

IRIS INARI BAMBIL UJIIE LIMA

SAÚDE PSÍQUICA E TRABALHO DE SERVIDORES DA JUSTIÇA FEDERAL

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

IRIS INARI BAMBIL UJIIE LIMA

SAÚDE PSÍQUICA E TRABALHO DE SERVIDORES DA JUSTIÇA FEDERAL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração Psicologia da Saúde, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Liliana Andolpho Magalhães Guimarães.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE – MS
2014

A Dissertação apresentada por Iris Inari Bambil Ujiie Lima, intitulada “SAÚDE PSÍQUICA E TRABALHO DE SERVIDORES DA JUSTIÇA FEDERAL”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) foi

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Liliana Andolpho Magalhães Guimarães
Universidade Católica Dom Bosco - UCDB - Orientadora

Prof.^a Dr.^a Heloísa Bruna Grubits Freire
Universidade Católica Dom Bosco - UCDB

Prof. Dr. André Barciela Veras
Universidade Católica Dom Bosco - UCDB

Prof.^a Dr.^a Marília Martins Vizzotto
Universidade Metodista de São Paulo - UMESP

Campo Grande, MS, / /2014.

A meu marido Fábio, por todo amor, apoio e ajuda.

A meus pais, Telma e Carlos, pelo mesmo motivo.

*A meu filho Isac, que está chegando junto com o
resultado desta pesquisa.*

*A Deus, por colocar essas e outras pessoas especiais em
meu caminho, pela oportunidade de aprender e crescer a
cada dia.*

AGRADECIMENTOS

Cada parte desse trabalho foi construída com suor, amor e apoio de muitos. Por isso registro um agradecimento especial...

... a Deus, pela oportunidade e sustento;

... a meu esposo, Fábio, e a meus pais, Telma e Carlos, pelo apoio, carinho e sugestões;

... à minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Liliana, por toda condução acadêmica e pessoal, pela paciência, amizade e dedicação;

... a todos os meus colegas de trabalho, principalmente, à minha chefe Adriana, à Miriam, ao Laelson e à minha estagiária de ouro, Arianne, que contribuíram com suas sugestões e apoio;

... aos colegas e professores do Mestrado e do Laboratório de Saúde Mental e Qualidade de Vida do Trabalhador, especialmente à Andréia, à Aline, ao Rodrigo e à Juliana, que contribuíram, no mínimo, com seu ombro amigo, e também pelos muitos momentos que passamos juntos nessa jornada;

... ao estatístico, Bernardo, pela presteza e atenção dedicadas em resolver minhas muitas dúvidas; à secretária do Mestrado, Luciana, pelo mesmo motivo; à corretora Taís, por somar nos momentos finais com suas sugestões; às minhas tias Isa e Avelina, que também ajudaram nas correções;

... às “estagiárias aplicadoras”, hoje psicólogas, Isabel, Graciela, Milady e Lucilene, que fizeram parte desta construção;

... aos amigos da igreja, especialmente do *WhatsPG*, pelo apoio e orações;

... ao Dr. Renato Toniasso e ao ex-diretor Mauro, por autorizarem a realização desta pesquisa na JFMS; à nova direção da JFMS, ao Dr. Heraldo e à atual diretora Silvia, pelo apoio;

... aos participantes, servidores da JFMS, pela esperança depositada em cada resposta dada à pesquisa e a todos os magistrados que autorizaram o estudo em sua unidade de trabalho;

... aos professores da Banca, Prof.^a Dr.^a Heloísa, Prof. Dr. André e Prof.^a Dr.^a Marília, pela paciência e preciosas orientações;

... a todos que, de alguma forma, contribuíram para esta realização, muito obrigada!

Temos de nos tornar a mudança que queremos ver.

Mahatma Gandhi

RESUMO

Introdução - Os Transtornos Mentais Comuns relacionados ao trabalho têm ocasionado prejuízos significativos à saúde e em todos os aspectos da vida do trabalhador e à organização, por gerar absenteísmo, presenteísmo e queda de produtividade. **Objetivo** - Esta pesquisa se propõe investigar a relação entre a saúde psíquica e o trabalho de servidores públicos lotados nas Varas Federais da Sede da Justiça Federal de MS, em Campo Grande. **Método** - Foi utilizado o método diagnóstico-epidemiológico, de corte transversal. De uma população de N=76, participaram n=50 pessoas. Os instrumentos utilizados foram: o Questionário Sócio-Demográfico-Ocupacional (QSDO), o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), a Escala de Conflito Trabalho-Família (ECTF), a Escala de Satisfação no Trabalho (EST) e a Escala de Avaliação de Risco no Contexto de Trabalho (EACT). **Análise estatística** - Os dados obtidos foram analisados estatisticamente, utilizando o *software SPSS 17ª* versão. A relação da frequência dos "sintomas" (em cada instrumento) entre si foram testadas por meio do teste *T Student*. A relação entre esses sintomas e os dados sócio-demográficos foi analisada por meio de estatística descritiva simples. Para o teste do modelo de relação entre os instrumentos foi realizado o coeficiente de correlação de Pearson e análise de regressão linear. Os testes tiveram como critério de significância um percentual de 5%. **Resultados** - Obteve-se uma prevalência de 20% para TMC na amostra pesquisada, com maior frequência do sintoma "decréscimo de energia vital" (43%). Foi identificado um nível crítico para todos os fatores do Contexto de Trabalho (organização no trabalho, condições de trabalho e relações sócio-profissionais), o que configura uma situação de grave risco para adoecimento. A amostra percebe-se insatisfeita com o seu salário e com a forma que promoções são realizadas, que são ligadas às formas de recompensa adotadas pela organização, e indiferença quanto à satisfação com os colegas, com a chefia e com a natureza do trabalho. Evidenciou-se moderada interferência do trabalho na família e baixa interferência da família no trabalho. Por meio de regressão linear, observou-se que: (i) a melhora do risco de adoecimento, no contexto de trabalho, em virtude das "relações sócio-profissionais" diminui o índice de suspeição para TMC e o sintoma "decréscimo de energia vital", e também melhora a satisfação no trabalho em todos os cinco aspectos estudados; (ii) que a diminuição do risco de adoecimento, no contexto de trabalho, em virtude da "organização no trabalho", diminui a interferência do trabalho na família; (iii) que o aumento da "satisfação com a chefia" diminui o sintoma "pensamentos depressivos" e o aumento da "satisfação com o salário" diminui o índice de suspeição para TMC; (iv) que a diminuição da interferência do trabalho na família diminui o sintoma "decréscimo de energia vital", bem como o índice de suspeição para TMC e aumenta o nível de satisfação com o trabalho em quase todos os aspectos, excetuando-se o da "satisfação com os colegas"; (v) que a diminuição da interferência da família no trabalho reduz o índice de suspeição para TMC. **Conclusões** - Constatou-se o grande impacto dos Fatores Psicossociais de Risco no Trabalho (FPRT) nos índices de adoecimento mental. Espera-se que estes achados possam contribuir para a promoção e a prevenção da saúde, no contexto de trabalho da JFMS e de outras instituições públicas semelhantes às do Judiciário Federal, além de refletir no aprimoramento do atendimento da população atendida pelo Órgão.

Palavras-chave: Saúde Psíquica. Transtornos Mentais Comuns. Contexto de trabalho. Satisfação no trabalho. Conflito trabalho-família. Servidores públicos federais.

ABSTRACT

Introduction - The Common Mental Disorders related to work have generated a significant decline in the health and in all aspects of life of workers and damage to the organization generating absenteeism, presenteeism and productivity decrease. **Purpose** - This research aims to characterize the relationship between Psychic Health and the work of the public servants crowded in the forum of the Federal Court in Campo Grande, MS. **Method** - The present study used the diagnose-epidemiological method, and cross-sectional. From a population of N=76, n=50 people of both sexes participated. The instruments used for data collection were: Socio-Demographic-Occupational Survey (QSDO), the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), the Scale of Work-Family Conflict (ECTF), the Job Satisfaction Scale (EST) and the Scale for Assessment of Risk in the Work Context (EACT). **Statistical analysis** - The data was statistically analyzed with version 17 of *software SPSS*. The relationship between the frequency of the "symptoms" (for each instrument) themselves were tested using the *T Student* test. The relationship between these symptoms and socio-demographic data were analyzed using descriptive statistics. The Pearson correlation coefficient and linear regression analysis was used to test the relationship between the model and the instrumental tools. The tests significance was considered by the criterion of 5%. **Results** - There was a 20% index of suspicion for CMD in the sample studied, with the prevalence of the symptom "decrease of vital energy" (43%). There was a critical increase in the level of risk of disease for all factors of the Work Context (work organization, working conditions and socio-professional relationships) that constitutes a serious situation. The sample showed dissatisfaction with wages and promotions, which are linked to forms of reward adopted by the organization, and indifference as to their satisfaction with colleagues, with the leadership and with the nature of work. Showed moderate interference of labor issues in the family and low interference of family related issues to work. It was found by linear regression that: (i) the risk of illness in the workplace due to "socio-professional relationships" decreases the index of suspicion for CMD with respect to the total symptom score and the "decreased vital energy" and also job satisfaction in all five aspects studied; (ii) and that the decreased risk of illness in the workplace because of "work organization" decreases the interference of labor in the family; (iii) and the increase of "satisfaction with management" reduces the symptom of "depressive thoughts" and the increase of "satisfaction with pay" decreases the index of suspicion for CMD; (iv) that decreasing the interference of work in the family decreases the symptom "decreased vital energy" as well as the index of suspicion for CMD, and increases the level of job satisfaction in almost all respects, except for "satisfaction with colleagues"; (v) that the decrease of the interference of family at work reduces the index of suspicion for CMD. There was an unexpected relationship between the increased risk of illness because of the "working conditions" and decreased symptom "depressive thoughts". **Conclusions** - The study found an impact of Psychosocial Risk Factors at Work in rates of mental illness. In addition to reflecting the improvement of care of the population served by the agency, this study may contribute to health promotion in the workplace of JFMS and other similar public institutions of the federal judiciary.

