, objetivando o reconhecimento de fatores como: conteúdo da tarefa, formas de execução, postos de trabalho, ritmo e carga das atividades, aspectos mecânicos e estruturas físicas dos postos de trabalho e as regras de produção, escalas de turnos, programas de premiação e motivação, variáveis psicossociais e

individuais, relações entre colegas e lideranças, estratégias de proteção coletiva e individual disponibilizadas pelas empresas, entre outras (BRASIL 2001).

De acordo com Silva *et al.* (2012) o TEPT relacionado ao trabalho pode causar vários prejuízos aos trabalhadores como diminuição na habilidade de relacionamento interpessoal, mudanças no estado de ânimo, afastamento social, uso de substâncias psicoativas e causar prejuízos as empresas por meio de elevados índices de insatisfação no trabalho, aumento das taxas de absenteísmo e de aposentadoria precoce. Como o referido transtorno pode impactar negativamente na qualidade de vida do trabalhador e em sua capacidade produtiva, torna-se salutar que estratégias preventivas sejam utilizadas pelos diversos atores sociais envolvidos, especificamente os segmentos empresariais.

## 2.4 Saúde mental dos policiais rodoviários federais (PRF)

*A maior recompensa pelo nosso trabalho não é o que nos pagam por ele, mas aquilo em que ele nos transforma.*  
**Ruskin**

A relação entre o trabalho e o estado mental dos trabalhadores ganharam grande destaque nos estudos científicos no início do século XXI, mesmo apresentando certas dificuldades na comprovação do nexo causal que os relaciona (GLINA, et al., 2001; JACQUES, 2007). Na literatura, existem pesquisas relacionadas à prevalência de transtornos mentais em diferentes categorias profissionais (FORTES; VILLANO; LOPES, 2008; IACOPONI, 1997).

Diversos quadros de Transtornos Mentais têm sido identificados como responsáveis pelos afastamentos para tratamento de saúde e concessão de benefícios previdenciários, realidade que aponta para a urgência em se prestar maior atenção nas condições de trabalho, uma vez que os efeitos deletérios à saúde ligados ao tipo de ocupação geram incapacidade momentânea ou definitiva dos trabalhadores, diminuindo sua autonomia e seus níveis de produção (CRUZ, 2010).

A revisão de literatura feita para esta dissertação encontrou somente dois trabalhos realizados especificamente com policiais rodoviários federais, um sobre estresse, dos autores Freitas et al. (2015) e outro sobre trabalho e saúde dos policiais rodoviários federais produzido por Pôrto (2013). Assim sendo, para efeitos comparativos, relata-se nesta seção, trabalhos feitos também com outras corporações, dadas suas semelhanças.

A ocupação de policial traz consigo uma série de características bem definidas que podem ser consideradas como fatores de risco para o adoecimento do trabalhador, como por exemplo, uma não diferenciação entre as horas de trabalho e não trabalho, que acaba fazendo com que o policial não consiga se

desvincilar de sua função, mesmo em horários e locais que deveriam, em princípio, ser dedicados a sua vida pessoal. Como resultado, desenvolvem-se comportamentos persecutórios, uma hiper-vigilância constante e um aumento de insegurança nas relações sociais (MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO, 2007; SOUZA; MINAYO, 2005).

Segundo Coleta e Coleta (2008) em relação aos fatores ligados à excessiva desconfiança do policial, há consenso entre os familiares e o policial, gerando, de acordo com os familiares, distanciamento relacional entre eles. Somam-se as dificuldades geradas pela rotina da profissão que coloca o policial em contato constante com a violência e a criminalidade. O uso diário da arma de fogo, o risco eminente de ser ferido ou perder a vida, até mesmo em locais de socialização, a insegurança relacionada ao medo de seus familiares sofrerem alguma penalização/represália em decorrência do cumprimento de sua função, também são vistos como fatores que geram estresse e podem repercutir em sua saúde, tanto mental quanto física (ANDRADE; SOUZA; MINAYO, 2009).

Freitas *et al.* (2015) entendem que os policiais rodoviários federais passam por situações no ambiente laboral que podem ser consideradas como estressoras, como ter que lidar com as emoções dos familiares, a dor dos usuários acidentados, manejar a intimidade física e afetiva daqueles, entre outros. Nesse mesmo sentido Sanchez-Milla *et al.* (2001) afirmam que a ocupação de policial é vista como uma profissão estressante uma vez que os policiais estão em contato permanente em relação à sociedade no cumprimento de sua função.

Oliveira e Santos (2010) enfatizam que, os policiais rodoviários federais no exercício de sua profissão fazem contato com a marginalidade e, muitas vezes com a morte. Essa categoria profissional está entre as categorias que mais sofre de estresse, pois estão permanentemente submetidos ao risco e à agressão, uma vez que sua função demanda o atendimento de situações humanas envolvendo conflito e estresse.

Além das atividades laborais estressoras, se adicionam às condições e o tipo de organização do trabalho (SPODE; MERLO, 2006). A excessiva carga de

trabalho aliada à quantidade de plantões sinaliza para a necessidade de políticas e programas que objetivem a diminuição e/ou eliminação dos problemas decorrentes da rotina de trabalho dos policiais, sob pena de continuidade de um estado permanente de desequilíbrio social (ANDRADE; MINAYO, 2009; ANCHIETA; GALINKIN, 2005; MINAYO; SOUZA, 2003).

Oliveira e Santos (2010) identificaram que 20,8% da amostra de policiais que pesquisaram já tinha apresentado ideação suicida, em alguma fase da sua vida laboral. Amador (2002), Minayo, Souza e Constantino (2007) e Minayo e Souza (2003) corroboram estes achados, afirmando que o suicídio entre policiais demonstra o grande risco proveniente do trabalho, que envolve variáveis como as condições laborais, a execução de atividades extras que não possibilitam o descanso necessário e a falta de reconhecimento social do policial, situação em que o suporte social e familiar seriam de fundamental importância.

Destaque-se que os policiais e seus familiares percebem com um alto nível de insatisfação as condições e a organização laboral, creditando a essas as causas pelo adoecimento, muito mais do que os fatores de risco associados diretamente à profissão. Diante disso as corporações policiais necessitam de ações preventivas, ou seja, da criação e implantação de programas que promovam a saúde dos profissionais, com a análise de como as condições e a forma de organização do trabalho cooperam para o adoecimento do trabalhador (CASTRO; CRUZ, 2015). Para esses mesmos autores, os programas direcionados à saúde do policial são importantes para a efetivação de uma polícia sólida e eficiente, sendo o policial apenas um aspecto do sistema. Pesquisas como a de Lima, Blank e Menegon (2015) demonstram que a instituição policial necessita analisar seu modo de organização laboral e as condições nas quais estão expostos esses trabalhadores. Enquanto isso não ocorrer, o policial continuará sendo culpabilizado por não saber manejar adequadamente as condições geradas pelo trabalho a que está exposto, por não possuir a resiliência necessária para a execução de seu trabalho e adoecer. Em paralelo, a instituição policial continuará sem ter um

quadro funcional capaz de dar conta das vicissitudes da profissão com a eficácia desejada.

Diante do exposto, entende-se que o policial realiza suas atividades de trabalho em um ambiente repleto de riscos de diferentes ordens. Além das variáveis exclusivamente laborais, existem outras de cunho organizacional, como as relações no ambiente laboral, associadas às características de execução do trabalho policial, que se refletem em maior ou menor nível nesses trabalhadores, maximizando seu sofrimento mental e consequentemente, os efeitos deletérios advindos do estresse (FREITAS *et al.*, 2015). Acrescente-se as condições em nível macro, tais como, aumento da violência, criminalidade, desemprego, crise política, econômica e social, que interferem diretamente na saúde das pessoas e destes profissionais.

#### *2.4.1 Fatores de risco relacionados ao trabalho do policial rodoviário federal (PRF)*

A ocupação de policial é uma atividade que envolve grande risco, tendo em vista que esses trabalhadores, no seu dia a dia lidam diretamente com a violência, a残酷和 a morte. Estudos comprovam que essa categoria profissional está entre as ocupações que mais sofrem os efeitos negativos do estresse, pois apresentam alta exposição ao perigo e à agressão, devendo atuar em casos de conflito e tensão (COSTA; LIMA; ALMEIDA, 2003).

Especificamente, quanto a rotina de trabalho dos policiais, e, em particular sobre os policiais rodoviários federais – profissão tema deste trabalho, deve-se buscar entender quais são os elementos do trabalho que podem potencializar a ocorrência de TMC. Gershon, Lin e Si (2002, p.25) citam que “policiais, em todo o mundo, constituem uma das categorias de trabalhadores com maior risco de vida e de estresse”. Oliveira e Santos (2010, p. 277) acrescentam que:

Os policiais sofrem influências de vários fatores negativos que geram estresse extremo. O cansaço físico e a falta de equilíbrio

emocional podem levar a que esses profissionais assumam atitudes irracionais durante crises e situações caóticas.

Nesse contexto, o trabalhador pode ter seus sentimentos reprimidos, sua agressividade contida, culminando em uma “repressão do funcionamento psíquico do sujeito, em que a tarefa é estereotipada, sem o uso da criatividade e da fantasia, tornando-se desprovida de significação” (VASCONCELOS; FARIA, 2008, p. 456; DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994), gerando sofrimento e estratégias defensivas por parte do trabalhador (SPODE, 2004).

Para elucidar a relação entre as atividades executadas por esse profissional e dar relevância à periculosidade e os riscos dessa ocupação serão apresentadas, a seguir, as principais atribuições do policial rodoviário federal, de acordo com a portaria Nº 3.471, de 15 de Dezembro de 2004.

Entre elas estão à preservação da ordem, a segurança pública, a integridade das pessoas, o patrimônio da União e o de terceiros, planejamento e coordenação do policiamento das rodovias, policiamento ostensivo das rodovias e estradas federais, poderes de autoridade de trânsito, autuando infratores, realização de escoltas de veículos de cargas superdimensionadas, planejamento e execução de serviços de prevenção de acidentes e atendimento a vítimas nas rodovias e estradas federais, realização de levantamentos de locais de acidentes, boletins de ocorrência, investigações, teste de dosagem alcóolica e outros procedimentos estabelecidos em lei ou regulamentos, imprescindíveis à completa elucidação dos acidentes de trânsito ocorridos nas rodovias e estradas federais, assegurar livre circulação das vias, notadamente em casos de acidentes de trânsito e manifestações sociais e calamidades públicas, planejar e executar medidas de segurança para escolta dos deslocamentos do Presidente da República, Ministros de Estados, Chefes de Estados, Diplomatas estrangeiros e demais autoridades nas vias federais.

Pode se perceber, após a apresentação das atribuições do policial rodoviário federal que os fatores de risco aos quais os mesmos estão expostos vão desde os riscos físicos, químicos, biológicos até os psicossociais.

O Quadro 2, apresentado abaixo, evidencia os fatores de riscos ocupacionais aos quais estão submetidos os policiais rodoviários federais e que podem causar danos tanto à saúde mental quanto física desses trabalhadores. A proximidade gerada pelo atendimento a pessoas nos seus mais variados níveis de dificuldade/sofrimento pode contribuir para a ocorrência de quadros como a Síndrome de *Burnout* (SB) e até mesmo para o Transtorno Por Estresse Pós-Traumático, pelo socorro a acidentes de trânsito envolvendo feridos e mortes ou mesmo riscos a própria vida como no caso de troca de tiros e perseguição a criminosos, entre outros.

<b>Fatores de Risco Associados à Ocupação do Policial Rodoviário Federal</b>			
<b>Riscos Físicos</b>	<b>Riscos Químicos</b>	<b>Riscos Biológicos</b>	<b>Riscos Psicossociais</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruídos (sirenes, buzinas, sons provenientes de alta velocidade);</li> <li>- Vibração e impactos gerados por dirigir em estradas e locais de difícil acesso;</li> <li>- Exposição a fatores ambientais como altas ou baixas temperaturas, chuvas, temporais, enchentes, sol, deslizamentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acesso a agentes e substâncias químicas;</li> <li>- Poeira;</li> <li>- Fumaças;</li> <li>- Níveis excessivos de monóxido de carbono.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vírus, bactérias, parasitas, animais peçonhentos;</li> <li>- Contato com sangue e outros excrementos animais e humanos;</li> <li>- mordida humana ou animal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilização de Arma de fogo;</li> <li>- Longos períodos dirigindo podendo ocasionar dores e dificuldades osteomusculares;</li> <li>- Direção em Alta Velocidade;</li> <li>- Trabalho em turnos;</li> <li>- Ritmo de Trabalho Excessivo;</li> <li>- Exigência por Produtividade;</li> <li>- Relação de Trabalho Autoritária;</li> <li>- Contato com a criminalidade;</li> <li>- Atendimento a Acidentes de Trânsito;</li> <li>- Situações Estressoras como troca de tiros ou de alto envolvimento emocional como anúncio de morte;</li> <li>- Instabilidade Emocional gerada por morte de colega de trabalho em exercício ocupacional;</li> <li>- Ameaça a Família por Represália de criminosos;</li> <li>- Atendimentos em manifestações sociais e calamidades públicas;</li> <li>- Dificuldades na Relação Família-Trabalho pela dificuldade em deixar o papel de policial nas situações pessoais e familiares;</li> <li>- Estado de atenção contínua;</li> <li>- Insegurança no exercício profissional pelo aumento da criminalidade e redução do quadro funcional.</li> </ul>

Quadro 2: Fatores de riscos associados à ocupação do policial rodoviário federal).

Fonte: International Labour Organization (1998).

Adaptado por Grillo e Guimarães (2017).

As situações de trabalho, ou seja, as condições sob as quais os trabalhadores da instituição policial acessam as dimensões físicas, cognitivas e emocionais para alcançar os objetivos de prover a segurança que os cidadãos esperam, podem causar a sobrecarga de suas funções psicofisiológicas, com risco para desencadeamento do estresse (LOPES et al., 2015).

Gil-Monte (2005) contribui afirmando que estratégias preventivas dos riscos psicossociais no trabalho que podem acarretar em estresse têm ganho

evidencia nos últimos anos. O estresse, conforme Kalimo (1988), tem sido considerado um dos aspectos da qualidade da saúde do trabalhador e tema de várias pesquisas. Porto (2004) e Souza *et al.* (2007) enfatizam que a rotina de trabalho da atividade policial pode produzir sofrimento, em virtude da permanente pressão à qual os policiais estão expostos.

No que diz respeito a problemas relacionados à saúde, várias pesquisas têm mostrado que os policiais apresentam altos índices de patologias cardíacas, úlceras e depressão que podem levar ao suicídio, em número superior ao da população geral. Outros estudos evidenciam prevalência de doenças e acidentes oito vezes maiores em policiais, quando comparados com outros servidores públicos (LENNINGS, 1997).

Estudo recente publicado pelo site *CareerCast* sobre as 10 profissões mais estressantes em 2016 nos Estados Unidos, identificou as seguintes ocupações: soldado, militar, bombeiro, piloto de avião, policial, coordenador de eventos, relações públicas, executivo corporativo, apresentador de TV/Rádio, repórter de jornal e taxista. A referida pesquisa levou em consideração alguns fatores tidos como estressores como a necessidade de viagem a trabalho, potencial de crescimento, prazos a cumprir, atendimento ao público, trabalho competitivo, exigências físicas, condições insalubres, risco de vida pessoal e risco de vida do outro. Além disso, algumas profissões, por sua particularidade, são consideradas mais propensas ao estresse, como por exemplo, juízes, jornalistas, executivos e policiais (LIPP, 2004; ROMANO, 1997). Pesquisas com policiais apontam que essa categoria ocupacional apresenta muitos sintomas físicos e psíquicos relacionados ao estresse (ANSHEL, 2000).

Estudo realizado por Freitas *et al.* (2015) destaca que 26,92% da amostra de policiais pesquisada apresentou alto estresse, indicando que esse percentual é tido como muito elevado, evidenciando que a cada dez policiais no serviço ativo, pelo menos dois apresentam alto nível de estresse. Identificou também que 23,08% dos policiais tem elevada exaustão emocional. Os autores concluem, que a saúde dos policiais rodoviários federais necessita ser conservada e compete à

instituição a criação de programas que objetivem a segurança física e psicológica destes trabalhadores, como forma de produção de um ambiente laboral mais saudável, com adequadas condições para a promoção de saúde física, psíquica e por consequência redução do estresse.

Nesse sentido, a *International Labour Organization* (1998) define algumas formas de intervenção de caráter preventivo para cada fator de risco apresentado anteriormente: A) **riscos físicos**: aponta para o fornecimento e utilização correta de equipamentos de proteção individual como protetor auricular; B) **riscos químicos**: em situações que envolvam manejo de produtos tóxico recomenda-se utilização de roupa adequada; C) **riscos biológicos**: em situações de resgate ou manejo de usuários de drogas, tomar cuidado e evitar o contato com fluidos corporais; D) **riscos psicossociais**: utilizar técnicas de relaxamento para situações de longo período de espera, buscar apoio psicológico ou de orientação profissional quando estiver vivenciando estresse ligado ao trabalho ou síndrome de *Burnout* e elaborar uma escala de turnos que contemple a diminuição dos efeitos negativos a saúde do trabalhador, personalidade e vida familiar.

Maslach e Jackson (1981) afirmam que a exaustão emocional está relacionada a excessivas demandas advindas do exercício laboral, que na situação dos policiais rodoviários federais, pode ser entendida pela forma com que as atividades são exercidas, não favorecendo o equilíbrio com importantes aspectos da vida pessoal (FREITAS *et al.*, 2015).

