

JULIANA CESTARI DE OLIVEIRA

**QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL E TRANSTORNOS MENTAIS
MENORES EM FISIOTERAPEUTAS DE UM HOSPITAL DE GRANDE
PORTE DE CAMPO GRANDE/MS**

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

2013

JULIANA CESTARI DE OLIVEIRA

**QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL E TRANSTORNOS MENTAIS
MENORES EM FISIOTERAPEUTAS DE UM HOSPITAL DE GRANDE
PORTE DE CAMPO GRANDE/MS**

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

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

2013

Ficha catalográfica

Oliveira, Juliana Cestari de
O48q Qualidade de vida profissional e transtornos mentais menores em
 fisioterapeutas de um hospital de grande porte de Campo Grande/MS
 / Juliana Cestari de Oliveira; orientação, Liliana Andolpho Magalhães
 Guimarães . 2013.
 106 f.+ anexos

Dissertação (mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom
Bosco, Campo Grande, 2013.

1. Qualidade de vida no trabalho 2. Menores - Transtornos mentais
3. Fisioterapeutas I. Guimarães, Liliana Andolpho Magalhães II. Título

CDD – 615.82

A dissertação apresentada por JULIANA CESTARI DE OLIVEIRA, intitulada “QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL E TRANSTORNOS MENTAIS MENORES EM FISIOTERAPEUTAS DE UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DE CAMPO GRANDE/ MS”, 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
(Orientadora/UCDB)

Profª Drª Edelvais Keller (UFJF)

Profª Drª Heloísa Bruna Grubits Freire (UCDB)

Profº Drº Márcio Luis Costa (UCDB)

A *MARIA FERNANDA*,
minha filha, a razão da
minha vida.

A *REGINA* e *JULIO*, meus
pais e a *KARINA*, minha
irmã, pelo apoio sem limites.

AGRADECIMENTOS

Para realização deste trabalho contei com a colaboração de muitas pessoas.

À professora Dr^a Liliana Andolpho Magalhães Guimarães, pela orientação paciente e segura, pelo apoio e carinho ao longo do curso. Seu estímulo e sua dedicação constantes foram essenciais para a concretização desse trabalho.

À coordenadora do Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Psicologia da UCDB, Prof^a Dr^a Sônia Grubits, pela dedicação aos alunos desse Programa e aos professores da Linha Práticas em Saúde e Qualidade de Vida pelos conhecimentos transmitidos nas aulas.

A Prof^a Dr^a Heloísa Bruna Grubits Freire e ao Prof^o Dr^o Márcio Luis Costa pelas valiosas contribuições por ocasião do exame de qualificação.

A Prof^a Dr^a Edelvais Keller, a Prof^a Dr^a Heloísa Bruna Grubits Freire e ao Prof^o Dr^o Márcio Luis Costa, por aceitarem participar como membros da banca de defesa e pela avaliação do trabalho.

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

Às colegas de turma no Mestrado, principalmente Josikelli, Milena, Vanusa, e as doutorandas Éveli e Helen, pela troca afetiva e intelectual nessa caminhada.

Aos alunos do curso de Psicologia do Programa de Iniciação Científica, Bianca, Carlos, Marina e Renato que estiveram presentes no desenvolvimento desta pesquisa.

Ao Adriano que orientou e organizou a parte estatística desse trabalho.

Aos integrantes do Laboratório de Saúde Mental e Qualidade de Vida do Trabalhador, em especial as alunas Aline e Andréia, que por meio de discussões dos temas abordados ajudaram muito na minha pesquisa.

Aos meus pais, em especial minha mãe, Prof^ª Dr^a Regina, e a minha irmã Karina, pelo incentivo, apoio e confiança em todos os momentos, para a realização deste trabalho.

A minha filha Maria Fernanda, pela compreensão da minha ausência em todos os momentos.

Ao Hospital que autorizou a realização desse estudo e que por motivos éticos será mantido o sigilo do seu nome e aos fisioterapeutas que aceitaram participar desta pesquisa.

A Capes pela bolsa modalidade II concedida a partir de maio de 2011 que permitiu a realização dessa pesquisa.

“Nada é mais real que aprender maneira simples de viver. Tudo é tão normal se a gente não se cansa nunca de aprender. Sempre olhar como se fosse à primeira vez. Se espantar como criança a perguntar porquês”.

Almir Sater e Paulo Simões

RESUMO

Introdução- O fisioterapeuta é um profissional que atua na promoção da saúde, na prevenção, no tratamento e reabilitação, em nível individual e coletivo. Sua atuação tem por finalidade favorecer, preservar ou restaurar a capacidade funcional dos indivíduos, ou seja, sua qualidade de vida. Pelo desgaste físico e mental inerente ao exercício dessa profissão, sobretudo exercida em ambiente hospitalar, podem ocorrer repercussões à saúde física e mental desses profissionais, bem como à sua Qualidade de Vida Geral e Profissional. **Objetivo-** Este estudo busca, portanto, avaliar a Qualidade de Vida Profissional e a suspeição de Transtornos Mentais Menores, pelo viés da presença ou não e a frequência desses transtornos, em fisioterapeutas de um Hospital de grande porte da cidade de Campo Grande, estado de Mato Grosso do Sul (MS). **Método-** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e de corte transversal. De uma população de N=69, tomou-se uma amostra de n= 40 fisioterapeutas, constante até o final do estudo. Foram aplicados três instrumentos para a obtenção de dados: (i) o Questionário sociodemográfico e ocupacional; (ii) o Questionário de Qualidade de Vida Profissional (QVP-35), que afere a percepção do trabalhador sobre a sua vida ocupacional e (iii) o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), *screening* que identifica suspeitos de terem ou não Transtornos Mentais Menores. **Resultados-** Os dados sociodemográficos mostram que a maioria dos fisioterapeutas: são do sexo feminino (57.5%), têm idade até 35 anos (70%), são casados (62.5%), possuem filhos (52.5%), consideram-se católicos (70%); e sua maior escolaridade é a especialização (87.5%). Com relação à Qualidade de Vida Profissional (QVP), a amostra de estudo percebe pouco Apoio Organizacional (AO); muita Motivação Intrínseca (MI); muita Carga de Trabalho (CT); e muita Qualidade de Vida no Trabalho (QVT). As diferenças significativas na correlação das variáveis sociodemográficas e ocupacionais e os fatores do QVP-35 foram: (i) quem trabalha na enfermagem ($p=0.01$) e quem tira férias regularmente ($p=0.05$) percebe menor apoio organizacional; (ii) quem não tem filhos ($p= 0.04$) percebe maior motivação intrínseca; (iii) os que praticam a religião católica ($p=0.05$) percebem maior qualidade de vida no trabalho; e (iv) quem tem até 35 anos ($p= 0.04$), os que recebem acima de 11 salários mínimos ($p= 0.01$) e os que trabalham no período matutino ($p=0.05$) percebem maior carga de trabalho. A maioria dos fisioterapeutas não apresenta suspeição para Transtornos Mentais Menores (TMM) (57.5%). No SRQ-20 dividido por categorias, os participantes mostram humor depressivo/ansioso (12.5%) e decréscimo de energia vital (2.5%). Correlacionando as características sociodemográficas e ocupacionais e o SRQ-20, encontrou-se que: (i) os que se identificam como católicos ($p= 0.01$), (ii) os que recebem de 6 a 10 salários ($p= 0.02$), e (iii) os que trabalham no CTI ($p= 0.05$) apresentam menor suspeição para TMM. **Conclusão-** Os participantes demonstram motivação intrínseca elevada para o trabalho e, apesar de identificarem pouco apoio organizacional e muita carga de trabalho, percebem ter muita qualidade de vida no trabalho. A maioria não mostra suspeição para Transtornos Mentais Menores (57.5%). Porém, é importante ressaltar o fato de que 42.5% apresentam suspeição, sendo esse índice considerado alto e preocupante.

Palavras-chave: Qualidade de Vida Profissional; Qualidade de Vida no Trabalho; Trabalho; Transtornos Mentais Menores; Fisioterapeuta; QVP-35; SRQ- 20.

ABSTRACT

Introduction - The physical therapist is a professional who works with the promotion of health, prevention, treatment and rehabilitation, both at individual and collective levels. Their actions aim to encourage, preserve or restore people's functional capacity, that is, their quality of life. The physical and mental wear inherent in the development of the profession, particularly in the hospital environment, may bring repercussions to physical therapists' physical and mental health, as well as to their General and Professional Quality of Life.

Objective - The paper aims to assess the Professional Quality of Life and the suspicion regarding the existence of Minor Mental Disorders, from the point of view of the possible presence and frequency of these disorders in physical therapists who work in a large Hospital in the city of Campo Grande, state of Mato Grosso do Sul (MS). **Method** - This is a quantitative, descriptive cross-section study. From a population of N=69, a sample of n=40 physical therapists was analyzed. These were constant up to the end of the study. Three instruments were applied for data collection: (i) the Socio-demographic and occupational questionnaire; (ii) the Professional Quality of Life Questionnaire (PQL-35), which measures the workers' perception about their occupational life and (iii) the Self Reporting Questionnaire (SRQ-20), a screening instrument that identifies whether people have Minor Mental Disorders. **Results** - The socio-demographic data show that the majority of physical therapists: are female (57.5%), are up to 35 years old (70%), are married (62.5%), have children (52.5%), are catholic (70%). Their higher educational level is Specialization (87.5%). Regarding their Professional Quality of Life (PQL), the sampled professionals acknowledge little Organizational Support (OS); high Intrinsic Motivation (IM); a lot of Workload (WL) and high Quality of Work Life (QWL). The significant differences found in the correlation of the socio-demographic and occupational variables and the PQL-35 factors were: (i) the professionals who work at the infirmary ($p=0.01$) and those who regularly go on holiday ($p=0.05$) acknowledge less organizational support; (ii) the professionals with no children ($p=0.04$) acknowledge higher intrinsic motivation; (iii) the catholic professionals ($p=0.05$) acknowledge higher quality of work life; and (iv) people up to 35 years old ($p=0.04$), the ones who earn over 11 minimum salaries ($p=0.01$), and those who work in the morning ($p=0.05$) perceive greater workload. Most physical therapists are not suspected of having Minor Mental Disorders (MMD) (57.5%). In the SRQ-20 analyzed by categories, the participants present depressive/anxious mood (12.5%) and decreased vital energy (2.5%). By correlating the socio-demographic and occupational characteristics and the SRQ-20, the following was observed: (i) the Catholics ($p=0.01$); (ii) those who earn between six and ten minimum salaries ($p=0.02$); and (iii) those who work in the ICU ($p=0.05$) present less suspicion of MMD. **Conclusion** - The participants present high intrinsic motivation for the job and, in spite of the fact that they identify little organizational support and a lot of workload, they acknowledge high Quality of Work Life. Most professionals are not suspected of having Minor Mental Disorders (57.5%). However, it is worth emphasizing the fact that 42.5% are actually suspected. The index is high and worrying.

Keywords - Professional Quality of Life; Quality of Work Life; Work; Minor Mental Disorders; Physical therapist; PQL-35; SRQ- 20.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANOVA	Análise de Variância
AO	Apoio Organizacional
AS	Apoio Social
AVAI	Anos de vida ajustados em razão da incapacidade
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – (10ª Revisão)
CNPS	Conselho Nacional de Previdência Social
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CT	Carga de Trabalho
CTI	Centro de Terapia Intensiva
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CRT	Capacitação para o Trabalho
DMC	Distúrbios Músculo-Esquelético
DRT	Desconforto relacionado ao Trabalho
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition</i>
FRPT	Fatores de Risco Psicossocial no Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MEC	Ministério da Educação
MI	Motivação Intrínseca
MOS SF-36	<i>Medical Outcomes Studies 36-item Short-Form</i>
MS	Mato Grosso do Sul
NR	Norma Regulamentadora
NTEP	Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PME	Pesquisa Mensal de Emprego
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
QMPA	Questionário de Morbidade Psiquiátrica

QV	Qualidade de Vida
QVP	Qualidade de Vida Profissional
QVP-35	Questionário de Qualidade de Vida Profissional
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
RRT	Recursos relacionados ao Trabalho
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SRQ-20	<i>Self-Reporting Questionnaire</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtornos Mentais Comuns
TMM	Transtornos Mentais Menores
TPM	Transtornos Psiquiátricos Menores
UCDB	Universidade Católica Dom Bosco

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. Conceitos de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT).....	27
QUADRO 2. Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho	28
QUADRO 3. Riscos Ambientais relacionados ao trabalho.....	40
QUADRO 4. O Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – CREFITO distribuído por região.....	47
QUADRO 5. As oito (8) Dimensões do QVP-35.....	58
QUADRO 6. As três (3) Dimensões do QVP-35.....	58

LISTA DE TABELAS

TABELA 1a	Distribuição dos dados sociodemográficos e ocupacionais da amostra.....	64
TABELA 1b	Distribuição dos dados sociodemográficos e ocupacionais da amostra.....	65
TABELA 2	Distribuição das médias, desvios padrão e classificação dos três (3) fatores do QVP-35.....	66
TABELA 3	Distribuição da frequência e porcentagem de suspeitos e não suspeitos no SRQ-20.....	66
TABELA 4	Distribuição da frequência e porcentagem das quatro (4) categorias do SRQ-20 (Iacoponi e Mari, 1989).....	67
TABELA 5a	Diferença entre as variáveis sociodemográficas e ocupacionais e o Apoio Organizacional (Teste Anova).....	68
TABELA 5b	Diferença entre as variáveis sociodemográficas e ocupacionais e o Apoio Organizacional (Teste Anova).....	69
TABELA 6a	Diferença entre as variáveis sociodemográficas e ocupacionais e a Motivação Intrínseca (Teste Anova).....	70
TABELA 6b	Diferença entre as variáveis sociodemográficas e ocupacionais e a Motivação Intrínseca (Teste Anova).....	71
TABELA 7a	Diferença entre as variáveis sociodemográficas e ocupacionais e a Carga de Trabalho (Teste Anova).....	72
TABELA 7b	Diferença entre as variáveis sociodemográficas e ocupacionais e a Carga de Trabalho (Teste Anova).....	73
TABELA 8a	Diferença entre as variáveis sociodemográficas e ocupacionais e a QVT (Teste Anova).....	74
TABELA 8b	Diferença entre as variáveis sociodemográficas e ocupacionais e a QVT (Teste Anova).....	75
TABELA 9a	Diferença entre as variáveis sociodemográficas e ocupacionais e o SRQ-20 (Teste Anova).....	76
TABELA 9b	Diferença entre as variáveis sociodemográficas e ocupacionais e o SRQ-20 (Teste Anova).....	77
TABELA 10	Diferença entre os três (3) fatores do QVP-35 e a QVT com o SRQ-20.....	78

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....	16
II. REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
2.1. QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL.....	21
2.2. OS CONCEITOS DE SAÚDE E DOENÇA (TRANSTORNO) MENTAL.....	31
2.2.1 Transtornos Mentais Menores	35
2.2.2 Saúde Mental e Trabalho	37
2.3. BREVE HISTÓRICO DA ATIVIDADE FISIOTERAPÊUTICA.....	43
2.3.1 A Profissão Fisioterapeuta na Legislação Brasileira	45
2.3.2 Atuação do Profissional Fisioterapeuta: implicações físicas e mentais.....	48
III. OBJETIVOS.....	51
3.1 Objetivo Geral	52
3.2 Objetivos Específicos	52
IV. HIPÓTESES	53
V. CASUÍSTICA E MÉTODO.....	55
5.1 Tipo de Estudo	56
5.2 Participantes da Pesquisa.....	56
5.3 Critérios de Inclusão	56
5.4 Critérios de Exclusão.....	56
5.5 <i>Locus</i> da Pesquisa.....	56
5.6 Instrumentos de Pesquisa	57
5.6.1 Questionário de Qualidade de Vida Profissional (QVP-35).....	57
5.6.2 Questionário de Transtornos Mentais Menores (SRQ-20)	59
5.6.3 Questionário Sociodemográfico e Ocupacional	61
5.7. Procedimentos	61
5.8. Análise de dados.....	62
VI. RESULTADOS.....	63
6.1 Resultados relacionados às variáveis sociodemográficas e ocupacionais.....	64
6.2 Resultados relacionados aos três fatores do QVP-35 e do SRQ-20	66
6.3 Resultados das correlações entre às variáveis sociodemográficas e ocupacionais e os três fatores do QVP-35.....	67
6.4 Resultados relativos aos Transtornos Mentais Menores	76

6.5 Resultados referentes à relação entre os fatores QVP-35, do SRQ-20 e a QVT.....	78
VII. DISCUSSÃO	79
7.1 Discussões dos resultados sociodemográficos e ocupacionais.....	80
7.2 Discussões dos resultados do QVP-35	83
7.3 Discussões dos resultados referentes aos Transtornos Mentais Menores	85
VIII. CONCLUSÕES	87
REFERÊNCIAS	91
APÊNDICES	98
ANEXOS	105

O principal interesse pela temática abordada nessa dissertação deve-se ao fato de a pesquisadora ser formada em Fisioterapia, com especialização em fisioterapia hospitalar. Exerceu essa atividade nesse ambiente por algum tempo e no cotidiano pode observar à intensa sobrecarga física e emocional pela qual esses profissionais passam. A partir disso, começou a refletir e a se preocupar com as possíveis consequências dessas características do trabalho exercido no ambiente hospitalar.

Por isso, procurou inicialmente cursar uma disciplina como aluna especial denominada “Qualidade de Vida, Saúde e Trabalho”, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), no segundo semestre de 2010, em função da aproximação relacionada à área de saúde.

O ingresso no Programa de Pós-Graduação, Mestrado em Psicologia deu-se em 2011 após aprovação no processo seletivo. As leituras e discussões sobre Qualidade de Vida (QV), ao longo do curso, ampliaram esse interesse. Acresce-se a isso, sua participação nas reuniões do Laboratório de Saúde Mental e Qualidade de Vida do Trabalhador, coordenado pela Prof^ª. Dr^ª. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães, em que se aborda temática ligada à Saúde e Doença mental no trabalho e QV, levando ao desenvolvimento dessa dissertação que avalia a Qualidade de Vida Profissional (QVP) e a presença ou não de Transtornos Mentais Menores (TMM) em Fisioterapeutas de um Hospital de grande porte no Município de Campo Grande, Estado de Mato Grosso do Sul (MS).

A literatura também destaca os principais fundamentos do interesse crescente pelo tema qualidade de vida no trabalho e considera três ordens de relevância. A primeira é do ponto de vista social, em que mostra como o trabalho é o fator central na vida de uma sociedade e essa centralidade e suas implicações, levam a importância do estudo em Qualidade de Vida no Trabalho (QVT); a segunda relevância é do ponto de vista das organizações, em que se destaca a necessidade do estudo de QVT, pois existe uma série de “problemas presentes no cotidiano dos ambientes corporativos” e a terceira é do ponto de vista acadêmico, em que o autor acentua a “importância em refletir sobre o papel e o campo de intervenção das ciências do trabalho e da saúde”, buscando avançar e evoluir a “inter-relação indivíduo- contexto de trabalho” (FERREIRA, 2012, p. 89-90).

Diante do exposto, pode-se dizer que a QVT, por fazer parte do cotidiano das pessoas tem provocado inquietação e suscitado o interesse e a investigação, sendo definida como tema de estudo e pesquisa em várias áreas: educação, psicologia, saúde, economia, sociologia, entre outras.

Interessa nessa investigação, caracterizar a QVP dos fisioterapeutas e para tanto descrever sucintamente a profissão, para depois, em seção própria, detalhá-la.

Ressalte-se que ao buscar nas bases de dados de produção científica (SCIELO, LILACS, MedLine, PUBMED, BIREME), não se encontrou na literatura, trabalhos com os descritores: SRQ-20, QVP-35 e fisioterapeutas associados, a partir dos últimos cinco anos.

Cabe acrescentar que a Fisioterapia é uma profissão nova em relação a outras da área de saúde, muitas vezes com tradição secular. Esse profissional está sujeito a apresentar comprometimento em sua própria qualidade de vida Geral e Profissional, pelo grande desgaste físico e mental demandado pela profissão, além da má remuneração (SOARES; RODRIGUES; SILVA JÚNIOR, 2005).

Várias universidades no Brasil formam muitos fisioterapeutas todos os anos. Inúmeras pesquisas com profissionais da área da saúde e saúde mental recentes no país estão sendo realizadas e chama a atenção, a quantidade de autores que indicam a necessidade de pesquisas com o tema Qualidade de Vida em fisioterapeutas, para que sejam possíveis comparações com pesquisas já realizadas (SOARES, RODRIGUES; SILVA JÚNIOR, 2005; KLAMT; MALDANER, 2010).

Questões ligadas à organização do trabalho hospitalar, os fatores psicossociais de risco, tais como, sobrecarga de trabalho, o ambiente, a alta demanda de atendimentos feita diariamente, o desgaste físico e mental inerente à profissão, e também, as exigências atuais do mundo do trabalho, podem ser preditivos da baixa Qualidade de Vida no trabalho desses profissionais, com importantes repercussões em sua saúde mental. Nessa pesquisa buscou-se estudar também, a suspeição para Transtornos Mentais Menores (TMM), como a ansiedade, a depressão, tendo como sintomas a insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas que ainda podem acarretar em longo prazo, os transtornos mentais maiores¹.

Dado o acima exposto, justifica-se a importância dessa pesquisa, no sentido de caracterizar a QVP e sua relação com a presença ou ausência de suspeição para transtornos mentais menores em fisioterapeutas no município de Campo Grande/MS.

A construção da estrutura dessa pesquisa, na forma de dissertação, foi dividida nas seguintes seções:

¹ Patologias com diagnóstico nosológico, ex: psicoses, entre outras.

A primeira seção trata o tema de Qualidade de Vida (QV) geral e em seguida apresenta um breve histórico sobre Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e a Qualidade de Vida Profissional (QVP).

A segunda seção aborda os conceitos de saúde e doença (transtorno) mental, bem como o de transtornos mentais menores e saúde mental e trabalho.

A terceira seção caracteriza o profissional fisioterapeuta, apresentando um breve histórico da profissão e o seu exercício.

As seções posteriores apresentam Resultados, Discussão e Considerações Finais e Conclusões da pesquisa, assim como, as Referências, Apêndices e Anexos.

II REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL

Essa seção aborda, inicialmente, o conceito de Qualidade de Vida (QV) geral e a seguir o de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e o de Qualidade de Vida Profissional (QVP)².

O termo Qualidade de Vida (QV) é conceituado de diferentes formas, na medida em que expressa conhecimentos, experiências e valores, tanto individuais como coletivos. Em outras palavras, trata-se de uma noção que abrange várias dimensões relacionadas à vida dos indivíduos, ou seja, envolve o bem estar físico, mental, psicológico, emocional, relacionamentos sociais, além de saúde e educação.

Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 8) definem Qualidade de Vida como:

[...] uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar.