Keywords: Psychic Health. Common Mental Disorders. Work context. Job satisfaction. Work-family conflict. Federal civil servants.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Esquema mental de reciprocidade	70
FIGURA 2 - Justiça Federal da 3ª Região.....	80
FIGURA 3 - Subseções da JFMS	81
FIGURA 4 - Organograma das Varas Cíveis (1ª, 2ª e 4ª Varas Federais)	83
FIGURA 5 - Organograma das Varas Criminais (3ª e 5ª Varas Federais).....	83
FIGURA 6 - Organograma da Vara de Execução Fiscal (6ª Vara Federal).....	84
FIGURA 7 - Organograma da Administração.....	85

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Frequência relativa das respostas por agrupamento sintomático do SRQ-20 da amostra com suspeição para TMC (n=10)	106
GRÁFICO 2 - Frequência relativa das respostas por agrupamento sintomático do SRQ-20 da amostra com suspeição para TMC (n=10) em relação às respostas da amostra global (n=50)	107
GRÁFICO 3 - Cinco primeiros itens mais frequentes do SRQ-20 na amostra global (n=50) e na amostra com suspeição para TMC (n=10).....	108
GRÁFICO 4 - Frequência relativa dos fatores da ECT-F por nível de interferência, na amostra global (n=50)	110
GRÁFICO 5 - Frequência relativa dos fatores da ECT-F por nível de interferência e sexo	111
GRÁFICO 6 - Perfis da ECT-F e médias globais dos instrumentos (SRQ-20, EACT e EST), ordenados em relação à média total encontrada	112

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Modelo de Investigação proposto por Sampaio, Codo e Hitomi (1995) e adaptado por Borges, Guimarães e Silva (2013).	36
QUADRO 2 - Transtorno Mental Comum e outros agravos à saúde	42
QUADRO 3a - Fatores Psicossociais de Risco no Trabalho.....	50
QUADRO 3b - Fatores Psicossociais de Risco no Trabalho	51
QUADRO 4 - Modelo de Investigação da pesquisa	90
QUADRO 5 - Comparação das amostras: Estudo-Piloto e Estudo Definitivo	93

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Total de processos ativos por Vara, atualizado em 29.01.2014	84
TABELA 2 - Resumo de frequência relativa das respostas quanto ao histórico de saúde, às enfermidades e à realização de tratamento em relação à amostra (n=50).....	105
TABELA 3 - Prevalência de TMC na amostra global (n=50)	106
TABELA 4 - Média de valores da amostra global (n=50) por fator da EACT e nível de risco de adoecimento	108
TABELA 5 - Média de valores da amostra global (n=50) por fator da EST e nível de satisfação	109
TABELA 6 - Média de valores dos fatores da ECT-F na amostra global (n=50).....	110
Fonte: Dados da pesquisa.	110
TABELA 7 - Classificação dos perfis da ECT-F conforme média total, calculada em função da média global dos demais instrumentos (SRQ-20, EACT e EST)	112
TABELA 8 - Correlação dos cinco fatores do SRQ-20 com os três da EACT.....	114
TABELA 9 - Correlação dos cinco fatores do SRQ-20 com os cinco da EST	115
TABELA 10 - Correlação dos cinco fatores do SRQ-20 com os dois da ECT-F	116
TABELA 11 - Correlação dos três fatores da EACT com os cinco da EST.....	116
TABELA 12 - Correlação dos três fatores da EACT com os dois da ECT-F.....	117
TABELA 13 - Correlação dos cinco fatores da EST com os dois da ECT-F	117
TABELA 14 - Regressão linear entre o risco de adoecimento no contexto de trabalho (variável independente) e a suspeição para TMC (variável dependente)	119
TABELA 15 - Regressão linear entre o risco de adoecimento no contexto de trabalho (variável independente) e a interferência do trabalho na família (variável dependente)	119
TABELA 16 - Regressão linear entre o risco de adoecimento no contexto de trabalho (variável independente) e a satisfação no trabalho (variável dependente).....	120
TABELA 18 - Regressão linear entre o conflito trabalho-família (variável independente) e a suspeição para TMC (variável dependente)	122

TABELA 19 - Regressão linear entre a interferência do trabalho na família (variável independente) e a satisfação no trabalho (variável dependente)	122
--	-----

LISTA DE SIGLAS

CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Edição
CPBS	Contexto de Produção de Bens e Serviços
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª Edição
EACT	Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho
ECT-F	Escala de Conflito Trabalho-Família
EST	Escala de Satisfação no Trabalho
FRPT	Fatores de Riscos Psicossociais no Trabalho
ITRA	Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento
JFMS	Justiça Federal de Mato Grosso do Sul
JFSP	Justiça Federal de São Paulo
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
POT	Psicologia Organizacional e do Trabalho
PSO	Psicologia da Saúde Ocupacional
QSDO	Questionário Sócio-Demográfico-Ocupacional
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
Scielo	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SRQ-20	<i>Self-Reporting Questionnaire</i>
TD&E	Treinamento, desenvolvimento e educação
TM	Transtornos Mentais
TMC	Transtornos Mentais Comuns
TMM	Transtornos Mentais Menores
TRF3	Tribunal Regional Federal da 3ª Região
TRT-24	Tribunal Regional Federal da 24ª Região
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR	24
2.1.1 Modelos teórico-metodológicos em Saúde Mental e Trabalho utilizados no estudo	29
2.1.1.1 Modelo Epidemiológico.....	30
2.1.1.2 Modelo de Diagnóstico	32
2.1.1.3 Teorias do <i>Work Stress</i>	36
2.1.2 Transtornos Mentais Comuns (TMC) e Trabalho.....	39
2.1.2.1 Epidemiologia dos Transtornos Mentais Comuns e Fatores Associados	42
2.1.3 Promoção da Saúde Psíquica	46
2.2 FATORES PSICOSSOCIAIS DE RISCO NO TRABALHO (FPRT)	49
2.2.1 Contexto de Trabalho	52
2.2.1.1 Contexto de Trabalho em Instituições Públicas	55
2.2.2 Satisfação no Trabalho	60
2.2.2.1 Percepção de Suporte e de Reciprocidade Organizacionais	67
2.2.3 Conflito Trabalho-Família.....	73
2.2.3.1 Conflito Trabalho-Família e Fatores Associados	77
2.3 JUSTIÇA FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL.....	80
2.3.1 As Varas Federais	82
2.3.2 A Administração	85
3 OBJETIVOS	87
3.1 OBJETIVO GERAL	88
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	88

4 HIPÓTESES.....	89
5 CASUÍSTICA E MÉTODO.....	92
5.1 PARTICIPANTES DA PESQUISA	93
5.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	94
5.3 LÓCUS DA PESQUISA	94
5.4 INSTRUMENTOS DA PESQUISA	94
5.4.1 Questionário Sócio-Demográfico-Ocupacional (QSDO).....	94
5.4.2 <i>Self-Reporting Questionnaire</i> (SRQ-20)	95
5.4.3 Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT).....	95
5.4.4 Escala de Satisfação no Trabalho (EST)	96
5.4.5 Escala Conflito Trabalho-Família (ECT-F).....	97
5.5 PROCEDIMENTOS.....	98
5.5.1 Solicitação de autorização para pesquisa	98
5.5.2 Treinamento das estagiárias auxiliares para aplicação dos instrumentos da pesquisa	98
5.5.3 Divulgação e sensibilização do público-alvo para participação na pesquisa	98
5.5.4 Realização do Estudo-Piloto.....	98
5.5.5 Realização da Pesquisa.....	99
5.5.6 Análise estatística dos dados	99
5.5.7 Devolução dos resultados individuais e coletivos.....	100
5.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	100
6 RESULTADOS	102
6.1 PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO-OCUPACIONAL (QSDO)	103
6.2 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS.....	106
6.3 CONTEXTO DE TRABALHO.....	108

6.4 SATISFAÇÃO NO TRABALHO.....	109
6.5 CONFLITO TRABALHO-FAMÍLIA	110
6.6 CORRELAÇÃO DOS INSTRUMENTOS	114
6.7 ANÁLISE DE REGRESSÃO	117
7 DISCUSSÃO	123
7.1 DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICO-OCUPACIONAIS	124
7.2 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS.....	132
7.3 CONTEXTO DE TRABALHO.....	139
7.4 SATISFAÇÃO NO TRABALHO.....	142
7.5 CONFLITO TRABALHO-FAMÍLIA	147
7.6 TESTE DE HIPÓTESES.....	151
8 CONCLUSÕES	156
9 REFERÊNCIAS	161
APÊNDICES	190
ANEXOS	203

O trabalho constitui parte importante da vida do ser humano. A reestruturação dos modos de produção de bens e serviços, das relações de trabalho e do mercado laboral, no início do século XX, inaugurou uma era de flexibilização do velho mundo do trabalho. Sennet (2009) esclarece que nesse novo contexto, atacam-se as formas rígidas de burocracia e os males da rotina cega. Essa última parecia ser uma fonte de ignorância mental, degradante, que retirava do trabalhador “a visão mais ampla de um futuro diferente, ou o conhecimento de como fazer a mudança” (SENNET, 2009, p. 49), ou seja, alienava. Uma cena que traduz esse entendimento é a do filme “Tempos Modernos”, onde o trabalhador, representado por Charles Chaplin, devaneia nas engrenagens de uma máquina industrial, apertando parafusos, além daqueles de seu restrito e enlouquecedor domínio laboral.

Assim, com o advento do sistema de produção flexível e da reestruturação produtiva, modificou-se também o perfil do trabalhador, que se tornou mais participativo do processo de trabalho, multifuncional, polivalente e mais crítico. Entretanto, o trabalho, contrariando a rigidez da burocracia e enfatizando o risco e a flexibilidade, conferiu às pessoas maior liberdade e, segundo Sennet (2009), seria natural que isso causasse ansiedade nos trabalhadores.

Nesse cenário, situam-se as organizações públicas, que parecem ainda se encontrar em uma fase de transição, pois carregam, a um só tempo, a herança burocrática em sua cultura, mas estão sendo impelidas também pelas transformações da sociedade pós-industrial: o novo perfil do trabalhador, o desenvolvimento das novas tecnologias da informação, o fundamento no setor de serviços (setor terciário), as novas formas de gestão, mais horizontalizadas, entre outras características. Sennet (2009, p. 23) afirma que “as empresas buscaram eliminar camadas de burocracia, tornar-se organizações mais planas e flexíveis. Em vez das organizações tipo pirâmide, a administração quer agora pensar nas organizações como redes [...]”.

Dessa forma, o servidor público, inserido nessa transição entre o velho e o novo mundo do trabalho, conforme o entendimento da pesquisadora, depara-se com os paradoxos do universo do trabalho, que podem gerar consequências deletérias para sua saúde física e mental, podendo ocorrer, via de regra, absenteísmo, queda de produtividade, presenteísmo, entre outros. Assim, passa a ser de grande interesse à instituição pública, a análise dos efeitos do contexto de trabalho sobre a saúde do trabalhador, tanto como produtores de doença quanto como promotores da saúde, ou seja, valoriza-se cada vez mais o estudo dos Fatores

Psicossociais de Risco no Trabalho, (FPRT) inseridos dentro do campo de estudo denominado “Saúde Mental no Trabalho”.

Segundo a Organização Internacional do Trabalho – OIT (1984), o ambiente psicossocial no trabalho engloba a organização do trabalho e suas relações sociais. Fatores psicossociais são aqueles que se referem à interação entre e no meio ambiente de trabalho, conteúdo do trabalho, condições organizacionais e habilidades do trabalhador, necessidades, cultura, causas pessoais extra trabalho que podem, por meio de percepções e experiência, influenciar a saúde, o desempenho e a satisfação no trabalho.

Atualmente, ainda há um grande esforço para entender o conceito de saúde sob uma visão salutogênica¹. Esse movimento tem como marco a conceituação de saúde, feita pela Organização Mundial de Saúde (OMS), primeiramente em 1946 – avançada para a época, mas hoje criticada e amplamente discutida – que a definia como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (OMS, 1946) e, mais recentemente, em 1998, como um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (WHO, 1998).

Com essa concepção de homem como um ser biopsicossocial, a Saúde Mental no Trabalho é um campo de conhecimento com o propósito de estudar a organização, as condições e as relações do trabalho, visando à promoção da saúde mental do trabalhador. No campo do trabalho, a OMS estima 30% de Transtornos Mentais Menores e de 5 a 10% de Transtornos Mentais Maiores na população trabalhadora (WHO, 1985). Segundo Cadilhe et al. (1994 apud JARDIM e GLINA, 2000), os Transtornos Mentais são as doenças que afastam por mais tempo os trabalhadores do seu trabalho. Assim, verifica-se que há uma crescente importância dada às pesquisas em Saúde Mental no contexto do trabalho. Sobre o assunto, 40,77% das 687.452 publicações, feitas nos últimos 10 anos e cadastradas no *site* de periódicos da CAPES² com o descritor *Mental Health*, estão relacionadas a esse tema aplicado ao contexto de trabalho.