### **III A PESQUISA**

---

### **3.1 Objetivo Geral**

Investigar a relação entre Transtornos Mentais Comuns e o Transtorno por Estresse Pós-Traumático em policiais rodoviários federais de Campo Grande/MS.

### **3.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico-ocupacional da população;
- Avaliar a presença e a prevalência para a suspeição dos Transtornos Mentais Comuns (TMC);
- Identificar a presença e a prevalência do Transtorno do Estresse Pós Traumático (TEPT).

### **3.3 Hipóteses**

1. Existem, na população de estudo, casos de Transtorno por Estresse Pós-Traumático relacionados ao trabalho;
2. Existe uma alta prevalência de Transtornos Mentais Comuns na população de estudo, quando comparada à população geral;
3. Ocorre uma possível associação entre TMC e TEPT.

---

**IV CASUÍSTICA E MÉTODO**

#### **4.1 Tipo de estudo**

O método utilizado nesta investigação foi o epidemiológico, de corte transversal, em uma população de N=108 policiais rodoviários federais de Campo Grande – MS, visto que do total de 120 policiais ativos na corporação, 12 deles estavam em missão nos dias de coleta de dados e por esse motivo não participaram da pesquisa.

#### **4.2 Critérios de inclusão**

- Ser policial rodoviário federal;
- Exercer a atividade na instituição, alocado na cidade de Campo Grande;
- Estar presente no dia da aplicação dos instrumentos;
- Ter pelo menos seis meses de exercício na instituição;
- Aceitar participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

#### **4.3 Locus de pesquisa**

Delegacia e superintendência da polícia rodoviária federal, localizados na cidade de Campo Grande – MS.

#### **4.4 Instrumentos da pesquisa**

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

- 4.4.1 Questionário Sócio-demográfico-ocupacional (QSDO);
- 4.4.2 Questionário de Sequelas do Trauma (QST);
- 4.4.3 Questionário de Suspeição Diagnóstica dos Transtornos Mentais Comuns – *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20).

#### *4.4.1 Questionário sócio-demográfico-ocupacional (QSDO)*

Esse questionário foi construído e baseado no instrumento desenvolvido para pesquisa em órgão público federal do poder judiciário (Guimarães *et al.*, 2012) e adaptado para a realidade da instituição pesquisada. Seus resultados serviram como base para os demais questionários, identificando características sócio demográficas (sexo, idade, quantidade de filhos, etc.) e ocupacionais (faixa salarial, tempo de serviço, tipo de função exercida, etc.), mas também hábitos de saúde (horas de sono, ingestão de bebida, etc.) que podem interferir no aumento ou diminuição do risco de adoecimento.

#### *4.4.2 Questionário de sequelas do trauma (QST)*

O Questionário de Sequelas do Trauma – QST (Koverola, Proulx *et al.*, 1992) foi traduzido, adaptado e validado para o português (Coêlho, 2000). O QST é auto aplicável e composto de 21 itens que objetivam verificar a ocorrência de Transtorno por Estresse Pós Traumático (TEPT) baseado nos critérios do DSM-IV. Para seu preenchimento é necessário que o indivíduo apresente o critério A do DSM-IV: vivenciar ou testemunhar um acontecimento extremamente traumático. As perguntas de 1 a 9 correspondem ao critério B (re-experiência intrusiva); perguntas de 10 a 16, critério C (evitação e embotamento) e perguntas de 17 a 21, critério D (excitabilidade aumentada). Esse instrumento pode ser utilizado para diagnóstico e, por meio de medidas seriadas, também tem por objetivo medir a eficácia das intervenções terapêuticas.

#### *4.4.3 Questionário de suspeição diagnóstica para os Transtornos Mentais Comuns – Self Reporting Questionnaire (SRQ-20)*

O *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) questionário de suspeição diagnóstica para Transtornos Mentais Comuns foi desenvolvido por Harding *et al.* (1980) e validado no Brasil por Mari e Willians (1986). É composto por 20 questões, elaborado para a suspeição de distúrbios “neuróticos”, chamados Transtornos Mentais Comuns (TMC). Para uma pessoa ser considerada como possível “caso”, se definiu o escore de corte de  $\geq 7$  respostas afirmativas (sim), que valem um ponto cada uma.

Jansen *et al.* (2011) conceituam esse instrumento como um fator chave sobre os “sintomas psicossomáticos para o rastreamento de transtornos não psicóticos, incluindo sintomas depressivos, ansiosos e queixas somáticas” (p. 441). Mari e Williams (1986) citam que o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) é utilizado para a detecção de transtornos mentais não psicóticos, que avalia “queixas somáticas inespecíficas, irritabilidade, insônia, dores de cabeça, fadiga, esquecimento e dificuldade de concentração” (ALVES *et al.*, 2015, p. 65).

Sobre as respostas relativas aos 20 itens de investigação:

As respostas utilizadas no questionário são apenas sim ou não e cada resposta positiva corresponde ao valor 1 para compor o escore final por meio da soma destes valores. Os escores obtidos são referentes à probabilidade de presença de transtorno não-psicótico, incluindo sintomas depressivos, ansiosos e queixas somáticas, variando de 0 que corresponde a nenhuma probabilidade e 20 que significa extrema probabilidade de apresentar TMC (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008, p.28).

É importante salientar que esse instrumento “não inclui questões sobre sintomas psicóticos e nem sobre o consumo de álcool e outras drogas” (WHO, 1994). A adequada formação dos profissionais de saúde deve ser pensada para o melhor uso dos instrumentos de avaliação psicológica e as formas devidas para a interpretação dos dados gerados, para que dessa forma possam ser feitas intervenções adequadas para cada sujeito.

## 4.5 Procedimentos

### 4.5.1 Etapas

a) Foi realizada uma reunião onde participaram o superintendente da Polícia Rodoviária Federal de Campo Grande à época do estudo, a Profa Dra Liliana Andolpho Magalhães Guimarães (orientadora desta pesquisa), o gestor do Programa de Saúde do Servidor (PROSSERV) da Polícia Rodoviária Federal de Campo Grande e o pesquisador responsável Eliezer Grillo Barbosa (mestrando em psicologia). Na ocasião, a pesquisa foi apresentada e esclarecidas eventuais dúvidas;

b) Procedeu-se à solicitação de autorização de pesquisa: foi firmado um acordo de cooperação mútua entre a Universidade Católica Dom Bosco- UCDB e a Polícia Rodoviária Federal de Campo Grande/MS no qual consta a autorização para a realização da pesquisa (Apêndice 1);

c) Foi realizada palestra explicativa aos PRF sobre os principais transtornos mentais, os objetivos da pesquisa, nas dependências da UCDB, visando a adesão à pesquisa;

d) Foi feita também divulgação e sensibilização do público-alvo: apresentando-se a relevância e a necessidade da pesquisa, assim como a importância da participação de cada um dos policiais neste processo. Foi também utilizada a *intranet* da Polícia Rodoviária Federal de Campo Grande /MS, para a divulgação.

e) Aplicação dos questionários: o pesquisador responsável, com a ajuda de três estagiárias do último ano de graduação do curso de psicologia da UCDB, devidamente treinadas e orientadas para este fim, aplicaram os questionários e fizeram a coleta de dados ao longo de 15 dias, nos períodos matutino e vespertino na sede e delegacia da Polícia Rodoviária Federal em Campo Grande e também durante a realização do TAF (Teste de Aptidão Física) realizado em um parque da cidade.

#### *4.5.2 Análise estatística dos dados*

Os dados obtidos foram analisados estatisticamente, utilizando-se o software estatístico SPSS, 22<sup>a</sup> versão. O panorama geral da distribuição populacional foi feito por meio da análise descritiva. Para o cruzamento entre os dados sócio demográficos e ocupacionais e as prevalências dos transtornos dadas por cada um dos instrumentos, foram utilizados o teste de diferença de média e Anova (variáveis quantitativas e qualitativas) e o teste qui-quadrado (quando ambas variáveis eram classificadas qualitativamente). Os testes tiveram como critério de significância um percentual de 5%.

#### *4.5.3 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.466, de 12 de dezembro de 2012. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), sob o parecer número 1.482.980 e pelos participantes da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2). O nome dos participantes foi mantido em sigilo, sendo a eles atribuído um número. A associação nome e número ficará em posse na orientadora desta pesquisa durante o prazo de 05 anos.

## **V RESULTADOS**

---

Nesta seção, serão apresentados somente os resultados estatisticamente significativos das análises descritivas e das associações realizadas. Em seguida, será apresentada a prevalência de TMC e TEPT obtidas e destacadas as questões do SRQ – 20 que apresentaram maior frequência de resposta na população estudada.

### **5.1 Caracterização das variáveis pessoais e ocupacionais**

Trata-se predominantemente de um grupo ocupacional masculino, (82,4%). Dos participantes, 42,6% estão na faixa etária entre 41 a 48 anos e 34,3% entre 33 a 40 anos, totalizando 76,9%. Quanto à escolaridade, 53,7% possuem formação superior e 28,7% apresentam nível de especialização, perfazendo um total de 82,4% dos pesquisados (Tabela 1).

**Tabela 1** - Distribuição dos participantes quanto ao sexo, idade e escolaridade (n= 108) Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, (2017)

SEXO	N	%
Feminino	19	17,6%
<b>Masculino</b>	<b>89</b>	<b>82,4%</b>
Total	108	100,0%
IDADE	N	%
De 26 a 32 anos	8	7,4%
De 33 a 40 anos	37	34,3%
<b>De 41 a 48 anos</b>	<b>46</b>	<b>42,6%</b>
De 49 a 56 anos	14	13,0%
Acima de 57 anos	3	2,8%
Total	108	100,0%
ESCOLARIDADE	N	%
Ensino Médio	16	14,8%
<b>Ensino Superior</b>	<b>58</b>	<b>53,7%</b>
Especialização	31	28,7%
Mestrado	3	2,8%
Total	108	100,0%

A seguir, os participantes serão caracterizados quanto ao estado civil e rendimento familiar. Em se tratando do estado civil 65,7% são casados e 15,7% estão em união estável, evidenciando que 81,4% dos participantes possuem um companheiro (a). A partir da variável renda familiar identificou-se que 50% ganha acima de 12,5 salários mínimos e que 34,3% possuem uma renda familiar que varia entre 9 e 12 salários mínimos, representando 84,3% da população estudada (Tabela 2).

**Tabela 2** - Distribuição dos participantes quanto ao estado civil e rendimento familiar (n= 108)  
Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, (2017)

<b>ESTADO CIVIL</b>		
<b>Casado</b>	<b>71</b>	<b>65,7%</b>
<b>Solteiro</b>	<b>10</b>	<b>9,3%</b>
<b>União Estável</b>	<b>17</b>	<b>15,7%</b>
<b>Separado/Divorciado</b>	<b>10</b>	<b>9,3%</b>
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100,0%</b>
<b>RENDIMENTO FAMILIAR</b>		
<b>De R\$ 2001,00 a R\$ 5000,00</b>	<b>1</b>	<b>0,9%</b>
<b>De R\$ 5001,00 a R\$ 8000,00</b>	<b>16</b>	<b>14,8%</b>
<b>De R\$ 8001,00 a R\$ 11000,00</b>	<b>37</b>	<b>34,3%</b>
<b>Acima de R\$ 11001,00</b>	<b>54</b>	<b>50,0%</b>
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100,0%</b>

A tabela 3 mostra que 50% dos entrevistados são católicos, sendo considerados como praticantes apenas 29,1% desses. Em seguida com 22,2% estão os protestantes sendo que 79,2% afirmam serem praticantes. A seguir, a religião mencionada foi a espírita com 21,3% e desse percentual apenas 73,9% entendem ser praticantes. No total geral 94,4% de participantes menciona possuir alguma religião.

**Tabela 3 - Distribuição dos participantes quanto a religião e a prática religiosa (n= 108) Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, (2017)**

RELIGIÃO	N	%
<b>Católico</b>	<b>55</b>	<b>50,9%</b>
<b>Não praticante</b>	<b>39</b>	<b>70,9%</b>
<b>Praticante</b>	<b>16</b>	<b>29,1%</b>
<b>Protestante</b>	<b>24</b>	<b>22,2%</b>
<b>Não praticante</b>	<b>5</b>	<b>20,8%</b>
<b>Praticante</b>	<b>19</b>	<b>79,2%</b>
<b>Espírita</b>	<b>23</b>	<b>21,3%</b>
<b>Não praticante</b>	<b>6</b>	<b>26,1%</b>
<b>Praticante</b>	<b>17</b>	<b>73,9%</b>
<b>Ateu</b>	<b>2</b>	<b>1,9%</b>
<b>Outros</b>	<b>4</b>	<b>3,7%</b>
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100,0%</b>

A tabela 4 mostra que 64,8% dos participantes possuem entre 1 e 2 filhos sendo 37% com dois filhos e 27,8% com apenas 1 filho; 15,7% dos participantes não possuem filhos.

**Tabela 4 - Distribuição segundo a quantidade de filhos (n= 108) Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, (2017)**

FILHOS	Nenhum% (n)	Um %(n)	Dois %(n)	Três %(n)	Quatro% (n)	Total% (n)
<b>Não</b>	<b>100% (17)</b>					<b>15,7% (17)</b>
<b>Sim</b>		33,0% (30)	44,0% (40)	14,3% (13)	8,8% (8)	<b>84,3% (91)</b>
<b>Total</b>	<b>15,7% (17)</b>	<b>27,8% (30)</b>	<b>37,0% (40)</b>	<b>12,0% (13)</b>	<b>7,4% (8)</b>	<b>100% (108)</b>

A tabela 5 apresenta o tempo de serviço dos participantes na Polícia Rodoviária Federal, em que 31,5% possuem de 21 anos e 1 mês a 24 anos, 16,7% tem entre 3 anos e 1 mês e 6 anos, 15,7% está entre 9 anos e 1 mês a 12 anos. Quanto ao tempo no cargo/função 44,4% dos entrevistados estão na função atual de 0 a 3 anos e 23,1% estão entre 3 anos e 1 mês a 6 anos, totalizando um percentual de 67,5% da população estudada.

**Tabela 5 - Distribuição quanto ao tempo de serviço na PRF e no cargo (n= 108) Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, (2017)**

TEMPO NA PRF	N	%
0 a 3 anos	6	5,6%
<b>3 anos e 1 mês a 6 anos</b>	<b>18</b>	<b>16,7%</b>
6 anos e 1 mês a 9 anos	6	5,6%
<b>9 anos e 1 mês a 12 anos</b>	<b>17</b>	<b>15,7%</b>
12 anos e 1 mês a 15 anos	5	4,6%
15 anos e 1 mês a 18 anos	11	10,2%
18 anos e 1 mês a 21 anos	11	10,2%
<b>21 anos e 1 mês a 24 anos</b>	<b>34</b>	<b>31,5%</b>
Total	108	100,0%

TEMPO NO CARGO/ FUNÇÃO		
0 a 3 anos	48	<b>44,4%</b>
3 anos e 1 mês a 6 anos	25	23,1%
6 anos e 1 mês a 9 anos	10	9,3%
9 anos e 1 mês a 12 anos	7	6,5%
12 anos e 1 mês a 15 anos	1	0,9%
15 anos e 1 mês a 18 anos	1	0,9%
18 anos e 1 mês a 21 anos	5	4,6%
21 anos e 1 mês a 24 anos	11	10,2%
Total	108	100,0%

A tabela 6 apresenta a distribuição do quadro funcional: 41,7% são policiais de pista e 31,5% exercem funções administrativas. Embora em algumas

circunstâncias os administrativos possam exercer suas atividades na pista (26,9%). Em sua maioria trabalham nos períodos de manhã, tarde e noite (51,9%). Quanto à realização de plantões, 61,1% o faz e esse mesmo percentual excede o número de horas da jornada diária de trabalho.

**Tabela 6** - Distribuição quanto à alocação no quadro funcional, período de trabalho, realização de plantões e carga horária excedida (N= 108) Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, (2017)

<b>CARGO/LOTAÇÃO</b>		
Policial com Funções Administrativas	34	31,5%
<b>Policial de Pista</b>	<b>45</b>	<b>41,7%</b>
Policial com Funções Administrativas e de Pista	29	26,9%
Total	108	100,0%
<b>TURNO DE TRABALHO</b>		
Manhã	4	3,7%
Manhã e Tarde	47	43,5%
<b>Manhã, Tarde e Noite</b>	<b>56</b>	<b>51,9%</b>
Turnos alternados/plantão	1	0,9%
Total	108	100,0%
<b>FAZ PLANTÕES</b>		
Não	42	38,9%
<b>Sim</b>	<b>66</b>	<b>61,1%</b>
Total	108	100,0%
<b>EXCEDE CARGA HORÁRIA</b>		
Não	42	38,9%
<b>Sim</b>	<b>66</b>	<b>61,1%</b>
Total	108	100,0%

A tabela 7 aponta alguns hábitos não saudáveis dos participantes que podem refletir em sua saúde, tais como, horas de sono e consumo de bebida alcóolica. Os achados indicam que: 76,9% costumam dormir de 6 a 8 horas por

dia, 62% consomem bebida alcóolica e desse total, 88% dizem que o consumo se dá entre 1 a 2 vezes na semana.