Mesmo tratando-se de um tema atual, segundo Bittencourt (2005), o conceito de QV é bastante antigo, tendo o filósofo grego Aristóteles refletido sobre o assunto e afirmado que um homem feliz vivia bem e estava bem. No entanto, Costa (2011)³ alerta que o ideal de vida definido por Aristóteles, foi traduzido como “boa vida”, porém com conotação inadequada no contexto atual, portanto, o entendimento correto do termo seria “vida boa”. Apesar de ser um conceito antigo, ainda hoje, encontra-se franca imprecisão conceitual. Tal fato se deve, principalmente, à grande subjetividade e abrangência do tema (CAMPOS; DAVID, 2007).

Carvalho (2009), mostra que a primeira referência à QV, foi realizada por Pigou em um livro sobre Economia e bem estar denominado *The Economics of Welfare*, publicado em 1920, que enfocava o impacto das ações governamentais, na vida dos indivíduos de classes menos favorecidas. No entanto, a expressão qualidade de vida foi mencionada, pela primeira vez, pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, quando declarou que "[...] os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser

² Na literatura o termo mais usado é QVT, no entanto o questionário utilizado denomina-se QVP-35 e contempla um item sobre QVT.

³ Aula ministrada pelo Prof. Drº Márcio Luis Costa, na disciplina de Epistemologia no programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Psicologia na Universidade Católica Dom Bosco, em 2011.

medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”, referindo-se ao sistema monetário. Porém, a preocupação com o conceito de qualidade de vida decorre de um movimento no âmbito das ciências humanas e biológicas, no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (FLECK *et al*, 1999, p. 20).

A partir da década de 1970 surgiu o conceito de qualidade de vida como medida de desfecho de saúde, devido aos avanços alcançados pela medicina em tratamentos que permitiam o controle de sintomas de doenças ou o retardo de seu curso natural. Assim, com o prolongamento da vida passou a ser importante, então, mensurar a forma como as pessoas vivem esse período (FLECK *et al* , 2008).

Assim, não existe um único conceito de qualidade de vida, porém o mais utilizado é o da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1994, p. 26), que define QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. (FLECK *et al* 1999). Nesse conceito de QV, três aspectos são fundamentais: (I) a subjetividade (grau de satisfação individual percebida pelo indivíduo); (II) a multidimensionalidade (várias dimensões: físico, mental, social, entre outros) e (III) a bipolaridade (elementos de avaliação tanto positivos como negativos).

De acordo com Souza e Guimarães (1999, p.120), a rubrica QV representa:

uma tentativa de quantificar, em termos cientificamente analisáveis, a rede de conseqüências de uma doença e seu tratamento, sob a percepção do paciente de sua habilidade para viver uma vida proveitosa e satisfatória. O que emerge é uma definição funcional de QV, mensurável e evolutiva através do tempo.

Com o intuito de avaliar qualidade de vida, diferentes indicadores foram construídos. Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000), um dos primeiros foi o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Os autores esclarecem que:

[...] o IDH é um indicador sintético de qualidade de vida que, de forma simplificada, soma e divide por três os níveis de renda, saúde e educação de determinada população. A renda é avaliada pelo PIB real *per capita*; a saúde, pela esperança de vida ao nascer e a educação, pela taxa de alfabetização de adultos e taxas de matrículas nos níveis primário, secundário e terciário combinados. Renda, educação e saúde seriam atributos com igual importância como expressão das capacidades humanas. O IDH se baseia na noção de *capacidades*, isto é, tudo aquilo que uma

peessoa está apta a realizar ou fazer. Nesse sentido, o desenvolvimento humano teria como significado mais amplo, a expansão não apenas da riqueza, mas da potencialidade dos indivíduos de serem responsáveis por atividades e processos mais valiosos e valorizados [...]. Mas também apresenta limitações que devem ser consideradas, seja no uso para comparar qualidade de vida entre territórios, seja ao longo do tempo em um mesmo território (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p.10).

O Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolveu um questionário denominado WHOQOL, que pode ser considerado um divisor de águas nos estudos sobre QV, por sua sistematização, clareza e objetividade, somadas à sua crescente robustez psicométrica. Sua primeira versão foi denominada WHOQOL-100 sendo composta por 100 questões, que avaliam a qualidade de vida numa perspectiva transcultural e epidemiológica, possibilitando o desenvolvimento de pesquisas que pretendam obter medidas mais fidedignas e que analisam a qualidade de vida geral do indivíduo por meio de seis domínios: físico; psicológico; nível de independência; relações sociais; meio ambiente e aspectos religiosos (FLECK *et al*, 2008). Posteriormente foi elaborado o WHOQOL-Bref, que contém 26 questões e quatro (4) domínios: social, psicológico, ambiente e relações sociais e mais a faceta geral de QV (FLECK *et al*. 2000). Esse mesmo grupo desenvolveu ainda, outros instrumentos, tais como, o WHOQoL- Old (CHACHAMOVICI, 2005). WHOQOL- HIV (CANAVARRO *et al*, 2010).

Outro instrumento a ser mencionado, pela importância que esse domínio tem adquirido, é o WHOQOL-SRPB (*Spirituality, religiousness na personal beliefs*), construído porque se percebeu ser insuficiente avaliar esse domínio no WHOQOL-100, contendo apenas quatro questões (FLECK; SKEVINGTON, 2007). Esse questionário avalia de que forma a espiritualidade, a religiosidade e as crenças pessoais estão relacionadas à qualidade de vida na saúde e na assistência à saúde.

Fleck *et al* (2003) salientam que para o desenvolvimento desse instrumento a definição de Ross (2005) da dimensão espiritual foi considerada de grande utilidade, enfatizando que para o autor esta depende de três componentes:

necessidade de encontrar significado, razão e preenchimento na vida; necessidade de esperança/ vontade para viver; necessidade de ter fé em si mesmo, nos outros ou em Deus. A necessidade de significado é considerada uma condição à vida e quando um indivíduo se sente incapaz de encontrar um significado, sofre em função de sentimentos de vazio e desespero.

Panzini *et al* (2011) ao realizarem a validação do Instrumento de Qualidade de Vida / espiritualidade, religião e crenças pessoais, destacam que 95.3% da população do Brasil é de crentes. Porém, acrescentam que por razões que envolvem preconceito,

desinteresse ou dificuldades em medir essas variáveis, essas dimensões não tem sido consideradas, seja como desfecho ou como variáveis preditivas de desfechos em saúde.

De acordo com Fleck *et al* (2008), o ponto de partida para as várias definições de qualidade de vida relacionada à saúde foi a própria definição de saúde, elaborada pela Organização Mundial de Saúde (1958). A partir da mesma, alguns autores também estabelecem que o termo qualidade de vida incluída à saúde pode ser representado pelos efeitos de uma enfermidade ou terapia, segundo a percepção do próprio doente. Por exemplo, Wenger e Furberg (1990 p. 39, *apud* Eduardo, 2010) destacam:

são características valorizadas pelo doente, que incluem a sensação de bem-estar ou conforto, a aptidão em manter suas funções físicas, emocionais e intelectuais, além da capacidade de participar em atividades importantes com a família, no local de trabalho e com a comunidade.

Destaca-se que os conceitos religiosidade e espiritualidade são considerados importantes, na medida em que se tornam aliados dos indivíduos com algum sofrimento ou que são acometidos por alguma doença. Conforme Fleck *et al* (2003) existem evidências crescentes da relação entre esses conceitos e saúde mental. Desde a Assembléia Mundial de Saúde de 1983, a inclusão da dimensão não material ou espiritual vem sendo discutida no sentido de modificar o conceito clássico de saúde da OMS para um conceito que leve em consideração um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não meramente ausência de doença.

Pode-se dizer que a saúde é um dos componentes de qualidade de vida, mas a mesma não pode ser o único parâmetro, pois qualidade de vida contempla várias dimensões, entre elas, as relações com o trabalho. A seguir, serão tecidas considerações sobre o Trabalho, para depois vinculá-lo à QVT.

A dimensão Trabalho, como parâmetro para avaliar a Qualidade de Vida no Trabalho, tem sido estudada em suas diferentes formas, de acordo com o contexto cultural em que se insere e a época vivenciada. Nas últimas décadas intensificaram-se os estudos sobre as repercursões na saúde do trabalhador causadas pelo trabalho.

Conforme Jardim, Ramos e Glina (2010), o lugar que o Trabalho ocupa na vida das pessoas destaca-se por ser fonte de subsistência e de posição social, acentuando que a falta do mesmo gera sofrimento psíquico sendo uma ameaça para a manutenção material do trabalhador e conseqüentemente de sua família. Também ocupa um lugar fundamental no afetivo das pessoas, ou seja, um trabalho satisfatório gera prazer, alegria e saúde, ao contrário

de um trabalho sem reconhecimento ou com fonte de ameaças físicas e/ou psíquicas que gera sofrimento, com o que concorda Antunes (1997) ao afirmar que o trabalho é essencial à vida humana e por meio dele o homem torna-se ser social, assim distinguindo-se dos animais. Em suas palavras, “o trabalho tem, portanto, quer em sua *gênese*, quer em seu desenvolvimento, em seu *ir-sendo* e em seu *vir-a-ser*, uma intenção ontologicamente voltada para o processo de *humanização* do homem em seu sentido amplo [...]” (ANTUNES, 1999, p. 142).

O autor acima, ao apreender que o trabalho na sua dimensão concreta, como atividade vital, altera a natureza e simultaneamente transforma a natureza humana, ou o próprio ser que trabalha, afirmando que o mesmo é uma “categoria genuinamente humana”. Nessa perspectiva, acrescenta que,

Dizer que uma vida cheia de sentido encontra na esfera do trabalho seu primeiro momento de realização é totalmente diferente de dizer que uma vida cheia de sentido se resume exclusivamente ao trabalho, o que seria um completo absurdo. Na busca de uma vida cheia de sentido, a arte, a poesia, a pintura, a literatura, a música, o momento de criação, o tempo de liberdade têm um significado muito especial. Se o trabalho se torna alto determinado, autônomo e livre, e por isso dotado de sentido, será também (e decisivamente) por meio da arte, da poesia, da pintura, da literatura, da música, de uso autônomo do tempo livre e da liberdade que o ser social poderá se humanizar e se emancipar em seu sentido mais profundo (ANTUNES, 1999, p. 143).

O Trabalho, entendido como ação essencialmente humana, segundo Rauber e Rebolo (2011, p. 3) “pode ser visto como atividade satisfatória em si, ou seja, que propicia prazer e satisfação para quem o realiza, pois possibilita a resolução de problemas, o uso do talento e do potencial humano com autonomia e gera relações humanas satisfatórias”. Contudo, tem sofrido mudanças ao longo do tempo. Segundo Pinto (2007, p.30),

o trabalho sempre foi um fator estimulante de mutações sociais e tal atributo ganhou invulgar vigor com as rápidas mudanças impostas às respectivas relações, graças ao enorme potencial de multiplicação de riqueza e consumo de bens proporcionados pelos novos processos de produção da Revolução Industrial, atualmente acrescidos dos quase milagres da cibernética e da automação trazidas pela Revolução Tecnológica, que projetou a humanidade na era consagrada como a do conhecimento e a sociedade no estágio evolutivo identificado como pós industrial.

O Trabalho pode acarretar aos profissionais de modo geral, toda a espécie de comprometimentos, na medida em que estes precisam, além de tudo, trabalhar para sobreviver e sustentar a família e com isso se desdobrar realizando tarefas que podem então causar problemas físicos e psicológicos e que se não forem tratados levam a comprometimentos

maiores. Cita-se, como exemplo, o fisioterapeuta que trabalha em hospitais, pois geralmente depois das horas cumpridas no local, esse profissional exerce sua atividade em clínicas, Instituições de Ensino ou em residências de pacientes para poder complementar a sua renda.

O conceito de qualidade de vida no trabalho (QVT), desde a Antiguidade está relacionado com a preocupação de satisfação e bem-estar ao trabalhador em suas tarefas. Rodrigues (1999, *apud* Vasconcelos, 2001) mostra que:

[...] os ensinamentos de Euclides (300 a.C) de Alexandria sobre os princípios da geometria serviram de inspiração para a melhoria do método de trabalho dos agricultores à margem do Nilo, Assim como a Lei das Alavancas, de Arquimedes, formulada em 287 a.C., veio diminuir o esforço de muitos trabalhadores.

De acordo com Rocha e Fernandes (2008, p. 24), com o crescente processo de globalização que a sociedade atual vive e a conseqüente aceleração no ritmo da produção tecnológica observa-se uma profunda mudança nas relações desenvolvidas no mundo do trabalho e, em decorrência, uma queda crescente da qualidade de vida da população trabalhadora. Os autores exemplificam como foco de seu estudo sobre professores do ensino fundamental do município de Jequié-BA, que “a escola se constitui um importante ambiente onde tal problemática está presente, sofrendo os impactos das mudanças políticas, tecnológicas e econômicas decorrentes da globalização”.

Sampaio (2012) assinala que o tema Qualidade de vida no Trabalho teve início com as linhas de pesquisa da área da Administração, seguida da Psicologia do Trabalho e também a áreas ligadas a saúde do trabalho mostrando que não há um consenso entre os autores. O autor conclui que a noção de Qualidade de Vida no Trabalho apresenta conseqüências quando associada a fenômenos organizacionais e relacionados à saúde mental.

Como dito anteriormente, há muitas conceituações de qualidade de vida relacionadas ao trabalho (QVT) no decorrer dos anos. Diversos autores definem QVT de diferentes maneiras. Entre eles, Limongi-França (1997) conceitua QVT como:

[...] o conjunto das ações de uma empresa que envolvem a implantação de melhorias e inovações gerenciais e tecnológicas no ambiente de trabalho. A construção da qualidade de vida no trabalho ocorre a partir do momento em que se olha a empresa e as pessoas como um todo, o que chamamos de enfoque biopsicossocial. O posicionamento biopsicossocial representa o fator diferencial para a realização de diagnóstico, campanhas, criação de serviços e implantação de projetos voltados para a preservação e desenvolvimento das pessoas, durante o trabalho da empresa (LIMONGI-FRANÇA, 1997, p. 80)

Sob essa ótica, o conceito biopsicossocial é composto por três potencialidades: (i) biológica (características físicas herdadas ou adquiridas ao nascer e durante toda a vida, como metabolismo, resistências e vulnerabilidade de órgãos e sistemas); (ii) psicológica (processos afetivos, emocionais e de raciocínio, consciente ou inconsciente, que formam a personalidade de cada pessoa) e (iii) social (valores, crenças, papel na família, no trabalho e a todos os grupos a que pertence ou participa) (LIMONGI-FRANÇA, 2001).

No quadro abaixo se verificam outros conceitos de Qualidade de vida no Trabalho, sistematizados por Grzeszezeszyn e Grzeszezeszyn (2009):

CONCEITOS	AUTORES
A qualidade de vida no trabalho refere-se aos aspectos favoráveis e desfavoráveis do ambiente de trabalho para as pessoas.	Davis e Newstron (1996, p. 164)
Qualidade de vida no trabalho é o conjunto das ações de uma empresa no sentido de implementar melhorias e inovações gerenciais, tecnológicas e estruturais no ambiente de trabalho.	Limongi-França (1996, <i>apud</i> LIMONGI-FRANÇA e ARELLANO, 2002, p. 296)
[...] qualidade de vida no trabalho (QVT) se refere à qualidade de vida em relação ao que se passa em nossos ambientes de trabalho ou em nossa vida laboral.	Cañete (2004, p. 396)
[...] uma forma de pensamento envolvendo pessoas, trabalho e organização, destacando-se dois pontos: a preocupação sobre o impacto do trabalho sobre as pessoas e a participação na solução de problemas organizacionais e tomada de decisões.	Nadler e Lawler (1983, <i>apud</i> OLIVEIRA; MORAES, 2001, p. 2)
A QVT representa em que grau os membros das organizações são capazes de satisfazer suas necessidades pessoais através do seu trabalho na organização.	Chiavenatto (1999, p. 391)
Uma melhor qualidade de vida no trabalho quer dizer não somente ter melhores condições materiais, mas também buscar melhores condições de ter maior autonomia, participação, condições para o auto-desenvolvimento, enfim, ter condições de maior auto-realização.	Rodrigues (1986, <i>apud</i> QUILICI <i>et al.</i> , 2007, p.5)
Qualidade de vida no trabalho envolve administração participativa na qual o trabalhador passa a contribuir com seus conhecimentos, suas experiências, a fim de tornar os cargos mais produtivos e satisfatórios.	Machado (1996, <i>apud</i> BISPO <i>et al.</i> , p. 02)
A QVT consiste na aplicação concreta de uma filosofia humanista pela introdução de métodos participativos, visando modificar um ou vários aspectos do meio ambiente de trabalho a fim de criar uma situação favorável à satisfação dos empregados e a produtividade.	Bergeron (1982, <i>apud</i> LIMONGI-FRANÇA e ARELLANO, 2002, p. 299.
Qualidade de vida no trabalho (QVT) é o conjunto das ações de uma empresa que envolve a implementação de melhorias e inovações gerenciais e tecnológicas no ambiente de trabalho. A construção da qualidade de vida no trabalho ocorre a partir do momento em que se olha a empresa e as pessoas como um todo, o que chamamos de enfoque biopsicossocial.	Limongi-França (2001, <i>apud</i> QUILICI; XAVIER; FRASSON, 2007, p.)

Quadro1: Conceitos de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT)

Fonte: Grzeszezeszyn e Grzeszezeszyn (2009)

De acordo com Ayres, Silva e Souto-Maior (2004) muitos modelos se propõem a prescrever e a descrever conjuntos de ações visando à obtenção de qualidade de vida no trabalho. Os autores mostram que o modelo de Walton (1973) inclui aspectos básicos da situação, entre eles fatores higiênicos, condições físicas, aspectos relacionados à segurança e também à remuneração, sem, no entanto, descuidar dos demais. O seu modelo propõe oito variáveis a serem consideradas na avaliação da QVT, cujos critérios e especificações estão demonstrados no Quadro 2.

Crítérios	Especificações
1- Compensação justa e adequada	A remuneração adequada é aquela necessária para as pessoas atenderem suas necessidades pessoais e os padrões culturais, sociais e econômicos da sociedade em que vivem. Deve estabelecer o equilíbrio entre equidade interna e equidade externa.
2- Condições seguras e saudáveis de trabalho	Estabelecimento de horários razoáveis, de condições físicas de trabalho que reduzam consideravelmente o risco de doenças e danos físicos, ausência de insalubridade.
3- Oportunidade imediata de uso e desenvolvimento das capacidades humanas	Envolve: autonomia, significado da tarefa, identidade da tarefa, variedade da habilidade requerida, <i>feedback</i> .
4- Oportunidade de contínuo crescimento e segurança	É preciso que se avalie a expectativa do trabalhador quanto ao uso de conhecimento e habilidades recém adquiridas, o nível em que as atividades de trabalho atuais contribuem para manter e expandir sua capacidade, de maneira que se evite a obsolescência, a avaliação das oportunidades de progredir em termos organizacionais ou de carreiras reconhecidas pelas pessoas de seu convívio, com colegas, amigos e familiares e, por fim, a segurança de emprego ou renda decorrente do trabalho.
5- Integração social na organização do trabalho	Inclui: igualdade de oportunidades, qualidade nos relacionamentos, senso comunitário, ausência de preconceitos.
6- Constitucionalismo na organização do trabalho	Engloba: cumprimento dos direitos trabalhistas, privacidade pessoal, liberdade de expressão, normas e rotinas.
7- Congruência do trabalho com o espaço total da vida	Considera o equilíbrio entre a jornada de trabalho, exigências da carreira, viagens e convívio familiar.
8- Relevância social da vida de trabalho	Consiste na imagem da organização, responsabilidade social da organização, responsabilidade social pelos serviços, responsabilidade social pelos empregados. Agir de forma irresponsável faz com que um número cada vez maior de empregados deprecie o valor de seus trabalhos e carreiras, o que afeta tanto a auto- estima quanto a sua produtividade.

Quadro 2 : Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho

Fonte: Walton (1973, *apud* Ayres; Silva; Souto-Maior, 2004)

Ações visando uma melhor qualidade de vida no trabalho são necessárias e importantes, desde que o trabalho passou a ocupar uma posição importante na vida dos seres

humanos, assim como o fato de como as pessoas pensam e sentem suas experiências com o trabalho (WYATT; WAH, 2001).

A definição de Qualidade de Vida Profissional adotada nesse estudo foi a de Cabezas-Peña (1999) que refere que a QVP é “a experiência de bem estar, secundária à percepção de equilíbrio entre as demandas ou cargas de trabalho e os recursos (psicológicos, organizacionais, e reacionais) disponíveis para enfrentá-las” (GUIMARÃES *et al*, 2004). Essa definição embasa o instrumento QVP-35, que foi utilizado nesta pesquisa e que foi validado para o português do Brasil por Guimarães *et al* (2004). Os autores ainda definem satisfação profissional como “o grau de bem estar que o individuo experimenta a partir do seu trabalho”. A satisfação profissional deve estar contemplada dentro da qualidade da organização, como um traço estrutural que favorece o bom funcionamento e a qualidade de vida dos serviços.

Com base no instrumento QVP-35, utilizado nessa pesquisa, das oito dimensões do QVP-35: Desconforto Relacionado ao Trabalho (DRT), Apoio Organizacional (AO), Carga de Trabalho (CT), Recursos Relacionados ao Trabalho (RRT), Apoio Social (AS), Motivação Intrínseca (MI), Capacitação para o Trabalho (CRT) e Percepção sobre a QVT (QVT), três grandes fatores foram considerados para avaliação como: Apoio Organizacional (AO), Carga de Trabalho (CT) e Motivação Intrínseca (MI). Serão abordados em sequência, os três fatores.

Com relação ao Apoio Organizacional, Fonseca e Moura (2008) referem que os trabalhadores entram na empresa com expectativas sobre o que poderão fazer profissionalmente e sobre o que a organização poderá lhes recompensar, mas na realidade observam o oposto daquilo que eles idealizaram e os resultados discrepantes dessa comparação da verdade do dia-a-dia de trabalho, com os planos criados, podem influenciar o comportamento dos mesmos. Os autores mostram também que o apoio organizacional dependerá das expectativas e crenças do trabalhador sobre a retribuição e reconhecimento dado pela empresa ao seu trabalho. Esta percepção é influenciada pela frequência, intensidade e sinceridade das relações de elogio e aprovação, pelos aspectos ligados à remuneração, vínculos de trabalho e às políticas organizacionais.

Para avaliar a carga de trabalho, Frankenhauser (2001, p. 134) relata que nas diferentes situações da vida de homens e mulheres é preciso alterar o conceito de Trabalho, incluindo-se a idéia de carga horária total, ou seja, todo trabalho realizado sendo ele remunerado ou não. A autora define Carga de Trabalho como “o conjunto de requisitos psicofísicos a que o trabalhador é submetido ao longo de sua jornada”. Dessa forma, a carga de trabalho total inclui a carga de trabalho relacionada ao emprego, as horas extras regulares no trabalho e

afazeres domésticos, cuidados dos filhos, de parentes idosos e doentes e colaboração com organizações voluntárias ou sindicatos. Por esta definição, as mulheres que trabalham no lar têm uma carga de trabalho maior que a dos homens, em todas as idades e em todos os níveis profissionais. A autora ainda relata que o conhecimento das necessidades, habilidades e limitações humanas fornecem parâmetros, quando se trata de definir as condições psicossociais do trabalho, de modo a reduzir o estresse e melhorar a saúde no trabalho.