¹ Aaron Antonovsky (1984) propôs o conceito da visão salutogênica, partindo do princípio de que explicar o mistério da saúde é mais importante que explicar a doença. Por meio de um trocadilho, afirmou que passou “do estudo dos fatores psicossociais e doença [disease] para o estudo do não bem-estar [dis-ease]” (Antonovsky, 1992, p. 33).

² Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br/>>. Acesso em 12 jan. 2014. Segundo informações do próprio sítio, o Portal de Periódicos da Capes oferece acesso a textos selecionados em mais de 31 mil publicações periódicas internacionais e nacionais e às mais renomadas publicações de resumos, cobrindo todas as áreas do conhecimento. Inclui também uma seleção de importantes fontes de informação científica e tecnológica de acesso gratuito na web.

Nesse campo, merece destaque o estudo dos Transtornos Mentais Menores, também chamados de Transtornos Mentais Comuns (KAC et al., 2006). De maneira geral, são estados de sofrimento mental e compreendem sintomas psiquiátricos não-psicóticos, que trazem incapacidade funcional ou atrapalham o funcionamento normal dos indivíduos e não preenchem os critérios formais para diagnóstico de depressão e/ou ansiedade, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª Edição (DSM-IV) e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão (CID-10) (MEDEIROS, 2010; BANDEIRA et al., 2007; MARAGNO et al., 2006). Segundo Fonseca et al. (2008), esse conceito é utilizado nas pesquisas no campo da epidemiologia psicológico-psiquiátrica e compreende as queixas somáticas inespecíficas, que são intituladas por Valla (2001) como “Sofrimento Difuso”, por incluírem dores de cabeça e no corpo, mal-estar, nervosismo, insônia, problemas gástricos e estados de mal-estar. Essas queixas estão relacionadas com questões psicossociais, como redes de apoio social, relações familiares, de trabalho, sociais e econômicas do indivíduo.

Relacionado ao estudo dos FPRT, a satisfação no trabalho é um dos principais componentes para a satisfação geral com a vida e uma estimativa subjetiva de bem-estar (ZALEWSKA, 1999a, 1999b). A sua relação com a saúde mental pode ocorrer, na medida em que tem seus efeitos estendidos para a vida particular, sendo que a insatisfação acompanhada de desapontamento permeará a vida do indivíduo, afetando seu comportamento fora do trabalho (CODA, 1986).

Por outro lado, nesse mesmo conjunto de fatores verifica-se que as questões ligadas ao trabalho interferem nas questões da família e vice-versa. O desenvolvimento de estudos sobre esse tema leva os administradores a refletir sobre a postura denominada “mito dos mundos separados”, na qual se considera a esfera do trabalho totalmente desvinculada do domínio familiar. Greenhaus e Beutell (1985) descrevem o conflito trabalho-família como uma forma de conflito de papéis, no qual as pressões advindas de uma ou outra dimensão são, de alguma forma, incompatíveis. Esse se torna, então, um fator psicossocial de risco no trabalho e é importante para orientar a instituição a adotar políticas que visem promover o equilíbrio entre o trabalho, a família e a vida pessoal do trabalhador, minimizando os riscos de adoecimento e suas consequências.

Partindo dessas reflexões, o interesse da pesquisadora pela temática deu-se após a verificação *in locu*, no exercício cotidiano do trabalho como psicóloga do trabalho da Justiça

Federal de Mato Grosso do Sul, do adoecimento de alguns trabalhadores quando expostos a fatores psicossociais de risco no contexto laboral, tais como perda da chefia, limitação de autonomia para tomar decisões, excesso de demanda, problemas de relacionamento e comunicação ineficiente, especialmente entre chefia e subordinados, insatisfação. Sobre esse último aspecto, após iniciado o presente estudo, foi divulgado o resultado de uma pesquisa de clima, realizada sob a coordenação do Conselho de Justiça Federal, no período de 18.06 a 03.07.2012 com 26% dos magistrados e 35% dos servidores da JFMS de todo o Estado. Essa, demonstrou índices preocupantes em áreas que exigiam prioridade de intervenção, tais como: as estratégias e planos na unidade de trabalho, a verificação do reflexo dos resultados do trabalho sobre a vida dos cidadãos e sociedade, a facilidade de comunicação interna e o acesso à sistemas informatizados no ambiente laboral (informação e conhecimento); à médio prazo, como liderança e pessoal, e à longo prazo, tais como os processos de trabalho (relativos ao conhecimento do trabalhador sobre os procedimentos que realiza).

O mais alarmante, diante da situação, era o adoecimento físico e mental de muitos servidores. Alguns retiravam licença médica, outros, trabalhavam doentes, sendo necessária uma intervenção por parte da equipe de saúde, solicitada ou não pelo Órgão, para que esses procurassem tratamento. Todos acompanhados, formal ou informalmente, durante o exercício profissional da pesquisadora na organização.

Tais observações levaram aos seguintes questionamentos: qual a relação entre o sofrimento mental e os fatores psicossociais de risco no trabalho dos servidores públicos lotados nas Varas Federais da sede da JFMS? Quais fatores poderiam ser patogênicos (de risco) ou salutogênicos (de proteção)? A partir dessas reflexões é que a pesquisa “Saúde Psíquica e Trabalho de Servidores da Justiça Federal” foi desenvolvida, no ano de 2013, culminando com a escrita desta dissertação.

Apresentados os motivos que justificam a realização deste estudo, acrescenta-se que a sua relevância acadêmica pode ser verificada na análise das correlações entre os temas, abordados em uma instituição pública federal. A sua relevância social dar-se-á na própria instituição e possivelmente em similares, dado que os resultados obtidos poderão ser utilizados para subsidiar, segundo Mendes e Ferreira (2007, p. 125), “programas de prevenção, de saúde ocupacional e de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT)”.

2.1 SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR

Segundo a OMS (2001), Saúde Mental é 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. A Saúde Mental no Trabalho é um campo de conhecimento com propósito de estudar a organização, as condições e as relações do trabalho, visando à promoção da saúde mental do trabalhador. Tal proposição é feita por meio de ações diagnósticas, preventivas e terapêuticas no ambiente de trabalho, que tratam os fatores de risco psicossociais que são os agentes etiológicos de Transtornos Mentais e Comportamentais relacionados com a má adaptação do ser humano ao trabalho por ele realizado (PENIDO; PERONE, 2013).

Esses transtornos podem ser classificáveis ou não, segundo os códigos de classificações nosológicas tradicionalmente adotados pelos profissionais da saúde, tais como: a CID-10 e a DSM-IV. Caso se enquadrem nessas classificações, são chamados Transtornos Mentais Maiores ou graves e também de Transtornos Mentais e Comportamentais. Caso ainda não apresentem a sintomatologia suficiente para classificação, porém já imprimam consequências deletérias para saúde, com características mais ou menos comuns e agrupáveis também em um grupo de sintomas, são chamados Transtornos Mentais Menores ou Comuns.

Segundo a OMS (WHO, 2009), os Transtornos Mentais representam cerca de 12% do total dos distúrbios de saúde. Nos Estados Unidos, um em cada quatro adultos sofre de algum transtorno mental diagnosticável, em um determinado ano, e um em cada 17 sofrem de doença mental grave. Na Europa, 14% da população relata, em algum momento de sua história de vida, a ocorrência de algum transtorno de humor, 13,6% de alguma forma de ansiedade e 5,2% de algum grau de abuso de álcool.

Mari e Jorge (1997) descrevem estudos epidemiológicos que demonstram uma prevalência³ de transtornos mentais aproximada de 30% na população adulta brasileira, no período de um ano. Nesses estudos, entre as mulheres são mais comuns os Transtornos de Ansiedade (9%), Transtornos Somatoformes (3%) e Transtornos Depressivos (2,6%). Entre os homens o problema mais importante é a Dependência de Álcool (8%), seguido pelos Transtornos de Ansiedade (4,3%).

³ Em Epidemiologia, prevalência é o número total ou proporção de casos de doença existentes numa determinada população, em um determinado momento temporal.

No campo do trabalho, a OMS estima índices de 30% de Transtornos Mentais Menores e de 5 a 10% de Transtornos Mentais Maiores na população trabalhadora (WHO, 1985).

No Brasil, no ano de 2002, o orçamento total para pesquisa em saúde foi de US\$ 101 milhões dos quais US\$ 3,4 milhões foram aplicados em pesquisas na área da Saúde Mental (MARI, 2006). Segundo Mari (2006), o investimento canalizado à época para os programas de Pós-Graduação, por meio de bolsas de estudos e fomento à pesquisa, vinha permitindo ao país uma modesta, mas crescente presença na pesquisa em saúde mental, no cenário internacional.

Entre os trabalhadores que utilizam a Previdência Social, os Transtornos Mentais e Comportamentais ocuparam o quarto lugar entre as causas de auxílios-doença previdenciários concedidos no ano de 2013, representando 9,51% desses afastamentos, e quarto lugar entre as causas de incapacidade permanente e invalidez nos anos de 2010 a 2012 (BRASIL, 2014). Segundo Cadilhe et al. (1994 apud JARDIM; GLINA, 2000), os Transtornos Mentais são as doenças que afastam por mais tempo os trabalhadores do seu trabalho.

Barbosa-Branco e Oliveira (2006) realizaram pesquisa sobre os anos de trabalho potencialmente perdidos pela população trabalhadora segurada pelo INSS, no período de 2003 a 2004. Nesse intervalo de tempo, constataram uma predominância⁴ de benefícios decorrentes de doença mental de 15,75 por 1.000 vínculos empregatícios da população. Analisando a mesma proporção em relação ao ramo de atividade, detectaram que as maiores prevalências (a cada 1.000 vínculos) estavam na administração pública, defesa e seguridade social (138,6), seguida do ramo de serviços prestados, principalmente a empresas (88,6), fabricação de máquinas e equipamentos (72,3) e extração de petróleo (43,8).

Nessa direção, Cruz et al. (2011) realizaram um estudo visando demonstrar os indicadores de absenteísmo por transtornos mentais entre os servidores públicos do Estado de São Paulo, no período de 2003 a 2006. Constataram uma alta prevalência de afastamentos por Transtornos Mentais entre os servidores públicos estaduais, especialmente os transtornos depressivos. Como resultado, obtiveram que os Transtornos mentais foram responsáveis por 30,7% dos afastamentos em 2003, 30% em 2004, 32,6% em 2005 e 29,9% em 2006. No período estudado, entre o total de licenças concedidas por Transtornos Mentais, a proporção

⁴ Predominância é caráter daquilo que é predominante, predomínio. Exemplo de sinônimos: preeminência, preponderância.

de afastamentos, devido ao uso de álcool e de outras substâncias psicoativas, variou de 2,94% a 3,67% e por transtornos depressivos, de 39,65% a 41,72%. Com relação a esse último, proporção semelhante foi observada em relação à porcentagem de dias de trabalho perdidos: os transtornos depressivos representaram percentual considerável, que variou de 12,16% a 13,06% no período.

Com relação ao serviço público, Silva et al. (2012), em pesquisa realizada com servidores públicos estaduais no Estado de Alagoas, em 2009, verificou-se que 20,2% dos afastamentos de servidores públicos estaduais foi em decorrência de Transtornos Mentais Maiores, sendo que os mais prevalentes foram os transtornos de humor-afetivos (61%), seguidos pelos transtornos neuróticos relacionados ao estresse e transtornos somatoformes (26,4%). A maioria dos afastamentos (45%) foi de professores.