**Tabela 7 - Distribuição quanto às horas de sono e consumo de bebida alcoólica (N= 108) Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, (2017)**

HORAS DORMINDO	N	%
0 a 2 horas	3	2,8%
3 a 5 horas	21	19,4%
6 a 8 horas	<b>83</b>	<b>76,9%</b>
9 a 11 horas	1	0,9%
Total	108	100,0%

CONSOME BEBIDA ALCOOLICA	N	%
NÃO	41	38,0%
SIM	<b>67</b>	<b>62,0%</b>
1 vez na semana	<b>37</b>	<b>55,2%</b>
2 vezes na semana	22	32,8%
3 vezes na semana	5	7,5%
4 vezes na semana	2	3,0%
5 vezes na semana	1	1,5%
Total	108	100,0%

## 5.2 Prevalência da suspeição para Transtornos Mentais Comuns

A prevalência da suspeição para Transtornos Mentais Comuns (TMC) entre os trabalhadores estudados foi de 14,8% (Tabela 8).

**Tabela 8** - Prevalência da suspeição para Transtornos Mentais Comuns (N= 108) Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, (2017).

SQR -20	N	%
<b>Não</b>	92	85,2%
<b>Suspeitos</b>	<b>16</b>	<b>14,8%</b>
<b>Total</b>	108	100,0%

Na análise por grupos de sintomas, do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), observou-se que o mais prevalente foi o relacionado ao humor depressivo/ansioso (59,3%) com maior percentual de respostas afirmativas para a questão “sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)” (51,9 %), seguido de “tem se sentido triste ultimamente” (25%) e “assusta-se com facilidade” (9,3%).

O segundo grupo sintomático que concentra mais respostas afirmativas foi o de decréscimo de energia vital (40,7%), com maior número de respostas às seguintes questões em ordem decrescente: “dorme mal” (29,6%), “dores de cabeça” (22,2%), “sensações desagradáveis no estômago” (18,5%).

No grupo sindrômico sintomas somáticos (35,2%) a questão “dificuldades de tomar decisões” apresentou (21,3%) de respostas positivas, seguida de “dificuldades para realizar atividades diárias” e “cansado o tempo todo”, ambas com (19,4%).

No grupo sindrômico pensamentos depressivos, (29,6%) dos trabalhadores afirmam que “tem perdido interesse pelas coisas” e (10,2%), seguido de “se sente inútil, sem préstimo” (2,8%).

**Tabela 9** - Resposta positivas dos quatro (4) grupos sindrômicos do SRQ-20, frequência e percentual de respostas relacionadas (N= 108) Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, (2017)

HUMOR DEPRESSIVO/ANSIOSO	N	%
<b>Nervoso, Tenso ou Preocupado</b>	<b>56</b>	<b>51,9%</b>
<b>Sentindo-se Triste Ultimamente</b>	27	25%
<b>Assusta-se com Facilidade</b>	10	9,3%
<b>Chorado mais que o Costumeiro</b>	7	6,5%
<b>DECRÉSCIMO DE ENERGIA VITAL</b>		
<b>Dorme Mal</b>	<b>32</b>	<b>29,6%</b>
<b>Dores de Cabeça</b>	24	22,2%
<b>Sensações Desagradáveis no Estômago</b>	20	18,5%
<b>Má Digestão</b>	15	13,9%
<b>Tremores na Mão</b>	11	10,2%
<b>Falta de Apetite</b>	3	2,8%
<b>SINTOMAS SOMÁTICOS</b>		
<b>Dificuldades de Tomar Decisões</b>	<b>23</b>	<b>21,3%</b>
<b>Dificuldades para Realizar Ativ. Diárias</b>	21	19,4%
<b>Cansado o Tempo Todo</b>	21	19,4%
<b>Cansa-se com Facilidade</b>	20	18,5%
<b>Dificuldade de Pensar com Clareza</b>	11	10,2%
<b>Dificuldades no Serviço</b>	10	9,3%
<b>PENSAMENTOS DEPRESSIVOS</b>		
<b>Tem Perdido Interesse pelas Coisas</b>	<b>11</b>	<b>10,2%</b>
<b>Se Sente Inútil, Sem Préstimo</b>	3	2,8%
<b>Incapaz Desempenhar Papel Útil Vida</b>	1	0,9%
<b>Tem Tido Ideias de Acabar com a Vida</b>	1	0,9%

### 5.3 Prevalência do Transtorno Por Estresse Pós-Traumático

A prevalência do Transtorno por Estresse Pós-Traumático (TEPT) entre os trabalhadores estudados foi de 36,1% (Tabela 10).

**Tabela 10 - Prevalência do Transtorno Por Estresse Pós-Traumático (TEPT) (N= 108) Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, (2017)**

	N	%
<b>TEPT</b>	39	<b>36,1%</b>
<b>Sem TEPT</b>	69	63,9%
<b>Total</b>	108	100,0%

### 5.4 Associação entre o tipo de função na Polícia Rodoviária Federal e o Transtorno Por Estresse Pós-Traumático

A tabela 11 apresenta a influência do tipo de função desempenhada na Polícia Rodoviária Federal e a existência do Transtorno por Estresse Pós-Traumático, que evidenciou a função pista como mais arriscada para o desenvolvimento do transtorno citado, com 59% dos casos diagnosticados.

**Tabela 11 - Associação entre o tipo de ocupação na PRF e o Transtorno Por Estresse Pós-Traumático (N= 108) Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, (2017)**

FUNÇÃO	TEPT % (n)		p-valor
	Sem	Com	
<b>Administrativa</b>	33,3% (23)	28,2% (11)	
<b>Pista</b>	<b>31,9% (22)</b>	<b>59,0% (23)</b>	<b>0,01</b>
<b>Adm. e Pista</b>	34,8% (24)	12,8% (5)	
<b>Total</b>	100% (69)	100% (39)	

## 5.5 Associação entre suspeição para Transtornos Mentais Comuns e o transtorno por estresse pós-traumático

A tabela 12 apresenta a relação entre a suspeição para Transtornos Mentais Comuns e a existência do Transtorno por Estresse Pós-Traumático, que evidenciou associação positiva (p- valor de <0,01), ou seja, do total de suspeitos para Transtornos Mentais Comuns, 81,2% apresentam TEPT.

**Tabela 12 -** Associação entre suspeição para Transtornos Mentais Comuns e o transtorno por estresse pós-traumático (N= 108) Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, (2017)

<b>SRQ-20</b>			
	<b>Não</b>	<b>Suspeito</b>	P-valor
<b>TEPT</b>	% (N)	% (N)	
<b>Com</b>	28,3 (26)	<b>81,2% (13)</b>	<b>&lt;0,01</b>
<b>Sem TEPT</b>	71,7 (66)	18,8%(3)	
<b>Total</b>	100% (92)	100% (16)	

## **VI DISCUSSÃO**

---

Os achados obtidos neste estudo mostram que: da população de 120 (N=120) policiais rodoviários federais que compõem o quadro de servidores de Campo Grande – MS, participaram da presente investigação n=108 (90,7%). Os não participantes estavam em missão, fora da cidade, podendo considerar-se que o estudo teve como alvo uma população de N=108 participantes, apontando para possibilidade de generalização dos achados obtidos, para a população de policiais rodoviários federais no país. Trabalhar com populações de grupos ocupacionais, portanto, pode ser considerada uma vantagem do ponto de vista da robustez dos dados coletados. As características relacionadas à estruturação da organização dessa instituição são homogêneas e claramente definidas, não se descartando, no entanto, a possibilidade de discrepâncias locais das diferentes superintendências/delegacias, por serem constituídas por diferentes trabalhadores.

Alguns achados obtidos na presente pesquisa não puderam ser confrontados ou comparados com dados de outras pesquisas cujo objeto de estudo é o policial rodoviário federal, dada a escassez de pesquisas nacionais e internacionais, levando a que algumas comparações só fossem possíveis com outras corporações policiais como, por exemplo, militar, civil, entre outras. Diversos autores entendem que essa escassez deriva-se do fato de que as pesquisas em saúde ocupacional estão tradicionalmente ligadas a segmentos industriais e de prestação de serviços, sendo novas as publicações em instituições públicas e sindicatos (FERREIRA; AUGUSTO; SILVA, 2008).

A população de estudo se caracterizou por ser composta, em sua maioria, por pessoas do sexo masculino (82,4%). Grande parte do efetivo de policiais rodoviários federais são homens e este achado corrobora as pesquisas que citam a predominância do sexo masculino nesta instituição (FREITAS *et al.*, 2015). Cabe ressaltar que o contexto policial é percebido normalmente como de alta periculosidade, requerendo de seus trabalhadores coragem e força física elementos que não fazem tipicamente parte do gênero feminino, segundo os estereótipos socioculturais vigentes na realidade laboral. Assim como nos diversos

países, o Brasil possui uma pequena parcela estimada em 8,2% de mulheres em todas as corporações policiais (militar, civil e federal) estando abaixo da média (10,4%) quando comparada a outros países (MUSUMECI; SOARES, 2004).

A faixa etária predominante dos participantes situou-se entre 41 a 48 anos (42,6%), seguida da faixa de 33 a 40 anos (34,3%), apresentando uma média de 42 anos, confirmando os dados obtidos por Freitas *et al.* (2015). Nota-se que a faixa etária dos policiais federais não é tão jovem, talvez pela ausência de concursos, que não realizados constantemente e quando realizados, têm se como critério o ensino superior, o que exclui a possibilidade de candidatos mais novos. De acordo com Gaspary, Selau e Amaral (2007) quando se trata do envelhecimento, é importante perceber que esses profissionais (policiais) envelhecem no trabalho, devido à longa permanência na corporação.

A escolaridade mínima encontrada no presente estudo foi ensino médio e a maior parte dos participantes (53,7%) refere ter cursado ensino superior. Entende-se tratar de elevada escolaridade quando comparada à de outras corporações como polícia militar, conforme estudo de Guimarães (2014) e de mesmo nível se comparada com outras pesquisas realizadas na mesma corporação (FREITAS *et al.*, 2015b; PÔRTO *et al.*, 2013).

Os participantes, em sua maioria, são casados (65,7%), corroborando os achados de Andrade, Souza e Minayo (2009) que citam que a grande maioria de policiais são casados(as) ou tem companheiros (as).

Os policiais que trabalham há mais de 21 anos na PRF (31,5%), exercem atividades laborais na pista (41,7%), em sua maioria trabalham nos períodos matutino, vespertino e noturno (51,9%), realizando plantões e excedendo o número de horas de trabalho diário (61,1%); estão na mesma função laboral de 0 a 3 anos (44,4%) e recebem remuneração superior a R\$ 8.000,00 (84,3%).

Como se pode observar, no presente estudo, a maioria dos policiais trabalha em turnos, em escala de 24 horas seguidas e descansam por 72 horas. Essa rotina pode repercutir no seu desempenho no trabalho, assim como em sua saúde física e/ou mental. Esse tipo de variável relacionada à organização do

trabalho pode ainda reverberar em prejuízos no desempenho no trabalho, reduzir o estado de alerta, aumentando os riscos de acidentes (MARTINEZ; LENN; MENNA-BARRETO, 2008).

Bernardo *et al.* (2015) por meio de revisão sistemática concluem que o trabalho em turnos pode afetar a qualidade do sono e sua privação pode trazer prejuízos à saúde do policial, uma vez que esses profissionais estão expostos a longas jornadas de trabalho e por turnos rotativos, repercutindo negativamente em seu ciclo biológico e circadiano. Soma-se a isso os riscos inerentes à profissão, devido a exposição a situações de perigo, acidentes e outros, o trabalho em turnos demanda permanente estado de alerta, provocando assim efeitos deletérios à saúde.

No presente estudo, a maioria dos policiais entrevistados (76,9%) refere dormir entre 6 e 8 horas por dia, podendo-se inferir que a qualidade do sono desses policiais sofre alterações significativas, dado corroborado por psiquiatras que atendem por meio do Sindicato dos Policiais Federais de Campo Grande/MS, que relatam atender na maioria dos PRF que os procuram, transtornos ligados ao sono, primários ou secundários a outros quadros psiquiátricos. O estudo revelou uma prevalência de suspeição para Transtornos Mentais Comuns (TMC) de 14,8%, confirmando uma das hipóteses de estudo, que afirmava a presença de Transtornos Mentais Comuns (TMC) neste grupo ocupacional. Estudos realizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), sinalizam uma prevalência mundial de TMC de 9% a 12%. Logo, se comparados os achados da presente pesquisa com a média mundial, pode se afirmar que se trata de alta prevalência. Estudo realizado por Gonçalves (2012) com policiais militares identificou uma prevalência de 5% de TMC, ou seja, em média três vezes inferior ao achado no presente estudo. No que tange às atividades profissionais dos policiais rodoviários federais em relação aos Transtornos Mentais Comuns, pode-se observar que “a grande maioria dos servidores está submetida a altas demandas psicológicas no trabalho, o que pode representar risco de adoecimento, sendo recomendável a adoção de métodos e

instrumentos que permitam mapear estressores psicossociais no trabalho” (BRAGA *et al.*, 2010, p. 25).

O grupo de sintomas mais prevalente, segundo o SRQ-20 foi o relacionado ao “humor depressivo/ansioso” (59,3%) com destaque para as respostas afirmativas para as seguintes questões “sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a) (51,9%), seguido de “tem se sentido triste ultimamente” (25%) e “assusta-se com facilidade” (9,3%). Pode-se perceber que a maioria dos sintomas encontrados refere-se há um estado de tensão que pode estar relacionado ao estresse diário vivido por esta categoria profissional. Segundo Castro (2012) comprovações empíricas apontam para o fato de que a categoria policial demanda maior atenção dos pesquisadores, pois revisões de literatura concordam se tratar de uma profissão que apresenta rotinas laborais estressantes. Neste mesmo sentido, Codo, Sorato e Vasques-Menezes (2004) contribuem dizendo que as pesquisas sobre estresse possibilitam estabelecer a relação das possíveis repercussões do trabalho sobre o trabalhador. Os mesmos autores listam os efeitos psicológicos do estresse como: insatisfação no trabalho, ansiedade, depressão, síndrome de *Burnout*, fadiga, irritação, hostilidade.

O segundo grupo sintomático que concentrou mais respostas afirmativas foi o de “decréscimo de energia vital” (40,7%), com maior número de respostas às seguintes questões em ordem decrescente: “dores de cabeça” (22,2%), “sensações desagradáveis no estômago” (18,5%). A partir desses achados percebe-se uma diminuição da energia vital desses profissionais, seguida de efeitos deletérios a aspectos gerais de saúde, confirmando o estudo de Neylan *et al.* (2002) com policiais norte-americanos que apontou o estresse no ambiente de trabalho como gerador de risco de vida do policial, afirmando que as situações estressoras do serviço parecem impactar e repercutir na saúde e no desempenho profissional.

No grupo sindrômico “sintomas somáticos” (35,2%) ainda do SRQ-20, a questão “dificuldades de tomar decisões” apresentou (21,3%) de respostas positivas, seguida de “dificuldades para realizar atividades diárias” e “cansado o

tempo todo", ambas com (19,4%). A partir desses achados percebe-se a somatização da realidade estressante vivida por esses profissionais, que pode reduzir sua capacidade de atenção e concentração às atividades de vida diária. Tal fato é confirmado nos estudos que apontam que os policiais vivem sob pressão constante e em decorrência, sofrem alterações no seu padrão normal de pensar e agir, mostrando ainda dificuldades no estabelecimento de prioridades levando a sensações de hesitação, visão estreita, raciocínio confuso e ilógico (PORTELLA; BUGAY, 2007; BESSE, 1995).

Em "pensamentos depressivos", (29,6%) dos trabalhadores afirmam que "têm perdido interesse pelas coisas" e (10,2%), seguido de "se sente inútil, sem préstimo" (2,8%). Apesar dos achados nesse grupo não caracterizarem transtorno depressivo propriamente dito, por se tratarem apenas de sintomas isolados, pode-se perceber sofrimento psicológico nesses profissionais, que se não forem levados em conta, poderão contribuir para seu adoecimento mental.

Esses dados chamam atenção, uma vez que os sintomas apresentados podem ser preditivos para a síndrome de *Burnout*. Segundo Malasch (2007) a síndrome de *Burnout* é um fenômeno psicossocial que tem sua gênese a partir de uma resposta crônica aos estressores interpessoais que ocorrem no ambiente de trabalho, sendo constituído de três dimensões relacionadas, mas independentes: exaustão emocional, despersonalização e sentimento de baixa realização. Freitas *et al.* (2015) em estudo com policiais rodoviários federais, verificaram uma prevalência de 3,84% de síndrome de *Burnout* com ênfase maior à dimensão despersonalização (reação negativa, insensibilidade do indivíduo frente ao trabalho, insensibilidade emocional e afetiva) que apresentam também ansiedade, aumento da irritabilidade, desmotivação, diminuição do idealismo, desesperança. A segunda maior média encontrada foi exaustão emocional, indicando desgaste emocional.

Os achados desta investigação confirmam uma das hipóteses de pesquisa, de que existe a presença de Transtorno por Estresse Pós-Traumático (TEPT) nessa categoria profissional, evidenciando que do total de participantes, 36,1%,

apresenta o referido transtorno. Essa prevalência é considerada alta se comparada com estudos de outros países como, por exemplo, nos Estados Unidos onde as taxas de prevalência nos bombeiros ficaram compreendidas entre 4,2% e 6,0% (MEYER *et al.*, 2012; DEL BEN *et al.*, 2006). No Japão e na China as taxas foram superiores as dos Estados Unidos variando de 10,5% a 22,0% (MITANI, 2008; CHEN *et al.*, 2007). No Brasil, as pesquisas com essa mesma categoria profissional (bombeiros) evidenciaram prevalências de 5,6% no Rio de Janeiro (BERGER *et al.*, 2007), 6,9% em Belo Horizonte (LIMA *et al.*, (2015) e 1,6% na população geral na cidade de São Paulo (ANDRADE *et al.*, 2012). Pesquisa de Bauer, Caminha e Kristensen (2011) com profissionais da aeronáutica identificou 23,7% de prevalência de sintomas compatíveis com TEPT, com destaque para os sintomas de excitabilidade fisiológica aumentada, seguidos por sinais de evitação/entorpecimento, pensamentos negativos sobre o ambiente.