Já DeArmond e Chen (2009 p.50) destacam que a carga de trabalho é “quantidade e a complexidade do trabalho que os empregados têm que realizar” e as consequências da mesma estão ligadas diretamente à saúde ocupacional, citam que pesquisas mostram a relação de carga de trabalho com o bem estar geral, doenças coronarianas, sintomas psicológicos como tensão, nervosismo, irritabilidade, cansaço, dificuldades de concentração, queixas relacionadas à saúde física, como dores de cabeça, rigidez na nuca e nos ombros, ardência nos olhos, assim como o comprometimento na qualidade do sono.

Guimarães (2013) analisa que, quando, de forma transitória, o trabalho exige demasiado ou muito pouco, pode haver adaptação ao mesmo, mas se esta situação se repetir de forma cotidiana, tanto por excesso (sobrecarga), como por falta (infra-carga), pode se tornar fonte de estresse. Quando as exigências do trabalho superam a capacidade do sujeito para responder às mesmas, fala-se de sobrecarga de trabalho, ou seja:

- **Sobrecarga quantitativa:** quando a pressão de tempo é alta, isto é, quando o trabalhador não pode regular o ritmo e este é elevado; quando se deve realizar grande volume de trabalho em relação ao tempo disponível; e/ou quando são numerosas as interrupções que obrigam a deixar momentaneamente as tarefas e voltar a elas mais tarde (GUIMARÃES, 2013).
- **Sobrecarga qualitativa:** quando a realização do trabalho exige demasiado do trabalhador que o realiza e este se sente superado. Costuma aparecer quando ocorre uma mudança tecnológica e organizacional; quando um trabalhador é promovido sem ter levado a cabo previamente as ações de informação e formação correspondentes; ou nos trabalhos de atendimento a utilizadores, público e/ou clientes (GUIMARÃES, 2013).

Quando a realização das tarefas apresenta poucas exigências ao trabalhador, fala-se de **infra-carga de trabalho** (grifo nosso) e esta pode ser:

- **Infra-carga quantitativa:** quando a atividade (física e/ou mental) da tarefa é escassa, ou quando a presença do trabalhador é necessária, mas as suas intervenções são limitadas (*e.g.* ascensorista de elevador) (GUIMARÃES, 2013).
- **Infra-carga qualitativa:** quando o conteúdo do trabalho é escasso, ou quando o trabalho é pouco criativo e a realização do mesmo não permite ter iniciativa nem tomar decisões (*e.g.* porteiro, vigia) (GUIMARÃES, 2013).

Quanto à motivação, Guimarães e Boruchovitch (2004) sugerem que diferentes padrões são decorrentes da interação entre as necessidades psicológicas e o ambiente. Consideram, entre eles, a desmotivação (ausência de intenção, desvalorização da atividade e percepção de falta de controle pessoal), motivação extrínseca (realização da atividade como uma obrigação ou como um meio para obter algo externo) e a **motivação intrínseca** (interesse, satisfação, prazer, inerentes à atividade) (grifo nosso). Com relação à motivação intrínseca, um dos fatores do QVP-35, pode-se dizer que é a dimensão melhor representada do potencial positivo da natureza humana, sendo considerada a base para o crescimento, integridade psicológica e coesão social. Configura-se como uma tendência natural para buscar novidades, desafios, para obter e exercitar as próprias capacidades e refere-se ao envolvimento em uma determinada atividade por sua própria vontade, por esta ser interessante, envolvente ou geradora de satisfação.

Após a exposição dos conceitos de QV, QVT e QVP, apresenta-se no item 2.2 o conceito de saúde e doença mental, de transtornos mentais menores e por fim de saúde mental e trabalho, nessa sequência.

2.2 OS CONCEITOS DE SAÚDE E DOENÇA (TRANSTORNO) MENTAL

O campo da psicopatologia inclui diversos fenômenos humanos, associados ao que se denominou historicamente de doença mental. São vivências, estados mentais, e padrões do comportamento que apresentam, por um lado, uma especificidade psicológica e, por outro, conexões complexas com a denominada “psicologia do normal”.

Dois autores brasileiros, entre outros, discorrem amplamente sobre os conceitos de normalidade em psicopatologia, Ballone (2004) e Dalgalarrodo (2008). Segundo Dalgalarrodo (2008) o conceito de normalidade em psicopatologia decorre da definição do

que é saúde e doença mental, contemplando várias áreas da saúde mental como: Psiquiatria legal ou forense, Epidemiologia psiquiátrica, Psiquiatria cultural e etnopsiquiatria, Planejamento em saúde mental e políticas de saúde, Orientação e capacitação profissional e Prática clínica.

Assim, ainda conforme o autor, vários são os critérios de normalidade e anormalidade em medicina e psicopatologia. A adoção de um desses critérios depende, entre outros, de opções, como as filosóficas, ideológicas e programáticas do profissional. Dessa forma destaca que os principais critérios de normalidade são:

- Normalidade como ausência de doença - se baseia na ausência de sintomas, de sinais ou de doenças, ou seja, um indivíduo normal que não é portador de um transtorno mental definido.
- Normalidade ideal - designada por critérios socioculturais, ideológicas, muitas vezes dogmáticas e doutrinárias.
- Normalidade estatística – aplica-se especialmente a fenômenos quantitativos (peso, altura, tensão arterial, horas de sono, entre outros), aquilo que se observa com mais frequência. Não é considerado como um critério correto, pois nem tudo que é freqüente é saudável e nem tudo que é raro é patológico.
- Normalidade como bem-estar - é um conceito muito vasto, pois é algo difícil de definir objetivamente. É tão utópico esse completo bem-estar físico, mental e social que provavelmente poucas pessoas estariam na categoria “saudáveis”.
- Normalidade Funcional - baseia-se em aspectos funcionais, ou seja, considera-se patológico o momento em que o indivíduo apresenta características disfuncionais, apresentando sofrimento para si ou para o seu grupo social.
- Normalidade como processo - é um conceito utilizado na psiquiatria infantil, de adolescentes e geriátrica. Consideram-se os aspectos do desenvolvimento psicossocial, das desestruturações e das reestruturações ao longo do tempo, das crises e das mudanças de cada período etário.
- Normalidade subjetiva - baseia-se na percepção subjetiva do próprio indivíduo em relação ao seu estado de saúde. Deve-se atentar a indivíduos que estão muito bem, saudáveis e felizes apresentam de fato um transtorno mental grave.

- Normalidade como liberdade - é um conceito em que a doença mental é considerada perda da liberdade existencial, sendo que está vinculada às possibilidades de transitar com graus distintos de liberdade sobre o mundo e o destino.
- Normalidade operacional - busca definir o que é normal e patológico e assim trabalhar com esses conceitos operacionalmente aceitando as consequências de tal definição prévia.

A definição de saúde elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1958, p. 45) foi a de “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença e enfermidade”. Esse conceito recebe inúmeras críticas quando se fala em estado completo de bem-estar, mas a OMS entende essa definição como um norte, uma direção, ou seja, uma meta a ser alcançada.

Com base nesse conceito, Ogata e Simurro (2009) descrevem,

Saúde vai muito além da dimensão física de uma pessoa. Nesse sentido, fica claro que cuidar da saúde não se restringe apenas ao acesso a serviços (exames, hospitais, consultórios etc.) ou à prevenção de doença. Saúde, como ela é definida, é um processo subjetivo e dinâmico, que compreende a busca contínua do equilíbrio entre os aspectos físicos, mental, social e emocional, que permeiam a vida de uma pessoa (OGATA; SIMURRO, 2009 p.2).

Ballone (2004 p.28), explica que, o termo doença “além de alguma coisa não normal implica também em prejuízo, morbidade ou sofrimento; portanto além do critério estatístico precisamos do chamado critério valorativo”.

Ainda a OMS (2001) definiu Saúde Mental como "o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao estresse normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere". Esse conceito de Saúde Mental foi o adotado nesse estudo.

O Relatório Mundial da Saúde no Mundo (OMS, 2001) apresenta uma nova concepção de saúde mental, destacando a importância da relação entre a saúde física e a saúde mental da população. O relatório define que,

A saúde mental e a saúde física são dois elementos da vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes. Avanços na neurociência e na medicina do comportamento já mostraram que, como muitas doenças físicas, as perturbações mentais e comportamentais resultam de uma

complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais (OMS, 2001 p. 20).

O relatório acima citado acrescenta que a importância da saúde mental é reconhecida pela OMS desde a sua origem, porém nos últimos anos essa definição ganhou destaque devido aos resultados nas ciências biológicas e comportamentais. Segundo o relatório,

Sabemos que as perturbações mentais têm a sua base no cérebro. Sabemos que elas afetam pessoas de todas as idades, em todos os países, e que causam tanto sofrimento às famílias e comunidades, quanto aos indivíduos. E sabemos que, na maioria dos casos, podem ser diagnosticadas e tratadas de uma forma eficaz em relação ao custo. Como resultado deste conhecimento, os portadores de perturbações mentais e comportamentais têm hoje uma nova esperança de levar vida plena e produtiva nas suas respectivas comunidades. (OMS, 2001 p. 30).

Sadock e Sadock (2012) definem Transtorno Mental como:

Uma doença com manifestações psicológicas e comportamentais associadas com sofrimento significativo e prejuízo no funcionamento causado por perturbação biológica, social, psicológica, genética, física ou química. Ele é medido em termos de desvio de algum conceito normativo. Cada doença possui sinais e sintomas característicos (SADOCK; SADOCK, 2012, p.15).

Camargo e Neves (2004) afirmam que grande parte das doenças ocorre por meio de um conjunto de fatores biológicos, psicológicos e sociais, sendo que os transtornos mentais atingem pessoas de todas as idades, de várias culturas, causando sofrimento para o indivíduo, assim como para familiares e comunidade.

Nos dias atuais, os temas Saúde e Doença mental têm sido cada vez mais estudados, principalmente quando relacionados ao trabalho, devido ao grande aumento dos transtornos mentais e do comportamento apresentados pelos trabalhadores (JACQUES, 2003). Os profissionais de saúde estão entre os trabalhadores mais estudados por estarem em uma área de atuação ou em profissões em que o desgaste físico e mental é intenso e que os expõem ao risco de adoecimentos físicos e mentais. Nesse estudo, optou-se por conhecer a presença e o nível de suspeição para os denominados TMM, descritos a seguir.

2.2.1 Transtornos Mentais Menores

Foi utilizado nessa pesquisa, um instrumento de avaliação que identifica a presença e a frequência de (TMM)⁴, o SRQ-20 que contempla sua definição e que será abordado especificamente no item 5.6.2 (Questionário de Transtornos Mentais Menores (SRQ-20) em instrumentos de pesquisa.

Os transtornos mentais de forma geral representam aproximadamente 13% da carga de doenças no mundo. Estudos epidemiológicos mostram que milhões de pessoas sofrem algum tipo de transtorno mental no mundo e que este número vem tendo um aumento progressivo, principalmente nos países em desenvolvimento. Casos com sintomas de ansiedade, depressão ou somatoformes, mesmo não satisfazendo todos os critérios diagnósticos, apresentam uma elevada prevalência na população adulta (MARAGNO, 2006).

Segundo Jardim, Ramos e Glina (2010), os transtornos mentais e do comportamento podem ser definidos como determinados pelos lugares, tempo e ações no trabalho, ou seja, as ações implicadas no ato de trabalhar não atingem somente o corpo dos trabalhadores, mas podem acarretar reações e efeitos psíquicos devido ao que ocorre no trabalho, como as características do processo, condições e organização do trabalho, assim como, as relações de trabalho.

A expressão Transtornos Mentais Comuns (TMC) foi criada por Goldberg & Huxley (1992) para designar sintomas de insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas.

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

⁴ Os termos Transtornos Mentais Menores, Transtornos Mentais Comuns e Transtornos Psiquiátricos Menores serão utilizados indiscriminadamente nesta investigação. Um dos instrumentos utilizados para avaliar TMM (SRQ-20) contempla a sua definição.

Cabe salientar que, uma das principais causas para a perda de dias no trabalho é a presença de transtornos mentais, sendo que os TMM afastam em média o trabalhador 4 dias ao ano e os Transtornos Mentais Maiores, até 200 dias ao ano (KESSLER & USTÜN, 2004).

Os sintomas como transtornos de humor, de ansiedade e somatoformes são característicos dos transtornos mentais menores e Sadock e Sadock (2012, p.19-20) os definem da seguinte forma:

- **Transtorno de Humor:** caracterizam-se por alteração no humor (*e.g.*, depressão) que domina a vida mental do paciente, sendo responsável pela redução do funcionamento.
- **Transtornos de Ansiedade:** caracterizados por ansiedade intensa e persistente (transtorno de ansiedade generalizado), com frequência que pode chegar ao pânico (transtorno de pânico) e medo de sair de casa (agorafobia); medo de situações ou objetos específicos (fobia específica) ou de desempenho e fala em público (fobia social); intrusão involuntária e persistente de pensamento, desejos, compulsões ou ações (transtorno obsessivo-compulsivo). Inclui o transtorno de estresse pós-traumático – segue-se a estresse extraordinário (guerra, catástrofe) e se caracteriza por ansiedade, pesadelos, agitação e, às vezes, depressão; transtorno de estresse agudo – semelhante ao transtorno de estresse pós-traumático, mas que dura quatro semanas ou menos.
- **Transtornos somatoformes:** caracterizados pela preocupação com o corpo e temor de doença.

Costa e Ludermir (2005) relatam que:

Os transtornos mentais comuns são mais frequentes nas mulheres, nos mais velhos, nos negros e nos separados ou viúvos. Tem sido verificada também a associação dos transtornos mentais comuns com os eventos vitais produtores de estresse, com o baixo apoio social e com variáveis relativas às condições de vida e trabalho. tais como, baixa escolaridade, menor número de bens duráveis, condições precárias de moradia, baixa renda, desemprego e informalidade nas relações de trabalho (COSTA; LUDEMIR, 2005, p.73).

Guimarães *et al* (2006, p. 56) destacam que "é pouco provável que Transtornos Mentais Menores (TTM), possivelmente transitórios, como os identificados pelo Questionário de Morbidade Psiquiátrica (QMPA), possam levar à deterioração das condições objetivas de

funcionamento no trabalho, mas pode-se dizer que os sintomas de TMM apresentam-se como preditores para diagnósticos clínicos, nosológicos”. A mesma assertiva aplica-se aos TMM identificados pelo SRQ-20.

De acordo com Jardim, Ramos e Glina (2010), com base em dados da Organização Mundial de Saúde (2003) cerca de 30% da população trabalhadora tem Transtornos Mentais Menores, e de 5 a 10% transtornos graves ou maiores. Estima-se que até 2020, se as tendências atuais de transição demográfica e epidemiológica prosseguirem, a carga de depressão subirá para 5.7%, tornando-se a segunda maior causa de Anos de Vida Ajustados em razão da Incapacidade (AVAI). A OMS (2003), por sua vez, prevê que a depressão até 2020 será a principal causa de afastamentos no trabalho. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) referem também que, cerca de 340 milhões de pessoas no mundo inteiro são afetadas por depressão, 45 milhões por esquizofrenia e 29 milhões por demência. Os transtornos mentais respondem por uma proporção elevada de todos os anos perdidos de **vida com qualidade** (grifo nosso) e a previsão é que essa prevalência cresça significativamente no futuro.

Os Transtornos Mentais Menores ou Transtornos Mentais Comuns (TMC) ou Transtornos Psiquiátricos Menores (TPM) serão o viés pelo qual será avaliada a Saúde Mental da amostra de estudo, sendo um dos três instrumentos utilizados nessa pesquisa.

2.2.2 Saúde Mental e Trabalho

Para Guimarães (1999, p. 17), o campo de estudos da Saúde Mental e Trabalho objetiva estudar a dinâmica, a organização e os processos do trabalho, buscando com isso, à promoção da saúde mental do trabalhador, por meio de ações diagnósticas, preventivas e terapêuticas, que auxiliam no entendimento das causas dos transtornos mentais relacionados ao trabalho”.

A autora destaca, com relação ao termo Saúde Mental, que o mesmo tem um duplo significado e em geral:

é utilizado para designar o objetivo a ser alcançado mas também: - para referir-se as ações encaminhadas para chegar a este objetivo. A Saúde Mental como objetivo, representa uma abstração do conceito global de Saúde, pois é indivisível. [...] Portanto a saúde é única no indivíduo e o trabalho clínico nos prova diariamente que os fatores psicológicos afetam a saúde física gerando toda patologia chamada psicossomática. Ao contrário,

as alterações físicas do organismo provocam alterações mentais diversas desde a simples regressão psicológica tão freqüente nos pacientes gerais, como alterações conductuais derivadas do hipertireoidismo, ou do hiposuprarrenalismo, por exemplo, e desde logo, toda perturbação grave derivada da patologia encefálica. Além disso, tanto a saúde física como a mental, estão por vezes condicionadas ou desencadeadas por circunstâncias sócio-culturais que cercam o indivíduo (GUIMARÃES, 1992, p.16).

Segundo afirmação acima, a saúde mental não pode ser desvinculada da saúde geral, sendo que os programas de atenção a saúde mental não apenas enfatizam os aspectos patogênicos, mas também orientam ações de promoção e prevenção, com uma visão salutogênica.

A Saúde Mental do Trabalhador, nos últimos anos, vem sendo estudada com uma maior freqüência. Tal fato deve-se à crescente prevalência do sofrimento mental nos ambientes de trabalho, o que leva a graves prejuízos ao desempenho do profissional trabalhador e perdas econômicas para o empregador (GUIMARÃES; CAMARGO; NEVES, 2004). Se disfunções e lesões biológicas podem atingir fisicamente os trabalhadores, reações psíquicas também podem significar motivo de adoecimento e desencadear processos psicopatológicos. Situações compreendidas ou vivenciadas como de fracasso, acidentes de trabalho ou uma mudança de posição na hierarquia podem determinar quadros psicopatológicos diversos, desde reações ao estresse até depressões graves e incapacitantes, variando com a situação e o modo como o indivíduo responde a elas (SILVA *et al*, 2012).

Em função do trabalho desenvolvido pela Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2013)⁵, agência das Nações Unidas, cujo objetivo é promover oportunidades para que homens e mulheres possam ter acesso a um trabalho decente e produtivo, em condições de liberdade, equidade, segurança e dignidade, muitas ações e políticas tem beneficiado o trabalhador em várias dimensões o que repercute em sua saúde e QV.

Essa perspectiva vem sendo entendida como condição fundamental para a superação da pobreza, a redução das desigualdades sociais, a garantia da governabilidade democrática e o desenvolvimento sustentável. Os quatro objetivos estratégicos da OIT são: (i) o respeito aos direitos no trabalho, (ii) a promoção do emprego produtivo e de qualidade, (iii) a extensão da proteção social e o (iv) fortalecimento do diálogo social.

Segundo a OIT, a prevenção inadequada de doenças ocupacionais tem profundos efeitos negativos não apenas sobre os trabalhadores e suas famílias, mas também na sociedade

⁵ Disponível em:< <http://www.oit.org.br/>> Acesso em: 10 mar. 2013.

em geral, devido às enormes custos que gera, particularmente, em termos de perda de produtividade e sobrecarga dos sistemas de segurança social. Argumenta que a prevenção é mais eficaz e menos onerosa do que o tratamento e a reabilitação. Desse modo, entende que todos os países podem tomar medidas concretas para melhorar a capacidade de prevenção de doenças ocupacionais. Uma das ações tomadas pela OIT foi à criação de um programa sobre Segurança e Saúde no Trabalho e Meio Ambiente. Em relatório sobre o tema, estão mencionados os governos, empregadores, trabalhadores e suas organizações, no sentido de colaborar com o desenvolvimento e a implementação de políticas e estratégias nacionais destinadas à prevenção de doenças ocupacionais e do trabalho.

No Brasil, a partir da década de 1990, muitas políticas e normas têm intensificado e contribuído para que a segurança e a saúde do trabalhador sejam mais bem cuidadas.

O Ministério do Trabalho do Brasil (BRASIL, 1994), por exemplo, estabeleceu a Norma Regulamentadora (NR-9) por meio da portaria SSST n.º 25, 29 de dezembro de 1994, que visa à obrigatoriedade da elaboração e implementação, pelos empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), buscando, assim, a preservação da saúde e da integridade dos mesmos, por meio da antecipação, reconhecimento, avaliação e conseqüente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, levando em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais.

Os riscos ambientais relacionados ao trabalho são classificados em cinco grupos: o grupo 1 (cor verde), refere-se aos riscos físicos; o grupo 2 (cor vermelha), aos riscos químicos; o grupo 3 (cor marrom) aos riscos biológicos; o grupo 4 (cor amarela), aos riscos ergonômicos e por fim grupo 5 (cor azul), refere-se aos riscos de acidentes ou mecânicos e estão expostos a seguir (Quadro 3):

Riscos Ambientais				
Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Grupo V
Agentes Químicos	Agentes Físicos	Agentes Biológicos	Agentes Ergonômicos	Agentes Mecânicos
Poeira	Ruído	Vírus	Trabalho físico pesado	Arranjo físico deficiente
Fumos Metálicos	Vibração	Bactéria	Posturas incorretas	Máquinas sem proteção
Névoas	Radiação ionizante e não ionizante	Protozoários	Treinamento Inadequado, inexistente	Matéria-prima fora de especificação
Vapores	Pressões anormais	Fungos	Jornadas prolongadas de trabalho	Equipamentos inadequados, defeituosos ou inexistentes
Gases	Temperatura extremas	Bacilos	Trabalho noturno	Ferramentas defeituosas/ inadequadas ou inexistentes
Produtos químicos em geral	Frio Calor	Parasitas	Responsabilidade e Conflito Tensões emocionais	Iluminação deficiente Eletricidade
Substâncias, compostos ou produtos químicos em geral	Umidade	Insetos, cobras, aranhas, etc.	Desconforto Monotonia	Incêndio Edificações Armazenamento
outros	outros	outros	outros	outros
VERMELHO	VERDE	MARROM	AMARELO	AZUL

Quadro 3 Riscos Ambientais relacionados ao trabalho

Fonte: Camargo, Caetano e Guimarães, 2010

Como se pode observar no quadro 3, com base na NR-9 do Ministério do Trabalho e Emprego (1994), os riscos nela elencados não contemplam os fatores psicossociais, que são conceituados a seguir e que na atualidade, pela grande dificuldade em defini-los, têm sido estudados em profusão.