Já em 1997, Mari e Jorge (1997) afirmaram que os transtornos mentais graves deviam ser tratados pelo especialista, mas a frequência elevada de Transtornos de Ansiedade, Depressão e Dependência de Álcool, na população em geral, conferia ao médico não-especialista um papel importante no cuidado à saúde mental, na identificação e tratamento desses transtornos.

Da mesma forma, ainda hoje é importante que o profissional responsável pela saúde mental na instituição de trabalho, bem como as chefias, atentem-se para os transtornos mentais mais prevalentes nas organizações. Nesse sentido, a identificação dos sintomas iniciais que podem levar a um Transtorno Mental mais grave, mas que já são causadores de absenteísmo, presenteísmo, baixo comprometimento, insatisfação, dentre outros comportamentos que acarretam prejuízos no desempenho do trabalho é essencial. Assim, o estudo do Sofrimento Mental ou dos chamados Transtornos Mentais Menores ou Comuns (TMM ou TMC) é de suma importância no desenvolvimento de ações de promoção de saúde e adequação do ambiente e organização do trabalho. Dados sobre prevalência dos TMC serão detalhados no subitem 2.1.2 do presente trabalho.

É assim que, nesse cenário, o campo da Saúde Mental no Trabalho tem se desenvolvido como campo interdisciplinar, com interface em várias áreas de conhecimento.

No meio jurídico, discute-se a questão da subjetividade dos sintomas e a dificuldade da comprovação destes transtornos, invisíveis em relação a outras enfermidades mais físicas, ou seja, não tão facilmente detectáveis por meio de exames tradicionais como radiografias, aferições de pressão, ultrassom, entre outros.

Segundo Penido e Peroni (2013), para os juristas o significado de “subjetivo” é aquilo que é próprio de um ou poucos sujeitos, não sendo válido para todos, podendo ser passível de interpretação pessoal. Os autores esclarecem, no entanto, que é por meio da forma de sentir subjetiva do paciente, quando ele expressa com suas palavras o que vem ocorrendo com sua saúde em uma consulta, por exemplo, que o médico interpreta os sintomas que valerão para todas as pessoas que padecem da enfermidade diagnosticada. Assim, os fatores psicossociais podem interferir no bem-estar físico e mental do trabalhador, de maneira positiva ou negativa, resultando, portanto, na promoção ou na diminuição do nível de saúde do ser humano. Dessa maneira, esses fatores não se reduzem a concepções genéricas ou com grande conotação subjetiva, conforme argumenta uma parcela da doutrina jurídica. Os autores acrescentam que os juristas devem compreender melhor a linguagem do campo de estudos da Saúde Mental do Trabalhador, utilizando uma visão mais holística no processo de humanização do ambiente de trabalho e entendendo o homem como um ser biopsicossocial, com mente e corpo indivisíveis, inserido em um contexto social, no caso, do trabalho.

No contexto da Administração, a preocupação com a temática ocorre, sobretudo, em virtude do “absenteísmo-doença”, caracterizado pela ausência ao trabalho em virtude de doença (BARBOSA-BRANCO; ALBUQUERQUE-OLIVEIRA; MATEUS, 2013). Tal fato tem possibilitado importantes repercussões na sociedade, em geral, no sistema previdenciário, entre empregadores e empregados, nas instituições privadas e públicas, e também em virtude de perdas de produtividade, readaptação, cuidados de saúde, *turn over* (rotatividade). Entre outras consequências do adoecimento para a empresa, está o presenteísmo, que ocorre quando o indivíduo trabalha doente e tem, por isso, sua produtividade diminuída, muitas vezes sem a consciência de que está debilitado para o trabalho. Segundo o Caderno Informativo de Prevenção de Acidentes da CIPA (2012), na maioria das vezes, o funcionário nessa situação apresenta forte desmotivação, baixa produtividade e comprometimento, prejudicando o bom andamento das atividades da organização. Segundo Sasaki (2013), medidas de gestão de pessoas que objetivam diminuir o absenteísmo podem incentivar o presenteísmo. Em pesquisa realizada com bancários, verificou a existência de uma “cultura do presenteísmo”, no qual a falta evitada a custo da saúde se dá em um contexto de forte competição, onde a assiduidade transmite uma imagem positiva ou tem influência decisiva. Em reflexão, a autora afirma que reservar um tempo para se afastar do trabalho, com intuito de se tratar de um adoecimento, pode ser considerada atitude de promoção de saúde.

No campo da Psicologia, o crescimento do interesse na área de Saúde Mental e Trabalho pode ser mais bem entendido com o surgimento, na década de 1990, da Psicologia da Saúde Ocupacional – PSO. Trata-se de uma especialidade da Psicologia, que faz interface com a Psicologia da Saúde e a Psicologia Organizacional e do Trabalho – POT, no cenário internacional, embora ainda não oficializada no Brasil como campo da Psicologia. Para o *National Institute for Occupational Safety Health* – NIOSH (2000, p. 02) a PSO é “a aplicação da psicologia para prover qualidade de vida no trabalho e proteger e promover a segurança, a saúde e o bem-estar do trabalhador”.

Para Guimarães et al. (2008, p. 26), a proposição da PSO como uma área de interface emergente é importante com relação aos seguintes fatores: (i) o reconhecimento de que os transtornos psicológicos relacionados ao trabalho relacionam-se à saúde ocupacional e representam um alto custo humano e econômico; (ii) a aceitação de que os fatores psicossociais exercem um importante papel na etiologia de problemas emergentes em segurança e saúde ocupacional, tais como as DORT-LER, entre outros; (iii) a recente e dramática mudança na organização do trabalho, que repercute na saúde e na segurança do trabalho.

Assim, a PSO tem o seu foco nos fatores organizacionais e no delineamento do trabalho, que refletem em incapacitação e doença nos trabalhadores, incluindo fatores sociais, familiares, características individuais e sua contribuição para doenças e incapacitações ocupacionais (GUIMARÃES et al., 2008). O presente estudo possui esse enfoque, insere-se no campo da saúde mental do trabalho e baseia-se nos modelos epidemiológico-diagnóstico e do “*work stress*”, conforme são apresentados no subitem 2.1.1 a seguir. No subitem 2.1.2, intitulado “Transtornos Mentais Comuns (TMC) e Trabalho”, apresenta-se uma breve conceituação desses transtornos relacionados ao trabalho.

No nível da ação, no campo organizacional, esse estudo inclui-se no campo das práticas preventivas ou de promoção da saúde; no nível primário, ao diagnosticar epidemiologicamente os Transtornos Mentais Menores relacionados ao trabalho, em um determinado segmento ocupacional; e, no nível secundário, ao encaminhar os resultados individuais com encaminhamento para profissionais especializados, nos casos mais graves e ao oferecer propostas de intervenção à organização estudada. Esses níveis serão mais bem detalhados no subitem 2.1.3, sobre a promoção da saúde psíquica.

Ainda relacionado ao tema, no item 2.2, destacam-se os fatores psicossociais de risco, que permeiam o ambiente de trabalho, em especial, aqueles estudados nesta pesquisa, relacionados ao Contexto de Trabalho, à Satisfação no Trabalho e ao Conflito Trabalho-Família.

2.1.1 MODELOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS EM SAÚDE MENTAL E TRABALHO UTILIZADOS NO ESTUDO

Segundo Seligmann-Silva (1995), há três grandes conjuntos de modelos teóricos em saúde mental e trabalho:

1. As teorias sobre estresse que, segundo Tittoni (1997), referem-se ao diagnóstico de sintomas “psi”, vinculado às situações de trabalho com forte influência metodológica da epidemiologia;
2. O estudo da psicodinâmica do trabalho, cuja ênfase, segundo Tittoni (1997), não recai no diagnóstico de doenças ocupacionais, mas nas experiências e vivências dos trabalhadores sobre seu trabalho e adoecimento, influenciado pelas ciências sociais e pela psicanálise; e
3. O modelo formulado com base no conceito de desgaste mental.

Jacques (2003, p. 104), tomando como critérios o referencial teórico, a metodologia proposta e a inter-relação entre trabalho e o processo de saúde/doença mental, propõe quatro amplas abordagens, a saber:

1. As teorias sobre estresse (*Work Stress*), melhor detalhadas em 2.1.1.3, por serem adotadas nesta pesquisa;
2. A psicodinâmica do trabalho, que tem como principal expoente o autor francês Dejours, e estuda o campo do “sofrimento e do conteúdo, da significação e das formas desse sofrimento no campo do infrapatológico ou do pré-patológico”. Segundo a autora, como concepção de pesquisa utiliza especialmente os métodos qualitativos, de abrangência coletiva, pautada no modelo clínico de diagnóstico e intervenção;
3. Os estudos e pesquisa em subjetividade e trabalho, que buscam analisar o sujeito trabalhador a partir de suas experiências e vivências adquiridas no mundo do trabalho, cujo significado vai além de seu caráter técnico e econômico e perpassa a cultura, os valores e a subjetividade dos trabalhadores.

Os pressupostos marxistas sustentam essa concepção, que valoriza os métodos qualitativos e os modos de ser, as vivências, o cotidiano dos trabalhadores e não necessariamente os diagnósticos psicopatológicos;

4. As abordagens de base epidemiológica e/ou diagnóstica, que serão mais bem detalhadas a seguir em 2.1.1.1 e 2.1.1.2, respectivamente, também adotadas nesta pesquisa.

A presente pesquisa baseia-se principalmente nos modelos de base epidemiológica e/ou diagnóstica, conforme a classificação apresentada por Jacques (2003), ancorando-se também nas teorias do *Work Stress*.

2.1.1.1 Modelo Epidemiológico

A Epidemiologia, segundo Lilienfeld (1980) citado por Menezes (2001, p. 01), é “a ciência que estuda os padrões da ocorrência de doenças em populações humanas e os fatores determinantes destes padrões”. Explica ainda que, enquanto a clínica aborda a questão em “nível individual”, a epidemiologia trata do assunto com relação a “grupos de pessoas”, que podem variar de grupos pequenos a grandes populações.

Já Andrade (1999, p. 85) afirma que “é o estudo da frequência e da distribuição das doenças e suas causas na população” que contribui com o desenvolvimento de técnicas para o diagnóstico de saúde na comunidade, o que é decisivo para “a determinação de riscos e as possíveis causas ou fatores etiológicos associados aos transtornos, tornando-se uma das ferramentas determinantes da avaliação e planejamento de políticas públicas de prevenção e tratamento” (ANDRADE, 1999, p. 85).

Menezes (2001) refere que, por algum tempo, a epidemiologia foi restrita ao estudo de epidemias e doenças transmissíveis, mas hoje é reconhecido que pode ser aplicada em qualquer evento relacionado à saúde da população. Dessa forma, afirma que esse modelo contribui para “melhor entendimento da saúde da população - partindo do conhecimento dos fatores que a determinam e provendo, conseqüentemente, subsídio para prevenção das doenças” (MENEZES, 2001, p. 01).

Segundo Andrade (1999), a partir dos anos 90, vem ocorrendo mudanças nas demandas de cuidados com a saúde da população do planeta, pois os transtornos e problemas relacionados com a saúde mental têm se tornado a principal causa de incapacitação, morbidade e morte prematura, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento. A autora observa que os transtornos mentais se destacam em um cenário

antes dominado pelas doenças infecciosas, das quais se detém maior controle atualmente, e doenças físicas crônicas como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, sobre as quais se obteve avanços no tratamento e prevenção. Também considera as mudanças demográficas, tais como a queda da mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida, que apontam para um aumento exponencial dos transtornos mentais. A faixa de indivíduos menores de 15 anos e maiores de 65 anos é dependente da faixa populacional economicamente ativa e necessitam de abordagens diferenciadas para prevenção e tratamento dos transtornos mentais. Por outro lado, a faixa etária economicamente ativa torna-se mais vulnerável a quadros relacionados ao estresse. A autora destaca que a falta de produtividade pela incapacitação causada pelos transtornos mentais, mesmo os não psicóticos, é agravante desse quadro, o que ocasiona perda de emprego, dificuldade nos relacionamentos e rejeição social.