As pesquisas acima citadas evidenciam a dificuldade de comparações entre os diversos estudos, devido aos diferentes instrumentos e métodos diagnósticos utilizados e as especificidades dos grupos ocupacionais pesquisados. Nesse mesmo sentido, Regehr e Millar (2007) afirmam que o TEPT em profissionais de emergência se configura pelo adoecimento, como resultado da sobreposição dos efeitos: cronificação dos eventos traumáticos e variáveis psicossociais negativas. Uma grande quantidade de casos do TEPT está relacionada ao trabalho, principalmente “na população que realiza trabalhos perigosos, como as que lidam com vidas humanas, com risco de grandes acidentes, como o trabalho nos sistemas de transporte ferroviário, metroviário e aéreo, como bombeiros, médicos e policiais” (ALMEIDA *et al.*, 2012, p. 7).

Outro resultado importante do presente estudo foi a influência significativa do tipo de função desempenhada na Polícia Rodoviária Federal e a existência do Transtorno por Estresse Pós-Traumático, que evidenciou a função “trabalhar na pista” como a mais arriscada para o desenvolvimento do transtorno citado, com 59% dos casos diagnosticados. Tal constatação provavelmente deve-se ao fato de que a função “pista” expõe esses profissionais a tarefas emergenciais, de alto risco

a eventos traumáticos, o que demanda grande esforço físico e psicológico. Segundo De Boer *et al.* (2011) referindo-se ao TEPT no contexto ocupacional, a ênfase se dá nas características da tarefa, em especial àquelas executadas por profissionais de emergência (socorristas, policiais, bombeiros e os que realizam trabalhos de busca e resgate). Nesse mesmo sentido, a Associação Americana de Psiquiatria (2013) afirma que esses profissionais lidam diariamente com eventos traumáticos e, por esse motivo estão sob maior risco de adoecimento. Cabe acrescentar que muitos policiais que adoecem “na pista” são “readaptados” para trabalhos administrativos, “fora da pista”.

O presente estudo evidenciou a existência de relação entre a suspeição para Transtornos Mentais Comuns (TMC) e de Transtorno por Estresse Pós-Traumático (TEPT), com associação significativa ( $p$  valor = $<0,01$ ), ou seja, do total de suspeitos para Transtornos Mentais Comuns (TMC), 81,2% apresentaram Transtorno por Estresse Pós-Traumático (TEPT). Como vários sintomas encontrados nos Transtornos Mentais Comuns, tais como ansiedade, excitabilidade, dificuldade de atenção, irritabilidade e hiper-vigilância entre outros, também podem estar presentes no Transtorno por Estresse Pós-Traumático, tal relação torna-se verdadeira exigindo cuidado no diagnóstico diferencial e presença de comorbidades.

Estudo realizado por Lima, Assunção e Barreto (2015) sobre a correlação entre depressão e Transtorno por Estresse Pós-Traumático identificou uma prevalência da depressão em 5,5% na amostra estudada e afirmou que as chances de depressão entre os participantes que relataram sintomas de estresse pós-traumático foi maior quando comparada com os demais que não possuíam o TEPT. De acordo com Vieira e Gauer (2003) os sujeitos diagnosticados com TEPT possuem maior risco para apresentar comorbidades como transtorno do pânico, agorafobia, transtorno obsessivo-compulsivo, fobia social, depressão maior, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno bipolar. Esses mesmos autores dizem que esses transtornos podem preceder, seguir ou surgir concomitantemente ao inicio do TEPT.

Nesta mesma direção, estudo de Quarantini *et al.* (2009) afirma que a depressão maior é um dos transtornos comórbidos mais prevalentes em pessoas com Transtorno por Estresse Pós-Traumático, mas também podem ocorrer o transtorno bipolar e diversos outros transtornos ansiosos. Essas comorbidades apresentam-se com pior prognóstico e comprometem a qualidade de vida dos indivíduos. Comportamentos suicidas em pacientes com Transtorno por Estresse Pós-Traumático, com ou sem a presença de depressão comórbida é também uma condição relevante; a sintomatologia depressiva faz a mediação do sofrimento dessas pessoas com o referido transtorno (TEPT) e dor crônica. Esses mesmos autores concluem dizendo que pessoas acometidas pelo Transtorno por Estresse Pós-Traumático possuem maior risco de desenvolver transtornos afetivos e, por outro lado, transtornos afetivos já instalados aumentam a chance de ocorrência do Transtorno por Estresse Pós-Traumático após a exposição a situações traumáticas.

---

**VII CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esta pesquisa investigou a população de policiais rodoviários federais da sede e delegacia de Campo Grande, MS, Brasil, fato raro em pesquisas desta natureza, apontando para a robustez e possibilidade de generalização dos achados obtidos.

Constatou-se alta prevalência de suspeição para Transtornos Mentais Comuns (TMC), 14,8%. O grupo de sintomas mais prevalente foi relacionado ao humor depressivo/ansioso (59,3%), seguido de decréscimo de energia vital (40,7%), sintomas somáticos (35,2%) e pensamentos depressivos (29,6%).

A prevalência de Transtorno por Estresse Pós-Traumático na população de policiais rodoviários federais estudada foi de 36,1%, considerada alta e com influência significativa dos casos diagnosticados entre o tipo de função desempenhada (pista) como fator de risco para o desenvolvimento do referido transtorno (59%).

Este estudo evidenciou ainda a relação entre a suspeição para Transtornos Mentais Comuns (TMC) e a existência do Transtorno por Estresse Pós-Traumático (TEPT), em que 81,2% dos casos suspeitos apresentaram TEPT.

Tanto os Transtornos Mentais Comuns (TMC) quanto o Transtorno por Estresse Pós-Traumático (TEPT) causam sofrimento psíquico aos trabalhadores gerando impactos significativos em sua saúde emocional e física, podendo causar comportamentos explosivos, medo, irritabilidade, pânico, incapacidades sociais, familiares e o suicídio. Nesse sentido, o estresse no trabalho vivido de modo contínuo, pode evoluir para a Síndrome de *Burnout*, assim como a reação aguda ao estresse se não tratada de forma eficaz, pode se cronificar levando ao Transtorno por Estresse Pós-Traumático.

Além dos prejuízos causados à saúde do trabalhador, existe também o impacto nas instituições/organizações, que se reflete por meio da diminuição da produtividade, elevação dos índices de absenteísmo, presenteísmo, aumento das taxas de acidentes de trabalho e baixa eficiência na prestação de serviços à população.

A pesquisa nesse grupo ocupacional é original, no campo de estudos da Psicologia da Saúde Ocupacional (PSO) e, novas pesquisas devem ser incentivadas e desenvolvidas visando possibilitar maior visibilidade entre a relação dos processos de saúde emocional do trabalhador e seu ambiente laboral.

Reforça-se ainda o fato de que o exercício de sua profissão, policial rodoviário federal inevitavelmente lida com situações altamente estressantes e que estratégias de promoção e prevenção devem ser implementadas para que esse profissional consiga manejar de modo assertivo tais situações. Deste modo, sugere-se a instituição que inclua em seu planejamento estratégico, medidas preventivas e interventivas em psicologia da saúde ocupacional (treino de assertividade, *coping*, gestão do estresse, manejo da raiva, relações humanas no trabalho, eventos sobre saúde emocional e qualidade de vida, redução do custo cognitivo no trabalho, entre outras) objetivando a melhoria da saúde psíquica e qualidade de vida profissional dos trabalhadores. Sugere-se ainda a análise das condições e organização do trabalho, revisão das escalas de trabalho e seus impactos, plantões e sobrecargas, estilos de liderança, canais de comunicação existentes, entre outros.

Quanto às limitações da presente pesquisa, cita-se a ausência do estudo piloto, que reduziria substancialmente o número de participantes no estudo. Outra limitação é a de ser uma pesquisa de corte transversal, o que dificulta o estabelecimento de relações causais por não contemplar uma sequencia temporal entre a exposição e seu nexo com desenvolvimento dos transtornos. Em futuros estudos poderá ser feita a associação entre TMC e as variáveis sociodemográficas e ocupacionais e também do TEPT com essas mesmas variáveis.

A entrevista devolutiva dos resultados da presente pesquisa aos participantes será realizada por meio de relatório psicológico individual, enviado por e-mail particular com os encaminhamentos pertinentes, se houverem.

Um Relatório Técnico com os dados grupais obtidos e as possíveis sugestões relativas à organização do trabalho, entre outras, será entregue à

Superintendência da Polícia Rodoviária Federal de Campo Grande – MS e ao Programa de Saúde do Servidor (PROSSERV).

## **REFERÊNCIAS**

---

ALARCON, A.C.R.S. **Prevalência de transtornos mentais comuns em servidores de uma universidade pública de Mato Grosso do Sul.** 2014. 129f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande. 2014.

ALMEIDA, C. W. N. C.; LIRA, T. L. B. G.; JANUÁRIO, L. V. C.; SOUZA, M. R. A. Transtorno por estresse pós-traumático como causa de acidente de trabalho. **Rev Bras Med Trab**, Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE), João Pessoa, v.10, n.1, p.100-5, 2012.

ALVARO, J. L. Perspectivas metodológicas em Psicología Social. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Psicología Social: Perspectivas Teóricas y Metodológicas**. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, 1995.

ALVARO, J. L.; GARRIDO, A.; SCHWEIGER, I.; TORREGROSA, J. R. 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, 2007.

ALVES, A. A. M.; RODRIGUES, N. F. R. Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 28, n. 2, p. 127-131, dez. 2010.

ALVES, A. P.; PEDROSA, L. A. K.; COIMBRA, M. A. R.; MIRANZI, M. A. S.; HASS, V. J. Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p. 64-9, jan/fev. 2015.

AMADOR, F. S.; SANTORUM, K.; CUNHA, C. S.; BRAUM, S. M. Por um programa preventivo em saúde mental do trabalhador na brigada militar. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v.22, n.3, p.54-61, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5**. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5**. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2015.

ANCHIETA, V.C.C.; GALINKIN, A. L. Policiais civis: Representando a violência. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v.17, n.1, p.17-28, 2005.

ANDRADE, T.B.; SOUZA, M.G.C.; SIMÕES, M.P.C.; ANDRADE, F.B. Prevalência de absenteísmo entre trabalhadores do serviço público. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v.18, n.4, p.166-71, 2008.

ANDRADE, E. R., SOUSA, E. R.; MINAYO, M. C. S. Intervenção visando a autoestima e a qualidade de vida dos policiais civis do Rio de Janeiro. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 275-285, 2009.

ANDRADE, L.H e cols. Mental Disorders in Megacities: findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brasil. **PLoS**, Califórnia, v.7, n.2, p.1-11, 2012.

ANDRADE, S. V. A. O trabalho nas instituições de saúde mental: ambivalência entre o sofrimento e prazer. In: SCHLINDWEIN, V. L. D. C. **Saúde mental e trabalho na Amazônia: múltiplas leituras sobre o prazer e sofrimento no trabalho**. Porto Velho: EDUFRO, 2013.

ANSHEL, M. H. A conceptual model and implications for coping with stressful events in police work. **Criminal Justice and Behavior**, Las Vegas, v. 27, p. 375-400, 2000.

ARAUJO, T. M. **Trabalho e distúrbios psíquicos em mulheres trabalhadoras de enfermagem**. Tese de Doutorado em Saude Publica. Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, 1999.

ARAÚJO, T. M.; AQUINO, E.; MENEZES, G.; SANTOS, C. O.; AGUIAR, L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadores de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.37, p. 424-433, 2003.

ARAÚJO, T. M.; KARASEK, R. Validity and reability of the job content questionnaire in formal and informal Jobs in Brazil. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, Finland, v.34, n. 6, p. 52-59, 2008.

AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. (Tese de Doutorado) Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Campinas, 1975.

Associação Americana de Psiquiatria. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV**, (7<sup>a</sup> ed.). Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.

ASSUNÇÃO, A. A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 1005-1018, 2003.

BAIBICH, M.E.S.; MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. Reflexões acerca das contribuições da psicologia no campo da saúde mental e trabalho. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Santa Catarina, v.6, n.13, p. 21-46, 2014.

BALDWIN, D.S. *et al.* Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. **Journal of Psychopharmacology**, v. 28, n. 5, p. 403-439, may, 2014.

BAMBRA, C.; EGAN, M.; THOMAS, S.; PETTICREW, M.; WHITEHEAD, M. The psychosocial and health effects of workplace reorganization. A systematic review of task restructuring interventions. **J Epidemiol Community Health**, London, v.61, n.12, p.1028-1037, 2007.

BÁRBARO, A. M.; ROBAZZI, M. L. C. C; PEDRÃO, L.J.; CYRILLO, R.M.Z.; SUAZO, S.V.V. Transtornos mentais relacionados ao trabalho: revisão de literatura. SMAD - **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. v. 5, n. 2. 2009.

BARRETO, M. Saúde Mental e Trabalho: a necessidade da “escuta” e olhar atentos. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n.1, jan-abr., 2009.

BAUER, R.C; CAMINHA, R.M; KRISTENSEN, C.H. Acidente Aeronáutico e suas implicações no desenvolvimento de estresse pós-traumático – TEPT. **Revista Conex. SIPAER**, Brasília, v.3, n.1, Nov. 2011.

BELL, I. R. Depression research in homeopathy: Hopeless or hopeful? **Guest editorial. Homeopathy**, v. 94, p.141-4, 2005.

BENDER, A.; FARVOLDEN, P. Depression and the workplace: a progress report. **Curr. Psychiatry Rep**, v.10, n.1, p.73-79, 2005.

BERGER, W.; MAURAT, A. M.; BUCASSIO, E. P.; VIEIRA, I.; JARDIM, S. R.; COUTINHO, E. S. F.; MENDLOWICZ, M. V. Partial and Full PTSD in Brazilian Ambulance Workers: Prevalence and Impact on Health and Quality of Life. **Journal of Traumatic Stress**, v.20, n.4, p.637-642, 2007.

BERNARDO, V.M; SILVA, F. C.; GONÇALVES, E.; HERNÁNDEZ, S.S.S.; ARANCIBIA, A.V.; SILVA, R. Efeitos do Trabalho em Turno na Qualidade do Sono de Policiais: Uma Revisão Sistemática. **Revista Cubana de Medicina Militar**, vol 44, Mai.2015.

BESSE, M.I. **A Meditação como facilitadora da atividade policial militar.** Monografia, PMSP, 1995.

BHUI, K.S.; DINOS, S.; STANSFELD, S.A.; WHITE, P.D. A synthesis of the evidence for managing stress at work: a review of the reviews reporting on anxiety, depression, and absenteeism. **J Environ Public Health**, London, v. 2012, Aug.2012.

BILLARD, T. Les conditions historiques et sociales de l'apparition de la psychopathologie du travail em France (1929-1952). In: **Les histoires de la psychologie du travail**, Paris: Octarès, 1996.

BOFF, B. M.; LEITE, D. F.; AZAMBUJA, M. I. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. **Rev Saúde Publica**, São Paulo, v.36, n.3, p.337-42, 2002.

**BOLETIM ISA 5. Transtornos Mentais Comuns. Tabagismo. Consumo de Bebida Alcoólica. Secretaria Municipal da Saúde.** Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo. São Paulo: CEInfo, 2011.

BORGES, L.O.; GUIMARAES, L. A. M.; SILVA, S.S. Diagnóstico e promoção da saúde psíquica no trabalho. In: Borges, L.O.; Mourão, L. **O trabalho e as organizações: atuações a partir da Psicologia.** Cap. 20, pp. Editora Artes Médicas: Porto Alegre p. 581-612, 2013.

BORSOI, I.C.F. From the relationship between work and health to the relationship between work and mental health. **Psicologia & Sociedade**, v.19, p. 103-111, 2007.

BRAGA, L. C.; BALLESTERO, M. R.; AIS, R. R.; OLIVEIRA, R. M. F. **Condições de trabalho e Transtornos Mentais Comuns em servidores do centro cirúrgico do Hospital das Clínicas da FMB-Botucatu.** 26f. Trabalho de conclusão de curso (Curso de Extensão em Higiene Ocupacional do Programa Geral de Saúde e Segurança do Trabalhador). Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Araraquara, 2010.

BRAGA, V. **A enfermagem e a disciplina enfermagem psiquiátrica:** visão da aluna. 137f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – USP, Ribeirão Preto, 1993.

BRASIL. **Constituição (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8080 de 19 de Setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set.1990.

BRASIL. **Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde do Ministério da Saúde Doenças relacionadas ao Trabalho.** Ministério da Saúde e do Brasil e Organização Pan-Americana da Saúde/Brasil, Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 114 Brasília/DF, Brasil.2001.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Portaria n. 3.741, de 15 de Dezembro de 2004.** Dispõe sobre a aprovação do Regimento Interno do Departamento de Polícia Rodoviária Federal. Brasília: 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF:** Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica – **Saúde Mental**. n. 23. Brasília: 2013.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Rede de Atenção Psicossocial. **Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências, para o acolhimento e o tratamento de estresse pós-traumático**. Santa Catarina, 2015.

BRAVERMAN, M. Posttraumatic stress disorder and its relationship to occupational health and injury prevention. In: J.M Stellman (Ed.) vol I (pp. 33-57): **Encyclopedia of occupational health and safety**. 4th ed. Geneva: International Labour Office Press. 1998.