Os Fatores de Risco Psicossocial no Trabalho (FRPT) podem ser identificados nas características do trabalho que funcionam como “estressores”, ou seja, que implicam grandes exigências no trabalho, combinadas com recursos insuficientes para o enfrentamento das mesmas. O ambiente psicossocial do trabalho inclui a cultura organizacional, bem como atitudes, valores, crenças e práticas cotidianas da empresa que afetam o bem-estar mental e físico dos trabalhadores. Esses fatores provocam tanto danos psicológicos no indivíduo, como diminuição da motivação para o trabalho, irritabilidade, *burnout*, entre outros, e como consequências negativas nas organizações, diminuição do rendimento, absentismo e acidentes de trabalho (GUIMARÃES, 2006).

Ainda para Guimarães (2006, p.101), os fatores psicossociais relacionados ao trabalho afetam o comportamento, na medida em que,

[...] pessoas frustradas ou irritadas são muito mais passíveis de usar uma grande força mecânica desnecessária ao executar uma tarefa, ao invés de trabalhar pacientemente de uma mecanicamente mais fácil na execução da tarefa. Pessoas mais controladas podem utilizar esforço intelectual para encontrar formas mecanicamente mais fáceis de executar tarefas. Em tarefas repetitivas, a diferença pode ser o desenvolvimento de um FRPT entre aqueles que fazem uma análise do momento de desenvolver maneiras ergonômicas corretas de executar a tarefa, e aqueles que não.

Outra norma regulamentadora que também deve ser seguida, como no caso dos fisioterapeutas que exercem sua profissão em hospitais, é a NR- 32 do Ministério do Trabalho e Emprego, que tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral, conforme Portaria GM n.º 1.748, de 30 de agosto de 2011.

Além das normas citadas, outros documentos foram elaborados no sentido de facilitar a vida do trabalhador. Entre eles, pode-se mencionar o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP). O NTEP tem o objetivo de identificar quais doenças e acidentes estão relacionados com a prática de uma determinada atividade profissional. Trata-se de um documento proposto pela Previdência Social ao Conselho Nacional de Previdência Social (CNPS), órgão de natureza quadripartite com representação do governo, empresários, trabalhadores e associações de aposentados e pensionistas, para adoção de um mecanismo auxiliar, no sentido de caracterizar acidente ou doença do trabalho⁶.

A Portaria n.º 1339/GM, de 18 de novembro de 1999, (publicada no DOU de 19/11/1999, seção I, página 21) listou várias doenças provocadas pelo trabalho entre elas a relação dos Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados com o Trabalho (Grupo V da CID-10)” (ANEXO A).

Como se pode observar no mencionado Anexo, são vários os Transtornos Mentais e do Comportamento relacionados ao Trabalho. O item XII do quadro cita a Síndrome de *Burnout* ou Síndrome do esgotamento profissional, que pode ser denominada como um tipo de resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho. Dessa forma, Jardim, Ramos e Glina (2010 p 74 e 75) afirmam que o esgotamento profissional é,

[...] resultante da vivência profissional em um contexto de relações sociais complexas, envolvendo a representação que o indivíduo tem de si e dos outros. O trabalhador, que antes era envolvido afetivamente com seus clientes, com seus pacientes ou com o trabalho em si, desgasta-se e em um dado momento desiste, perde a energia ou “queima completamente”. O

⁶ Disponível em: < <http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=463>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

trabalhador perde o sentido de sua relação com o trabalho, desinteressa-se e qualquer esforço lhe parece inútil (JARDIM; RAMOS; GLINA, 2010, p. 74-75).

Segundo Guimarães e Cardoso (2004) o *Burnout* não aparece repentinamente como resposta a um estressor determinado, mas surge em uma seqüência determinada de tempo. Quando comparado com a depressão, se diferencia por ser restrita ao ambiente de trabalho ao contrário da depressão que afeta vários aspectos da vida das pessoas. A síndrome de *Burnout* é composta por três dimensões:

- O cansaço emocional ou esgotamento emocional – fadiga, sensação de esgotamento dos recursos físicos e emocionais.
- A despolarização – atitude insensível e excessivamente distanciada das questões que envolvem o trabalho.
- Reduzida realização pessoal – sentimento de incompetência pessoal e profissional.

Jardim, Ramos e Glina (2010) descrevem alguns sintomas inespecíficos que podem estar presentes nessa síndrome, tais como: insônia, fadiga, irritabilidade, tristeza, desinteresse, apatia, angústia, tremores, inquietação, caracterizando síndrome depressiva e ou ansiosa, além do estresse (ou tensão no trabalho), situação de sobrecarga experimentada pelo sistema de controle do organismo, ao tentar manter o funcionamento diante dos desafios ambientais (alta demanda) e se a capacidade de funcionamento falha leva a uma alta tensão. Todas essas manifestações afetam principalmente profissionais da área de serviços ou “cuidadores” quando em contato direto com usuários.

Esse é o caso de profissionais da área de saúde, assim como os fisioterapeutas, que segundo Stephanini, Guimarães e Botelho (2004) enfrentam e convivem em seu cotidiano com a enfermidade, a dor, o morrer e a morte, por meio de práticas consideradas difíceis, insalubres, penosas e perigosas. Assim sendo, o próximo capítulo abordará o histórico da atividade fisioterapêutica e o profissional fisioterapeuta que está exposto a uma gama significativa de fatores de risco no cotidiano de exercício de seu trabalho.

2.3. BREVE HISTÓRICO DA ATIVIDADE FISIOTERAPÊUTICA

De acordo com Formighieri (2003) o fisioterapeuta atua na reabilitação do indivíduo, sendo seu objetivo promover o restabelecimento das funções sensório-motoras afetadas por lesões e/ou patologias. Exerce sua atividade terapêutica em várias especialidades da área médica, dentre as quais podem ser destacadas: ortopedia, neurologia, pneumologia, cardiologia, geriatria e pediatria. No mercado de trabalho exerce suas funções em estabelecimentos hospitalares, clínicas, consultórios, instituições filantrópicas, centros de reabilitação profissional, ambulatórios, creches, asilos, academias, entre outros, além de poder atuar na função docente em Universidades.

Desde a Antiguidade (período entre 4.000 a.C. e 395 d.C.) havia uma preocupação com as pessoas que apresentavam as chamadas “diferenças incômodas”, designadas “doenças” (ou termos equivalentes). Devido à preocupação de eliminar essas “diferenças incômodas”, recursos, técnicas, instrumentos, procedimentos, entre outros, foram utilizados para eliminar ou reduzi-las (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Segundo Shestack (1987), os médicos da Antiguidade conheciam os agentes físicos e os empregavam como terapia. Utilizavam a eletroterapia, sob a forma de choques com um peixe elétrico, no tratamento de certas doenças. Já os romanos praticavam a hidroterapia e a termoterapia em seus banhos romanos, assim como os ginastas gregos usavam a massagem e exercícios corretivos.

Já no período entre os séculos XV e XVI, compreendido pelo Renascimento, a beleza física passou a ser valorizada, havendo então uma preocupação com a estética e não apenas com os cuidados das lesões (ANDRADE; BORGES; CAMARGO, 2003).

O período da Industrialização, historicamente compreendido pelos séculos XVIII e XIX, com início na Inglaterra, caracterizou uma época de transformação social determinada pela produção em grande escala mediante a utilização crescente de máquinas. Nesse período, a exploração da população operária, assim como as condições sanitárias precárias e as condições alimentares insuficientes levaram à proliferação de novas doenças, exigindo da medicina o desenvolvimento de trabalhos de intervenção e de estudo, para tratamento das mesmas e, em decorrência de suas seqüelas (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

De acordo com Oliveira (2005), as transformações oriundas da Revolução Industrial beneficiaram o desenvolvimento das bases racionais, metodológicas e mecânicas das terapias

aplicadas, além de nessa época iniciarem-se uma nova profissão e os princípios da formação dos seus profissionais, posteriormente denominados fisioterapeutas.

O uso da Fisioterapia, com suas numerosas modalidades, destacou-se durante a Primeira Guerra Mundial (1914-1919) e teve um grande progresso durante e após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), em que milhares de pessoas ficaram com seqüelas físicas necessitando de reabilitação (SHESTACK, 1987).

No Brasil, com a vinda da família real em 1808 de Portugal, vieram os nobres que trouxeram recursos humanos de várias áreas para servir à elite portuguesa, o que contribuiu indiretamente com o desenvolvimento dos primeiros serviços organizados de fisioterapia no país (NOVAES JR., 2000).

Marques e Sanches (1994) relatam que a prática da Fisioterapia no Brasil teve início no começo do século XX, mais precisamente, em 1919, quando foi fundado o Departamento de Eletricidade Médica pelo Professor Raphael de Barros da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Dez anos mais tarde, em 1929, o médico Dr. Waldo Rolim de Moraes instalou o serviço de Fisioterapia do Instituto do *Radium* Arnaldo Vieira de Carvalho no local do Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Ele ainda planejou e instalou, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o Serviço de Fisioterapia do Hospital das Clínicas de São Paulo. Segundo Metzker (2011) a Fisioterapia, portanto, se divide em dois momentos distintos: o primeiro refere-se à organização dos centros de reabilitação e dos cursos de formação prática (nível técnico) e o segundo, ao movimento da categoria em busca de aperfeiçoamento e reconhecimento profissional.

No caso do sul do Estado de Mato Grosso (antes da divisão do Estado), a fisioterapia teve início com a chegada da primeira profissional, em Campo Grande, no ano de 1977 (ANDRADE; BORGES; CAMARGO, 2003).

Após a fisioterapia ser estabelecida no país, foi aprovada uma legislação específica, tendo em vista a sua regulamentação, que será apresentada na seqüência.

2.3.1 A Profissão de Fisioterapeuta na Legislação Brasileira

O Decreto-Lei nº 938/1969 definiu em seu artigo 3º “que é atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente” (BRASIL, 1969).

O mesmo Decreto regulamenta em seu artigo 5º que os profissionais fisioterapeutas poderão, ainda, no campo de atividades específicas:

- I - dirigir serviços em órgãos e estabelecimentos públicos ou particulares, ou assessorá-los tecnicamente;
- II - exercer o magistério nas disciplinas de formação básica ou profissional, de nível superior ou médio;
- III - supervisionar profissionais e alunos em trabalhos técnicos e práticos.

Assim, o profissional fisioterapeuta pode atuar de maneira autônoma ou assalariada em instituições públicas e privadas, exercendo suas atividades em diversos estabelecimentos como hospitais, clínicas, ambulatórios, creches, asilos, domicílios, entre outros (BRASIL, 1969).

De acordo com Ferreira (2008) a fisioterapia é uma profissão nova em relação a outras profissões da área de saúde, muitas vezes com tradição secular, sendo que um de seus objetivos é ajudar as pessoas a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida (QV).

Atualmente, para os fisioterapeutas serem habilitados e exercerem suas funções no Brasil devem obter diploma em curso de nível superior reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC) e ser registrado no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO).

O órgão máximo da categoria no Brasil é o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), sendo que seu representante regional é o CREFITO. Os Conselhos Federal e os Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional foram criados por meio de Leis. Por exemplo, a Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975, define em seu primeiro capítulo no art. 1º: “São criados o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, com a incumbência de fiscalizar o exercício das profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional definidas no Decreto-lei nº 938, de 13 de outubro de 1969.

Compete ao COFFITO, segunda Lei nº 6.316, de 17 de Dezembro de 1975, em seu artigo 5º:

- I - eleger, dentre os seus membros, por maioria absoluta, o seu Presidente e o Vice-Presidente;
- II - exercer função normativa, baixar atos necessários à interpretação e execução do disposto nesta Lei e à fiscalização do exercício profissional, adotando providências indispensáveis à realização dos objetivos institucionais;
- III - supervisionar a fiscalização do exercício profissional em todo o território nacional;
- IV - organizar, instalar, orientar e inspecionar os Conselhos Regionais e examinar suas prestações de contas, neles intervindo desde que indispensável ao restabelecimento da normalidade administrativa ou financeira ou a garantia da efetividade do princípio da hierarquia institucional;
- V - elaborar e aprovar seu Regimento, ad referendum do Ministro do Trabalho;
- VI - examinar e aprovar os Regimentos dos Conselhos Regionais, modificando o que se fizer necessário para assegurar unidade de orientação e uniformidade de ação;
- VII - conhecer e dirimir dúvidas suscitadas pelos Conselhos Regionais e prestar-lhes assistência técnica permanente;
- VIII - apreciar e julgar os recursos de penalidade imposta pelos Conselhos Regionais;
- IX - fixar o valor das anuidades, taxas, emolumentos e multas devidas pelos profissionais e empresas aos Conselhos Regionais a que estejam jurisdicionados;
- X - aprovar sua proposta orçamentária e autorizar a abertura de créditos adicionais, bem como operações referentes a mutações patrimoniais;
- XI - dispor, com a participação de todos os Conselhos Regionais, sobre o Código de Ética Profissional, funcionando como Tribunal Superior de Ética Profissional;
- XII - estimular a exatidão no exercício da profissão, velando pelo prestígio e bom nome dos que a exercem;
- XIII - instituir o modelo das carteiras e cartões de identidade profissional;
- XIV - autorizar o Presidente a adquirir, onerar ou alienar bens imóveis;
- XV - emitir parecer conclusivo sobre prestação de contas a que esteja obrigado;
- XVI - publicar, anualmente, seu orçamento e respectivos créditos adicionais, ou balanços a execução orçamentária e o relatório de suas atividades (BRASIL, 1975).

Atualmente, o COFFITO possui 13 sedes regionais no Brasil, que são os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO), sendo que o CREFITO 13 representando o Estado de Mato Grosso do Sul é a mais nova sede. Assim, a Resolução nº. 343, de 23 de Janeiro de 2008. DOU Nº. 21, Seção 2 em 30/01/2008, página 31, em seu artigo 4º, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) promoveu o desmembramento da jurisdição do CREFITO 9 e publicou a criação do CREFITO 13, com sede em Campo Grande e responsável pelo Estado de Mato Grosso do Sul (QUADRO 4).

CREFITO	ESTADO (S)
CREFITO 1	Pernambuco, Alagoas, Rio Grande do Norte e Paraíba
CREFITO 2	Rio de Janeiro e Espírito Santo
CREFITO 3	São Paulo
CREFITO 4	Minas Gerais
CREFITO 5	Rio Grande do Sul
CREFITO 6	Ceará e Piauí
CREFITO 7	Bahia e Sergipe
CREFITO 8	Paraná
CREFITO 9	Mato Grosso, Acre e Rondônia
CREFITO 10	Santa Catarina
CREFITO 11	Goiás e o Distrito Federal
CREFITO 12	Maranhão, Pará, Amazonas, Tocantins, Roraima e Amapá
CREFITO 13	Mato Grosso do Sul

Quadro 4: Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - CREFITO distribuído por Região

Cabe aos representantes regionais, segundo a Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975, em seu artigo 7º:

- I - eleger, dentre os seus membros, por maioria absoluta, o seu Presidente e o Vice-Presidente;
- II - expedir a carteira de identidade profissional e o cartão de identificação aos profissionais registrados;
- III - fiscalizar o exercício profissional na área de sua jurisdição, representando, inclusive, às autoridades competentes, sobre os fatos a apurar e cuja solução ou repressão não seja de sua alçada;
- IV - cumprir e fazer cumprir as disposições desta Lei, das resoluções e demais normas baixadas pelo Conselho Federal;
- V - funcionar como Tribunal Regional de Ética, conhecendo, processando e decidindo os casos que lhe forem submetidos;
- VI - elaborar a proposta de seu Regimento, bem como as alterações, submetendo-a à aprovação do Conselho Federal;
- VII - propor ao Conselho Federal as medidas necessárias ao aprimoramento dos serviços e do sistema de fiscalização do exercício profissional;
- VIII - aprovar a proposta orçamentária e autorizar a abertura de créditos adicionais e as operações referentes a mutações patrimoniais;
- IX - autorizar o Presidente a adquirir, onerar ou alienar bens imóveis;
- X - arrecadar anuidades, multas, taxas e emolumentos e adotar todas as medidas destinadas a efetivação de sua receita, destacando e entregando ao Conselho Federal as importâncias correspondentes a sua participação legal;
- XI - promover, perante o juízo competente, a cobrança das importâncias correspondentes a anuidades, taxas, emolumentos e multas, esgotados os meios de cobrança amigável;

- XII - estimular a exação no exercício da profissão, velando pelo prestígio e bom conceito dos que a exercem;
- XIII - julgar as infrações e aplicar as penalidades previstas nesta Lei e em normas complementares do Conselho Federal;
- XIV - emitir parecer conclusivo sobre prestação de contas a que esteja obrigado;
- XV - publicar, anualmente, seu orçamento e respectivos créditos adicionais, os balanços, a execução orçamentária, o relatório de suas atividades e a relação dos profissionais registrados.

Assim, o CREFITO 13 passa a fiscalizar o exercício do fisioterapeuta no Estado de MS, com base na legislação acima mencionada.

2.3.2 Atuação do Profissional Fisioterapeuta: implicações físicas e mentais.

Alguns trabalhos analisam as implicações físicas e mentais da atuação do profissional fisioterapeuta. Entre eles, Formighieri (2003) aborda que, rotineiramente, este profissional realiza atividades que sobrecarregam o sistema músculo-esquelético, como transferência de pacientes dependentes, assistência a pacientes durante deambulação, resistências manuais, levantamento de pesos e equipamentos. Assinala, com base em dados de pesquisa os principais sintomas físicos relatados pelos profissionais: alteração do sono, dores nos ombros ou na nuca, sentimentos de cansaço mental, dificuldades sexuais, problemas respiratórios e gastrointestinais.

A pesquisa de Pivetta *et al* (2005, p.2) destaca que:

apesar dos fisioterapeutas terem conhecimentos anatômicos, biomecânicos e fisiológicos sobre o corpo humano, eles estão sob considerável carga física pela natureza de seu trabalho. Além disso, mesmo que estes profissionais tenham conhecimento sobre ergonomia, sobre as diversas lesões, bem como, o tratamento e prevenção das mesmas, isso não garante aos mesmos, imunidade contra estas injúrias. Diversos estudos apontam elevados percentuais de acometimento por DORT entre estes profissionais, atingindo valores superiores ao da população em geral.

Outra pesquisa foi realizada por Tedeschi (2005) sobre distúrbios músculo-esqueléticos (DME) em profissionais de saúde, incluindo fisioterapeutas. Evidenciou que esses distúrbios ocasionam prejuízos no gerenciamento dos sistemas de saúde, principalmente ao Sistema Único de Saúde (SUS), levando aos afastamentos e absenteísmo e, em decorrência, deficiências no cuidado às populações humanas, assim como custo adicional para

o Estado. Conclui que isso pode ser evitado se forem tomadas atitudes preventivas junto aos profissionais de saúde, sendo um dos primeiros passos para tanto, a avaliação da Qualidade de Vida relacionada ao trabalho. Assinala que é importante, também, o conhecimento dos fatores de risco e de proteção à saúde física e mental do trabalhador bem como suas repercussões na QV do mesmo e da organização.

Siqueira, Cahú e Vieira (2008) ao pesquisarem sobre as ocorrências de lombalgias em fisioterapeutas da cidade de Recife, PE, afirmam que os profissionais da área de Saúde estão sujeitos a altos índices de dor na coluna vertebral e que a lombalgia é uma das queixas dolorosas mais frequentes na prática clínica. De acordo com os autores, os fisioterapeutas estão entre os profissionais que mais apresentam essa patologia.

Ainda, Fronza e Teixeira (2010), em pesquisa sobre a relação entre sintomas músculo-esqueléticos e a qualidade de vida em profissionais de saúde, acentuam que a dor é uma sensação vivenciada por profissionais da saúde em seu cotidiano hospitalar, tanto pelo sofrimento dos pacientes enfermos, quanto pela possível presença de sintomatologia musculoesquelética adquirida ou acumulada na sua rotina laboral. Afirmam, também, que estes sintomas físicos e psíquicos podem incidir diretamente sobre a qualidade de vida desses profissionais.

Outro fator a ser destacado, é que com as exigências do mundo atual e com a ampliação de cursos de Fisioterapia no país, a cada ano formam-se mais fisioterapeutas, que ao tentarem adentrar ao mercado de trabalho, se deparam com dificuldades, inclusive ter que trabalhar mais de 30 horas por semana (máximo de horas permitidas por semana segundo a Lei nº 8.856, de 1º de Março de 1994) e em diferentes lugares, em função dos baixos salários. Esse fato pode levar esse profissional ao desgaste físico, à ausência de uma vida social, além de acarretar um desgaste mental que poderá acometer sua saúde.

Com relação a esse desgaste mental, o estresse é uma das características presentes e segundo Formighieri (2003, p.18) suas conseqüências envolvem freqüentemente,

[...] o ambiente familiar e o laboral, contribuindo para que os circundantes sintam-se ansiosos devido a ansiedade do indivíduo estressado. Isso acontece também em relação a irritabilidade, depressão e mau humor. O excesso de tensão também pode comprometer a comunicação, quando as mensagens não são compreendidas de falta de paciência e tolerância. Ocorre a perda de qualidade no ambiente de trabalho e a convivência torna-se seriamente comprometida, sendo essa a conseqüência de quem esgotou sua capacidade de adaptação, bom senso, interesse, determinação, persistência, atributos conquistados através do árduo aprendizado.

Essas consequências, segundo estudos de Guimarães e Freire (2004, p. 34), não só “conduzem ao aumento do esgotamento, ao humor depressivo, as alterações do sono ou as múltiplas limitações da sensação de bem-estar, mas que deixam sua marca nos distintos sistemas orgânicos do corpo humano.”

A discussão acima acentua a relevância do estudo relacionado à avaliação de como o profissional fisioterapeuta percebe sua qualidade de vida profissional e se apresenta suspeição para transtornos mentais menores, para que mecanismos de prevenção possam ser utilizados no sentido de buscar a melhoria de sua qualidade de vida geral e do trabalho.

3.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar a percepção da Qualidade de Vida Profissional, a presença ou não de Transtornos Mentais Menores e sua frequência em Fisioterapeutas de um Hospital de grande porte da cidade de Campo Grande, Estado de Mato Grosso do Sul (MS).

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e ocupacional da amostra.
- Avaliar a Qualidade de Vida Profissional dos fisioterapeutas nos fatores Apoio Organizacional (AO), Motivação Intrínseca (MI) e Carga de Trabalho (CT) e a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT).
- Identificar a presença ou não de Transtornos Mentais Menores e sua frequência
- Correlacionar o resultado dos três (3) instrumentos utilizados no estudo.

- A amostra percebe pouca Qualidade de Vida no trabalho.
- A amostra possui uma alta frequência de suspeição para Transtornos Mentais Menores.
- A ausência de suspeição para TMM contribui para uma melhor QVT.
- Quanto menor a percepção do Apoio Organizacional, menor a QVT.
- Quanto maior a Motivação Intrínseca, menor a suspeição para TMM e melhor a QVT
- Quanto maior a carga de trabalho, menor a QVT e presença de TMM.

5.1. TIPO DE ESTUDO

O método utilizado foi o exploratório-descritivo, de corte transversal realizado em uma amostra de fisioterapeutas que exercem sua profissão em um Hospital de grande porte de Campo Grande, estado de Mato Grosso do Sul (MS).