Andrade et al. (1999) verificaram, em pesquisa com 1.464 pessoas adultas, residentes na área geográfica que circunda o complexo hospitalar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, que essa faixa etária, entre 25 e 59 anos, constitui-se como a mais vulnerável aos transtornos mentais, o que causa grande impacto na economia. Concluíram que as mulheres estão mais suscetíveis a quadros psiquiátricos e os homens, ao uso danoso ou dependência de álcool, drogas ou nicotina.

Jacques (2003) afirma que a epidemiologia tem uma longa trajetória identificada, principalmente, com as doenças infecto-transmissíveis. Sua relação com o campo da saúde do trabalhador se fez a partir da obra de Ramazzini, publicada em 1700, que foi a primeira publicação sistematizada acerca dos efeitos do trabalho nos processos de adoecimento dos trabalhadores. Segundo a autora, o marco explicativo predominante até a 2ª Guerra Mundial era a concepção monocausal que, posteriormente, foi substituída pela multicausal. Essa substituição foi essencial para a aplicação da epidemiologia no campo da saúde mental. Neste campo, os autores reconhecem duas escolas epidemiológicas: a russo/anglo-saxã e a franco/latino-americana. No presente estudo, existe uma aproximação da epidemiologia da escola russo/anglo-saxã.

Para Guimarães et al. (2003a), o dimensionamento do problema da prevalência de transtornos mentais na população trabalhadora torna-se possível com a utilização do método epidemiológico. Por esse método, busca-se compreender como esses transtornos estão distribuídos, “em que circunstâncias se manifestam, em que locais e em conjunção com que tipo de agravos físicos” (GUIMARÃES et al., 2003b, p. 52). Para Almeida Filho (1989), a

contribuição da epidemiologia é fundamental para identificação e mensuração da influência do trabalho sobre a saúde e para determinação de indicadores de ocorrência de doenças, o mais próximo possível da realidade.

Assim, deve-se atentar as conclusões matemáticas devem mostrar certo grau de aproximação “às observações que são feitas e aos resultados obtidos para o fenômeno em questão” (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 242). Dessa forma, a estatística deverá estabelecer a relação entre o modelo teórico proposto e os dados observados, produzindo instrumentos para testar a adequação do modelo. Assim, a teoria da probabilidade encontra-se dentro da esfera da lógica dedutiva e a estatística, da lógica indutiva (BAILEY, 1967 apud MINAYO; SANCHES, 1993).

Segundo eles, a criação de alguns procedimentos inferenciais estatísticos específicos para determinados tipos de estudo tem proporcionado grande avanço nas ciências da saúde, em especial na Epidemiologia. No entanto, destacam a necessidade de se observar as limitações impostas a tais procedimentos, para que não se deixe sob suspeita os resultados da análise conduzida (ALTMAN, 1991). Isso deve ser feito, por exemplo, evitando-se o abuso da utilização do “p-valor” como uma “medida de evidência em relação à hipótese de nulidade” (MINAYO e SANCHES, p. 242) e atentando-se às questões de amostragem, conhecendo seu papel e relação com a inferência, e, conseqüentemente, “os pressupostos básicos que devem nortear a opção por um determinado desenho de amostragem e um tamanho específico da amostra” (MINAYO e SANCHES, 1993, p. 242).

2.1.1.2 Modelo de Diagnóstico

Sobre o diagnóstico, nesse campo de saúde psíquica do trabalhador, Borges, Guimarães e Silva (2013) entendem que se trata de:

[...] uma atividade investigativa complexa, pois envolve identificar o quadro nosológico de transtornos psíquicos, compreender o sofrimento do outro e avaliar uma situação de forma contextualizada e consubstanciada, refletindo sobre seu dinamismo e sua tendência de evolução (prognóstico) (GUIMARÃES; SILVA, 2013, p. 599).

Jacques (2007) afirma que as doenças relacionadas ao trabalho agrupam-se da seguinte forma, segundo a classificação de Schilling, adotada no Brasil: Grupo I – como causa necessária à doença manifestada; Grupo II – como fator contributivo, mas não necessário; e Grupo III – considerado um provocador de uma doença latente ou agravador de uma condição

de saúde já estabelecida. No primeiro grupo, estão as doenças já estabelecidas como possuidoras denexo causal com o trabalho, com base na legislação brasileira, tais quais o Decreto nº 3048/99, do Ministério da Previdência e Assistência Social, 1999, com suas posteriores alterações, e Portaria nº 1339/99 do Ministério da Saúde, 1999, que traz a lista de doenças relacionadas ao trabalho. Jacques (2007) ressalta que a discussão do nexo causal da doença com o trabalho voltou com a Medida Provisória nº 316, em 11.8.06, apresentada pelo governo federal, que prevê o nexo técnico-epidemiológico. Assim,

[...] tal medida inverte o ônus da prova em alguns casos ao determinar o registro automático como doença relacionada ao trabalho de determinadas patologias em função de altas incidências⁵ em determinados ambientes de trabalho (JACQUES, 2007, p. 112).

Entretanto, nos Grupos II e III impõe-se a necessidade de laudo técnico para estabelecimento dos nexos causais e disso advém a importância do profissional da Psicologia, com suas pesquisas e diagnóstico.

Sobre os modos de desenvolver o diagnóstico, Borges, Guimarães e Silva (2013) dizem que, muitas vezes espera-se que isso esteja relacionado, sobretudo, às diversas técnicas e instrumentos utilizados, mas argumentam que as principais diferenças estão na forma de olhar do psicólogo para as questões de saúde psíquica e trabalho. A complexidade do diagnóstico nessa área tem contribuído para a adoção de estratégias que articulem mais de um método e/ou técnicas. Essas autoras reconhecem, inclusive, que se pode realizar o diagnóstico em diferentes níveis de abrangência: individual, quando se verifica o trabalhador em relação à categoria ocupacional no qual se insere; organizacional, em que se investiga a prevalência de determinados transtornos psíquicos na organização ou em setores dessa, e ocupacional, quando se analisa a prevalência de certos transtornos em determinada ocupação.

A presente pesquisa perpassa o nível de abrangência individual (nível micro) à medida que oferece a devolução dos resultados individuais aos participantes e permite uma reflexão pessoal sobre os conflitos pessoais relacionados ao trabalho. Entretanto, não se prende estritamente a essa ação, pois sugere propostas de intervenção sobre a devolução coletiva dos dados à instituição e aos participantes, acerca da predominância de determinados conflitos, característicos da organização, passando, então, ao nível organizacional (nível

⁵ Em Epidemiologia, incidência é o número ou proporção de novos casos surgidos numa determinada população, num determinado intervalo de tempo.

meso). Também busca o diagnóstico ocupacional ao comparar os dados obtidos com os de outras instituições públicas de natureza semelhante (nível macro).

Borges, Guimarães e Silva (2013) observam também, nos dois últimos níveis de abrangência, organizacional e ocupacional, a adoção de uma perspectiva epidemiológica, porém, apontam a necessidade de subsídios da epidemiologia também para o nível individual, como fundamento para o estabelecimento do nexo entre saúde psíquica e trabalho. Para as autoras, em virtude desses três níveis de abrangência, a atividade de diagnóstico tende a ser uma atividade de pesquisa. Segundo elas, é na “interligação entre as condições laborais gerais e específicas da profissão, a organização do trabalho, a história e as condições de vida, que o psicólogo pode mapear e evidenciar o nexo entre o adoecimento e o trabalho” (BORGES, GUIMARÃES; SILVA, 2013, p. 603). Nessa direção, Jardim e Glina et al. (2000) destacam a importância de serem investigadas algumas questões durante a anamnese ocupacional, tal como o próprio trabalho, a organização do trabalho, as exigências físicas, mentais e psicoafetivas, as condições de vida, a trajetória profissional e todas as nuances desses tópicos, como ponto de partida da avaliação.

Rocha (2013) pormenoriza alguns aspectos que devem ser contemplados na análise da situação de trabalho, para associá-los aos problemas de saúde identificados nos trabalhadores, na etapa diagnóstica, relacionados:

- **Ao ambiente de trabalho:** aspectos da estrutura física, como: ruído, temperaturas extremas (calor/ frio), agentes químicos, iluminação;

- **À organização do trabalho:** aspectos relacionados a forma de organizá-lo, tais como: a avaliação do processo de trabalho, o tipo de tecnologia utilizada, as jornadas de trabalho, o trabalho noturno ou em turnos fixos ou alternantes, as pausas, o ritmo de trabalho, os pagamentos com prêmios associados à produção, os planos de ascensão e carreira, a presença de “conflito de papel”, a descrição das tarefas, a capacidade decisória no trabalho;

- **Ao conteúdo do trabalho:** aspectos relacionados diretamente ao processo de trabalho, como: a possibilidade de influenciar o próprio trabalho, a quantidade de informação, a presença de tomada de decisões rápidas, a responsabilidade no trabalho, seja por outras pessoas ou por materiais, a presença de trabalhos extremamente monótonos, a possibilidade de um pequeno erro ou de um lapso momentâneo de atenção terem consequências graves ou mesmo desastrosas;

- **Aos fatores psicossociais do trabalho:** aspectos referentes aos agentes do trabalho, às pessoas, compreendendo superiores, colegas ou clientes (KALIMO et al., 1988).

Segundo Rocha (2013), esse conjunto de fatores é integrado e interdependente. As repercussões na saúde dos trabalhadores dependem também das características pessoais, como a personalidade, a experiência individual e as expectativas em relação ao trabalho. Afirma que, em geral, “quando o trabalho apresenta elevados requisitos psicológicos e cognitivos, associado a baixo poder decisório e baixo nível de apoio social, a possibilidade de aparecer repercussões na saúde dos trabalhadores é alta” (ROCHA, 2013, p. 109), implicando em queda de desempenho do trabalhador.

Assim, para ela, é importante para a organização, a construção de indicadores de saúde, dos quais se destacam a morbidade psicossomática e psiquiátrica. Isso porque diante de uma situação com a presença desses fatores psicossociais de risco no trabalho, os membros da organização

[...] podem apresentar reações de estresse decorrentes de diversos mecanismos patogênicos (cognitivos, afetivos, de conduta ou fisiológicos) que se sob certas condições de intensidade, frequência ou duração, podem provocar o aparecimento de doenças psicossomáticas e psiquiátricas (ROCHA, 2013, p. 109).

Segundo Borges, Guimarães e Silva (2013), não existe uma única técnica diagnóstica e de pesquisa em saúde psíquica e trabalho. Destacam que, em resposta à tensão teórico-metodológica entre as técnicas qualitativas e quantitativas, há uma tentativa de superação deste dualismo, com tendência a aplicação de diversas técnicas, como: recursos estatísticos, análise de conteúdo, análises documentais, registro de imagens, observação, entre outras, e inclusive, da combinação delas para melhor aproximação da realidade. Para as autoras, a composição de técnicas deve facilitar ao pesquisador transitar do geral para o particular e vice-versa, bem como entre níveis de análise, considerando o individual, o grupal, o organizacional, o ocupacional e o conjuntural. Também deve contribuir para a distinção dos aspectos centrais dos mais secundários.