BREILH, J. **Nuevos conceptos y técnicas de investigación** – guía pedagógica para un taller de metodología (Serie “Epidemiología Crítica”, n. 3). Quito: CEAS, 1994.

BRESLAU, N.; KESSLER, R. C. The stressor criterion in DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder: an empirical investigation. **Biol Psychiatry**, v. 50, p.699-704, 2001.

BRODHEAD, W. E.; BLAZER, D. G.; GEORGE, L. K.; TSE, C. K. Depression, disability and days lost from work. **JAMA**, v. 264, n.19, p.2524-2528, 1990.

BUTTERFIELD, M. I.; BECKER, M. E. Posttraumatic stress disorder in women: assessment and treatment in primary care. **Prim Care**, v. 29, p.151-170, 2002.

CAMARGO, D. A.; NEVES, S. N. H. Transtornos mentais, saúde mental e trabalho. In: GUIMARÃES, L.A. M.; GRUBITS, S.(Eds.). **Saúde mental e trabalho** (Vol. 3, p. 23-40). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

CAMARGO, D.A.; GUIMARÃES, L.A.M.; CAETANO, D. Psiquiatria ocupacional I: aspectos históricos e conceituais. **J Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v.53, n.5, p.321-30, 2004.

CAMPOS, M.L.P.; DE MARTINO, M.M.F. Aspectos cronobiológicos do ciclo vigíla-sono e níveis de ansiedade dos enfermeiros nos diferentes turnos de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v.38, n.4, p.415-21, 2004.

CARLOTTO, M. S.; AMAZARRY, M. R.; CHINAZZO, I.; TABORDA, L. Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em trabalhadores: uma análise

na perspectiva de gênero. **Cad Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.172-8, 2011.

CARLOTTO, M. S.; MICHELETTO, M. R. D. Psicologia da Saúde Ocupacional. **R. Laborativa**, Assis, v. 3, n. 2, p. 64-72, out.2014.

CARVALHO, C. N. **Transtornos Mentais Comuns associados ao processo de trabalho e qualidade de vida em pós-graduandos dos programas de residência na área de saúde no Recife**. Dissertação (mestrado), Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Recife, 2008.

CAREERCAST. **Jobs Rated Most and Least Stressful Methodology 2016**, 2016. Disponível em: <http://www.careercast.com/career-news/jobs-rated-most-and-least-stressful-methodology-2016>.

CASTRO C. A.; ADLER A. B. Reconceptualizing combat-related posttraumatic stress disorder as an occupational hazard. In: ADLER A. B.; BLIESE P. D.; CASTRO C. A. Deployment Psychology – evidence-based strategies to promote mental health in the military. Washington, DC: American Psychological Association, 2011. p. 217-242.

CASTRO, M.C.A. **Prevalência de transtornos mentais e comportamentais e percepção de suporte familiar em policiais civis**. 187f. (Dissertação de mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012.

CASTRO, M.C.D.; CRUZ, R.M. Prevalencia de Trastornos Mentales y Percepción de Soporte Familiar en Policías Civiles. **Psicol. cienc. Prof**, Brasília, v.35, n.2, p.271-289, 2015.

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: Altas, 2011.

CHEN, Y. S.; CHEN, M.C.; CHOU, F.H.C.; SUN, F.C.; CHEN, P.C.; TSAI, K. Y.; CHAO, S.S. The relationship between quality of life and posttraumatic stress disorder or major depression for firefighters in Kaohsiung, Taiwan. **Quality of Life Research**, v.16, n.8, p.1289-1297, 2007.

CHISHOLM, D.; SEKAR, K.; KUMAR, K.K.; SAEED, K. JAMES, S. MUBBASHAR, M, et al. Integration of mental health care into primary care. Demonstration cost-outcome study in India and Pakistan. **Br J Psychiatry**. v.8, p.176:581, 2000.

CHOPRA, P. Mental health and the workplace: issues for developing countries. **Int J Ment Health Syst**. v.3, n.1, 2009.

CODO, W.; SORATTO, L.; VASQUES-MENEZES, I. Saúde mental e trabalho. In J. C. Zanelli, J. E. Borges-Andrade & A. V. B. Bastos (Orgs.), **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil** (p. 276-299). Porto Alegre: Artmed, 2004.

COÊLHO, A.E.L. Questionário de sequelas do trauma: adaptação e tradução para português [apostila]. Campo Grande: UCDB, 2000. (apostila).

COLETA, A.; COLETA, M. Fatores de estresse ocupacional e coping entre policiais civis. **Psico-USF**, São Paulo, v.13, n.1, p. 59-68, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº 016/2000, de 20 de dezembro de 2000**. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. Brasília, 2000.

CORDEIRO, T. M. S. C.; MATTOS, A. I. S.; CARDOSO, M. C. B.; SANTOS, K. O. B.; ARAÚJO, T. M. Notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho entre trabalhadores na Bahia: estudo descritivo, 2007-2012. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v.25, n.2, p.363-372, abr-jun, 2016.

COSTA, A. G.; LUDEMIR, A. B. Transtornos Mentais Comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p.73-9, 2005.

COSTA, J.R.A.; LIMA, J.V.; ALMEIDA, P.C. Stress no trabalho do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 63-71, set, 2003.

CRUZ, R. M. Nexo técnico e vigilância à saúde do trabalhador: uma agenda científica para o NTEP. In: MACHADO, J.; SORATTO, L.; CODO, W. (Org.). **Saúde e trabalho no Brasil: uma revolução silenciosa** (p.256-272). Petrópolis, R.J.: Vozes, 2010.

DATTILIO, F.M.; FREEMAN, A. Compreendendo a Terapia Cognitiva. São Paulo: Editorial Psy, 1998.

DE BOER, J. C.; VAN'TVERLAAT, E.; DUVENVOORDEN, H. J.; BAKKER, A. B.; SMIT, B. J. Work-related critical incidents in hospital-based health care providers and the risk of post-traumatic stress symptoms, anxiety, and depression: a meta-analysis. **Social Science & Medicine**, v.73, n.2, p.316-326, 2011.

DE LUCCA, S.R.; CAMPOS, C.R. Saúde mental e trabalho: uma discussão a partir do estudo de trabalhadores de teleatendimento. **Revista Brasileira de Medicina no Trabalho**, v.8, n.1, p.6-15, 2010.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho:** estudo de psicopatologia do trabalho. ed. 5. São Paulo: Cortez Oboré, 1992.

DEJOURS, C. **O fator humano.** ed. 5. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

- DEJOURS, C. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.
- DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer; sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.
- DEJOURS, C.; BÈGUE, F. **Suicídio e trabalho: o que fazer?** Tradução: Franck Soudant. Brasília: Paralelo 15, 2010.
- DEL BEN, K. S.; SCOTTI, J. R.; CHEN, Y. C.; FORTSON, B. L. Prevalence of posttraumatic stress disorder symptoms in firefighters. **Work & Stress**, v.20, n.1, p.37-48, 2006.
- DELCOR, N.S. et al. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 187-196, 2004.
- DEMBE, A. E. The social consequences of occupational injuries and illnesses. **American of Industrial Medicine**, United States, v. 40, n. 4, p. 403-417, 2001.
- DONOHUE, J.M.; PINCUS, H.A. Reducing the societal burden of depression: A review of economic costs, quality of care and effects of treatment. **Pharmacoconomics**, v.25, n.1, p.7-24, 2007.
- DORIGO, J. N.; LIMA, M. E. A. O transtorno de estresse pós-traumático nos contextos de trabalho: reflexões em torno de um caso clínico. **Caderno de Psicologia Social e do Trabalho**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 55-77, jun, 2007.
- ELLENBERGER, H.F. *The discovery of the unconscious: the history and evolution of dynamic psychiatry*. New York: Basic Books, 1970.
- ERIKSEN W.; TAMBS K.; KNARDAHL S. Work factors and psychological distress in nurses' aides: a prospective cohort study. **BMC Public Health**, v. 6, p. 290, 2006.
- EUROPEAN AGENCY ON SAFETY AND HEALTH AT WORK. Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health. Luxemburgo: European Communities, 2007.
- FERREIRA, D.K.; AUGUSTO, L.; SILVA, J. Condições de trabalho e percepção da saúde de policiais militares. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v.16, n.3, p.403-420, 2008.
- FERREIRA, J. J.; PENIDO, L. O. **Saúde mental no trabalho: coletânea do fórum de saúde e segurança no trabalho do Estado de Goiás**. Goiânia: Cir Gráfica, 2013.
- FIGUEIRA, I.; MENDLOWICZ, M. Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. **Rev Bras Psiquiatr**, v.25, supl I, 2003.

**FIORINI, J. S. Estresse no trabalho e transtornos mentais comuns em participantes ELSA-Brasil.** (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, 2015.

**FLESCH, A. C.; HESS, A. R. B. Estresse e níveis de agressividade em policiais militares:** Um estudo correlacional. (Trabalho de Conclusão de Curso), Graduação em Psicologia, Faculdades Integradas de Taquara, Taquara-RS, 2011.

**FONSECA, R.M.C.; CARLOTTO, M.S.** Saúde mental e afastamento do trabalho em servidores do Judiciário do Estado do Rio Grande do Sul. **Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, v.5, n.2, p.117-25, 2011.

**FONSECA, M.L.G. Sofrimento difuso, Transtornos Mentais Comuns e Problemas de nervos:** uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares. (Dissertação de Mestrado). Departamento de Endemias – FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca), Rio de Janeiro, 2007.

**FONSECA, M.L.G.; GUIMARÃES, M.B.L.; VASCONCELOS, E. M.** Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Rev APS**, v. 11, n. 3, p. 285-294, jul./set, 2008.

**FONSECA, M. S. Um Estudo sobre o Significado do Trabalho para Servidores Públicos na Faixa Etária dos 50 Anos de Idade.** 127f. (Dissertação de Mestrado), Universidade Federal do Rio do Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

**FORTES, S. Transtornos Mentais Comuns na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis.** 165 f. (Tese Doutorado em saúde coletiva) - IMS, UERJ, Rio de Janeiro, 2004.

**FORTES, S.; VILLANO, L. A. B.; LOPES, C. S.** Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.30, n.1, p.32-37, 2008.

**FREITAS, A. K. B.; LOPES, L. F. D.; PORTO, A.; BRITO, L. C.; MEDEIROS, F. S. B.** Um estudo acerca do Estresse em Policiais Rodoviários Federais. **Revista Inova Ação**, Teresina, v.4, n.1, p. 01-09, jan/jun, 2015.

**FREUD, S. Le malaise dans la culture.** Paris: PUF, 1929.

**GABRIEL, P.** Mental Health in the Workplace: Situation Analyses, United States. Cornell University 2000. **International Labour Organization**. 2013.

**GASPARINI, S.M.; BARRETO, S.M.; ASSUNÇÃO, A.A.** Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas

Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2.679-2.691, 2006.

GASPARY, L.T.; SELAU, L.P.R.; AMARAL, F.G. Análise das condições de trabalho da polícia rodoviária federal e sua influência na capacidade para trabalhar. **Revista Gestão Industrial**. v.4, n.2, p.48-64, 2007.

GAZALLE, F.K.; LIMA, M.S.; TAVARES, B.F.; HALLA, P.C. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.3, 2004.

GENTIL, A.F.; MATHIAS, M.A.; TORRESAN, R. C.; DINIZ, J. B.; ALVARENGA, P.; ROSÁRIO, M. C., et al. Alcohol use disorder: the importance of appropriate dual-diagnosis. **Drug Alcohol Depend**, v.100, p.173-7, 2009.

GERSHOON, R.; LIN, S.; SI, X. Work stress in aging Police officers. **J Occup Environ Med**, v.44, p.160-7, 2002.

GIL-MONTE, P. R. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach burnout inventory – general survey. **Salud Publica Del Mexico**, 2005.

GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. **Saúde mental no trabalho da teoria à prática**. São Paulo: ROCA, 2010.

GLINA, D.M.; ROCHA, L.E.; BATISTA, M.L.; MENDONÇA, M.G. Mental health and work: a discussion on the connection between work and diagnosis, based on daily practice. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v.17, n.3, p.607-616, 2001.

GOLDBERG, D.; GOLDYER, I. **The origins and course of common mental disorders**. Routlegde, NY, 2005.

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

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders** – a bio-social model. 2. ed. London: Tavistock/Routledge, 1993.

GOMES, A. M. Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho: trajetórias da Escola Francesa. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 22, n. 1, p. 27-31, jan./jun, 2004.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do *Self-Reporting Questionnaire* como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, p.380-90, 2008.

CAVALCANTE, F.G.; MORITA, P.; HADDAD, S.R. Sequelas invisíveis dos acidentes de trânsito: o transtorno de estresse pós-traumático como problema de

saúde pública. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.5, 2009.

GONÇALVES, F.S. **Prevalência de Transtornos Mentais Comuns entre policiais militares de Ceilândia/Distrito Federal**. 25f. (Monografia). Universidade de Brasília, Brasília. 2012.

GUIMARÃES, L.A. M.; CARDOSO, W.L.C.D.; GRUBITS, S.; MARTINS; D.A. Prevalência de Transtornos Mentais nos ambientes de trabalhos. In: **Série Saúde Mental e Trabalho**. vol.I. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

GUIMARAES, L.A.M; NEVES, S.N.H. Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e Coping em trabalhadores do setor aeroespacial: O caso de Alcântara, MA. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 3, p. 71-78, 2011.

GUIMARÃES, L.A.M. Qualidade de Vida e Psicologia da Saúde Ocupacional. In: OGATA, A.J.N (Org). **Temas Avançados em Qualidade de Vida**. Londrina: Midiograf, 2015. p.89-106.

GUIMARÃES, L.A.M\_\_\_\_\_ et al. **Questionário Sócio-demográfico-ocupacional aplicado em servidores do Tribunal Regional Federal da 24ª Região nos anos de 2012 e 2013**. 2012. Mimeografado.

HARDING, T.W.; ARANGO, M.V.; BALTAZAR, J.; CLIMENT, C.E.; IBRAHIM, H.H.; LADRIDO-IGNACIO, L.; et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychol Med**, v.10, p.231-41, 1980.

IACOPONI, E. Detecção de distúrbios emocionais pelo médico: impacto do tipo de trabalho médico e do conceito sobre doenças mentais. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, p.6, p.41-5, 1997.

International Labour Organization. **Violence on the job – a global problem**. Geneva, 1998.

IPSER, J.C.; STEIN, D.J. Evidence-based pharmacotherapy of post-traumatic stress disorder (PTSD). **The International Journal of Neuropsychopharmacology**, v.15, p. 825-840, 2012.

JACQUES, M. G. C. O nexo causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a psicologia. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v.19, n.1 p.112-119, 2007.

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

JANSEN, K.; MONDIN, T.C. et al. Transtornos Mentais Comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.3, p.440-448, mar, 2011.

JANZEN, B.L.; MUHAJARINE, N.; ZHU,T. Effort-reward imbalance, overcommitment, and psychological distress in Canadian police officers. **Psychological Reports**, v. 100, p. 525-530, 2007.

JARDIM, T.A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos de morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, v. 13, n. 28, p.123-35, jan./mar, 2009.

KALIMO, R. Los factores psicosociales y la salud de los trabajadores: panorama general. In: KALIMO, R.; EL-BATAWI, M.; COOPER, C. L. **Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud**. Genebra: OMS, 1988.

KAMALDEEP, S.B.; DINOS, S.; STANSFELD, A.S.; WHITE, P.D. A synthesis of the evidence for managing stress at work: a review of the reviews reporting on anxiety, depression, an absenteeism. **J Environ Public Health**, p.2012: 515874, 2012.

KAPCZINSKI, F. Apresentação. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.25, n.1, p.1-2. 2003.

KASAREK, R. A. **El modelo de Demandas-Control: enfoque social, emocional y fisiológico del riesgo de estrés y desarrollo de comportamientos activos**. In Organización Internacional del Trabajo (OIT). Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo (pp. 34.6-34.16). Genebra: OIT, 1998.

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

KASAREK, R. A. THEORELL, T. **Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life**. New York: Basic Books, 1990.

KASPPER, L.S.; SCHERMANN, L.B. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em usuários de um Centro de Referência de Assistência Social de Canoas/RS. **Aletheia**, v.45, p.168-176, set./dez, 2014.

KESSLER, R.C.; SONNEGA, A.; BROMET, E.; HUGHES, M.; NELSON, C.B. Posttraumatic stress disorder in the national co-morbidity survey. **Archives of General Psychiatry**, v.52, n.12, p.1048-1060, 1995.

KNAPP, M.; MCDAID, D.; PARSONAGE, M. **Mental health promotion and prevention: the economic case**. London. 2011.

KOVEROLA, C.; PROULX, J.; HANNA, C.; BATTLE, P.; CHOAN, M. **Trauma sequelae: A PTSD questionnaire.** Manitoba, Canada: University of Manitoba [unpublished manuscript], 1992.

LACAZ, F.A.C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.151-61, 2000.

LACAZ, F.A.C. **Saúde do trabalhador:** um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. (Tese de doutorado) Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1996.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. et al. **Tratado de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: Hucitec, ed. Fiocruz, 2006, p.615-634.

LANCMAN, S.; SANTOS, M.C.; TOLDRA, R.C. Reabilitação Profissional e Saúde Mental no Trabalho. In: GLINA, D.M.R.; ROCHA, L.E. (Org.). **Saúde Mental no Trabalho da Teoria à Prática.** 1ed. São Paulo: Roca, 2010, p. 98-112.

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

LAX, M.B.; KLEIN, R. More than meets the eye: social, economic, and emotional impacts of work-related injury and illness. **New Solutions: a journal of environmental and occupational health policy**, v.18, n.30, p.343-360, 2008.