5.2. PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes desta pesquisa exercem sua profissão nos diversos setores do hospital: Centro de Terapia Intensiva-CTI, enfermaria, entre outros. De uma população de N= 69, tomou-se uma amostra de n=40, constante até o final do estudo.

5.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Ser fisioterapeuta;
- Estar trabalhando no hospital há pelo menos 6 meses;
- Aceitar a participar da pesquisa, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Profissionais que estiverem de férias, licença médica e atestado durante a realização da pesquisa;
- Não preencher os demais critérios de inclusão.

5.5. *LOCUS* DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada em um Hospital de grande porte da cidade de Campo Grande MS, uma entidade beneficente sem fins lucrativos. Não serão fornecidos outros dados que identifiquem o hospital estudado, para a garantia do sigilo sobre o nome da instituição, a pedido da mesma.

5.6. INSTRUMENTOS DA PESQUISA

Foram utilizados três instrumentos auto-administráveis, nessa investigação,

5.6.1. QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL (QVP-35)

O questionário de avaliação de Qualidade de Vida Profissional – (QVP-35) (ANEXO B) que foi desenvolvido por Cabezas-Peña (1999) e validado para o português do Brasil por Guimarães *et al* (2004) em uma amostra de bancários do ABC paulista. O QVP-35 tem o objetivo de identificar o nível de QVP, a partir do resultado de oito (8) dimensões:

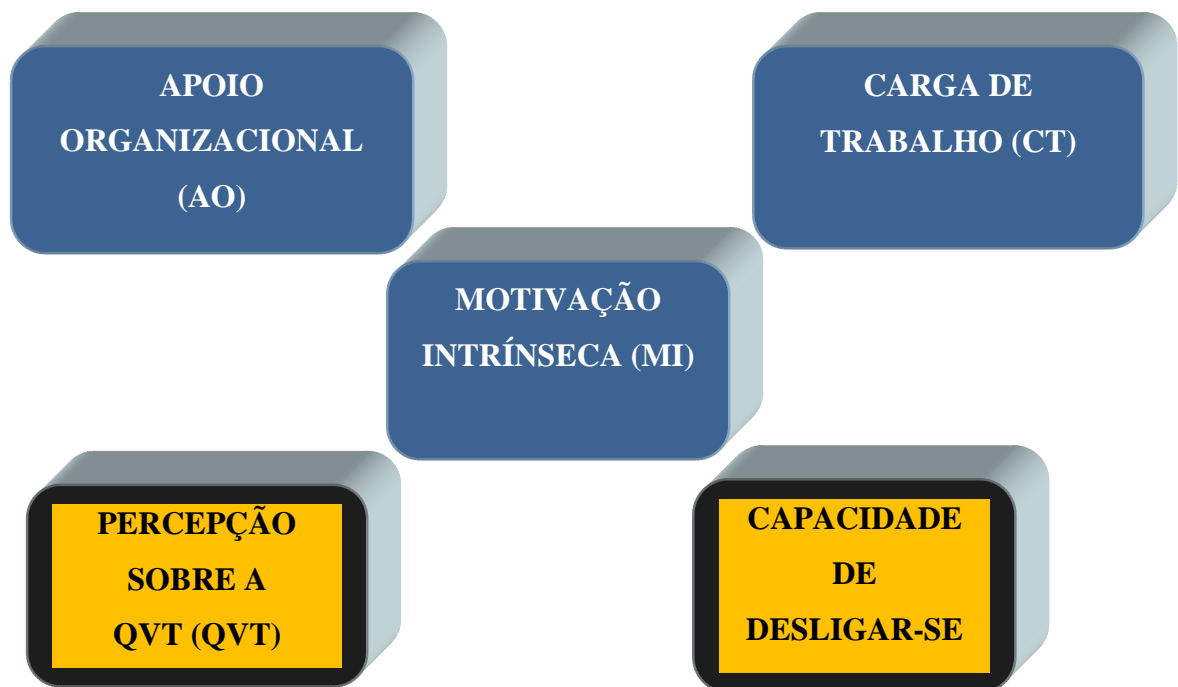
- 1- Desconforto relacionado ao trabalho (DRT) 5 questões,
- 2- Apoio organizacional (AO) 10 questões,
- 3- Carga de trabalho (CT) 5 questões,
- 4- Recursos relacionados ao trabalho (RRT) 4 questões,
- 5- Apoio social (AS) 3 questões,
- 6- Motivação intrínseca (MI) 4 questões,
- 7- Capacitação para o trabalho (CRT) 3 questões
- 8- Percepção sobre a QVT (QVT) 1 questão.

O QVP-35 é composto por 35 questões, com 10 opções de resposta do tipo *Likert*, variando de 1 a 10, sendo Nada (valores 1-2), Pouco (valores 3-4-5), Muito (valores 6-7-8) e Bastante (valores 9-10). No Quadro 5 a seguir observam-se as oito (8) dimensões do QVP-35:



Quadro 5: As oito (8) Dimensões do QVP-35
Fonte: Guimarães *et al* (2004).

Essas oito (8) dimensões foram, posteriormente, agrupadas em três fatores principais: Apoio Organizacional (AO), Carga de Trabalho (CT) e Motivação Intrínseca (MI) que serão apresentados nesse trabalho. A percepção de QVT e a Capacidade de desligar-se do trabalho são questões que não podem ser incluídas nessas dimensões (QUADRO 6):



Quadro 6: As Três (3) Dimensões do QVP-35
Fonte: Guimarães *et al* (2004).

Para a análise do AO, da MI e da CT foram consideradas as seguintes questões do QVP-35:

- **Apoio Organizacional (AO):** Questões: 6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-24-26 (Total de questões= 12)
- **Motivação Intrínseca (MI):** Questões: 21-23-25-27-28-29-30-31-32-33 (Total de questões= 10)
- **Carga de Trabalho (CT):** Questões: 1-2-3-4-5-6-7-8-19-20-22-34 (Total de questões= 12)

5.6.2. QUESTIONÁRIO DE TRANSTORNOS MENTAIS MENORES (SRQ-20)

Na década de 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS) conduziu o Estudo Colaborativo em Estratégias para Atendimento em saúde mental, que visava validar métodos de baixo custo para rastreamento psiquiátrico-psicológico. Testou-se, então, em oito países o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ) (ANEXO C), instrumento de *screening* (rastreamento) proposto por Harding *et al* (1980).

O SRQ-20 é composto originalmente por 30 questões, sendo 20 sobre sintomas psicossomáticos para rastreamento de transtornos não-psicóticos, quatro para rastreamento de transtornos psicóticos, uma para rastreamento de convulsões do tipo tônico-clônica e cinco questões para rastreamento de transtorno por uso de álcool 3,5. O SRQ-20 (versão em que são utilizadas as 20 questões para rastreamento de transtornos não-psicóticos) vem sendo utilizado em vários países de culturas diferentes para rastreamento desses transtornos (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008).

Esse instrumento é destinado à detecção de sintomas, não podendo então estabelecer uma doença existente ou um diagnóstico nosológico clínico. As 20 questões que compõem a escala têm duas possibilidades de resposta (sim/não) que avaliam a presença de sintomas físicos (quatro questões) e de distúrbios psicoemocionais (dezesseis questões) que foram desenhadas para abordar sintomas emocionais e físicos associados a quadros psiquiátricos (ex: cefaleias frequentes, queixas de insônia e de alterações de apetite, piora da concentração, nervosismo, cansaço, queixas estomacais, diminuição do interesse pelas atividades rotineiras, pensamentos suicidas, sentimentos de tristeza e de desesperança) (ALMEIDA, 1999). Foi validado no Brasil em pacientes que se consultavam em três clínicas da cidade de São Paulo, revelando-se um instrumento com boa sensibilidade (0,83) e especificidade (0,80) com ponto

de corte de 7/8, ou seja, todo escore ≥ 7 indica a presença de suspeição para TMM (MARI & WILLIAMS, 1986). Para o agrupamento dos sintomas em categorias, será utilizada a classificação proposta por Iacoponi e Mari (1989, *apud* Faker, 2009), que agrupa sintomas psíquicos em quatro categorias: humor depressivo/ansioso, sintomas somáticos, decréscimo de energia vital e pensamentos depressivos.

Categoria de sintomas e questões relacionadas:

1- Humor depressivo/ansioso:

- Q4 – Assusta-se com facilidade?
- Q6 – Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupad0 (a)?
- Q9 – Tem se sentido triste ultimamente?
- Q10 – Tem chorado mais do que de costume?

2- Sintomas somáticos:

- Q1 – Tem dores de cabeça freqüentes?
- Q2 - Tem falta de apetite?
- Q3 – Dorme mal?
- Q5 – Tem tremores de mão?
- Q7 – Tem má digestão?
- Q19 – Tem sensações desagradáveis mo estômago?

3- Decréscimo de energia vital:

- Q8 – Tem dificuldade de pensar com clareza?
- Q11 – Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?
- Q12 – Tem dificuldades para tomar decisões?
- Q13 – Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?
- Q18 - Sente-se cansado (a) o tempo todo?
- Q20 – Você se cansa com facilidade?

4 – Pensamentos depressivos:

- Q14 – É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?
- Q15 – Tem perdido o interesse pelas coisas?
- Q16 – Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?
- Q17 – Tem tido idéias de acabar com a vida?

O SRQ-20 pode ser aplicado, corrigido e seus dados quantitativos utilizados com estritos objetivos de pesquisa (não clínicos), por qualquer profissional da área da saúde

(mental ou geral). É auto-administrado e do tipo Sim/Não como já referido. No caso, a pesquisadora é fisioterapeuta e aluna de Mestrado em Psicologia, com treinamento em pesquisa.

5.6.3. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E OCUPACIONAL

O questionário sociodemográfico e ocupacional elaborado pela autora, contém 19 questões referentes ao trabalhador (APÊNDICE A): Sexo, Faixa Etária, Estado Civil, Possui Filhos? Se sim, quantos filhos? Renda mensal (salário mínimo), Renda familiar (salário mínimo), Tempo de exercício no hospital, Jornada de trabalho semanal no hospital, Setor de atuação, Trabalha em outro emprego? Se sim, qual emprego? Religião, Nível educacional, Pratica algum tipo de atividade física? Se pratica, qual? Se não pratica, por quê? Costuma tirar férias? Faz algum tipo de tratamento de saúde? Quais? Tabagismo? Uso de álcool? Apresenta algum sintoma listado? Considera o trabalho estressante? O que mais estressa em seu trabalho? Tais variáveis podem estar correlacionadas a QVP e TMM, como fatores de risco e de proteção (GUIMARÃES, 2006).

5.7 PROCEDIMENTOS

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi encaminhado para avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) e posteriormente aprovado (ANEXO D). Seguiu-se o que determina a Resolução n. 196/1996, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa: a) assegurado ao entrevistado o direito de desistir de participar do estudo a qualquer momento; b) assegurado o sigilo do anonimato; c) permitido aos entrevistados o livre acesso aos dados; d) assegurado o consentimento para a divulgação dos dados e mantido compromisso na transcrição dos dados (BRASIL, 1996).

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), o projeto foi encaminhado para o Núcleo de Ensino e Pesquisa – Diretoria de Planejamento e Controle do hospital, para a autorização (Parecer nº 15/2012) (ANEXO E) da pesquisas com os fisioterapeutas que exerciam sua profissão no local. A seguir, com o deferimento pela Instituição, a mesma sugeriu entrar em contato com o responsável do setor de fisioterapia do Hospital para as orientações da coleta de dados.

O fisioterapeuta responsável pelo setor orientou a pesquisadora a comparecer nos três turnos (matutino, vespertino e noturno) de trabalho do hospital para apresentar a pesquisa e entregar o envelope contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE B), o Questionário sociodemográfico e ocupacional, o Questionário de Qualidade de Vida Profissional (QVP-35) e o Questionário de Transtornos Mentais Menores aos fisioterapeutas. Na apresentação da pesquisa, foi esclarecido aos profissionais que a escolha em participar era livre, que o profissional tinha que ter mais de seis meses trabalhando na Instituição, que seria mantido o sigilo absoluto sobre seus dados e do hospital. Um envelope foi entregue a todos os profissionais com os questionários auto-administráveis e solicitou-se que devolvessem em até uma semana. O período de coleta de dados foi de setembro de 2012 a outubro de 2012, sendo que de um total de N=69 foram amostrados n=40: 14 tinham menos de seis meses de trabalho na instituição, dois de férias, dois de atestado, dois de licença e nove em branco. Foi solicitado que respondessem se gostariam de receber o seu resultado individual, sendo que os que assinalaram vão receber esses resultados por e-mail. Como devolutiva, também será entregue uma cópia da dissertação ao Núcleo de Ensino e Pesquisa – Diretoria de Planejamento e Controle do hospital, outra cópia para o setor de Gestão de Pessoas, para possíveis modificações aos fatores de riscos, e uma para o CREFITO 13. Será disponibilizada a possibilidade de ministrar, no hospital, palestra aos profissionais de saúde interessado, sobre os resultados da pesquisa.

5.8 ANÁLISES DE DADOS

Após a realização da coleta de dados, os mesmos foram inseridos em planilhas do *software* Excel (2007). A análise estatística dos dados deu-se por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS)- 15ª versão (2006). Para a caracterização da amostra, foi realizada análise descritiva dos resultados. Para identificar se existe diferença nos valores dos grupos das variáveis sociodemográficas com os valores das dimensões da Qualidade de Vida Profissional, foi usado a Análise de Variância- ANOVA⁷ e considerado um nível de 5% de significância, ou 95% de confiabilidade para o p-valor dos resultados. O teste ANOVA também foi utilizado para estudar a dependência das variáveis sociodemográficas e o SRQ-20, assim como a relação entre o QVP-35 e o SRQ-20.

⁷ ANOVA: Teste Análise de Variância que permite comparar várias médias ao mesmo tempo.

6.1 RESULTADOS RELACIONADOS ÀS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E OCUPACIONAIS

Nas tabelas 1a e 1b estão apresentadas as distribuições dos dados sociodemográficos e ocupacionais da amostra composta por fisioterapeutas, em que a maioria é do sexo feminino (57.5%), com idade até 35 anos (70%), são casados (62.5%), têm filhos (52.5%), são católicos (70%) e apresentam como maior escolaridade a especialização (87.5%). Em relação à renda mensal média recebem de 1 a 10 salários mínimos (43.6%), enquanto têm a renda familiar de 6 a 10 salários mínimos (57.5%), apresentam o tempo de serviço no hospital de 7 meses a 2 anos e acima de 11 anos (40%), têm jornada de trabalho semanal no hospital de 21 a 30 horas (77.5%), atuam no período matutino (57.9%) e trabalham no Centro de Terapia Intensiva (CTI) (64.9%). Da mesma amostra, a maioria possui outro emprego (80%), apresenta jornada de trabalho semanal total de mais de 40 horas (67.5%), é praticante de atividade física, de 1 a 3 vezes na semana e costuma tirar férias regularmente de todas as suas atividades (62.5%), não realiza nenhum tipo de tratamento médico (77.5%), não fuma (97.5%), faz uso de álcool socialmente (52,5%) e considera o seu trabalho estressante (90%).

TABELA 1 a Distribuição dos dados sociodemográficos e ocupacionais da amostra

Sexo	N	%
Masculino	17	42.5
Feminino	23	57.5
Idade		
Até 35 anos	28	70.0
Acima de 36 anos	12	30.0
Estado Civil		
Solteiro(a)/ Separado (a) / Divorciado (a)	11	27.5
Casado(a)	25	62.5
União estável / amasiado	4	10.0
Possui filhos?		
Sim	21	52.5
Não	19	47.5
Religião		
Católico	28	70.0
Outras	12	30.0
Escolaridade		
Graduação	2	5.0
Especialização	35	87.5
Mestrado	3	7.5
Qual sua renda mensal média?		
De 1 a 5 salários mínimos	17	43.6
De 6 a 10 salários mínimos	17	43.6
Acima de 11 salários mínimos	5	12.8
Qual sua renda FAMILIAR mensal média?		
De 1 a 5 salários mínimos	5	12.5
De 6 a 10 salários mínimos	23	57.5
Acima de 11 salários mínimos	12	30.0

TABELA 1 b Distribuição dos dados sociodemográficos e ocupacionais da amostra

Tempo de serviço no hospital	N	%
De 7 meses a 2 anos	16	40.0
De 3 a 5 anos	4	10.0
De 6 a 10 anos	4	10.0
Acima de 11 anos	16	40.0
Jornada de Trabalho Semana no Hospital		
Até 20 horas	5	12.5
De 21 a 30 horas	31	77.5
De 31 a 40 horas	2	5.0
Mais de 40 horas	2	5.0
Em qual (is) período (s) trabalha no Hospital		
Matutino	22	57.9
Vespertino	12	31.6
Noturno	4	10.5
Setor de Atuação		
Enfermaria	13	35.1
CTI	24	64.9
Tem outro emprego?		
Sim	32	80.0
Não	8	20.0
Jornada de trabalho Semanal Total		
Até 20 horas	2	5.0
De 21 a 30 horas	6	15.0
De 31 a 40 horas	5	12.5
Mais de 40 horas	27	67.5
Pratica atividade física		
Sim	25	62.5
Não	15	37.5
Quantas vezes na semana pratica atividade (pra quem pratica)		
De 1 a 3 dias	15	62.5
De 4 a 6 dias	9	37.5
Costuma tirar férias, ao mesmo tempo, em suas atividades		
Nunca	2	5.0
Raramente	13	32.5
Regularmente	25	62.5
Atualmente, faz algum tratamento de saúde		
Sim	9	22.5
Não	31	77.5
Fumante		
Não	39	97.5
Sim	1	2.5
Faz uso de álcool		
Não	19	47.5
Socialmente	21	52.5
Considera o seu Trabalho		
Sem estresse	4	10.0
Estressante	36	90.0

6.2 RESULTADOS RELACIONADOS AOS TRÊS (3) FATORES DO QVP-35 E DO SRQ-20

A tabela 2 apresenta a Qualidade de Vida Profissional em três grandes fatores: Apoio Organizacional (AO) com média 4.9; Motivação Intrínseca (MI) com média de 7.4 e Carga de Trabalho (CT) com média de 6.1.

TABELA 2 Distribuição das médias, desvio padrão e classificação dos três (3) fatores do QVP-35

	APOIO ORGANIZACIONAL	MOTIVAÇÃO INTRÍNSECA	CARGA DE TRABALHO
Média	4.9	7.4	6.1
DP	1.2	1.0	1.05
Classificação	Pouco	Muito	Muito

Com relação à QVT percebida pelos participantes a média foi de 6.0, com o Desvio Padrão (D.P) de 2.31, e tendo uma classificação de muita Qualidade de Vida no trabalho.

A tabela 3 apresenta a frequência de suspeição para TMM aferida pelo SRQ-20. Como se observa, foram encontradas 23 pessoas sem suspeição no SRQ-20 (57.5%) e 17 participantes suspeitos de portarem TMM representando (42.5%).

TABELA 3 Distribuição de frequência e porcentagem de suspeitos e não suspeitos no SRQ-20

SRQ-20	N	%
Não	23	57.5
Sim	17	42.5

A tabela 4 apresenta o SRQ-20 dividido em quatro categorias. Para a categoria decréscimo de energia vital (2.5%) houve apenas um respondente, e de cinco respondentes para Humor depressivo/ansioso (12.5%). Nas categorias sintomas somáticos e pensamentos depressivos não houve respostas. Os participantes que tiveram resultados preocupantes serão orientados na devolutiva e poderão ser encaminhados ao tratamento clínico.

TABELA 4 Distribuição de frequência e porcentagem das quatro (4) categorias do SRQ-20 (Iacoponi e Mari (1989))

Humor depressivo/ansioso	N	%
Não	35	87.5
Sim	5	12.5
Sintomas somáticos		
Não	40	100.0
Sim	0	0.0
Energia vital		
Não	39	97.5
Sim	1	2.5
Pensamentos depressivos		
Não	40	100.0
Sim	0	0

Na sequência, serão apresentados os testes de dependência entre os resultados. Para identificar se existe diferença nos valores dos grupos das variáveis sociodemográficas e ocupacionais e os valores dos fatores da Qualidade de Vida Profissional, foi utilizado o teste ANOVA e considerado um nível de 5% de significância para o p-valor dos resultados. Os resultados significativos estão em asterisco. Caso a diferença entre a média não esteja clara, são utilizados dois asteriscos para indicar a maior média.

6.3 RESULTADOS DAS CORRELAÇÕES ENTRE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E OCUPACIONAIS E OS TRÊS FATORES DO QVP-35

As tabelas 5a e 5b mostram o teste Análise de Variância (ANOVA) para os valores do Apoio Organizacional e as variáveis sociodemográficas e ocupacionais. Foi encontrada diferença significativa entre os valores no setor de atuação, em que as pessoas que trabalham na enfermagem percebem menos Apoio Organizacional que os do CTI; quem tira férias

regularmente, percebe menor apoio organizacional que quem nunca tira férias. Nas demais variáveis sociodemográficas e ocupacionais não foram encontradas diferenças significativas entre as médias. Esse resultado indica que a percepção do Apoio Organizacional é a mesma para todos os indivíduos.

TABELA 5 a Diferença entre as variáveis sociodemográficas e ocupacionais e o Apoio Organizacional (Teste Anova)

Sexo	Média	(±DP)	p-valor
Masculino	5.3	1.3	0.08
Feminino	4.6	1.1	
Idade			
Até 35 anos	5.0	1.4	0.66
Acima de 36 anos	4.8	0.8	
Estado Civil			
Solteiro(a)/ Separado (a) / Divorciado (a)	5.3	1.3	0.42
Casado(a)	4.7	1.2	
União estável / amasiado	5.2	1.4	
Possui filhos?			
Sim	4.6	1.0	0.06
Não	5.3	1.4	
Religião			
Católico	5.0	1.3	0.51
Outras	4.7	1.0	
Escolaridade			
Graduação	3.9	1.5	0.47
Especialização	5.0	1.3	
Mestrado	4.8	0.3	
Qual sua renda mensal média?			
De 1 a 5 salários mínimos	4.7	1.9	0.51
De 6 a 10 salários mínimos	5.2	1.5	
Acima de 11 salários mínimos	5.4	0.8	
Qual sua renda FAMILIAR mensal média?			
De 1 a 5 salários mínimos	5.1	1.3	0.93
De 6 a 10 salários mínimos	4.9	1.4	
Acima de 11 salários mínimos	5.0	1.1	
Tempo de serviço no hospital			
De 7 meses a 2 anos	5.1	1.4	0.84
De 3 a 5 anos	5.1	0.8	
De 6 a 10 anos	4.6	2.0	
Acima de 11 anos	4.8	1.0	

p-valor ≤ 0.05

TABELA 5 b Diferença entre as variáveis sociodemográficas e ocupacionais e o Apoio Organizacional (Teste Anova)

Jornada de Trabalho Semanal no Hospital			
Até 20 horas	4.1	1.0	0.47
De 21 a 30 horas	5.0	1.3	
De 31 a 40 horas	5.0	0.7	
Mais de 40 horas	5.2	0.8	
Em qual (is) período (s) trabalha no Hospital			
Matutino	4.8	1.2	0.44
Vespertino	4.8	1.2	
Noturno	5.7	1.5	
Setor de Atuação			
Enfermaria	4.2	1.2	0.01*
CTI	5.2	1.1	
Tem outro emprego?			
Sim	5.1	1.2	0.07
Não	4.2	1.0	
Jornada de trabalho Semanal Total			
Até 20 horas	3.7	1.7	0.28
De 21 a 30 horas	4.4	0.8	
De 31 a 40 horas	5.3	1.0	
Mais de 40 horas	5.1	1.3	
Pratica atividade física			
Sim	4.9	1.3	0.88
Não	4.9	1.1	
Costuma tirar férias, ao mesmo tempo, em suas atividades			
Nunca	6.7**	1.2	0.05*
Raramente	5.2	1.2	
Regularmente	4.6*	1.1	
Atualmente, faz algum tratamento de saúde			
Sim	5.0	0.7	0.90
Não	4.9	1.4	
Faz uso de álcool			
Não	4.9	0.9	0.81
Socialmente	5.0	1.5	
Considera o seu Trabalho			
Sem estresse	4.6	0.9	0.60
Estressante	5.0	1.3	
p-valor ≤ 0.05			

As tabelas 6a e 6b apresentam os resultados para a Motivação Intrínseca e as variáveis sociodemográficas e ocupacionais. Apenas na variável “possuir filhos”, foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre as médias de Motivação Intrínseca, na qual os participantes que não possuem filhos apresentam médias maiores, ou seja, maior Motivação Intrínseca. Nos outros casos, não houve diferenças significativas entre as médias.