Na perspectiva epidemiológica, destacam-se duas grandes fases: a primeira de levantamento geral, com questionários estruturados e uma segunda, de aprofundamento, com entrevistas. Sampaio, Codo e Hitomi (1995) recomendam a adoção de algumas categorias básicas, conforme o Quadro 1, a seguir:

Categorias de investigação	Instrumentos	Etapas de pesquisa
Categoria profissional ou ocupacional: descrever o segmento de trabalhadores que o diagnóstico foca	Revisão de literatura e fontes de dados	Identificação da categoria profissional e/ou ocupacional
Perfil de produção: descrever as formas como aquele segmento de trabalhadores produz suas condições de subsistência	Dados demográficos e ocupacionais da categoria profissional e/ou ocupacional (população)	Identificação da(s) organização(ões)
Jornada/salário: mapeamento dos aspectos que traduzem os ganhos econômicos e a extensão do investimento do trabalhador para obtê-los	Documentos disponíveis de órgãos públicos e das empresas	Abertura do campo (definição da forma de acesso ao trabalhador)
Processo de trabalho: descrição do modo de organização do trabalho típico do segmento de trabalhadores	Testes, inventários e questionários estruturados previamente testados	Estudos gerais sobre a categoria ocupacional
Formas de alienação no trabalho observadas que refletem os rompimentos entre o produto e o produtor, o controle do saber fazer, dos instrumentos e dos ganhos de produtividade	Protocolo de registro de observações (diretas ou por vídeo) do processo de trabalho	Montagem do perfil de produção
Perfil de características psicológicas e psicopatológicas	Diário de campo	Etapa epidemiológica geral. Etapa de aprofundamento Etapa de interpretação dos resultados gerais

QUADRO 1 - Modelo de Investigação proposto por Sampaio, Codo e Hitomi (1995) e adaptado por Borges, Guimarães e Silva (2013).

Fonte: Borges, Guimarães e Silva (2013).

Jacques (2007, p. 117), enfim, destaca que a explicação diagnóstica não se encontra em dados subjetivos ou do contexto organizacional, mas nas formas como ambos se articulam “construindo uma trama complexa que se traduz na trajetória de cada trabalhador o que explica porque nem todos expostos a situações semelhantes adoecem ou manifestam o mesmo grau de desgaste”. Dessa forma, é necessário refletir sobre tal interação para entendimento do vínculo entre saúde-doença mental e trabalho.

2.1.1.3 Teorias do *Work Stress*

Segundo Jacques (2003), as teorias sobre o estresse no trabalho (*Work Stress*), embora possuam sua multiplicidade, privilegiam o emprego de métodos quantitativos e os pressupostos teóricos do referencial cognitivo-comportamental, sendo o trabalho, um fator desencadeante do processo de adoecimento, com maior ou menor grau de relevância.

Abrangem, além do estudo sobre o estresse, o *coping*, a Síndrome de *Burnout*, entre outros, e atuam na organização por meio de programas de Qualidade de Vida no Trabalho.

Segundo Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004, p. 280-281), a difusão do termo estresse veio “tanto para o bem quanto para o mal”. “Para o bem”, pois as pesquisas sobre estresse popularizaram o problema de saúde mental no trabalho, e o diagnóstico foi facilitado. “Para o mal”, segundo os autores, porque a vulgarização do tema acabou atingindo a própria pesquisa científica e transformou o conceito em um tipo de “fórmula mágica” que tudo explica e resolve, pois tudo provoca o estresse (a rotina do trabalho muito simples, a alta complexidade do trabalho, entre outros) e tudo o resolve (massagens, conversas, chazinhos, meditações). No entanto, destacam que ainda existem pesquisas sérias e boas conclusões a extrair-se do assunto.

Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004, p. 281) afirmam que a explicação para a ocorrência do estado do estresse é biológica e “diz respeito à necessidade de adaptação ou ajustamento do organismo frente às pressões do meio com as quais este se depara”. Essa se manifesta em três fases: a reação de alarme diante de um agente estressor, a resistência e a exaustão. As duas primeiras são comuns a todos, pela constante demanda de ajuste às atividades da vida. Então, ninguém pode viver sem estresse em algum grau. Com relação ao trabalho, Fernández-López et al. (2003) afirmam que a reação estressante se trata da influência das condições psicossociais do trabalho na saúde dos trabalhadores, ativando o sistema nervoso central mediante reações emocionais conexas.

Fala-se de “*eutrés*” (*eu* = bom, em grego) quando as reações estressantes não são deletérias à saúde, mas valorizadas como algo positivo e, portanto, essenciais para o funcionamento vital e o desenvolvimento pessoal. Por outro lado, ocorre o “*distress*” (*dis* = mal, em grego) quando há um gasto contínuo de recursos sem que a situação ameaçadora possa ser controlada e sem que haja superação do problema.

O núcleo das experiências crônicas de *distress* é o baixo controle sobre os resultados do esforço ou um alto rendimento sem a recompensa adequada. Os efeitos do *distress* crônico vão desde o aumento do esgotamento, o humor depressivo, as alterações do sono, as múltiplas limitações da sensação de bem-estar até a elevação da pressão arterial, as mudanças nos níveis graxos do sangue e da coagulação, alterações da frequência cardíaca e incremento nocivo de sedimentos nas artérias (arteriosclerose), aumentando o risco da enfermidade cardíaca. Também, segundo Guimarães e Freire (2004), o estresse produz uma debilitação ou

esgotamento dos sistemas de defesa do corpo e aparecem alterações digestivas e músculo-esqueléticas, bem como disfunções sexuais e reprodutivas (WEINER, 1992; MCEWEN, 1998; COOPER, 1998; SAPOLSKY, 1998). A ocorrência do estresse no ambiente laboral significa que os fatores do trabalho podem ser nocivos e contraproducentes para saúde, à medida que suplantam os mecanismos de homeostase do indivíduo.

Acerca dos desdobramentos da concepção de homem sob as teorias do estresse, Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004, p. 298) esclarecem que “é possível e desejável, para os teóricos do estresse, um relacionamento do homem com a natureza, dele com os outros e consigo mesmo, sem conflito, particularmente no trabalho”.

Conforme destaca Guimarães (2012), sabe-se que a complexidade da relação saúde mental e trabalho pode levar à extrapolação dos limites de determinada abordagem. Jacques (2003) alerta, porém, que se deve evitar a imprecisão teórica e metodológica advindas do desconhecimento do tema, que acaba por produzir tentativas equivocadas de combinar conceitos e técnicas com fundamentos epistemológicos diferentes. Esse erro decorre não de uma tentativa de articular pressupostos diversos, mas sim de “emprestar conceitos e técnicas sem uma reflexão sobre as diferentes concepções de homem, homem/sociedade, ciência e pesquisa que lhes fundamentam” (JACQUES, 2003, p. 99).

Nesse sentido, entende-se que a maior parte das abordagens do *Work Stress*, em conformidade com a metodologia adotada no modelo diagnóstico, já referenciado, entende e aborda as relações entre saúde mental e trabalho, em multinível, na qual há três possíveis níveis de inserção da pessoa. O primeiro é o “micro” ou individual, em que se estudam temas relativos ao indivíduo, à pessoa, tais como personalidade, o *hardiness*, locus de controle, sentido interno de coerência, resiliência individual, *coping*, entre outros. O segundo é o nível “meso” ou organizacional, no qual se abordam temas como resiliência organizacional, Esforço e Recompensa (ERI), Demanda e Controle (D/C), entre outros. E, enfim, o terceiro nível é o “macro”, abarcando características da categoria ocupacional e das influências extra trabalho, tais como a globalização, o ambiente, a política, o mercado de trabalho e outros aspectos (GUIMARÃES, 2014).

2.1.2 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS (TMC) E TRABALHO

Camargo e Neves (2004) afirmam que as questões ligadas ao sofrimento mental no trabalho têm sido crescente como objeto de estudo, suas causas e consequências, principalmente pelas altas incidências e prevalências nas organizações, trazendo prejuízos ao desempenho laboral e perdas econômicas para os empregadores, além dos altos custos em nível macro-econômico. Silva Filho e Jardim (2000, p. 399) afirmam que “a psicopatologia do trabalho assume como objeto de estudo exatamente a dinâmica geradora de sofrimento psíquico vinculado ao trabalho”.

Segundo Camargo e Neves (2004), a exposição ao sofrimento crônico pode ser insuficiente para determinar um Transtorno Mental conforme as classificações atuais (CID-10, DSM-IV), mas é suficiente para causar alterações no funcionamento do indivíduo. Esses são casos que tratam de uma questão meramente conceitual, que leva a importantes consequências no reconhecimento do agravo à saúde do trabalhador e que, por não serem passíveis de serem avaliados como perda de saúde mental, por não se enquadrarem em critérios descritos nas classificações diagnósticas, dificultam a instituição do tratamento ou medidas preventivas promotoras da saúde. É o caso dos Transtornos Mentais Menores ou Comuns que será apresentado a seguir. Para os autores, outra limitação prática do uso das classificações diagnósticas é o seu caráter multiaxial que, muitas vezes, é desconsiderado pelo clínico na elaboração do diagnóstico. Esse, deixa de considerar fatores relacionados ao trabalho como importantes no desencadeamento de doença. Entretanto, apesar dessas limitações, Camargo e Neves (2006) destacam que as classificações diagnósticas atuais apresentam melhor resposta às críticas da não consideração da relação entre o trabalho e a saúde, tendo evoluído sob este ponto de vista.

Com relação aos afastamentos decorrentes de Transtornos Mentais (TM), na instituição pública, Cruz et al. (2011) em pesquisa realizada com servidores públicos de São Paulo, verificaram que a taxa de afastamentos por transtornos mentais e comportamentais (CID's⁶ F.00 a F.99) desse público (29,9% a 32,6% do total de licenças) foi maior em comparação com a do público atendido pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS (11,86% do total de auxílios-doença concedidos), no ano de 2007. Há que se considerar ainda que os TM's foram, no mesmo ano, a terceira maior causa de afastamentos entre os segurados do INSS.

⁶ Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão (CID-10).

Nogueira et al. (2010) fizeram uma pesquisa com servidores públicos civis e militares do Estado do Ceará, por meio de levantamento documental dos dados de afastamentos ocorridos em setembro de 2009 (N=8.174), fornecidos pelo Departamento de Perícias Médicas do Ceará, e de entrevistas estruturadas com 35 servidores afastados por transtornos mentais, durante o mesmo período, da Secretaria de Educação. Constataram que 30,1% dos afastamentos por doença no período foram decorrentes dessas causas. A maior parte dos afastamentos por transtornos mentais foram os classificados no grupo F do CID-10, com diagnóstico de depressão (F 32), correspondendo a 79,92% do total de afastamentos por transtornos mentais, e distúrbios ansiosos (F 41), a 13,86%.

Na Justiça Federal de Mato Grosso do Sul, nos servidores das Varas Federais da sede, segundo Ujiie-Lima et al. (2013), a prevalência dos Transtornos Mentais e Comportamentais foi de 6% do total das licenças retiradas no período de julho de 2011 a dezembro de 2013, ocupando o quinto lugar das causas de afastamento. Dessa forma, não se tratou de percentual importante dos afastamentos, quando comparado aos resultados apresentados por Cruz et al. (2011), de 29,9% a 32,6% do total de licenças, de Nogueira et al. (2010), de 30,1%, ou mesmo em relação aos segurados do INSS, de 11,86% dos auxílios concedidos. No entanto, em relação à quantidade de dias, esse tipo de doença afastou por mais tempo, representando uma proporção de 30,33 dias por licença retirada e ocupando o primeiro lugar em relação às doenças que afastam por mais tempo os trabalhadores do seu trabalho, em concordância com os dados de Cadilhe et al. (1994 apud JARDIM e GLINA, 2000).