LE GUILLANT, L. O trabalho e a fadiga: prefácio da tese do Dr. J. Bégoine. In: LIMA, M. E. A. (org.). **Escritos de Louis Le Guillant:** da ergoterapia à psicopatología do trabalho. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006, p. 218-241.

LEÃO, L.H.C. Psicologia do Trabalho: aspectos históricos, abordagens e desafios atuais. **ECOS – Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, 2012.

LENNINGS, C. J. Police and occupationally related violence: a review. **Policing an International Journal of Police Strategies & Management**, v.20, n.3, p.555-566, 1997.

LEPLAT, J. Développement et dégradation des habilités dans le travail. In: **Société Française de Psychologie. Psychologie du travail. Équilibre ou fatigue par le travail?** Paria: Entreprise Moderne d'Édition, 1980; p. 55-63.

LHUILIER, D. Introdução à psicosociologia do trabalho. **Cadernos de Psicologia, Social do Trabalho**, v.17, p.5-19, 2014.

LIMA, E.P.; ASSUNÇÃO, A. A. Prevalência e fatores associados ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em profissionais de emergência. **Rev Bras Epidemiol**, v.14, n.2, p.217-30, 2011.

LIMA, E.P; ASSUNÇÃO, A.A.; BARRETO, S.M. Prevalência de depressão em bombeiros. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.4, p.733-743, abr, 2015.

LIMA, E.P; ASSUNÇÃO, A.A.; BARRETO, S.M. Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em Bombeiros de Belo Horizonte, Brasil: Prevalência e Fatores Ocupacionais Associados. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.31, n.2, p.279-288, abr, 2015.

LIMA, F.P; BLANK, V.L.G; MENEGON, F.A. Transtorno Mental e Comportamental em Policiais Militares/SC, em Licença para Tratamento de Saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v.35, n.3, p.824-836, jul/set, 2015.

LIMA, M.E.A. (Org.). **Escritos de Louis Le Guillant:** da ergoterapia à psicopatologia do trabalho. Rio de Janeiro: Vozes. 2006.

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, 2002.

LIMA, M.S.; BÉRIA, J.U.; TUMASI, E.; CONCEIÇÃO, A.T.; MARI, J.J. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. **Int J Psychiatry Med**, v.26, p.211-22, 1996.

LIMA, M.E.A. A psicopatologia do trabalho: origens e desenvolvimentos recentes na França. **Psicologia: ciência e profissão**, v.18, n.2, p.10-15, 1998.

LINDSTROM, K.; ELO, A.L.; SKOGSTAD, A.; DALLNER, M.; GAMBERALE, F.; HOTTINEN, V. *et al.* **User's Guide for the QPSNordic** – General Nordic Questionnaire for Psychological and Social Factors at Work. Copenhagen: 2000.

LIPP, M.E.N. Stress: conceitos básicos. In: LIPP, M.E.N. (Org.). **Pesquisas sobre stress no Brasil:** saúde, ocupações e grupos de risco. Campinas: Papirus, 2004.

LIPP, M.E.N. Stress e suas implicações. **Estudos de Psicologia**, v.1, n.3e4, p. 5-19, 1984.

LOUZÃ NETO; RODRIGUES, M. Saúde Mental: desafios para o século XXI. In: O mal da Saúde no Brasil. **Cad Bras Saúde Mental**, São Paulo, v.1, n.1, jan-abr, 2009.

LUDERMIR, A.B. Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.54, n.3, p.198-204, 2005.

LUDERMIR, A.B.; MELO FILHO, D.A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.22, n.1, p.131-40, 2006.

LUNA FILHO, B. Apresentação. In: Razzouk, D; LIMA, M. G. A; CORDEIRO, Q. **Saúde Mental e Trabalho**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2015.

MACEDO, L.E.T.; CHOR, D.; ANDREOZZI, V.; FAERSTEIN, E.; WERNECK, G.L.; & LOPEZ, C.S. Estresse no trabalho e interrupção de atividades habituais, por problemas de saúde, no Estudo Pró-Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.10, p.2327-2336, 2007.

MACEDO, L.M.M. **Adoecimento mental no trabalho:** estudo de caso numa Secretaria de Saúde de Minas Gerais. (Dissertação de mestrado), Centro Universitário. Belo Horizonte, 2015.

MAIA, A.; PIRES, T. Apresentação do trabalho – **acidentes rodoviários:** perturbação aguda de stress e PTSD das vítimas diretas. Universidade do Minho, evento do Ipea, Ant, Denatran: Brasília, 2006.

MARAGNO, L.; GOLDBAUM, M.; GIANINI, R. J.; NOVAES, H. M. D.; CÉSAR, C. L. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1639-1639, 2006.

MARI, J.J.; JORGE, M.R. Transtornos psiquiátricos na clínica geral. **Psychiatry on line**. 2004 Acesso em: <http://www.polbr.med.br/arquivo> Acesso em: 03-11-2016.

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

MARTENYI, F.; et al. Fluoxetine v. placebo in prevention of relapse in post-traumatic stress disorder. **The British Journal of Psychiatry**, v.181, p.315-320, 2002.

MARTINEZ, D.; LENS, M.C.S.; MENNA-BARRETO, L. Diagnóstico dos transtornos do sono relacionados ao ritmo circadiano. **J Bras de pneumologia** v.34, n.3, p.173-80, 2008.

MARX, K. **Les manuscrits économico-philosophiques** de 1844. Paris: Vrin, 1844.

MASCARENHAS, M. S. **Aspectos psicossociais do trabalho e transtorno mentais comuns entre trabalhadores informais feirantes.** (Dissertação mestrado) Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Feira de Santana, 2014.

MASLACH, C. Entendendo o burnout. In: ROSSI, A. M.; PERREWÉ, P. L.; SAUTER, S. (Org.). **Stress e qualidade de vida no trabalho.** São Paulo: Atlas, 2007.

MASLACH, C.; JACKSON, S. **The Maslach Burnout Inventory.** Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, 1981.

MAUSS, M. **Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques.** Paris: PUF, 1925.

MCGORRY, P.D. Evaluating the importance of reducing the duration of untreated psychosis. **Aust N Z J Psychiatry**, v.34, p.145-9, 2000.

MENDES, A.M. Aspectos psico-dinâmicos da relação homem trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v.15, n. 1, 2, 3, p.34-38, 1996.

MENEZES, A.L.A. **Intervenções psicossociais para transtornos mentais comuns na Atenção Primária à Saúde.** (Dissertação mestrado). Universidade do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2012.

MERHY, E.E. A loucura e a cidade: outros mapas. **Revista Forum Mineiro de Saúde Mental**, 2004.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; CONSTANTINO, P. Riscos percebidos e vitimização de policiais civis e militares na (in) segurança pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2767-2779, 2007.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad Saude Pública**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 21-32, 1997.

MITANI, S. Comparative Analysis of the Japanese Version of the Revised Impact of Event Scale: a study of firefighters. **Prehospital and Disaster Medicine**, v. 23, n. 3, p. 20-26, 2008.

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 psicología social.** Petrópolis: Ed. Vozes, 2000.

MURTA, G. S.; TROCOLLI, B.T. Avaliação de Intervenção em Estresse Ocupacional. **Revista Psicologia Teoria e Pesquisa**, v. 20, n. 1, 2004.

MUSUMECI, L.; SOARES, M. B. Polícia e Gênero: Participação e Perfil das Policiais Femininas nas PMS Brasileiras. **Revista Gênero**, v. 5, n. 1, 2004.

NASSIF, L. F. A. Origens e desenvolvimento da Psicopatologia do Trabalho na França (século XX): uma abordagem histórica. **Memorandum: memória e história em psicologia**. Belo Horizonte, v. 8, p. 79-87, 2005. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/artigos08/nassif01.htm>>. Acesso em: 8 nov. 2016.

NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH (NIOSHI). **Workplace Safety & Health Topics**. 2013. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/niosh/topics/>>. Acesso em: 11 jul. 2016.

NAVARRO, V. The labor process and health: a historical materialist interpretation. **International Journal of Health Services**, v. 12, n. 1, p. 5-29, 1982.

NEMEROFF, C.B.; HEIM, C.M.; THASE, M.E.; KLEIN, D.N.; RUSH, A.J.; SCHATZBERG, A.F.; et al. Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. **Proc Natl Acad Sci U. S. A.** p.14293-14296, 2003.

NETO, J. F. R.; FIGUEIREDO, M. F. S.; FARIA, A. A. S.; FAGUNDES, M. 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. 233-239, 2008.

NEYLAN, T.C.; METZLER, T. J.; BEST, S. R.; WEISS, D. S.; FAGAN, J. A.; LIBERMAN, A.; ROGERS, C.; VEDANTHAM, K.; BRUNET, A.; LIPSEY, T. L.; MARMAR, C. R. Critical Incident Exposure and Sleep Quality in Police Officers. **Psychosomatic Medicine**, p. 345–352, 2002.

NÓRTE, C. E. As vítimas da violência: entre discursos científicos e biopolíticas do contemporâneo. **Psicologia & Sociedade**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 169-178, 2015.

OGATA, A. Prefácio. In: GUIMARÃES, L. A. M.; CAMARGO, D. A.; SILVA, M. C. M. V. **Temas e Pesquisas em Saúde Mental e Trabalho**. Curitiba: Editora CRV, 2015.

OLIVEIRA, G. F.; CARREIRO, G. S. P.; FERREIRA FILHA, M. O.; LAZARTE, R.; VIANNA, R. P. T. Risco para depressão, ansiedade e alcoolismo entre trabalhadores informais. **Rev Eletronica Enferm**, v.12, n. 2, abr.-jun., p. 272-7, 2010.

OLIVEIRA, I. B. **Transtorno do Estresse Pós-Traumático**: revisão bibliográfica dos mecanismos, consequências e reabilitação de pessoas envolvidas em acidente com veículo automotor. Monografia de Curso de Especialização em Neurociência & Comportamento do Instituto de Ciências Biológicas da

Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: Instituto de Ciências Biológicas da UFMG, 2010.

OLIVEIRA, J. C. **Qualidade de vida profissional e transtornos mentais menores em fisioterapeutas de um hospital de grande porte em Campo Grande/MS.** 2013. 106f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande. 2013.

OLIVEIRA, K. L.; SANTOS, L. M. Percepção da saúde mental em policiais militares da força tática e de rua. **Sociologias.** Porto Alegre, v. 12, n. 25, set./dez., p. 224-250, 2010.

OLIVEIRA, L. F. **Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em professores.** Dissertação de Mestrado – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Redução das desigualdades no período de uma geração. **Igualdade na saúde por meio da ação sobre os seus determinantes sociais.** Geneva: World Health Organization, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10:** descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-Americana de Saúde. **Saúde mental:** nova concepção, nova esperança. Genebra: Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001, OMS, 2001.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. 2001. Disponível em: <<http://www.ilo.org/global/publications/lang--es/index.htm>>. Acesso em: 12 set. 2016.

PACHECO, T. P. Saúde mental e trabalho: contribuições e desafios da psicologia do trabalho. In: SCHLINDWEIN, V. L. D. C. **Saúde mental e trabalho na Amazônia:** múltiplas leituras sobre o prazer e sofrimento no trabalho. Porto Velho: EDUFRO, v. 1, 2013.

PAL, S. K. Complementary and alternative medicine: an overview. **Current Science**, v. 82, n. 5, p. 518-24, 2002.

PATEL, V.; ARAYA, R.; LIMA, M.; LUDERMIR, A.; TODD, C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. **Soc Sci Med**, p. 1461-71, 1999.

PATEL, V.; KLEINMAN, A. Poverty and common mental disorders in developing countries. **Bulletin of World Health Organization.** Geneva, v. 81, n. 8, p. 609-615, 2003.

PAWLINA, M. M. C.; CAMPOS, A. F.; RIBEIRO, L. S. Características de absenteísmo entre trabalhadores da saúde: nível central da Secretaria da Saúde/MT de 2005 a 2006. **Revista de Planejamento e Políticas Públicas**, p. 173-94, 2009.

PINHEIRO, K. A. T.; HORTA, B. L.; PINHEIRO, R. T.; HORTA, L. L.; TERRES, N. G.; SILVA, R. A. Common mental disorders in teenagers: a population based cross-sectional study. **Rev Bras Psiquiatr**, p. 241-5, 2007.

PINHEIRO, L. R. S. Avaliação do Nível de Estresse de Policiais Militares. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 8. n. 1, p.14-19, 2016.

PORTELA, A.; BUGHAY FILHO, A. Nível de estresse de policiais militares: comparativo entre sedentários e praticantes de atividade física. **Revista Digital**. Buenos Aires, v. 11, n. 106, 2007.

PORTO, L. A.; CARVALHO, F. M.; OLIVEIRA, N. F.; SILVANY NETO, A. M.; ARAÚJO, T. M.; REIS, E. J. B.; DELCOR, N. S. Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 5, p. 818-826, 2006.

PORTO, M. S. G. Polícia e violência: representações sociais de elites policiais do Distrito Federal. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 1, p. 142-150, jan./mar. 2004.

PÔRTO, R.M.P. **Trabalho e Saúde de Policiais Rodoviários Federais**. 2013. 147f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. 2013.

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. 2016.

QUARANTINI, L. C.; NETTO, L. R.; NASCIMENTO, M. A.; ALMEIDA, A. G.; SAMPAIO, A. S.; SCIPPA, A. M.; BRESSAN, R. A.; KOENEN, K. C. Transtorno de humor e de ansiedade comórbidos em vítimas de violência com transtorno do estresse pós-traumático. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, 2009.

RAMAZZINI, B. **As doenças dos trabalhadores**. Trad. Raimundo Estrela. 3. ed. São Paulo: FUNDACENTRO, 2016.

RAZZOUK, D. In: RAZZOUK, D.I; LIMA, M.G.A; CORDEIRO, Q. **Saúde mental e trabalho**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2015.

REGEHR, C.; BOBER, T. **In the line of fire – Trauma in the emergency services**. New York: Oxford University Press, 2005.

REGEHR, C.; MILLAR, D. Situation Critical: High demand, low control, and low support in paramedic organizations. **Traumatology**, v. 12, n. 1, p. 49-58, 2007.

RODRIGUES, A. L.; GASPARINI, A. L. F. Uma perspectiva psicossocial em psicossomática: via estresse e trabalho. **Rev Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 93-107, 1992.

ROMANO, A. S. P. F. **Levantamento das fontes de stress ocupacional de soldados da polícia militar e o nível de stress por elas criado**: uma proposta de curso de controle de stress específico para a polícia militar. Dissertação de Mestrado – Curso de Psicologia Clínica, Campinas, 1997.

ROST, K.; ZHANG, M.; FORTNEY, J.; SMITH, J.; SMITH, G.R. Jr. Expenditures for the treatment of major depression. **Am J Psychiatry**, v. 155, n. 7, p. 883-8, 1998.

Rost KM. Improving depression treatment by integrated care. **J Manag Care Pharm.** 2005;11(3 Suppl):S5-S8.

SAIJO Y.; UENO T.; HASHIMOTO Y. Job stress and depressive symptoms among Japanese firefighters. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 50, p. 470-480, 2007.

SCHESTATSKY, S.; SHANSIS, F.; CEITLIN, L.H.; ABREU, B.S.; HAUCK, S. A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.25, Supl I, 2003.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. Transtorno de estresse pós-traumático. In: **Compêndio de psiquiatria**: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: ArtMed, p. 665-673, 2007.

SANCHEZ-MILLA, J. J.; SANZ-BOU, M. A.; APPELLANIZ-GONZALEZ, A.; PASCUALIZAOLA, A. Policia y estrés laboral. Estresores organizativos como causa de morbilidade psiquiátrica. **Revista de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública**. SESLAP, v. 1, n. 4, 2001.

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

SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais comuns na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1977 a 2009. **J Bras Psiquiatr**, v. 59, n. 3, p. 238-46, 2010.

SANTOS, M. E. S. B. **Transtornos Mentais Comuns em pacientes com AIDS que fazem uso de anti-retrovirais no Estado de São Paulo, Brasil**. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2002.

SATO, L.; BERNARDO, M. H. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 869-878, 2005.

SATO, L.; LACAZ, F. A. C.; BERNARDO, M. H. Psicología e saúde do trabajador: prácticas e investigaciones na Saúde Pública de São Paulo. **Estudios de Psicología**, v. 11, n. 3, p. 281-288, 2006.

SAUTER, S. L.; MURPHI, L. R.; HURREL, J. J.; LEVI, L. Factores psicosociales de organización. In: Stellman, J. M, diretora de edición. **Enciclopedia de Salud y Seguridad em el Trabajo**, v. 2, p. 34. Madrid: Organización Internacional del Trabajo, 1998.

SCHILLING, R. S. F. More effective prevention in occupational health practice. **Journal of the Society of Occupational Medicine**, n. 39, p. 71-79, 1984.

SCHNEIDER, F.R.; et al. Combined prolonged exposure therapy and paroxetine for PTSD related to the World Trade Center attack: a randomized controlled trial. **Am J Psychiatry**, v. 169, n. 1, p. 80-8, 2012. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21908494>>. Acesso em: 17 ago. 2016.

SCHOENBAUM, M.; UNUTZER, J.; SHERBOURNE, C.; DUAN, N.; RUBENSTEIN, L.V.; MIRANDA, J.; et al. Cost-effectiveness of practice-initiated quality improvement for depression: results of a randomized controlled trial. **JAMA**, p. 1325-30, 2001.

SELIGMANN-SILVA, E. A interface desemprego prolongado e saúde psicossocial. In: SILVA FILHO, J. F.; JARDIM, S. (Org.). **A danação do trabalho**. Rio de Janeiro: Te-Corá. p. 19-63, 1997.

SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e psicodinâmica do trabalho. In: MENDES, R. (Org.). **Patologia do trabalho**. São Paulo: Atheneu, 1995.

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

SHARTLE, C. L. Industrial psychology. **Annual Review of Psychology**, v. 1, n. 1, p. 151-172, 1950.

SIEGRIST, J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. **J. Occup. Health Psychol**, v. 1, n. 1, p. 27-41, 1996.

SILVA, E.B.F., TOMÉ, L. A. O.; COSTA, T.J.G.; SANTANA, M. C. C. P. Transtornos mentais e comportamentais: perfil dos afastamentos de servidores públicos estaduais em Alagoas, 2009. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 21, n. 3, p. 505-514, 2012.

SILVA, A. T. C.; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 921-939, 2008.

SILVA, C. T. **Saúde do trabalhador**: um desafio para qualidade total no Hemorio. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, 2000.

SILVA, J. L. L.; MELO, E. C. P.; GRIEP, R. H.; ROTEMBERG, L. **Estresse, trabalho e ambiente**: prevalência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores de enfermagem de um hospital federal no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: sem ano. Disponível em: <http://www.uff.br/anaissegerenf/premio/texto%20uff.semana.pdf>. Acessado em 04 mai. 2017

SILVA, P.L.N.; OLIVEIRA, V.G.R.; FONSECA, J.R.; MACEDO, L.P.; VEIGA, A.P. Transtorno do estresse pós-traumático relacionado ao trabalho. **Revista Digital**, n.169, Junho, Buenos Aires, 2012.

SIMÕES, F. I. W. **A relação entre saúde mental e trabalho**: um estudo de caso. Sem ano. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rj&uact=8&ved=0ahUKEwiChMPmiZDQAhWCC5AKHcOPA6gQFggdMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ieda.edu.br%2Ftransversal%2Fdownloads%2Fdedicao8%2F5-artigo.pdf&usg=AFQjCNEmM59sl2alz9h7rgPTFvVghyV7Ag&sig2=16FjEfcVfhWFRXs7JI0oRw>>. Acesso em: 04 nov. 2016.

SIVADON, P.; AMIEL, R. **Psychopathologie du travail**. Paris: ESF, 1969.

SKAPINAKIS, P.; WEICH, S.; LEWIS, G.; SINGLETON, N.; ARAYA, R. Socio-economic position and common mental disorders: Longitudinal study in the general population in the UK. **British Journal of Psychiatry**, p.109-117, 2006.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. Policial, risco como profissão: morbimortalidade vinculada ao trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 917-928, 2005.

SOUZA, E. R.; FRANCO, L. G.; MEIRELES, C. C.; FERREIRA, V. T.; SANTOS, N. C. Sofrimento psíquico entre policiais civis: uma análise sob a ótica de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 1, 2007.

SPODE, C. B.; MERLO, A. R. C. Trabalho policial e saúde mental: uma pesquisa junto aos capitães da polícia militar. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 19, n. 3, p. 362-370, 2006.

SPODE, C. B. **Ofício de oficial**: Trabalho, Subjetividade e Saúde Mental na Polícia Militar. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, 2004.

STEIN, A.T.; CARLI, E.; CASANOVA, F. Transtorno de estresse pós-traumático em uma unidade de saúde de atenção primária. **R Psiquiatr.** Rio Grande do Sul, v. 26, n. 2, p. 158-66, 2004.

SULTAN-TAIEB, H.; CHASTANG, J. F.; MANSOURI, M.; NIEDHAMMER, I. The annual costs of cardiovascular diseases and mental disorders attributable to job strain in France. **BMC Public Health**, 2013.

SUMMERFIEL, D. The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. **British Medical Journal**, p. 322, 95-98, 2001.

SZETO, A. C. H.; DOBSON, K. S. Mental disorders and their association with perceived work stress: an investigation of the 2010 Canadian Community Health Survey. **Journal of Occupational Health Psychology**, v. 18, n. 2, p.191-197, 2013.

TAK, S. et al. Depressive symptoms among firefighters and related factors after the response to hurricane Katrina. **Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine**, v. 84, n. 2, p. 153-161, 2007.

TRADES UNION CONGRESS, UK. **Stressing the law**. London: TUC; 2000.

UJJIE-LIMA, I. I. B. **Saúde Psíquica e Trabalho de Servidores da Justiça Federal**. 2014. 160f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2014.

US NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH (NIOSH). **Stress at work**, 1998. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101>>. Acesso em: 09 jun. 2016.

VAN DER HART O, F.B. A reader's guide to Pierre Janet: a neglected intellectual heritage. Dissociation, 1989.

VAN DER KOLK, B.A.; MCFARLANE, A.C. The black hole of trauma. In: VAN DER KOLK, B.A.; MCFARLANE, A.C.; WEISAETH, L. eds. Traumatic Stress. New York: The Guilford Press, p. 3-23, 1996.

VAN DER VELDEN P. G. et al. Confrontations with aggression and mental health problems in police officers: the role of organizational stressors, life-events and previous mental health problems. **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy**, v. 2, p. 135-144, 2010.

VASCONCELLOS, L. C. F. de; GAZE, R. **Integridade e doenças dos trabalhadores – O método de Bernardino Ramazzini**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

VASCONCELOS, A.; FARIA, J. H. Saúde Mental no Trabalho: contradições e limites. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. 3, p. 453-464, 2008.

VEIL, C. **Vulnérabilités au travail**. Toulouse: Érès, 2012.

VIEIRA, R.M; GAUER, G. J. C. Transtorno de estresse pós-traumático e transtorno de humor bipolar. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2003.

VOLCAN, S. M. A.; SOUSA, P. L. R.; MARI, J. J.; HORTA, B. L. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos mentais menores: estudo transversal. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 440-5, 2003.

WATTS, B. V. *et al.* Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. **The Journal of Clinical Psychiatry**. v. 74, n. 6. p. 541-50. 2013. Disponível em: <<http://europepmc.org/abstract/MED/23842024>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Library cataloguing-inpublication data**. Work Organization and stress: systematic problem approaches for employers, managers and trade union representative. Protecting workers' health series. Geneva: World Health Organization, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Manual mhGAP de Intervenções para Transtornos Mentais, Neurológicos e por Uso de Álcool e outras Drogas para a Rede de Atenção Básica à Saúde**. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental health policies and programmes in the workplace**. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **What is mental health?** 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html>>. Acesso em: 5 nov. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **A user's guide to the self-reporting questionnaire (SRQ)**. Geneva: Division of Mental Health, WHO, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates**. Geneva: Division of Mental Health, WHO, 2017.

YEHUDA, R. Post-traumatic stress disorder. **N Engl J Med**. p. 108-14, 2002.

ZANELLI, J. C.; BASTOS, A. V. B. Inserção profissional do psicólogo em organizações e no trabalho. In: ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 466-491.

ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. (Org.). **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ZANELLI, J.C. (Coord.). CALZARETTA, A. V.; GARCÍA, A. J.; LIPP, M. E. N.; CHAMBEL, M. J. **Estresse nas organizações de trabalho:** compreensão e intervenção baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ZANELLI, J.C. Prefácio. In: MACÊDO, K. B.; LIMA, J.G.; FLEURY, A. R. D.; CARNEIRO, C.M.S. (Org.). **Organização do trabalho e adoecimento uma visão interdisciplinar.** Goiânia: Ed. da PUC Goiás, 2016.

## **APÊNDICES**

---

## APÊNDICE 1

### Apresentação da Pesquisa



Campo Grande, 1º Julho de 2015

À Superintendência da Polícia Rodoviária Federal

Prezado Senhor,

Conforme solicitado apresentamos a pesquisa intitulada "SAÚDE EMOCIONAL E QUALIDADE DE VIDA DOS POLICIAIS RODOVIÁRIOS FEDERAIS DE CAMPO GRANDE – MS".

O objetivo deste estudo é caracterizar a saúde emocional e a qualidade de vida dos policiais rodoviários federais de Campo Grande/MS. Visa contribuir para a visibilidade destes aspectos, informar ao participante (se for de sua vontade) os achados individuais procedendo a encaminhamentos e sugestões de intervenção, se necessários, para a melhoria de sua condição de saúde e qualidade de vida e à instituição, o resultado grupal. Esclarecemos que a participação se dará de forma voluntária, respondendo a quatro (4) questionários, aplicados individual ou coletivamente, em uma única etapa. O tempo estimado para a aplicação é de aproximadamente 30 minutos.

Os dados obtidos serão analisados e o resultado, se for do interesse participante, serão enviados para seu e-mail particular, não havendo possibilidade, em nenhum momento, de sua identidade ser conhecida, pois a cada servidor será atribuído um número (de conhecimento somente da pesquisadora-chefe). O participante que obtiver um resultado considerado grave, será contatado por e-mail pessoal ocasião em que serão feitas orientações e encaminhamentos necessários a profissional de saúde geral/e ou mental.

Somente os dados grupais serão expostos para o grupo e chefias. Os achados obtidos serão publicados nos meios científicos, artigos, livros, capítulos de livro e

MISSÃO SALESIANA DE MATO GROSSO - UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO  
Av. Tamandaré, 6000 - Jardim Seminário - CEP: 79117-900 - CAMPO GRANDE - MS - BRASIL  
CNPJ/MF: 03.226.149/0015-87 - Fone: 55 67 3312-3300 - Fax: 55 67 3312-3301 - [www.ucdb.br](http://www.ucdb.br)



institucionais, intranet, se for de interesse da instituição e apresentados em eventos de natureza científica, tais como congressos e similares.

Essa pesquisa foi aprovada previamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco- UCDB e não oferece risco aos participantes, haja vista que consiste em responder a questionários estruturados, validados para uso no Brasil e com preservação do sigilo e do anonimato.

**Pesquisadores responsáveis:**

1. Profa Dra Liliana Andolpho Magalhães Guimaraes (Universidade Católica dom Bosco- UCDB); (coordenadora científica);
2. Psicólogo Pesquisador Eliezer Grillo (Universidade Católica dom Bosco- UCDB);

Atenciosamente,

**Profa. Dra. Liliana A. M. Guimarães - CRP 14/00198-2**  
**Supervisora Acedêmica**  
**Profa. Titular dos Programas de Mestrado e Doutorado**  
**em Psicologia da Saúde da UCDB/MS**  
**Coordenadora e líder do grupo de pesquisa UCDB/ CNPq**  
**"Laboratório de Saúde Mental e Qualidade de Vida no Trabalho"**  
**Pesquisadora sênior do SAMPO/IPq, FMUSP/SP**  
<http://lattes.cnpq.br/2000268908146570>

**Psicólogo Eliezer Grillo Barbosa – CRP 14/05939-8**  
**Mestrando em Psicologia da Saúde**  
**Psicólogo, Administrador, MBA Executivo em Gestão de Pessoas**  
<http://lattes.cnpq.br/8922787692441166>

MISSÃO SALESIANA DE MATO GROSSO - UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO  
Av. Tamandaré, 6000 - Jardim Seminário - CEP: 79117-900 - CAMPO GRANDE - MS - BRASIL  
CNPJ/MF: 03.226.149/0015-87 - Fone: 55 67 3312-3300 - Fax: 55 67 3312-3301 - [www.ucdb.br](http://www.ucdb.br)

## APÊNDICE 2

### **Termo Consentimento Livre e Esclarecido**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO

CURSO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu,..... concordo em participar da pesquisa intitulada “Saúde Emocional e Qualidade de Vida dos Policiais Rodoviários Federais de Campo Grande – MS”, de forma voluntária e gratuita, que tem por objetivo caracterizar a saúde emocional e a qualidade de vida dos policiais rodoviários federais que estão na ativa em Campo Grande – MS, respondendo a seis questionários, aplicados coletivamente, em uma única etapa. O tempo estimado para aplicação é de aproximadamente 30 minutos. Os dados obtidos serão analisados e o resultado, se for de seu interesse, serão enviados para seu e-mail particular, não havendo possibilidade, em nenhum momento, de sua identidade ser conhecida, pois a cada servidor será atribuído um número (de conhecimento somente da orientadora). O participante que obtiver um resultado considerado grave será contatado pelo e-mail pessoal, ocasião em que serão feitas orientações e encaminhamentos para profissionais de saúde geral e/ou mental.

Somente os dados grupais serão expostos para o grupo e chefias. Os achados obtidos serão publicados nos meios científicos, artigos, livros, capítulo de livros e meios institucionais, intranet, se for de interesse da instituição e apresentados em eventos de natureza científica, tais como congressos e similares.

Agradecemos desde já a atenção e contamos com sua colaboração!!!

Não hesite em nos contatar pelo e-mail: pesquis\_saude\_emocional@hotmail.com

Muito Obrigado!!!

**Pesquisador Responsável:** Eliezer Grillo Barbosa – CRP: 14/05939-8

**E-mail:** eliezergrillo@hotmail.com – Telefone: (67) 99206-9500

**Orientadora:** Profa Dra Liliana Andolpho Magalhães Guimarães – CRP: 14/00198-2

**E-mail:** Iguimaraes@mpc.com.br – Telefone: (67) 3312-3602

**Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco**

**Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação**

**Endereço:** Avenida Tamandaré, 6000 - Jardim Seminário - Bloco Administrativo - CEP: 79117- 900

**Telefone:** (67) 3312-3723

**Endereço Eletrônico:** <http://www.ucdb.br>

Campo Grande, .....de.....de.....

Assinatura:.....

E-mail:.....

RG:.....

**APÊNDICE 3**  
**Questionário Sócio Demográfico Populacional**  
**QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO-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) Ensino Médio Completo: Não ( ) Sim ( )
- b) Superior Completo: Não ( ) Sim ( )
- c) Especialização Completa: Não ( ) Sim ( )
- d) Mestrado Completo: Não ( ) Sim ( )
- e) Doutorado Completo: Não ( ) Sim ( )

**4. Estado civil:**

- a) Casado ( )
- b) Solteiro ( )
- c) União estável ( )
- d) Separado/Divorciado ( )
- e) Viúvo ( )
- f) Outros ( ) Qual(is)?\_\_\_\_\_

**5. Renda familiar:**

- a) Até R\$ 2.000,00 ( )
- b) De R\$ 2.001,00 a R\$ 5.000,00 ( )
- c) De R\$ 5.001,00 a R\$ 8.000,00 ( )
- d) De R\$ 8.001,00 a R\$ 11.000,00 ( )
- e) R\$ 11.001,00 ou mais ( )

**6.Filhos:**

- a) Não ( )
- b) Sim ( )

**6.1 Se sim, quantos filhos?**

- a) Um ( )
- b) Dois ( )
- c) Três ( )
- d) Acima de quatro ( )

**7.Religião:**

- a) Católica ( )
- b) Protestante ( )
- c) Espírita ( )
- d) Ateu ( )
- e) Outros ( ) Qual(is)? \_\_\_\_\_

**7.1. Praticante? Não ( )      b) Sim ( )****8.Há quanto tempo trabalha na Polícia Rodoviária Federal?**

- a) 0 a 3 anos ( )
- b) 3 anos e 1 mês a 6 anos ( )
- c) 6 anos e 1 mês a 9 anos ( )
- d) 9 anos e 1 mês a 12 anos ( )
- e) 12 anos e 1 mês a 15 anos ( )
- f) 15 anos e 1 mês a 18 anos ( )
- g) 18 anos e 1 mês a 21 anos ( )

- h) 21 anos e 1 mês a 24 anos ( )
- i) 24 anos e 1 mês a 27 anos ( )
- j) 27 anos e 1 mês ou mais ( )

**9. Trabalha há quanto tempo no cargo/lotação que ocupa hoje?**

- a) 0 a 3 anos ( )
- b) 3 anos e 1 mês a 6 anos ( )
- c) 6 anos e 1 mês a 9 anos ( )
- d) 9 anos e 1 mês a 12 anos ( )
- e) 12 anos e 1 mês a 15 anos ( )
- f) 15 anos e 1 mês a 18 anos ( )
- g) 18 anos e 1 mês a 21 anos ( )
- h) 21 anos e 1 mês a 24 anos ( )
- i) 24 anos e 1 mês a 27 anos ( )
- j) 27 anos e 1 mês ou mais ( )

**10. Cargo/Lotação:** \_\_\_\_\_

- a) Policial com Funções Administrativas ( )
- b) Policial de Pista ( )
- c) Policial com Funções Administrativas e de Pista ( )

**10.1 Se exerce as duas funções, quantas horas semanais em cada?**

- a) Função Administrativa ( ) \_\_\_\_\_
- b) Função Pista ( ) \_\_\_\_\_

**11. Número de pessoas que atende diariamente** \_\_\_\_\_**12. Tempo médio que gasta para atender cada pessoa ou caso (minutos, horas, dias, meses, anos)**

- a) mínimo ( ) \_\_\_\_\_
- b) máximo ( ) \_\_\_\_\_

**13. Turno de trabalho?**

- a) Manhã ( ) b) Tarde ( ) c) Noite ( ) d) Manhã e Tarde ( )  
 e) Manhã, Tarde e Noite ( ) f) Madrugada ( ) g) Turnos alternados/plantão( )  
 Outros ( )

Especifique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**14. Plantões?**

- b) Não ( ) b) Sim ( )

**14.1. Se Sim, com que frequência?**

- a) semanal ( ) b) quinzenal ( ) (c) mensal ( ) d) outros ( );

Especifique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**15. Excede a carga horária? Faz horas extras?**

- a) Não ( ) b) Sim ( )