TABELA 6 a Diferença entre as variáveis sociodemográficas e ocupacionais e a Motivação Intrínseca (Teste Anova)

Sexo	Média	(±DP)	p-valor
Masculino	7.1	1.1	0.10
Feminino	7.6	0.8	
Idade			
Até 35 anos	7.4	1.0	0.94
Acima de 36 anos	7.4	0.9	
Estado Civil			
Solteiro(a)/ Separado (a) / Divorciado (a)	7.7	1.0	0.40
Casado(a)	7.2	1.0	
União estável / amasiado	7.4	0.3	
Possui filhos?			
Sim	7.1	1.0	0.04*
Não	7.7	0.9	
Religião			
Católico	7.5	1.0	0.09
Outras	7.0	0.9	
Escolaridade			
Graduação	7.7	0.1	0.40
Especialização	7.3	1.0	
Mestrado	8.1	1.3	
Qual sua renda mensal média?			
De 1 a 5 salários mínimos	7.3	0.9	0.95
De 6 a 10 salários mínimos	7.4	2.2	
Acima de 11 salários mínimos	7.3	2.2	
Qual sua renda FAMILIAR mensal média?			
De 1 a 5 salários mínimos	7.5	0.5	0.97
De 6 a 10 salários mínimos	7.4	2.2	
Acima de 11 salários mínimos	7.4	2.2	
Tempo de serviço no hospital			
De 7 meses a 2 anos	7.5	0.9	0.45
De 3 a 5 anos	7.6	1.4	
De 6 a 10 anos	6.6	1.0	
Acima de 11 anos	7.4	1.0	
p-valor ≤ 0.05			

TABELA 6 b Diferença entre as variáveis sociodemográficas e ocupacionais e a Motivação Intrínseca (Teste Anova)

Características da amostra (Teste t-Student)			
Jornada de Trabalho Semanal no Hospital	Média	(±DP)	p-valor
Até 20 horas	7.9	0.6	0.40
De 21 a 30 horas	7.4	1.0	
De 31 a 40 horas	7.7	1.7	
Mais de 40 horas	6.4	0.8	
Em qual (is) período (s) trabalha no Hospital			
Matutino	7.3	0.9	0.83
Vespertino	7.6	2.2	
Noturno	7.5	2.4	
Setor de Atuação			
Enfermaria	7.1	0.9	0.30
CTI	7.5	2.2	
Tem outro emprego?			
Sim	7.4	1.0	0.55
Não	7.2	0.9	
Jornada de trabalho Semanal Total			
Até 20 horas	8.0	0.9	0.53
De 21 a 30 horas	6.9	0.8	
De 31 a 40 horas	7.5	0.8	
Mais de 40 horas	7.4	1.1	
Pratica atividade física			
Sim	7.3	1.1	0.35
Não	7.6	0.8	
Costuma tirar férias, ao mesmo tempo, em suas atividades			
Nunca	8.5	0.3	0.23
Raramente	7.2	1.0	
Regularmente	7.4	1.0	
Atualmente, faz algum tratamento de Saúde			
Sim	7.3	1.0	0.70
Não	7.4	1.0	
Faz uso de álcool			
Não	7.5	0.9	0.50
Socialmente	7.3	2.2	
Considera o seu Trabalho			
Sem estresse	7.2	1.1	0.70
Estressante	7.4	1.0	
p-valor ≤ 0.05			

Os resultados da dimensão Carga de Trabalho são mostrados nas tabelas 7 a e 7b. Nesse fator houve diferenças significativas entre os grupos etários nos quais as pessoas mais novas perceberam maior carga de trabalho; em renda média mensal, as pessoas que ganham mais apresentaram valores maiores no fator de carga de trabalho; o turno mostrou influência na carga de trabalho, sendo que as pessoas que trabalharam no período matutino mostraram valores maiores que os do período vespertino.

TABELA 7 a Diferença entre as variáveis sociodemográficas e ocupacionais e a Carga de Trabalho (Teste Anova)

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes (teste Anova)			
Sexo	Média	(±DP)	p-valor
Masculino	6.2	0.9	0.47
Feminino	6.0	1.1	
Idade			
Até 35 anos	6.3	0.9	0.04*
Acima de 36 anos	5.6	1.2	
Estado Civil			
Solteiro(a)/ Separado (a) / Divorciado (a)	6.3	0.8	0.73
Casado(a)	6.0	1.1	
União estável / amasiado	6.3	1.6	
Possui filhos?			
Sim	6.0	1.1	0.46
Não	6.2	1.0	
Religião			
Católico	6.1	0.9	0.88
Outras	6.1	1.3	
Escolaridade			
Graduação	5.3	0.6	0.09
Especialização	6.2	1.0	
Mestrado	5.1	0.8	
Qual sua renda mensal média?			
De 1 a 5 salários mínimos	5.8*	1.0	0.01*
De 6 a 10 salários mínimos	6.0	0.9	
Acima de 11 salários mínimos	7.3**	0.8	
Qual sua renda FAMILIAR mensal média?			
De 1 a 5 salários mínimos	5.8	1.1	0.57
De 6 a 10 salários mínimos	6.1	0.9	
Acima de 11 salários mínimos	6.3	1.2	
Tempo de serviço no hospital			
De 7 meses a 2 anos	6.3	0.9	0.77
De 3 a 5 anos	6.3	1.4	
De 6 a 10 anos	6.0	0.7	
Acima de 11 anos	5.9	1.1	
p-valor ≤ 0.05			

TABELA 7 b Diferença entre as variáveis sociodemográficas e ocupacionais e a Carga de Trabalho (Teste Anova)

a carga de trabalho (teste t-ANOVA)			
Jornada de Trabalho Semana no Hospital	Média	(±DP)	p-valor
Até 20 horas	6.3	1.2	0.64
De 21 a 30 horas	6.1	1.0	
De 31 a 40 horas	5.5	1.2	
Mais de 40 horas	6.8	1.3	
Em qual período trabalha no Hospital			
Matutino	6.4**	0.8	0.05*
Vespertino	5.5*	1.1	
Noturno	5.9	1.4	
Setor de Atuação			
Enfermaria	6.1	1.1	0.90
CTI	6.0	1.1	
Tem outro emprego?			
Sim	6.2	1.0	0.40
Não	5.8	1.1	
Jornada de trabalho Semanal Total			
Até 20 horas	5.8	0.5	0.86
De 21 a 30 horas	5.8	1.1	
De 31 a 40 horas	6.1	1.3	
Mais de 40 horas	6.2	1.0	
Pratica atividade física			
Sim	6.0	0.9	0.31
Não	6.3	1.2	
Costuma tirar férias, ao mesmo tempo, em suas atividades.			
Nunca	6.8	0.5	0.14
Raramente	6.5	2.0	
Regularmente	5.9	2.0	
Atualmente, faz algum tratamento de saúde			
Sim	6.4	0.8	0.41
Não	6.0	1.1	
Faz uso de álcool			
Não	5.9	1.2	0.22
Socialmente	6.3	0.9	
Considera o seu Trabalho			
Sem estresse	5.4	0.6	0.19
Estressante	6.1	1.0	
p-valor ≤ 0.05			

As tabelas 8a a e 8b mostram os resultados para a Qualidade de Vida no Trabalho. Esses resultados evidenciam diferença estatisticamente significativa apenas na variável Religião, apresentando valores maiores para Qualidade de Vida no Trabalho, em participantes que se denominaram católicos.

TABELA 8 a Diferença entre as variáveis sociodemográficas e ocupacionais e a QVT (Teste Anova)

Teste Qui-quadrado (χ²) (teste de hipótese nula)			
Sexo	Média	(±DP)	p-valor
Masculino	6.4	2.5	0.33
Feminino	5.7	2.1	
Idade			
Até 35 anos	5.8	2.4	0.56
Acima de 36 anos	6.3	2.1	
Estado Civil			
Solteiro(a)/ Separado (a) / Divorciado (a)	6.3	2.4	0.86
Casado(a)	5.8	2.5	
União estável / amasiado	6.2	0.9	
Possui filhos?			
Sim	6.2	2.5	0.50
Não	5.7	2.1	
Religião			
Católico	6.5	2.0	0.05*
Outras	4.9	2.7	
Escolaridade			
Graduação	4.5	3.5	0.14
Especialização	5.9	2.2	
Mestrado	8.3	1.5	
Qual sua renda mensal média?			
De 1 a 5 salários mínimos	6.1	2.1	0.62
De 6 a 10 salários mínimos	6.1	2.3	
Acima de 11 salários mínimos	5.0	3.2	
Qual sua renda FAMILIAR mensal média?			
De 1 a 5 salários mínimos	5.6	0.9	0.72
De 6 a 10 salários mínimos	6.2	3.3	
Acima de 11 salários mínimos	5.6	3.7	
Tempo de serviço no hospital			
De 7 meses a 2 anos	5.5	2.5	0.68
De 3 a 5 anos	7.0	0.8	
De 6 a 10 anos	5.7	2.2	
Acima de 11 anos	6.2	2.4	
p-valor ≤ 0.05			

TABELA 8 b Diferença entre as variáveis sociodemográficas e ocupacionais e a QVT (Teste Anova)

Jornada de Trabalho Semana no Hospital	Média	(±DP)	p-valor
Até 20 horas	6.0	1.4	0.48
De 21 a 30 horas	5.8	2.2	
De 31 a 40 horas	8.5	0.7	
Mais de 40 horas	5.5	6.3	
Em qual (is) período (s) trabalha no Hospital			
Matutino	5.9	2.2	0.78
Vespertino	5.9	2.9	
Noturno	6.7	2.2	
Setor de Atuação			
Enfermaria	5.1	2.7	0.11
CTI	6.4	2.1	
Tem outro emprego?			
Sim	5.8	2.4	0.31
Não	6.7	1.6	
Jornada de trabalho Semanal Total			
Até 20 horas	5.5	2.1	0.61
De 21 a 30 horas	7.2	1.3	
De 31 a 40 horas	5.6	1.1	
Mais de 40 horas	5.8	2.6	
Pratica atividade física			
Sim	6.1	2.2	0.57
Não	5.7	2.5	
Costuma tirar férias, ao mesmo tempo, em suas atividades			
Nunca	6.0	1.4	0.95
Raramente	5.8	2.5	
Regularmente	6.0	2.3	
Atualmente, faz algum tratamento de saúde			
Sim	6.2	3.0	0.74
Não	5.9	2.1	
Faz uso de álcool			
Não	5.8	2.4	0.68
Socialmente	6.2	2.3	
Considera o seu Trabalho			
Sem estresse	7.2	2.1	0.26
Estressante	5.8	2.3	
p-valor ≤ 0.05			

p-valor ≤ 0.05

6.4 RESULTADOS RELATIVOS ÀS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E OCUPACIONAIS E TRANSTORNOS MENTAIS MENORES

Essa seção apresenta o teste ANOVA para se estudar a dependência das variáveis sociodemográficas e ocupacionais e o SRQ-20.

Nas tabelas 9 a e 9b são relatados os resultados do teste no SRQ-20, mostrando diferenças significativas nas variáveis: Religião, os católicos apresentaram valores menores para suspeição de Transtornos Mentais Menores; Renda mensal média, os participantes que recebem entre 1 a 5 salários mínimos apresentaram valores maiores para suspeição de Transtornos Mentais Menores; e, no Setor de Atuação, os indivíduos que trabalham na Enfermagem mostraram maiores para suspeição de Transtornos Mentais Menores.

TABELA 9 a Diferença entre as variáveis sociodemográficas e ocupacionais e o SRQ-20 (Teste Anova)

ocupacionais e QBRQ-20 (Teste t de Nova)			
Sexo	Média	(±DP)	p-valor
Masculino	4.6	3.7	0.13
Feminino	6.8	4.9	
Idade			
Até 35 anos	6.3	4.6	0.50
Acima de 36 anos	5.1	4.5	
Estado Civil			
Solteiro(a)/ Separado (a) / Divorciado (a)	4.6	4.8	0.46
Casado(a)	6.2	4.3	
União estável / amasiado	7.7	5.9	
Possui filhos?			
Sim	6.5	4.6	0.39
Não	5.2	4.5	
Religião			
Católico	4.7	4.2	0.01*
Outras	8.6	4.3	
Escolaridade			
Graduação	8.5	6.4	0.15
Especialização	6.1	4.5	
Mestrado	1.3	0.6	
Qual sua renda mensal média?			
De 1 a 5 salários mínimos	7.3**	4.7	0.02*
De 6 a 10 salários mínimos	3.5*	3.6	
Acima de 11 salários mínimos	8.0	3.7	
Qual sua renda FAMILIAR mensal média?			
De 1 a 5 salários mínimos	8.6	4.4	0.37
De 6 a 10 salários mínimos	5.7	4.9	
Acima de 11 salários mínimos	5.2	3.8	
p-valor ≤ 0.05			

TABELA 9 b Diferença entre as variáveis sociodemográficas e ocupacionais e o SRQ-20 (Teste Anova)

Tempo de serviço no hospital	Média	(±DP)	p-valor
De 7 meses a 2 anos	5.5	4.7	0.90
De 3 a 5 anos	7.5	4.9	
De 6 a 10 anos	6.2	4.0	
Acima de 11 anos	5.8	4.7	
Jornada de Trabalho Semana no Hospital			
Até 20 horas	7.2	5.3	0.84
De 21 a 30 horas	5.7	4.6	
De 31 a 40 horas	4.5	4.9	
Mais de 40 horas	7.5	3.5	
Em qual (is) período (s) trabalha no Hospital			
Matutino	6.3	4.4	0.57
Vespertino	5.9	5.6	
Noturno	3.5	3.1	
Setor de Atuação			
Enfermaria	8.1	5.2	0.05*
CTI	5.0	3.8	
Tem outro emprego?			
Sim	5.6	4.6	0.36
Não	7.2	4.6	
Jornada de trabalho Semanal Total			
Até 20 horas	2.0	1.2	0.22
De 21 a 30 horas	9.0	3.9	
De 31 a 40 horas	5.2	5.0	
Mais de 40 horas	5.6	4.5	
Pratica atividade física			
Sim	4.9	3.9	0.06
Não	7.6	5.1	
Costuma tirar férias, ao mesmo tempo, em suas atividades			
Nunca	1.0	1.1	0.19
Raramente	5.2	3.9	
Regularmente	6.7	4.8	
Atualmente, faz algum tratamento de saúde			
Sim	7.1	5.4	0.38
Não	5.6	4.3	
Faz uso de álcool			
Não	7.1	5.0	0.10
Socialmente	4.8	4.0	
Considera o seu Trabalho			
Sem estresse	2.7	2.1	0.14
Estressante	6.2	4.6	
p-valor ≤ 0.05			

6.5 RESULTADOS REFERENTES À RELAÇÃO ENTRE OS FATORES DO QVP-35, DO SRQ-20 E A QVT

Na seção a seguir, será apresentada a relação entre o QVP-35 e o SRQ-20. Para tanto, foi utilizado o teste ANOVA, com um nível de 5% de significância (Tabela 10).

Em todos os fatores das dimensões do QVP-35 e também na QVT, foram encontradas diferenças significativas. Na QVT e nas dimensões de Apoio Organizacional e Motivação Intrínseca, os valores maiores foram para os indivíduos que não apresentaram suspeição para o SRQ-20. Contudo, na dimensão Carga de Trabalho os valores maiores foram para os indivíduos com suspeição pelo SRQ-20.

Tabela 10 – Diferença entre os três (3) fatores do QVP-35 e a QVT com o SRQ-20

	Média	(±DP)	p-valor
SRQ-20	QVT		
Não	6.8	(1.6)	0.01*
Sim	4.9	(2.7)	
SRQ-20	AO		
Não	5.2	(1.2)	0.05*
Sim	4.5	(1.2)	
SRQ-20	MI		
Não	7.6	(1.0)	0.04*
Sim	7.0	(0.9)	
SRQ-20	CT		
Não	5.7	(0.8)	0.01*
Sim	6.6	(1.1)	

p-valor ≤ 0.05

7.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E OCUPACIONAIS

Os resultados obtidos no estudo mostram que a predominância dos participantes é do sexo feminino (57.5%), o que corrobora dados de algumas pesquisas (FERREIRA, 2008; FORMIGHIERI, 2003). Considerando que a fisioterapia é uma profissão que exige muito do físico do profissional, era de se esperar que a maior parte da amostra fosse do sexo masculino, que possui maior força física. No entanto, os dados obtidos não comprovam essa hipótese dado que as mulheres estão em maioria. Segundo Pinto (2007) a mulher é um alvo particular das ondas de valorização coletiva destinada a eliminar desigualdades e, assim a entregar à dignidade a plena regência das relações humanas. Com isso, observa-se a mulher crescer, tanto como um valor econômico do trabalho, quanto como um valor individual na família e um valor social. Conforme o IBGE (2010) a população de Campo Grande⁸ cresceu nos últimos anos e a sua predominância é do sexo feminino (51.51%). Esses dados podem indicar uma tendência a feminilização de fisioterapeutas no mercado de trabalho, no entanto, entende-se que outros dados de pesquisa são necessários para essa confirmação.

A maioria dos participantes apresentou idade até 35 anos (70%) o que pode estar associado ao fato da profissão ser recente no estado de Mato Grosso do Sul (1977), quando comparada com as demais áreas da saúde, confirmando dados de vários estudos. (FORMIGHIERI, 2003; SOARES; RODRIGUES; JUNIOR, 2005; FERREIRA, 2008).

Quanto ao tempo de exercício na profissão e, conseqüentemente, no hospital observa-se a mesma porcentagem para fisioterapeutas ingressantes, com tempo de serviço de 7 meses a 2 anos (40%) e para fisioterapeutas com mais de 11 anos (40%) de exercício. Esses dados apontam para o fato de que o hospital pode ter ficado durante um período de aproximadamente nove anos sem contratar profissionais de fisioterapia e recentemente efetivou novas contratações, observando-se, inclusive, a presença de 14 desses profissionais com menos de seis meses de trabalho no hospital, que por esse motivo não foram incluídos na pesquisa, por ser esse um critério de exclusão.

O estado civil da maior parte da amostra desse estudo é composto por pessoas casadas (62.5%) o que corrobora dados de um estudo realizado por Ferreira (2008) com

⁸ O Município de Campo Grande, fundado em 1879, está localizado geograficamente na região central do Estado de Mato Grosso do Sul, ocupa uma área de 8.092,966 Km², com densidade populacional de 97,22 hab/Km² (IBGE, 2010). Campo Grande, capital do Estado de Mato Grosso do Sul desde 1977, quando foi assinada, pelo presidente da República General Ernesto Geisel, a Lei complementar nº 31, desmembrando o estado de Mato Grosso. Possui conforme Censo Demográfico de 2010, 786.979 habitantes (IBGE, 2010).

fisioterapeutas em um Complexo de Saúde do *campus* da UNICAMP em que os fisioterapeutas em sua maioria eram casados (46.9%). A presente amostra, porém, em sua maioria tem filhos (52.5%), dado não corroborado pelo estudo de Ferreira (2008), em que a maior parte não possuía filhos (56.25%). Os resultados indicam que neste estudo, os participantes da amostra, casam e tem filhos mais cedo do que os da amostra de Campinas, dado que pode ser justificado pela questão cultural, em que na região sudeste é mais comum as pessoas terminarem sua formação, conseguirem estabilidade em sua profissão e, se for o caso, depois, constituir família e ter filhos.

Segundo Panzini *et al* (2004), a população do Brasil é composta por 95.3% de pessoas que crêem em uma religião. Conforme dados do IBGE (2010), a população de Campo Grande é predominantemente católica. Em consonância com esses dados, os resultados obtidos nessa pesquisa evidenciaram que a religião da maioria fisioterapeutas é católica (70%). Esse achado pode colocar em evidência que a adesão ou a prática dessa religião pode influenciar a estabilidade mental do profissional que trabalha em um ambiente insalubre como o hospitalar, trazendo-lhe maior segurança e conforto.

A amostra de estudo apresenta como maior escolaridade o nível de Pós-Graduação *Lato Sensu* - Especialização (87.5%), registrando-se, ainda, três profissionais com curso de Mestrado e dois com curso de Graduação. Esses dados corroboram os achados de Tedeschi (2005) em que 85% têm nível de Especialização. Os participantes do presente estudo mostram que poucos profissionais têm Pós-Graduação *Stricto Sensu* (Mestrado e Doutorado), o que revela uma escolaridade menor quando comparada com a amostra estudada por Ferreira (2008), em que 70.31% dos fisioterapeutas já cursaram ou estão cursando pós-graduação: Mestrado ou Doutorado.

Outro aspecto evidenciado refere-se à renda média mensal dos participantes que foi de 1 a 10 salários mínimos (43.6%) e a renda familiar de 6 a 10 salários mínimos (57.5%), em sua maioria, com base no salário mínimo do ano de 2012, mostrando que a renda mensal corresponde à maior parte da renda familiar desse profissional, sendo determinante no conjunto da renda da família. Ressalta-se que a renda individual média da população de 15 a 60 anos de idade sobe 4.89% de 2011 para 2012, contra taxa média de 4.35% ao ano entre 2003 e 2012. Já a desigualdade de renda domiciliar *per capita* cai em 2012, segundo a Pesquisa Mensal de Emprego (PME), a uma velocidade 40.5% maior que a observada de 2003 a 2011 na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), também do IBGE (2012). As rendas que mais crescem são as dos mais pobres e as de grupos tradicionalmente

excluídos, como **mulheres** (a maioria dos participantes da pesquisa), negros e analfabetos. Portanto, o bem-estar percebido em 2012 pode encontrar razões na PME do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012), que registra desemprego nos menores níveis da série iniciada em 2002 e rendas crescendo bem mais que o PIB *per capita*.