Já os Transtornos Mentais Menores, também chamados de Transtornos Mentais Comuns (KAC et al., 2006), de maneira geral, são estados de sofrimento mental e compreendem sintomas psiquiátricos não-psicóticos que trazem incapacidade funcional ou atrapalham o funcionamento normal dos indivíduos e não preenchem os critérios formais para diagnóstico de depressão e/ou ansiedade, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª Edição (DSM-IV) e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão (CID-10) (MEDEIROS, 2010; BANDEIRA; FREITAS; CARVALHO FILHO, 2007; MARAGNO et al., 2006).

Segundo Fonseca et al. (2008), esse conceito é utilizado nas pesquisas no campo da epidemiologia psicológico-psiquiátrica e compreende as queixas somáticas inespecíficas, que são intituladas por Valla (2001) como “Sofrimento Difuso”, por incluírem dores de cabeça e no corpo, mal-estar, nervosismo, insônia, problemas gástricos e estados de mal-estar. Essas

queixas estão relacionadas com questões psicossociais, como redes de apoio social, relações familiares, de trabalho, sociais e econômicas do indivíduo.

Para Garcia (2012), diferentemente dos diagnósticos definidos na CID-10 e no DSM-IV para transtornos mentais, os sinais e sintomas usados para definir os TMC não possibilitam o estabelecimento de uma separação natural entre normal e patológico, pois os fatores de risco relacionados ao sofrimento mental comum são múltiplos e interagem de forma complexa.

Segundo o Caderno de Atenção Básica à Saúde Mental do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), pesquisas realizadas no Brasil e no mundo confirmam que cerca de uma em cada quatro pessoas que procuram a Atenção Básica possui algum tipo de doença mental classificável na CID-10. Essa proporção chega a uma em cada duas pessoas para sofrimento mental comum, que são os casos subclínicos, sintomas um pouco abaixo do limiar diagnóstico (GOLDBERG, 1995; BUSNELLO, 1983; MARI, 1987; FORTES, 2008), os TMC. O sofrimento mental não é doença mental e se alinha melhor ao conceito de síndrome clínica, ou seja, “um agrupamento de sinais e sintomas, que costumam se apresentar associados e seguir um determinado padrão de evolução” (BRASIL, 2013, p. 90).

Assim, nem toda pessoa que sofre está doente, mas isso não significa que ela não necessita de cuidados. Toda investigação causal, biológica, psicológica ou sociológica dos TMC apontam para um grande número de fatores de vulnerabilidade, que interagem de forma dinâmica sem quem nenhum deles seja determinante. Maragno et al. (2006) afirmam que, em razão de apenas uma pequena parte da população com sintomas do Sofrimento Mental Comum ser identificada e tratada, há implicações socioeconômicas significativas, pois tal situação leva a dias perdidos de trabalho, além de elevação da demanda nos serviços de saúde (LUDERMIR, 2002).

Segundo Goldberg e Huxley (1992), apesar do progresso da psiquiatria social, que utilizou com mais ênfase as ciências sociais como base de conhecimento não ser tão expressivo quanto o da psiquiatria biomédica, que utilizou mais as ciências naturais, avanços significativos foram resultantes: 1) da utilização de modelos mais sofisticados para entender como os fatores sociais podem estar implicados nos distúrbios mentais, e também 2) da disponibilização de novas técnicas estatísticas, que têm permitido a construção de bancos de dados para serem analisados de novas maneiras. Assim, refutam o reducionismo biológico ou social dos sintomas para tratamento dos Transtornos Mentais Comuns, destacando a interação entre os as ciências naturais e sociais para cura efetiva da patologia.

Há um grande impacto do sofrimento mental comum na saúde, seja como fator de risco, seja piorando a aderência ao tratamento, ou piorando o prognóstico.

O Quadro 2, adaptado de Prince et al. (2007 apud BRASIL, 2013), mostra uma síntese dos resultados de vários estudos, relacionando problemas de saúde mental a problemas de saúde física:

	T. Mental é fator de risco	T. Mental piora adesão ao tratamento	T. Mental piora prognóstico
Doenças não-infecciosas			
Depressão/ansiedade e doença coronariana	4	2	3
Depressão e AVC	3	0	3
Depressão/ansiedade e diabetes	1	3	3
Doenças infecciosas			
Dependência química e HIV/AIDS	2	3	3
Alcoolismo e tuberculose	2	3	3
Depressão/ansiedade e tuberculose	0	3	0
Saúde materno-infantil			
Depressão puerperal e déficit no desenvolvimento do bebê	3	0	0
Psicose puerperal e mortalidade infantil	4	ND	ND
4=associação forte confirmada por meta-análise ou revisão sistemática. 3=associação consistente confirmada por diversos estudos. 2=associação confirmada por um estudo. 1=associação inconsistente. 0=nenhuma associação confirmada. ND=dados inexistentes.			

QUADRO 2 - Transtorno Mental Comum e outros agravos à saúde

Fonte: Adaptado de Prince et al. (2007 apud BRASIL, 2013).

A situação evidenciada no quadro acima leva necessariamente a uma abordagem integral no tratamento, posto a absoluta inter-relação entre mente e corpo, apesar da divisão, didática ou ideológica, frequentemente utilizada. Dessa forma, Garcia (2012) destaca que é necessário tratar do sofrimento mental comum porque esse é comum na população, em geral, e presente na maioria da população que procura atenção primária; com relação à dor e à incapacitação, é comparável a doenças como o diabetes, dor lombar, entre outras; e é fator agravante direto e indireto na evolução de doenças frequentes na atenção primária. O autor esclarece ainda que o sofrimento mental comum implica em um primeiro passo de cuidados, para que os sintomas não se agravem.

2.1.2.1 Epidemiologia dos Transtornos Mentais Comuns e Fatores Associados

Segundo Gonçalves et al. (2008), as estatísticas demonstram a importância da preocupação com a saúde mental e bem-estar dos trabalhadores. Para esses autores, os

transtornos mentais representam aproximadamente 13% da sobrecarga de doenças no mundo. Cerca de 25 a 50% dos pacientes que procuram atendimento primário têm pelo menos um transtorno psiquiátrico ou neurológico, sendo que a não-detecção dos casos pode ser de 55% para diagnóstico de depressão e de 77% para ansiedade generalizada.

Em pesquisa realizada com uma amostra probabilística de 3.090 pessoas residentes em Montes Claros/MG, Rodrigues-Neto et al. (2008) destacam que a prevalência dos Transtornos Mentais no Brasil varia de 19 a 34% (COSTA et al., 2002; ALMEIDA-FILHO et al., 1997). Na pesquisa, verificaram alta prevalência dos TMC na população daquela cidade e associação com as variáveis: escolaridade, nível econômico, idade e sexo. Como a pesquisa verificava a relação entre os TMC e procura de métodos alternativos de tratamento, denominados práticas integrativas e complementares (PIC) ou medicina complementar e alternativa (MCA), verificaram ainda a associação com a procura por homeopatia e benzedoiras no tratamento desse transtorno. Para Rodrigues-Neto et al. (2008), a incidência dos TMC torna-se questão de saúde pública, pois está aumentando, chegando a ocorrer prevalências de 40% no âmbito da atenção primária. Segundo eles, fatores associados ao TMC descritos na literatura nacional e internacional são: escolaridade, idade, sexo, renda familiar e prática religiosa (COSTA et al., 2002; GAZALLE et al., 2004; MIRZA et al., 2004; CHIEN et al., 2004; GASTAUD et al., 2006).

Para Maragno et al. (2006), os estudos sobre saúde mental têm verificado associação dos TMC com algumas variáveis sócio-demográficas. Com relação ao sexo, há maior prevalência em mulheres (COUTINHO et al., 1999; LIMA et al., 1999), também apontada nos resultados do estudo de Maragno et al. (2006). Quanto à idade, há resultados diversos: Lima et al. (1999) apontam aumento linear da prevalência de acordo com a idade; porém Coutinho et al. (1999) e Andrade et al. (1999) referem prevalência menor nos maiores de 44 anos e maiores de 60 anos, respectivamente. Já os estudos de Maragno et al. (2006) apontam para uma tendência de aumento linear da prevalência de TMC entre os 45 e 54 anos e, com relação às condições sócio-econômicas, escolaridade e renda, afirmam que há aceitação de que existe uma relação inversamente proporcional entre estas variáveis e a prevalência de TMC. Seu estudo confirma a verificação de uma queda nos valores da razão de prevalência de TMC em direção a categorias de maior escolaridade e maior renda *per capita*. Quanto à situação conjugal, os estudos indicam menor prevalência em indivíduos solteiros, quando comparado a casados, no entanto, esta associação não se manteve significativa quando os

dados foram ajustados segundo as categorias de escolaridade no estudo de Coutinho et al. (1999). Maragno et al. (2006) verificaram menor prevalência dos TMC entre os casados em relação aos solteiros.

Segundo o Caderno de Atenção Básica à Saúde Mental do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), mulheres têm duas vezes mais chances de apresentar essa forma de sofrimento do que os homens, provavelmente mais relacionada à diferença de gênero do que à diferença biológica. A diferença de gênero também influencia na forma de expressão quando se verifica, por exemplo, que homens têm mais problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas do que mulheres. O documento destaca também que a pobreza também se relaciona mais fortemente com o risco de sofrimento mental comum. Patel e Cohen (2003) e Lorant e Deliege (2003) fizeram estudos no Brasil que apontaram baixa escolaridade e menor renda como fatores de risco. O desemprego também aumenta a vulnerabilidade ao sofrimento mental. Entre os empregados, aqueles que possuem demandas que exigem alto desempenho com pouca autonomia ou sentem grande desequilíbrio entre esforço e reconhecimento, relatam mais sofrimento que os demais colegas (STANSFELD; CANDY, 2006).

Somado a esses fatores estruturais, os fatores conjunturais também aumentam o risco de sofrimento mental. Segundo o Caderno de Atenção Básica à Saúde Mental do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) é frequente as pessoas relatarem a precedência de algum fator marcante em suas vidas ao aparecimento do sofrimento. Informa ainda que pesquisas demonstram que o que torna esses acontecimentos marcantes é o desencadeamento de sentimentos de humilhação ou sentir-se sem saída. A primeira está associada à perda de um vínculo importante, como uma separação conjugal, a um ato de delinquência de alguém próximo, como ter um filho preso ou a situações vividas como uma diminuição da pessoa perante a sua comunidade, como sofrer violência doméstica ou mesmo estar desempregado. Já a sensação de sentir-se sem saída foi relacionada a eventos que, de alguma forma, tornam-se impossíveis de serem mudados, como quando, por exemplo, não se tem a opção de mudar de emprego mesmo com um conflito mais intenso no ambiente de trabalho. Outros eventos se tornaram significativos por desencadearem a sensação de medo e, nesses casos, estavam mais associados a sentimentos de ansiedade do que de tristeza e desânimo (BROWN; HARRIS, 1978; HARRIS, 2000; BROWN, 2002).