**15.1 Se sim, com que frequência?**

- a) 1x por semana ( )  
 b) 2x por semana ( )  
 c) 3x por semana ( )  
 d) 4x ou mais ( )

**15.2 Se sim, excede em quantas horas?**

- a) 0 a 5 horas por semana ( )  
 b) 6 a 10 horas por semana ( )  
 c) 11 horas ou mais por semana ( )

d) Outros ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

**16. Quantas horas, em média, costuma dormir por noite?**

- a) 0 a 2 horas ( )

- b) 3 a 5 horas ( )
- c) 6 a 8 horas ( )
- d) 9 a 11 horas ( )
- e) 12 horas ou mais ( )

**17. Toma alguma medicação?**

- a) Não ( )
- b) Sim ( )

**17.1. Se sim, qual(is)**

---

**17.2. Com que frequência?**

- a) 1x por semana( )
- a) 2x por semana ( )
- b) 3x por semana ( )
- c) 4x por semana ( )
- d) 5x ou mais ( )

**18. Bebe?**

- a) Não ( )
- b) Sim ( )

**18.1 Se sim, qual quantidade diária ou quando bebe? \_\_\_\_\_**

**18.2 Com que frequência?**

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

**19. Alguma vez o(a) senhor(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica**

**ou parar de beber?**

- a) Sim ( )

b) Não ( )

**20. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica?**

- a) Sim ( )
- b) Não ( )

**21. O(a) senhor(a) se sente chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma**

**tomar bebidas alcoólicas?**

- a) Sim ( )
- b) Não ( )

**22. Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?**

- a) Sim ( )
- b) Não ( )

**23. Aspectos positivos no seu exercício profissional na Policia Rodoviária Federal**

---

---

---

---

---

**24. Aspectos negativos no seu exercício profissional na Policia Rodoviária Federal**

---

---

---

---

---

**25. No geral, como você avalia seu relacionamento no trabalho?**

- a) Excelente ( )      b) Bom ( )      c) Regular ( )      d) Ruim ( )

**26. Comentários**

---

---

---

---

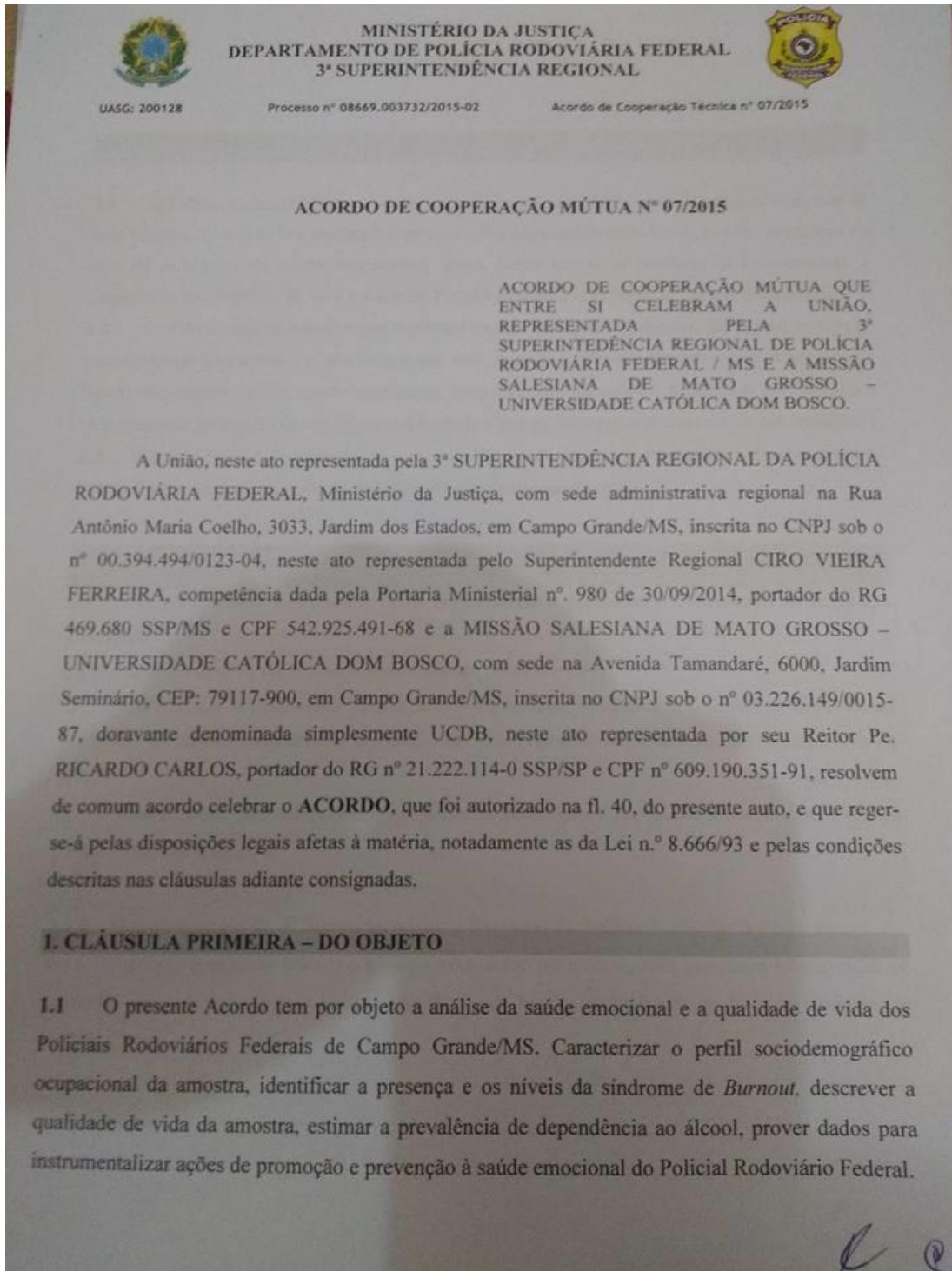
---

---

**ANEXOS**

## ANEXO 1

### Autorização da PRF para realização do estudo




**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL**

  
 UASG: 200128      Processo nº 08669.003732/2015-02      Acordo de Cooperação Técnica nº 07/2015

**2. CLÁUSULA SEGUNDA – DA JUSTIFICATIVA**

2.1 A Polícia Rodoviária Federal sempre contou com a parceria de outros órgãos no exercício de suas funções. O acordo ora pleiteado dará condições às partes envolvidas de realizar pesquisas na área de psicologia da saúde ocupacional, dessa forma promover medidas de levantamento e constatação da qualidade de vida e saúde do Policial Rodoviário Federal de Campo Grande/MS.

2.2 Devido ao tipo de trabalho que o policial exerce, em alguns momentos defrontam-se com as consequências do estresse e o alto risco a que estão expostos, pois está diretamente e indiretamente ligado ao contraste social vivido atualmente, direto quando em serviço, realizando seu trabalho e indiretamente no horário da sua folga, enfrentando a insegurança pública atual como todo cidadão.

2.3 Diante disso é importante que esse profissional estar em condições físicas e mentais satisfatórias para poder contribuir de forma eficaz as demandas sociais.

**3. CLÁUSULA TERCEIRA – DAS RESPONSABILIDADES E OBRIGAÇÕES DAS PARTES**

3.1 As partes deste instrumento ficam responsáveis e obrigadas a observarem as seguintes condições:

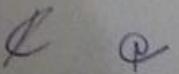
3.1.1 Das obrigações da Universidade Católica Dom Bosco:

a) Caracterizar o perfil sócio-demográfico-ocupacional, identificar a presença e os níveis da Síndrome de Burnout, descrever a qualidade de vida e estimar a prevalência da dependência ao álcool.

b) Prover dados para instrumentalizar ações de promoção e prevenção à saúde emocional do policial rodoviário federal.

3.1.2 Das obrigações da 3ª Superintendência Regional da Polícia Rodoviária Federal:

a) Fornecer transporte (carros e motoristas) quando necessário, para pesquisas relacionadas ao grupo de pesquisa denominado Laboratório de Saúde Mental e Qualidade de Vida no Trabalho da UCDB-CNPq.



  
**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL**  
UASG: 200128      Processo n° 08669.003732/2015-02      Acordo de Cooperação Técnica n° 07/2015  


**4. CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA**

4.1 O presente Acordo terá vigência de 12 (doze) meses a contar de sua assinatura, podendo ser prorrogado, a critério das partes, até o limite de 60 meses.

**5. CLÁUSULA QUINTA – DA RESCISÃO**

5.1 O presente Acordo poderá ser rescindido, por quaisquer das partes, mediante notificação prévia com o prazo de 30 (trinta) dias.

**6. CLÁUSULA SEXTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

6.1 O presente Acordo não acarretará despesas para quaisquer das partes, não necessitando, portanto, de indicação de dotação orçamentária.

**7. CLÁUSULA SÉTIMA – DA FISCALIZAÇÃO**

7.1 O presente Acordo será executado sob o acompanhamento da 3ª SRPRF/MS e pela UCDB, os quais se responsabilizarão por seu fiel cumprimento.

**8. CLÁUSULA OITAVA – DAS ALTERAÇÕES DESTE ACORDO**

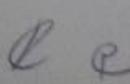
8.1 Durante sua vigência este instrumento poderá ser alterado por mútuo entendimento entre os participes, mediante termo aditivo, exceto no tocante ao seu objeto.

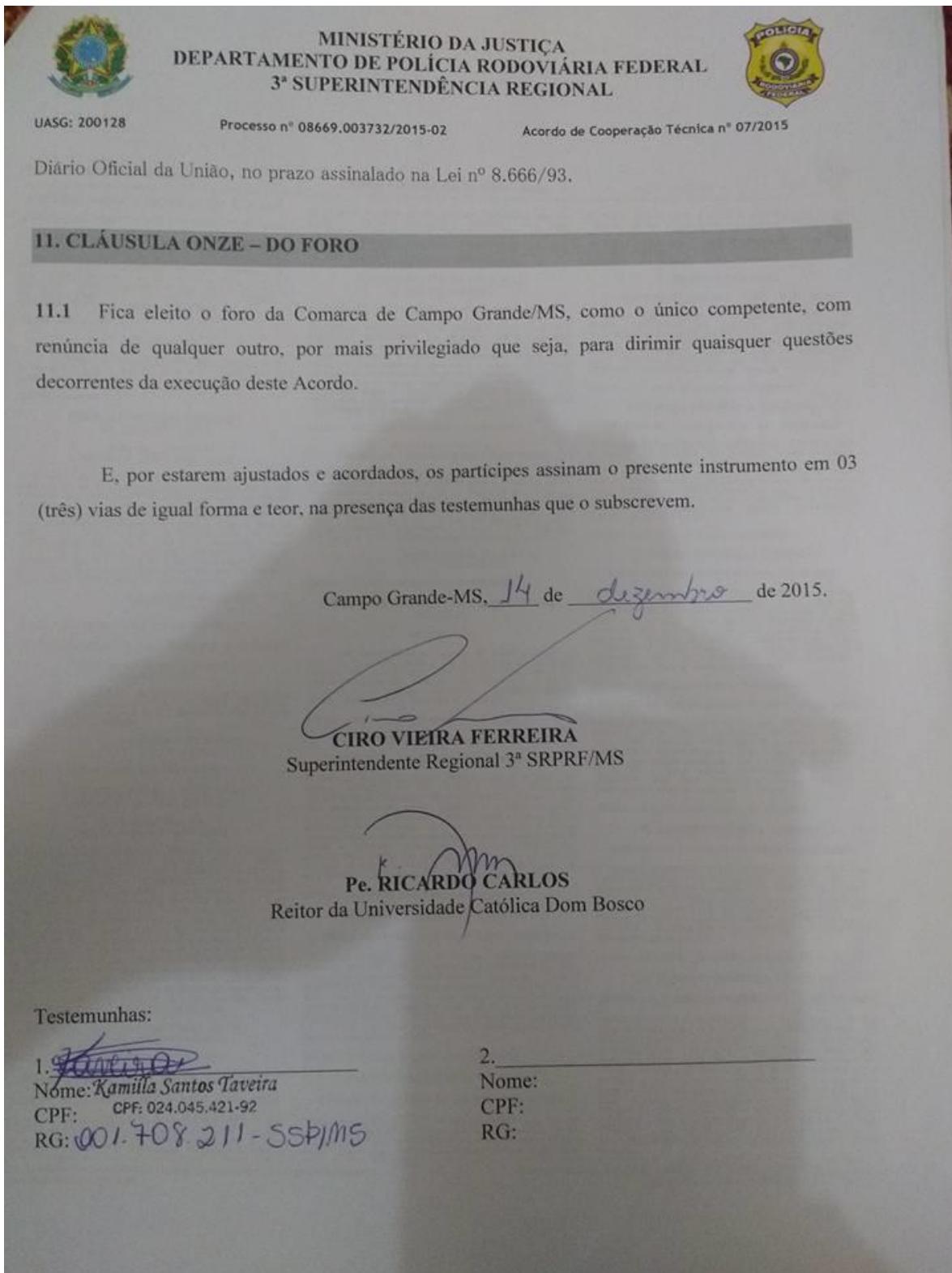
**9. CLÁUSULA NONA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

9.1 Os casos omissos que surgirem no periodo de execução deste Acordo serão solucionados de comum acordo entre as partes, com especial atenção à Lei nº 8.666/93, aos princípios do Direito Público e, subsidiariamente, às outras Leis que se prestem a suprir eventuais lacunas legais.

**10. CLÁUSULA DÉCIMA – DA PUBLICAÇÃO**

10.1 Ficará a cargo da 3ª SRPRF/MS a publicação resumida do extrato deste Acordo, no





## ANEXO 2

### Parecer Consustanciado do CEP

**UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DOM BOSCO**



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** SAÚDE EMOCIONAL E QUALIDADE DE VIDA DOS POLICIAIS RODOVIÁRIOS FEDERAIS DE CAMPO GRANDE - MS

**Pesquisador:** ELIEZER GRILLO BARBOSA

**Área Temática:**

**versão:** 1

**CAAE:** 54473616.2.0000.5162

**Instituição Proponente:** Universidade Católica Dom Bosco

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.482.980

##### Apresentação do Projeto:

O trabalho do policial envolve principalmente duas variáveis: perigo e autoridade. Essa combinação deixaria os policiais em constante pressão por eficiência. Além disso, a presença do perigo os colocaria em alerta e os isolaria dos outros segmentos sociais e comunitários, devido a um comportamento contínuo de desconfiança. Assim, o perigo estimula a conduta do policial focada na defesa pessoal e essa conduta tende a ser impulsiva, pois o perigo traz a ansiedade e o medo. O cansaço físico e a falta de equilíbrio emocional podem levar esses profissionais a assumirem atitudes irrationais durante crises e situações caóticas. Assim, tais atitudes podem levar à falta de eficácia no desempenho do exercício profissional, expondo os policiais e a população em geral a perigos em potencial.

##### Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar a saúde emocional e a qualidade de vida dos policiais rodoviários federais de Campo Grande/MS;

Caracterizar o perfil socio-demográfico-ocupacional da amostra;

Identificar a presença e os níveis da Síndrome de Burnout da amostra;

Determinar quais os domínios mais e os menos comprometidos do SF-36;

Caracterizar a prevalência para a suspeição dos Transtornos Mentais Comuns;

**Endereço:** Av. Tamandaré, 6000

**Bairro:** Jardim Seminário

**CEP:** 79.117-000

**UF:** MS

**Município:** CAMPO GRANDE

**Telefone:** (67)3312-3615

**Fax:** (67)3312-3723

**E-mail:** cep@ucdb.br

**UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DOM BOSCO**



Continuação do Parecer: 1.402.900

**Avaliar a presença e a prevalência do Transtorno do Estresse Pós Traumático (TEPT);  
Verificar qual o componente mais comprometido e o mais preservado, se o físico ou o mental, pelo SF-36;  
Detectar a prevalência de suspeição para a Dependência ao Álcool.**

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não há riscos diretos para os participantes da pesquisa, nem para os pesquisadores e colaboradores.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa tem relevância científica.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram apresentados e estão de acordo com o regimento vigente.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências nem inadequações.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado acompanha o voto do Relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_562901.pdf	18/03/2016 23:23:30		Aceito
Parecer Anterior	AUTORIZACAO_ACORDO.pdf	18/03/2016 23:21:54	ELIEZER GRILLO BARBOSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MESTRADO_EM_PSICOLOGIA_SAÚDE_EMOCIONAL_E_QUALIDADE_DE_VIDA_DOS_PRFS_VS_FINAL	18/03/2016 22:46:05	ELIEZER GRILLO BARBOSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_FINAL.pdf	18/03/2016 22:42:26	ELIEZER GRILLO BARBOSA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO.pdf	18/03/2016 22:41:42	ELIEZER GRILLO BARBOSA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	18/03/2016	ELIEZER GRILLO	Aceito

Endereço: Av. Tamandaré, 8000 Bairro: Jardim Seminário UF: MS Telefone: (87)3312-3615	CEP: 79.117-000 Município: CAMPO GRANDE Fax: (87)3312-3723 E-mail: cep@uedb.br
--	---

UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DOM BOSCO



Continuação do Parecer: 1.402.900

Cronograma	Cronograma.pdf	22:39:27	BARBOSA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_PLATAFORMA.pdf	16/03/2016 22:37:12	ELIEZER GRILLO BARBOSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 07 de Abril de 2016

---

Assinado por:  
Márcio Luis Costa  
(Coordenador)

Endereço: Av. Tamandaré, 6000	CEP: 79.117-000
Bairro: Jardim Seminário	
UF: MS	Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3312-3815	Fax: (67)3312-3723
	E-mail: csp@ucdb.br