Quanto à jornada de trabalho semanal no hospital, a maioria dos participantes atua de 21 a 30 horas, provavelmente devido ao seu regime de contratação. No entanto, tem outro emprego (80%) e assim, apresenta uma carga semanal total de trabalho de mais de 40 horas (67.5%). Os dados obtidos por Ferreira (2008), em concordância, mostram que os fisioterapeutas que estudaram, trabalham em mais de dois empregos (67.19%). Essa carga horária, mesmo não sendo exercida no mesmo local, ultrapassa o limite definido pela Lei nº 8.856, de 1º de Março de 1994. O cumprimento de carga horária excessiva pode levar esse profissional ao desgaste físico, à ausência de uma vida social, além de um desgaste mental que poderá acometer sua saúde física e psíquica e QV, levando *e. g.*, estresse ocupacional e a síndrome de *burnout*.

No entanto, a amostra assinala que pratica atividade física (62.5%), pelo menos de uma a três vezes por semana (62.5%) e que tira férias de todas as suas atividades regularmente (62.5%). Esse fato pode estar colaborando para a percepção de a amostra ter muita QVT, uma vez que a atividade física e as férias regulares levam a melhoria da saúde e das condições físicas dos praticantes, assim como à redução de sintomas de ansiedade, fortalecendo o organismo. A maioria dos que não realizam atividade física alegou falta de tempo.

Evidenciou-se, também, que a maioria dos fisioterapeutas exerce seu trabalho no período matutino (57.9%) podendo indicar que as atividades fisioterápicas aos pacientes nesse hospital concentram-se nesse período. Esses dados corroboram a pesquisa de Ferreira (2008) em que a concentração das atividades também ocorre no período matutino (39.88%).

No que se refere ao setor de atuação, a maioria dos fisioterapeutas exerce sua atividade no Centro de Terapia Intensiva (CTI) (64.9%) do hospital. As atividades nesse setor exigem desses profissionais habilidades específicas para interferir na reabilitação de pacientes com maior gravidade, que estão internados nesse local do hospital. Destaca-se que os profissionais que atuam nesse setor, têm Curso de Especialização, conforme os dados desta pesquisa em relação à titulação.

Apesar de a amostra relatar não fumar (97.55%), não realizar tratamento médico (77.5%), usar álcool socialmente (52.5%), 90% dos pesquisados consideram seu trabalho

estressante e mais de um fator contribui para isso, ou seja, sobrecarga física (24.32%), número de horas trabalhadas (21.62%); número de pacientes atendidos (13.51%) e postura física (8.10%). Em pesquisas similares quanto aos temas em questão (GUIMARÃES, 1992), há informações de que os achados obtidos, por serem “temas-tabu”, sobretudo no ambiente de trabalho, são em geral, subestimados, ou minimizados, fato que pode ter acontecido com os participantes deste estudo. O resultado obtido por Formighieri (2003) corrobora os achados do presente estudo, quando o autor refere-se que os mesmos apresentam como sintomas característicos do estresse, os Transtornos Mentais Menores, tais como, ansiedade, irritabilidade, alterações do humor, entre outros.

7.2 DISCUSSÕES DOS RESULTADOS DO QVP-35

Com relação à percepção da Qualidade de Vida Profissional dos fisioterapeutas respondentes, os resultados obtidos foram apresentados segundo três grandes fatores: **pouco** Apoio Organizacional; **muita** Motivação Intrínseca, **muita** Carga de Trabalho e **muita** Qualidade de Vida no Trabalho.

Os resultados mostram que os participantes apresentaram percepção de ter muita motivação intrínseca, percepção de muita carga de trabalho e QVT e de pouco apoio organizacional. Destaca-se que a percepção do apoio organizacional depende, também, de como percebem pessoalmente esse apoio, decorrência de suas expectativas e crenças em relação ao trabalho (FONSECA; MOURA, 2008). É possível que o fato de haver a percepção de ter muita Motivação Intrínseca, modere a percepção de haver muita CT e pouco AO, o que leva a uma percepção de muita QVT. Assim, pode-se dizer, em consonância com o que afirmam Guimarães e Boruchovitch (2004), que a motivação intrínseca é um fenômeno que melhor representa o potencial positivo da natureza humana.

A amostra percebe ter muita carga de trabalho, o que objetivamente pode ser confirmado, pois grande parte tem mais do que um emprego e nessa direção Maslach (2005) afirma que os empregados que percebem ter sobrecarga no trabalho sentem que têm muitas atividades para cumprir em tempo reduzido e realizar satisfatoriamente suas tarefas. Quando há sobrecarga de trabalho, o estado físico e mental da pessoa fica comprometido, além da consequente fadiga. Também Frankenhauser (2001) relata que deve ser incluída na sobrecarga de trabalho, a carga psicofísica à qual o trabalhador é submetido ao longo de sua jornada.

Ressalta-se que na pesquisa da validação Brasileira do questionário Qualidade de Vida Profissional (QVP-35), em bancários do ABC Paulista, realizada por Guimarães *et al* (2004), foram observados resultados semelhantes: pouco para apoio organizacional, muita motivação intrínseca e muita carga de trabalho. Apenas a Qualidade de Vida no Trabalho foi percebida como pouca, ao contrário desta amostra de fisioterapeutas que a percebeu como muita.

Com relação às variáveis sociodemográficas e ocupacionais e o apoio organizacional observa-se que os fisioterapeutas que atuam em Enfermaria percebem menor Apoio Organizacional (p -valor= 0.01) do que os que trabalham no CTI (p -valor= 0.02). Tal observação pode estar relacionada ao fato da atuação da equipe estar baseada em normas, rotinas e protocolos pré-estabelecidos para setores como o de um tratamento intensivo. Quanto às férias, constata-se que aqueles que nunca tiram férias, contraditoriamente, percebem maior apoio organizacional (p = 0.05) quando comparado aos que tiram férias regularmente (p -valor= 0.05), provavelmente porque esses profissionais estão disponíveis para a organização em todo o momento e com isso percebem ter maior AO.

Correlacionando as variáveis sociodemográficas e ocupacionais e a Motivação Intrínseca, encontrou-se resultado estatisticamente significativo quanto a possuir filhos, ou seja, quem não tem filhos percebe ter maior Motivação Intrínseca (p -valor= 0.04) comparados aos que têm filhos (p -valor= 0.04). Isso pode sugerir que os mesmos, estejam prioritariamente voltados ao trabalho e à realização profissional.

Com relação à Qualidade de vida no trabalho e as variáveis sociodemográficas e ocupacionais, encontrou-se diferença estatisticamente significativa quanto à variável religião. Essa variável mostrou que os que afirmam ser católicos (p -valor= 0.05) percebem maior QVT que aqueles que afirmam ter outras religiões (p -valor= 0.05). Esse resultado pode ser explicado pelas palavras de Fleck e Skevington (2007, p.147) que “ter uma crença profunda – religiosa ou não – poderia dar significado transcendental à vida e às atividades do dia-a-dia, funcionando como uma estratégia para conseguir lidar com o sofrimento humano e os dilemas existenciais”.

A Carga de trabalho, considerada como muita se correlacionou e foi à dimensão em que se encontrou maior diferença com: (i) faixa etária menor (p -valor= 0.04), que pode ocorrer pela falta de experiência do tempo de profissão; (ii) pessoas com maior renda média mensal percebem maior carga de trabalho (p -valor= 0.01), podendo tal fato estar associado ao maior número de horas trabalhadas; (iii) trabalhar no turno matutino (p -valor= 0.05), provavelmente pelo fato de que no ambiente hospitalar, todos os procedimentos de

enfermagem, tais como banhos, visita médica e participação de outros profissionais ocorrerem nesse turno e nessa “disputa” de funções ao paciente advir essa sobrecarga.

7.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS REFERENTES AOS TRANSTORNOS MENTAIS MENORES

Da amostra avaliada 57.5% não apresentam suspeição para TMM, porém a porcentagem encontrada de 42.5% de suspeição demonstra uma preocupação no que se refere às questões de promoção e prevenção à saúde. Uma forma mais detalhada de avaliação do SRQ-20 também foi utilizada (IACOPONI e MARI, 1989). Nesse aprofundamento, o SRQ-20 é agrupado em sintomas psíquicos por meio de quatro categorias. Cinco participantes perceberam ter humor depressivo/ansioso, e na categoria de Energia vital, apenas um participante respondeu perceber decréscimo da mesma. O resultado pode indicar predisposição ao desenvolvimento de transtornos ansiosos e/ou depressivos. As categorias sintomas somáticos e pensamentos depressivos não obtiveram respostas, porém não indica que a pessoa não esteja predisposta ao desenvolvimento de manifestações ou mesmo transtorno mental.

Encontrou-se também, relacionando as variáveis sociodemográficas e ocupacionais e o SRQ-20, maior suspeição para TMM daqueles participantes que recebem menores salários (1 a 5 salários mínimos) (p -valor= 0.02), podendo inferir que o indivíduo com menor renda pode apresentar um desgaste físico e mental, por necessidade de complementação da mesma, além de desenvolver pensamentos negativos, de inferioridade e de auto-estima, perante a outros profissionais da equipe. Outra relação encontrada é a de maior suspeição de TMM para quem trabalha na Enfermaria (p -valor= 0.05), sugerindo que nesse setor as organizações e rotinas de trabalho, por sua abrangência, possuem um caráter de imprevisibilidade.

Ainda, quanto à religião encontrou-se menor suspeição de TMM em fisioterapeutas que se identificaram como católicos (p -valor= 0.01). Esse resultado aproxima-se da pesquisa de Guimarães *et al* (2006), em que a maior frequência de suspeitos foi para os não católicos, obtendo-se a maior prevalência de suspeitos para TMM de espíritas (48%) e a menor, entre protestantes e pentecostais (30%), seguidos dos católicos (31%). Pode-se explicar esse resultado pelo fato de que sofrimento psicológico ou emocional agudo, ou angústia existencial, são características e sintomas aos quais as religiões se direcionam com a intenção

de tornar a vida mais compreensível, tolerável e auxiliar as pessoas a se orientarem dentro deste contexto. Outra provável explicação é que na visão da Igreja católica⁹ essa “fé é racional e nutre confiança também na razão humana”, na medida em que possibilita “escolhas livres e conscientes” na busca da verdade e do conhecimento sobre Deus. Esse entendimento pode também influenciar os católicos nesse aspecto, salientando-se que este não é o objeto primário dessa pesquisa e que o tema carece de estudos mais amplos e específicos, quanto à relação com a identificação e a prática da religião.

⁹ Disponível em: <<http://attualita.vatican.va/sala-stampa/bollettino/2012/11/21/news/30078.html>> - Boletim de Imprensa da Santa Sé. Acesso em: 28 maio 2013.

Essa investigação teve como objetivo avaliar a Qualidade de Vida Profissional, a presença ou não de Transtornos Mentais Menores e sua frequência em fisioterapeutas. Dessa forma considerou-se relevante estudar como os fisioterapeutas exercem sua atividade em ambiente hospitalar de grande porte, localizado em Campo Grande-MS, tido como um dos ambientes de trabalho mais deletérios para a saúde física e mental de seus trabalhadores, quer pela insalubridade, periculosidade, pelos riscos de acidentes, físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais.

O perfil sociodemográfico e ocupacional dos participantes da amostra evidencia que a maioria dos fisioterapeutas estudados é do sexo feminino, de religião católica, com idade até 35 anos, sua renda mensal é de 1 a 10 salários mínimos e renda familiar de 6 a 10 salários mínimos, tem curso de especialização, com tempo de trabalho no hospital entre 7 meses a 2 anos ou mais de 11 anos, com jornada de trabalho de 21 a 30 horas, trabalha no Hospital no turno matutino, tem mais do que um emprego, pratica atividade física de uma a três vezes por semana, não fuma, bebe socialmente e considera sua atividade estressante.

Destaca-se que 90% da amostra consideram sua atividade estressante, sinalizando que mais de um fator de risco contribui para o desenvolvimento do estresse, sobretudo os fatores ergonômicos e psicossociais, assim caracterizados: sobrecarga física (24.32%), número de horas trabalhadas (21.62%); número de pacientes atendidos (13.51%) e postura física (8.10%).

O estudo mostrou que 90% da amostra definem o seu trabalho como estressante, decorrentes dos agravos da sua atividade profissional em um ambiente hospitalar. Identificou-se que os participantes têm a percepção de que existe **pouco** Apoio Organizacional e **muita** Carga de Trabalho, no entanto, apresentam a percepção de **muita** Qualidade de vida no trabalho. Esse resultado não confirma uma das hipóteses de estudo, ou seja, “a amostra percebe pouca Qualidade de Vida no trabalho”. Essa percepção dos participantes pode estar relacionada ao fato de os mesmos apresentarem **muita** Motivação Intrínseca, o que pode ser entendido como mecanismo compensatório.

Com relação à hipótese de que “a amostra possui uma alta frequência para suspeição de TMM”, pode-se considerá-la confirmada, mas cabe esclarecer que a frequência para não suspeição de TMM foi de 57.5%, dos participantes e 42.5% apresentaram suspeição para transtornos mentais menores, o que reflete um resultado preocupante, sobretudo porque foi observada alta frequência de estresse percebido (90%).

Correlacionando-se os fatores do QVP-35 com o SRQ-20, observa-se que os participantes que percebem maior Qualidade de Vida no Trabalho, maior Apoio

Organizacional, maior Motivação Intrínseca, não apresentaram suspeição para TMM, confirmando as seguintes hipóteses: “a ausência de suspeição para TMM contribui para uma melhor QVT”; “quanto maior a Motivação Intrínseca, menor a suspeição para TMM e melhor a QVT”. Não foram confirmadas as seguintes hipóteses, “quanto maior a carga de trabalho, menor a QVT e maior a presença de TMM” e “quanto menor o Apoio organizacional, menor a QVT”.

No desenvolvimento desse estudo, podem-se identificar algumas limitações:

- A não possibilidade de comparações dos resultados obtidos nessa investigação com estudos realizados com fisioterapeutas utilizando o QVP-35 e o SRQ-20;
- O número reduzido da amostra estudada, não permite a generalização dos achados encontrados;
- A não confirmação do nível de suspeição para TMM pela entrevista clínico-psiquiátrica ou *gold Standart* (padrão ouro), que permitiria a comprovação dos achados ser suspeição e a testagem sobre a confiabilidade do instrumento de rastreamento utilizado, o SRQ-20.

Os resultados obtidos e as limitações acima relacionadas reforçam a necessidade da realização de outros estudos sobre a promoção e a prevenção à saúde dos fisioterapeutas que trabalham em hospital, considerando sua atividade de caráter amplo e com um espaço cada vez maior como agentes multiplicadores de saúde. Espera-se, também, que os achados dessa pesquisa possam subsidiar debates a respeito do tema aqui estudado, nos sindicatos, nos órgãos representativos da categoria, tanto em âmbito local como nacional, nos laboratórios de pesquisa e no hospital em que a pesquisa foi realizada.

Constatou-se, também, a insuficiência de dados na formulação da pergunta sobre a religião dos participantes no questionário sócio-demográfico e ocupacional, ou seja, deveria constar, também, se os mesmos praticam a religião, para que na associação com outros dados pudesse obter resultados mais confiáveis, ficando, assim, a indicação para futuras pesquisas. Outra questão importante a ser destacada é que além de indagar se o participante faz algum tipo de tratamento médico, dever-se-ia acrescentar se o mesmo utiliza algum medicamento e para que finalidade.

Destacou-se no texto a atuação do fisioterapeuta, que tem por objetivo a melhoria da qualidade de vida de seus pacientes, porém os comprometimentos provocados por essa atividade, como o desgaste físico e mental e o estresse, podem indicar uma baixa Qualidade de Vida Profissional e assim, influenciar sua Qualidade de Vida geral.

As circunstâncias relacionadas à organização do trabalho, os fatores psicossociais de risco, tais como, sobrecarga, estressores ambientais, regimes de atendimento, além do desgaste físico e mental inerentes à profissão, podem ser preditivos de uma Qualidade de Vida prejudicada, com importantes repercussões na saúde mental do fisioterapeuta, acarretando, em algum momento, sintomas ansiosos, depressivos, e até queixas somáticas que, num curso prolongado e sem qualquer intervenção, acabam por predispor a transtornos mentais específicos. Ressalta-se, portanto, a importância de uma postura organizacional do hospital, por meio de gestão de pessoas, no sentido de identificar os fatores de risco, sobretudo os psicossociais, para enfrentar os mesmos, por meio de promoção e prevenção da saúde e da qualidade de vida profissional, como mencionado anteriormente. Para o fisioterapeuta, é importante que o mesmo reforce seus mecanismos de enfrentamento individual dos eventos estressantes, mediante treinamento, *e.g.* da resiliência, do *coping*, ginástica laboral, cuidados com a ergonomia, entre outros.

ALMEIDA, O. P. Sintomas Psiquiátricos entre pacientes com demência atendidos em um serviço ambulatorial. **Arquivos de Neuro-Psiquiatr.** vol.57 n.4 São Paulo Dec. 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X1999000600007&script=sci_arttext>.

ANDRADE, P. R.; BORGES, J. S.; CAMARGO, T. T. **Fisioterapia em Mato Grosso do Sul: uma história em construção.** Campo Grande: UCDB, 2003.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez; 4.ed. 1997.

_____. **Os sentidos do trabalho:** ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo Editotial, 1. ed, 1999.

AYRES, K. V.; SILVA, I. P.; SOUTO-MAIOR, R. C. **Stress e Qualidade de Vida no Trabalho: a Percepção de Profissionais do Setor de Hotelaria.** Anais - V Congresso de Stress da ISMA-BR e VI Fórum Internacional de Qualidade de Vida no Trabalho, 2004, Porto Alegre/RS. Disponível em: [http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/BDS.nsf/100F0E78C3AE8EA803256FCB005FBC4D/\\$File/NT000A5432.pdf](http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/BDS.nsf/100F0E78C3AE8EA803256FCB005FBC4D/$File/NT000A5432.pdf) . Acesso em: 21 nov. 2010.

BALLONE, G.J. Conceitos fundamentais em psicopatologia In: SOUZA, J.C; GUIMARÃES, L.A.M; BALLONE, G.J. **Psicopatologia e psiquiatrias básicas.** São Paulo: Vetor: UCDB, 2004.

BITTENCOURT, M. G. **Qualidade de Vida do Professores do Ensino Fundamental da rede pública Municipal de Palotina- PR.** Dissertação (Mestrado em Psicologia). Campo Grande, MS: Universidade Católica Dom Bosco, 2005.

BRASIL. A Portaria nº 1339/GM, de 18 de novembro de 1999. **Diário Oficial da União**, 19 de Novembro de 1999, seção I, página 21.

BRASIL. Lei nº 6.316. **Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências.** 17 de Dezembro de 1975

BRASIL. Decreto-lei nº 938. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 13 out. 1969.

BRASIL. Lei nº 8856. **Fixa a Jornada de trabalho dos profissionais Fisioterapeutas e Terapeuta Ocupacional.** 01 de Março de 1994.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em:<<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/reso196.doc>>.

BRASIL. Portaria nº 1339/GM em 18 de novembro de 1999. **Instituir a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho.** DOU de 19/11/1999, seção I, p. 21.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. **Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais (PPRA, NR-9).** Brasília, 1994. Disponível em: www.mte.gov.br.

CABEZAS-PEÑA, C. La calidad de vida de los profesionales. **Federación Médica Colombiana**, v. 7, p. 53-68, 1999. Suplemento

CAMARGO, D.A. **Transtornos mentais relacionados ao trabalho, numa perspectiva da psiquiatria e da medicina do trabalho brasileiro.** In: ROSSI, A.M; KUICK, J.C; PERREWÉ, P.L. Stress e qualidade de vida no trabalho: o positivo e o negativo. São Paulo: Atlas, 2009.

CAMARGO, D.A; CAETANO, D; GUIMARÃES, L.A.M. **Psiquiatria Ocupacional** Aspectos conceituais, diagnósticos e periciais dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

CAMARGO, D.A; NEVES, S.N.H. **Transtornos mentais, saúde mental e trabalho**. In: GUIMARÃES, L.A.M; GRUBITS (Orgs) Série Saúde Mental e Trabalho, v. III, São Paulo, Casa do Psicólogo, 2004.

CAMPOS, J. F.; DAVID, H. M. S. L. Abordagens e Mensuração da Qualidade de Vida no Trabalho de Enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 2007 out/dez; 15(4):584-9. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n4/v15n4a18.pdf>>._Acesso em: 10 nov, 2010.

CANAVARRO, M. C., PEREIRA, M., SIMÕES, M. R., & PINTASSILGO, A. L. (2010). WHOQOL-HIV disponível para Portugal: Desenvolvimento e aplicação do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde na infecção VIH/SIDA. In M. C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Eds.), **Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde** (pp. 205-228). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

CARVALHO, A. B. **Qualidade de vida dos Profissionais de Saúde do Hospital do Câncer de Campo Grande – MS**. (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Campo Grande, MS: Universidade Católica Dom Bosco, 2009.

CHACHAMOVIC, E. **Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-OLD e teste do desempenho do instrumento WHOQOL-Bref em uma amostra de idosos brasileiros**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina. Programa de pós-graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, UFRGS, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE PREVISÃO SOCIAL: <<http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=463>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

COSTA, A.G, DA; LUDERMIR, A.B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(1):73-79, jan-fev, 2005

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Artmed, 2008.

DEARMOND, S; CHEN, P. **Stress ocupacional e sonolência no local de trabalho**. IN: ROSSI, A.M, QUICK, J.C; PERREWÉ, P.L. (Orgs). São Paulo: Atlas, 2009 p.40 a 64.

EDUARDO, C. F. R. **Qualidade de vida, saúde e atividades físicas de mulheres que sofreram infarto agudo do miocárdio**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Campo Grande, MS: Universidade Católica Dom Bosco, 2010.

FAKER, J. N. **A Cana nossa de cada dia: Saúde Mental e Qualidade de Vida em Trabalhadores rurais de uma usina de álcool e açúcar de Mato Grosso do Sul**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Campo Grande, MS: Universidade Católica Dom Bosco, 2009.

FERREIRA, M. C. **Qualidade de Vida no Trabalho** Uma Abordagem centrada no olhar dos trabalhadores. Brasília: Paralelo 15, 2.ed, 2012.

FERREIRA, N. N. **O nível de qualidade de vida dos fisioterapeutas do complexo de saúde do campus da UNICAMP**. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas). Campinas, SP: [s.n.], 2008.

FLECK, M. P. A. *et al.* **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

_____. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria.** São Paulo, v. 21, n. 1, Mar. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21n1/v21n1a06.pdf>> Acesso : 10 nov. 2010.

FLECK, M. P. A., LOUZADA, S., XAVIER, M., CHACHAMOVICH, E., VIEIRA, G., SANTOS, L., & PINZON, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-Bref". **Revista de Saúde Pública**, 34(2), 178-183.

FLECK, M. P. A.; SKEVINGTON, S. Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, Suplemento 1, p. 146-149, 2007.

FLECK, *et al.* Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública.** 2003, v.1.37, n.4, pp. 446-455. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000400009>>.

FONSECA, I.S.S; MOURA, S.B. Apoio social, saúde e trabalho: uma breve revisão. **Psicol. Am. Lat.** n.15 México, dez. 2008

FORMIGHIERI, V. J. **Burnout em fisioterapeutas: influência sobre a atividade de trabalho e bem-estar físico e psicológico.**- Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Florianópolis, 2003.

FRANKENHAEUSER, M. La carga de trabajo. In: **Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo:** Organización Internacional del Trabajo, O.I.T. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 3 ed. Cap. 34, 2001.

FRONZA, F.C.A.O.; TEIXEIRA, L.R. Perfil dos profissionais da saúde que trabalham em hospitais: relação entre sintomas musculoesqueléticos e qualidade de vida. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano 8 n. 24, abr/jun, 2010.

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

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*. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 (2): 380-390, fev, 2008.

GRZESZESZYN, D. C.; GRZESZESZYN, G. Qualidade de Vida no Trabalho em uma Concessionária de Veículos de Guarapuava - Paraná. **VI Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia**, 2009. Disponível em: <http://www.aedb.br/seget/artigos09/384_VFGeverson_Daigma_QVT_SEGET2009.pdf>. Acesso em: 10 out. 2010.

GUIMARÃES, S. É. R.; BORUCHOVITCH, E. O Estilo Motivacional do Professor e a Motivação Intrínseca dos estudantes: Uma Perspectiva da Teoria da Autodeterminação. **Psicologia Reflexão e Crítica**, Rio Grande do Sul, v. 17, n. 2, p. 143-150, 2004.

GUIMARÃES, L. A. M. **Saúde Mental e Trabalho em um segmento do operariado da indústria extrativa de mineração de ferro.** Tese (Doutorado) Campinas, SP [s.n], 1992.

GUIMARÃES, L. A. M. Efeitos do ambiente de trabalho na saúde física e mental. IN: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S (Orgs). **Série de Saúde Mental e Trabalho**, São Paulo: Casa do Psicólogo, v. 1, 1999

GUIMARÃES, L.A.M; CARDOSO, W.L.C.D. Atualizações sobre a Síndrome de Burnout. IN: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S (Orgs). **Série de Saúde Mental e Trabalho**, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. v.3, p. 43-61.

GUIMARÃES, L. A. M.; CAMARGO, D. A.; NEVES, S. N. H. Transtornos Mentais, Saúde Mental e Trabalho. IN: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S (Orgs). **Série de Saúde Mental e Trabalho**, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. v.3, p. 23-40.

GUIMARÃES, L. A. M. *et al.* Validação brasileira do questionário de avaliação de qualidade de vida profissional (QVP-35): em bancários do ABC paulista. In: **Encontro Ibero-Americano De Qualidade De Vida**, Porto Alegre. Anais, 2004.

GUIMARÃES, L. A. M. Fatores psicossociais de risco no trabalho. **2º Congresso Internacional sobre saúde mental no trabalho**, Out de 2006. Goiânia, Goiás, Brasil.

GUIMARÃES *et al.* Prevalência de transtornos mentais em trabalhadores de uma universidade pública do estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, 31 (113): 07-18, 2006.

GUIMARÃES, L.A.M; FREIRE, H.B.G.A Sobre o Estresse Ocupacional e suas repercussões na saúde. IN: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S (Orgs). **Série de Saúde Mental e Trabalho**, São Paulo: Casa do Psicólogo, v.2, 2004. p. 29-54.

GUIMARÃES, L.A.M. **Carga de Trabalho**. Aula ministrada no Laboratório de Saúde Mental e Qualidade de Vida no Trabalho da UCDB, 2013.

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

IACOPONI, E; MARI, J.J. Reability and factor structure of the Portuguese version of Self-Reporting Questionnaire. **The International Journal of Social Psychiatry**, London, n.35. n.2, p-213-222, 1989.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

JACQUES, M. G. C. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. **Psicol. Soc.** vol.15 no.1 Belo Horizonte Jan./June, 2003

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

KESSLER, R.C; ÜSTÜN, T. B. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). **International Journal of Methods in Psychiatric Research**, vol.13, Number 2. 2004.

KLAMT, A. P.; MALDANER, G. A.; CARVALHO JÚNIOR, J. M. C. **Qualidade de vida dos fisioterapeutas de Joinville**. Fisioterapia Brasil, v. 1, n.1, jan./fev. 2010.

LIMONGI-FRANÇA, A. C. Qualidade de vida no trabalho: conceitos, abordagens, inovações e desafios nas empresas brasileiras. **Revista Brasileira de medicina psicossomática**, São Paulo v. 1, n.2, p.79-83, 1997.

LIMONGI-FRANÇA, A. C. Treinamento e Qualidade de Vida. **Série Working Papers**, São Paulo, nº01/007, 2001. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/WPapers/2001/01-007.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2010.

MASLACH, C. **Entendendo o burnout**. IN: ROSSI, A.M; PERREWÉ, P.L; SAUTER, S.L. (Orgs). São Paulo: Atlas, 2005. p. 41 a 55.

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

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

MARQUES, A.P., SANCHES, E.L. Origem e evolução da fisioterapia: aspectos Históricos e legais. **Revista de Fisioterapia**. Univ. São Paulo, 1(1), p.5-10, jul./dez., 1994.

METZKER, C. A. B. **O fisioterapeuta e o estresse no trabalho**: estudo de caso em um hospital filantrópico da cidade de Belo Horizonte-MG Dissertação (Mestrado em Administração). Faculdades Integradas de Pedro Leopoldo 2011.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e saúde coletiva** v.5 n.1 Rio de Janeiro 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002>. Acesso em: 15 nov. 2010.

NOVAES JUNIOR, Rivaldo Rodrigues. Pequeno Histórico do Surgimento da Fisioterapia no Brasil e suas entidades Representativas. **Estudos** 2. ano1. n.2. p. 46-52, ago/dez., 2000.

OGATA, A; SIMURRO, S. **Guia prático de qualidade de vida**: como planejar e gerenciar o melhor programa para a sua empresa. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

OLIVEIRA, V. R. C. Reconstruindo a História da Fisioterapia no Mundo. **Estudos**, Goiânia, v.32, n.4, p. 509-534, abr. 2005.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Disponível em <<http://www.oit.org.br/>> Acesso em: 10 mar. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Manual of the internacional statistical classification of diseases. Injuries and causes of death**. Geneva, 1958.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2001.

PANZINI, R. G., MAGANHA, C., ROCHA, N. S., BANEIRA, D. R., & FLECK, M. P. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/ espiritualidade, religião e crenças pessoais. **Revista Saúde Pública**, p. 153-65 2011.

PINTO, J.A.R. **Empregabilidade da mulher no mercado atual de trabalho**. Palestra proferida no 2º Congresso Internacional sobre a mulher, Gênero e relações de trabalho, realizado em Goiânia, GO, de 20 a 22 de Agosto de 2007.

PIVETTA, A. D. *et al* Prevalência de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em fisioterapeutas. **EFDeportes.com**, Revista Digital. Buenos Aires, Año 10 – nº 80 – Enero de 2005.

RAUBER, A.M.T.R; REBOLO, F. Trabalho docente: mal-estar e os Desafios da profissão na conquista do Prazer, do bem-estar e da felicidade. **IV Seminário Povos Indígenas e Sustentabilidade: Saberes tradicionais e formação acadêmica**, UCDB, 2011.

REBELATTO, J. R.; BOTOMÉ, S. P. **Fisioterapia no Brasil**: Fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.

ROCHA, V. M.; FERNANDES, M. H. Qualidade de vida de professores do ensino fundamental: uma perspectiva para a promoção da saúde do trabalhador. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. 2008; 57(1): 23-27. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a05.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2010.

SADOCK, B. J; SADOCK, V. A. **Manual de psiquiatria clínica** - referência rápida - 5ª Edição -Editora Artmed. 2012.

SAMPAIO, J.R. Qualidade de Vida no Trabalho: perspectivas e desafios atuais. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, 12(1), jan/abr, p. 121-136, 2012.

SIQUEIRA, G. R.; CAHÚ, F. G. M.; VIEIRA, R. A. G. Occurrence of low back pain among physical therapists. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 12, n. 3, p. 222-7, may/june 2008.

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

SHESTACK, R. **Fisioterapia prática**. 3.ed. São Paulo: Manole, 1987.

SOARES, L. M.; RODRIGUES, P. A. C.; SILVA JÚNIOR, J. L. R. Avaliação da Qualidade de Vida do Fisioterapeuta que atua em Neurologia. **Estudos**, Goiânia, v.32, n.4, p. 591-603, abr. 2005.

SOUZA, J. C; GUIMARÃES, L.A.M. **Insônia e Qualidade de Vida**. Campo Grande: UCDB, 1999.

STEPHANINI, I.C; GUIMARÃES, L.A.M; BOTELHO, A.S.O. Qualidade de vida e trabalho em profissionais da área da saúde. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S (Orgs). **Série de Saúde Mental e Trabalho**, São Paulo: Casa do Psicólogo, v. 2, 2004. p. 219-227.

TEDESCHI, M. A. **Indicadores para a Gestão de Distúrbios Músculo-Esqueléticos em Fisioterapeutas**. Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

VASCONCELOS, A. F. Qualidade de Vida no trabalho: Origem, evolução e perspectivas. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, V. 08, nº 1, janeiro/março 2001. Disponível em: < <http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/v08-1art03.pdf>>. Acesso em 15 nov. 2010.

WYATT, T. A., WAH, C. Y. Perceptions of QWL: A study of Singaporean Employees Development. **Research and Practice in Human Resource Management**, 9(2), p. 59-76, 2001.

APÊNDICE A

**PESQUISA: “QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL E TRANSTORNOS MENTAIS
MENORES EM FISIOTERAPEUTAS DE UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DE CAMPO
GRANDE/MS”**

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E OCUPACIONAL

Nº _____ Data: ____/____/____

Nome _____

E-mail _____

Deseja receber seus resultados por e-mail? a) ☐ Sim b) ☐ Não

Por favor, responda as questões abaixo com um X, sem deixar nenhuma em branco:

1) Sexo:

a) ☐ Masculino b) ☐ Feminino

2) Faixa Etária:

- a) ☐ 18 a 25 anos
b) ☐ 26 a 35 anos
c) ☐ 36 a 45 anos
d) ☐ Mais de 46 anos.

3) Estado Civil Atual:

- a) ☐ Solteiro (a)
b) ☐ Casado (a)
c) ☐ Separado (a) / Divorciado (a)
d) ☐ Viúvo (a)
e) ☐ União estável (mais de 2 anos)

4) Tem Filhos? a) ☐ Sim b) ☐ Não

4.1) Se sim, quantos?

- a) ☐ 1
b) ☐ 2
c) ☐ 3
d) ☐ 4
e) ☐ Mais de 5

5) Religião:

- a) ☐ Não tem
- b) ☐ Católica
- c) ☐ Evangélica
- d) ☐ Espírita
- e) ☐ Outra. Qual? _____

6) Formação:

- a) ☐ Graduação
- b) ☐ Especialização incompleta
- c) ☐ Especialização completa
- d) ☐ Mestrado incompleto
- e) ☐ Mestrado completo
- f) ☐ Doutorado incompleto
- g) ☐ Doutorado completo
- h) ☐ Pós-doutorado incompleto
- i) ☐ Pós-doutorado completo

7) Renda Mensal / Salário Mínimo:

- a) ☐ 1 a 5
- b) ☐ 6 a 10
- c) ☐ 11 a 15
- d) ☐ Mais de 16.

8) Renda Familiar / Salário Mínimo:

- a) ☐ 1 a 5
- b) ☐ 6 a 10
- c) ☐ 11 a 15
- d) ☐ Mais de 16.

9) Tempo de Serviço no Hospital:

- a) ☐ 7 meses a 2 anos
- b) ☐ 3 a 5 anos
- c) ☐ 6 a 10 anos
- d) ☐ 11 a 20 anos
- e) ☐ Mais de 20 anos.

10) Jornada de Trabalho Semanal no Hospital:

- a) ☐ 1 a 10 horas
b) ☐ 11 a 20 horas
c) ☐ 21 a 30 horas
d) ☐ 31 a 40 horas
e) ☐ Mais de 40 horas.

11) Em qual (is) período(s) trabalha no hospital:

- a) ☐ Matutino
b) ☐ Vespertino
c) ☐ Noturno
d) ☐ Integral

12) Setor de atuação:

- a) ☐ Ambulatorial
b) ☐ Enfermaria
c) ☐ CTI
d) ☐ Outros Qual(is)? _____

13) Tem outro emprego? a) ☐ Sim b) ☐ Não**13.1) Se sim, qual(is)?**

- a) ☐ Hospital Carga Horária semanal: _____
b) ☐ Clínica Carga Horária semanal: _____
c) ☐ Consultório Carga Horária semanal: _____
d) ☐ Outros Carga Horária semanal: _____

14) Jornada de trabalho semanal total:

- a) ☐ 1 a 10 horas
b) ☐ 11 a 20 horas
c) ☐ 21 a 30 horas
d) ☐ 31 a 40 horas
e) ☐ Mais de 40 horas.

15) Pratica algum tipo de atividade física?

- a) ☐ Sim b) ☐ Não

15.1) Se sim, qual? _____

15.2) Com que frequência pratica atividade física

- a) ☐ 1 – 3 dias
b) ☐ 4 – 6 dias
c) ☐ 7 dias
d) ☐ Nenhuma

15.3) Se não, por que? Justifique.

16) Costuma tirar férias, ao mesmo tempo, em suas atividades:

- a) ☐ Nunca
b) ☐ Raramente
c) ☐ Regularmente

17) Atualmente, faz algum tratamento de saúde?

- a) ☐ Sim
b) ☐ Não

17.1) Qual(is), assinale um ou mais:

- a) ☐ Médico
b) ☐ Psicológico
c) ☐ Fisioterápico
d) ☐ Outro(s) _____

18) Fuma:

☐

- a) Não
- b) ☐ Socialmente
- c) ☐ Regularmente
- d) ☐ Excessivamente
- e) ☐ Ex-fumante - Há quanto tempo está sem fumar? _____

19) Faz uso de álcool:

- a) ☐ Não
- b) ☐ Socialmente
- c) ☐ Regularmente
- d) ☐ Excessivamente
- e) ☐ Ex-alcoolista

20) Atualmente apresenta qual (is) os sintomas listados abaixo?

- a) ☐ Nenhum Sintoma
- b) ☐ Dores na Região Lombar
- c) ☐ Dores na Região Cervical
- d) ☐ Dores nos Membros
- e) ☐ Problemas Musculares
- f) ☐ LER/DORT
- g) ☐ Outros Cite: _____

21) Considera o seu Trabalho:

- a) ☐ Sem estresse
- b) ☐ Estressante

22) O que mais contribui para o estresse em seu Trabalho:

- a) ☐ Número de horas trabalhadas
- b) ☐ Sobrecarga física
- c) ☐ Postura
- d) ☐ Número de pacientes

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto de Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL E TRANSTORNOS MENTAIS MENORES EM FISIOTERAPEUTAS DE UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DE CAMPO GRANDE/ MS.

Pesquisadora: **Juliana Cestari de Oliveira**

Telefone: (67) 3384-8622 Cel. 9266-0904

e-mail: ju.cestari1@gmail.com

Orientadora: Profª Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães

Telefone: (67) 3321-3605

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

Seu objetivo é avaliar a Qualidade de Vida Profissional e Transtornos Mentais Menores em fisioterapeutas de um Hospital de Grande Porte da cidade de Campo Grande/MS.

O procedimento de coleta de dados será por meio da aplicação conjunta dos instrumentos de pesquisa (i) Questionário de Qualidade de Vida Profissional (QVP - 35), (ii) Questionário de Transtornos Mentais Menores (SRQ-20) e (iii) Questionário Sócio-demográfico e Ocupacional.

Esta pesquisa não oferece riscos aos participantes, haja vista que a questão da ética em pesquisa é considerada. Além disso, os entrevistados terão prévio conhecimento da mesma e os questionários aplicados não os identificarão, mantendo o sigilo do nome dos participantes. Os resultados individuais, caso sejam de interesse do participante, poderão ser solicitados à pesquisadora por e-mail (ju.cestari1@gmail.com). Somente os resultados do grupo de participantes como um todo, serão enviados ao hospital para divulgação por e-mail e/ou para publicações.

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

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

Campo Grande/MS, _____ de _____ de 2012.

Participante

RG

SSP

Juliana Cestari de Oliveira
Pesquisadora

ANEXO A

Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados com o Trabalho (Grupo V da CID-10)

Fonte: BRASIL (1999)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8)	<ul style="list-style-type: none"> Manganês (X49.-; Z57.5) Substâncias asfixiantes: CO, H₂S, etc. (sequela) (X47.-; Z57.5) Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5)
Delirium, não sobreposto a demência, como descrita (F05.0)	<ul style="list-style-type: none"> Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5)
Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-): Transtorno Cognitivo Leve (F06.7)	<ul style="list-style-type: none"> Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) Tricloroetileno, Tetracloretileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade (F07.-): Transtorno Orgânico de Personalidade (F07.0); Outros transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão ou disfunção cerebral (F07.8)	<ul style="list-style-type: none"> Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) Tricloroetileno, Tetracloretileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09.-)	<ul style="list-style-type: none"> Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) Tricloroetileno, Tetracloretileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) Brometo de Metila (X46.-; Z57.5) Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso do álcool: Alcoolismo Crônico (Relacionado com o Trabalho) (F10.2)	<ul style="list-style-type: none"> Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: Condições difíceis de trabalho (Z56.5) Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)
Episódios Depressivos (F32.-)	<ul style="list-style-type: none"> Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) Tricloroetileno, Tetracloretileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
Reações ao “Stress” Grave e Transtornos de Adaptação (F43.-): Estado de “Stress” Pós-Traumático (F43.1)	<ul style="list-style-type: none"> Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho : reação após acidente do trabalho grave ou catastrófico, ou após assalto no trabalho (Z56.6) Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)
Neurastenia (Inclui “Síndrome de Fadiga”) (F48.0)	<ul style="list-style-type: none"> Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) Tricloroetileno, Tetracloretileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados (X46.-; Z57.5) Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
Outros transtornos neuróticos especificados (Inclui “Neurose Profissional”) (F48.8)	<ul style="list-style-type: none"> Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego (Z56.-): Desemprego (Z56.0); Mudança de emprego (Z56.1); Ameaça de perda de emprego (Z56.2); Ritmo de trabalho penoso (Z56.3); Desacordo com patrão e colegas de trabalho (Condições difíceis de trabalho) (Z56.5); Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z56.6)
Transtorno do Ciclo Vigília-Sono Devido a Fatores Não-Orgânicos (F51.2)	<ul style="list-style-type: none"> Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: Má adaptação à organização do horário de trabalho (Trabalho em Turnos ou Trabalho Noturno) (Z56.6) <ul style="list-style-type: none"> Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)
Sensação de Estar Acabado (“Síndrome de Burn-Out”, “Síndrome do Esgotamento Profissional”) (Z73.0)	<ul style="list-style-type: none"> Ritmo de trabalho penoso (Z56.3) Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z56.6)

ANEXO B

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL (QVP-35)

(Cabezas-Peña, 1999) - Validação brasileira (Guimarães *et al*, 2004)

Assinale com um X o valor de 1 (nada) a 10 (muito) que melhor indique a ocorrência relacionada à sua vida no trabalho nos últimos 6 meses QUESTÕES										
1. Interrupções incômodas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Consequências negativas para a saúde	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Falta de tempo para a vida pessoal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Desconforto físico no trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Conflitos com outras pessoas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Trabalho diversificado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Possibilidade de expressar o que penso e preciso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Apoio de meus superiores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Possibilidade de que minhas propostas sejam ouvidas e aplicadas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Satisfação com o salário	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Possibilidade de ser criativo(a)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. A empresa se preocupa em melhorar minha qualidade de vida	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Reconhecimento de meu esforço	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Recebo informações sobre os resultados do meu trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Possibilidade de promoção	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Quantidade de trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Estresse (esforço emocional)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. Rapidez e “afobação”	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. Pressão recebida para realizar meu trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. Pressão recebida para manter a qualidade do trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21. Meu trabalho é importante para a vida de outras pessoas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22. Carga de responsabilidade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23. O que tenho que fazer fica claro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24. Autonomia ou liberdade de decisão	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25. Apoio de minha família	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26. Apoio de meus colegas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27. Apoio de meus subordinados (só para coordenadores)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28. Vontade de ser criativo(a)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29. Orgulho do trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30. Motivação (vontade de melhorar no trabalho)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
31. Satisfação com o trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
32. Estou capacitado(a) para realizar meu trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
33. Exige-se capacitação para realizar meu trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
34. Desligo-me ao final da jornada de trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
35. Percepção sobre a Qualidade de Vida no Trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ANEXO C
SELF REPORT QUESTIONNAIRE (SRQ-20)

O(A) SR(A). PODERIA, POR FAVOR, RESPONDER ÀS SEGUINTE PERGUNTAS A RESPEITO DA SUA SAÚDE:

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

A - Total de sim |__||__|

ANEXO D

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
Valorizando talentos

Campo Grande, 08 de março de 2012.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o projeto **“QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL E TRANSTORNOS MENTAIS MENORES EM FISIOTERPEUTAS DA CIDADE DE CAMPO GRANDE/MS”** sob a responsabilidade de **Juliana Cestari de Oliveira**, orientação da **Liliana Andolpho Magalhães Guimarães**, protocolo nº **076/11** após análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco, foi considerado **aprovado** sem restrições.

Prof. Dr. Márcio Luís Costa

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Católica Dom Bosco

ANEXO E

Ofício nº 15/NEP/DPC/ABCG

Campo Grande, 20 de agosto de 2012.

Do Núcleo de Ensino e Pesquisa - Diretoria de Planejamento e Controle.

A Programa de Mestrado em Psicologia - UCDB

A/C Orientador do Projeto de Pesquisa, Prof^a. Dr^a. Lílíana Andolpho Magalhães
Guimarães

Autorização

Vimos autorizar o contato da pós-graduanda da UCDB, Juliana Cestari de Oliveira com esta instituição para realização da pesquisa **“QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL E TRANSTORNOS MENTAIS MENORES EM FISIOTERAPEUTAS DE UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE CAMPO GRANDE/MS”**.

Esclarecemos que o projeto deve ser realizado através de entrevistas aos profissionais fisioterapeutas, devendo ser garantido o sigilo absoluto dos dados de **identificação da instituição**, dos pacientes e dos profissionais envolvidos.

Solicitamos que nos sejam repassados os resultados obtidos com a referida pesquisa.

Atenciosamente,