Segundo o Caderno de Atenção Básica à Saúde Mental do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), pesquisas também demonstram que traços relacionados a características

individuais somados a fatores estruturais (gênero, pobreza, etc.) podem combinar-se para atenuar ou intensificar, encurtar ou prolongar o sofrimento de alguém que passa por um evento desestabilizador. O traço individual mais mencionado é o relacionado à autoestima, que quando elevada é fator protetor e, quando rebaixada, fator de risco ao aparecimento do sofrimento mental comum.

Outro importante fator protetor contra a persistência do sofrimento mental mais intenso é o apoio social. Esse se expressa na presença e na qualidade das relações com pessoas próximas, que podem oferecer, nos momentos de crise, apoio emocional, material ou para buscar recursos que ajudem a resolver os problemas (BRUGHHA, 1995).

Os fundamentos teórico-metodológicos da presente pesquisa e a conceituação de Transtornos Mentais e Comportamentais e Transtornos Mentais Menores ou Comuns, além da promoção da saúde psíquica são apresentados na próxima seção. Essa última está inserida no estudo, dada sua relevância social na proteção e promoção da saúde dos trabalhadores, em especial com relação ao diagnóstico realizado para fins desta dissertação e a entrega dos resultados individuais a todos os interessados e àqueles com resultados mais graves. Nesse tema, a pesquisa serve também como subsídio para os demais níveis de promoção da saúde institucional, referentes à assistência e à intervenção, a serem desenvolvidos durante a atuação profissional da pesquisadora, no local junto a esses servidores. Reforça-se, assim, o compromisso ético assumido previamente com a organização.

2.1.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE PSÍQUICA

A expressão “saúde psíquica” ao invés de “saúde mental” foi adotada no presente estudo, conforme o mesmo entendimento de Borges, Guimarães e Silva (2013), numa tentativa de não incorrer na concepção de dualismo entre mente e corpo, segundo “o modelo biomédico tradicional de influência cartesiana, em que o corpo é separado da mente e apenas o primeiro, por ser observável, pode ser objeto da ciência” (OGDEN, 1999; STROEBE; STROEBE, 1995 apud BORGES; GUIMARÃES; SILVA, 2013, p. 586). Assim, evita-se a tendência ao pensamento dualístico do cartesianismo, pois o termo “psíquico” abrange em sua concepção a noção de multicausalidade, de promoção e de prevenção da saúde como um processo a ser realizado.

Nesse sentido, as práticas preventivas ou de promoção da saúde por parte do Psicólogo do Trabalho e das Organizações ou do Psicólogo da Saúde Ocupacional podem se desenvolver nos níveis: (I) primário, que diz respeito à proteção e promoção da saúde e intervenções antes do problema surgir; (II) secundário, com relação à assistência; e (III) terciário, que intervém na reabilitação e readaptação social, conforme Borges, Guimarães e Silva (2013). Segundo elas, o psicólogo deve fazer um trabalho político, à medida que deve buscar o compromisso da instituição na implantação de mudanças e transformações nas situações de trabalho que impactam o processo saúde-doença.

A prevenção primária destina-se a aumentar a saúde e o bem-estar gerais (BUSS, 2003), e se articula, principalmente, com medidas que visam à educação para a saúde. Zanelli (2010, p. 49) afirma que “o estabelecimento de um programa nos âmbitos decisórios é, sem dúvida, o mais relevante, por seu caráter preventivo”.

Sobre o assunto, o *National Institut of Occupational Safety and Health* (NIOSH) (1999, 2007) recomenda que seja privilegiada

[...] a prevenção primária dos fatores de riscos psicossociais no trabalho (FRPT), o estudo dos fatores pessoais, organizacionais e da interface indivíduo-organização, que influem na saúde ocupacional, as repercussões sociais e econômicas e a implantação de programas (de assistência ao empregado e à família-trabalho, entre outros) (apud BORGES; GUIMARÃES; SILVA, 2013, p. 606).

Embora ainda não estejam completamente estabelecidos os fatores psicossociais de risco no trabalho e os fatores de proteção para saúde psíquica do trabalhador, já existe uma ampla literatura relacionando fatores da organização do trabalho, como exemplo, sobrecarga

de trabalho, fragmentação de tarefas, incerteza quanto ao futuro do emprego, pressão de tempo, altas exigências cognitivas e apoio social reduzido, entre outros; com a etiologia dos agravos psicoemocionais relacionados ao trabalho (MOON, 1996).

Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 1984), aponta para cinco princípios de abordagem da promoção da saúde baseados no modelo ecológico. Esses foram aplicados ao trabalho por Wynne (1989) e estabelecem que a promoção da saúde:

- a. É passível de ser aplicada a todos os grupos de trabalhadores;
- b. Dirige-se às causas subjacentes da falta de saúde;
- c. Combina diversos métodos de abordagem;
- d. Objetiva a participação efetiva dos trabalhadores;
- e. Não é primariamente uma atividade médica, mas deve fazer parte da organização e das condições de trabalho.

Para Borges, Guimarães e Silva (2013) a promoção de saúde no ambiente de trabalho deveria englobar esforços de empregados, empresários e da sociedade para melhorar a saúde dos trabalhadores. Afirmam que, apesar de algumas divergências, os autores, de forma geral, concordam que a organização do trabalho pode ser fator de fragilização mental dos trabalhadores, tornando a organização co-responsável pela saúde psíquica de seus integrantes (VASCONCELOS; FARIA, 2007). As autoras identificam como essenciais os seguintes fatores para atividades eficazes de promoção de saúde: (i) O esforço interdisciplinar que implique numerosos e diferentes atores da empresa (saúde e segurança ocupacional, gestão de RH, gestão de qualidade, formação, entre outros); (ii) A participação e cooperação de todos os atores; e (iii) Um enfoque de amplo alcance que associe as atividades orientadas para o trabalhador com as que abordam o desenho das condições de trabalho e da organização.

Borges, Guimarães e Silva (2013) afirmam ainda que a prevenção secundária é um prolongamento da primária, cada vez que essa não alcançou os objetivos pretendidos, ou seja, é uma intervenção mais especializada, endereçada aos indivíduos que já manifestaram sintomas relacionados à saúde psíquica e visa impedir a progressão do problema-alvo e diminuir a sua prevalência. Com relação à prevenção terciária, afirmam que essas corresponderiam às medidas adotadas após as consequências da incapacitação, da instalação de deficiências funcionais. Objetiva a reintegração do indivíduo na sociedade e a diminuição das consequências do agravo, que já é contínuo e intenso. Nessa fase, busca-se a reabilitação e o aproveitamento da capacidade laboral remanescente do trabalhador.

No capítulo a seguir, apresentam-se definições dos Fatores Psicossociais de Risco no Trabalho (FPRT), cuja identificação permitirá à JFMS a realização de políticas visando seu enfrentamento.

2.2 FATORES PSICOSSOCIAIS DE RISCO NO TRABALHO (FPRT)

Nas duas últimas décadas, pesquisas sobre fatores psicossociais de risco no ambiente de trabalho têm produzido um grande acúmulo de pesquisas empíricas e teóricas.

Os riscos psicossociais têm sua origem no âmbito da organização do trabalho e, embora suas consequências negativas não sejam tão evidentes como a dos acidentes de trabalho, são geradoras de absenteísmo, rotatividade, problemas de qualidade no desenvolvimento do trabalho ou estresse que representam importantes custos econômicos e de pessoal para as empresas (Manual da ISASTUR, [s.d.]).

O ambiente psicossocial no trabalho engloba a organização do trabalho e as relações sociais de trabalho. Fatores psicossociais no trabalho são aqueles que se referem à interação entre e no meio ambiente de trabalho, conteúdo do trabalho, condições organizacionais e habilidades do trabalhador, necessidades, cultura, causas pessoais extra trabalho que podem, por meio de percepções e experiência, influenciar a saúde, o desempenho e a satisfação no trabalho (OIT, 1984).

Para Guimarães (2006), a questão ligada à organização do trabalho e aos fatores psicossociais tem sido mais estudada desde a década de 1960, com o advento das novas tecnologias de produção no trabalho administrativo e industrial.

Cox e Griffiths (1995, p. 23) afirmam que os riscos psicossociais no trabalho podem ser definidos como “todos aqueles aspectos do desenho e gerenciamento do trabalho e os contextos social e organizacional que têm potencial para causar dano físico ou psicológico”. Segundo Guimarães (2006), os Fatores Psicossociais de Risco no Trabalho (FPRT) podem ser entendidos como aquelas características do trabalho que são “estressoras”, isto é, que implicam em grande exigência e são combinadas com recursos insuficientes para seu enfrentamento. Também podem ser entendidas como as percepções subjetivas dos fatores de organização do trabalho, resultantes das características físicas da carga, da personalidade do indivíduo, das experiências anteriores e da situação social do trabalho.

Já no Manual da ISASTUR, os fatores psicossociais podem ser definidos como:

[...] aquelas características das condições de trabalho e, sobretudo, da sua organização que afetam a saúde das pessoas através de mecanismos psicológicos e fisiológicos a que também chamamos de stress (MÉTODO ISTAS21 apud MANUAL DA ISASTUR, [s.d.], [online]).

Para Guimarães (2006), os riscos psicossociais podem ser baseados em dois tipos:

- a. **Estressores ou demandas laborais**, que são entendidas como aspectos físicos, sociais e organizacionais que requerem manutenção do esforço e estão associados a certos custos fisiológicos e psicológicos (*e.g.*, esgotamento). Algumas exigências psicossociais são a sobrecarga quantitativa (*e.g.*, ter sobrecarga de trabalho a ser feito num período de tempo determinado) ou o conflito de papéis (*e.g.*, ter que responder a demandas que são incompatíveis entre si);
- b. **A (falta de) recursos pessoais e laborais**, que são aspectos físicos, psicológicos, sociais e organizacionais funcionais na consecução das metas: reduzem as demandas laborais e estimulam o crescimento pessoal e desenvolvimento profissional.

Com relação ao segundo aspecto, Guimarães (2006) aponta dois tipos de recursos: os pessoais e os laborais. Os primeiros se referem às características individuais, como a auto-eficácia profissional. Os segundos são, entre outros, o nível de autonomia no trabalho, a retroalimentação sobre as tarefas realizadas e a formação que a organização proporciona ao trabalhador. Cita alguns principais exemplos de riscos psicossociais, conforme o quadro a seguir:

O conteúdo do trabalho	A falta de variedade ou ciclos de trabalho curtos, trabalho fragmentado ou sem sentido, baixo uso de habilidades, elevada incerteza, exposição contínua a pessoas por meio do trabalho
Carga de trabalho e ritmo de trabalho	Sobrecarga de trabalho ou sob carga, ritmo de máquina, altos níveis de pressão de tempo, continuamente sujeito a prazos
Agenda de trabalho	Turno de trabalho, trabalho noturno, horários de trabalho inflexíveis, horas imprevisíveis, longas horas ou horas que não permitem socialização
Controle	Baixa participação na tomada de decisões, falta de controle sobrecarga de trabalho, ritmo, turno de trabalho, etc
Ambiente & Equipamento	Disponibilidade de equipamento inadequado, adequação ou manutenção; condições ambientais pobre, tais como a falta de espaço, falta de iluminação, excesso de ruído
Cultura & Função organizacional	Uma comunicação deficiente, baixos níveis de suporte para resolução de problemas e desenvolvimento pessoal, a falta de definição de, ou acordo sobre, objetivos organizacionais

QUADRO 3a - Fatores Psicossociais de Risco no Trabalho

Fonte: Adaptado de Leka, Griffiths e Cox (2003 apud GUIMARÃES, 2006, tradução nossa).

Relações interpessoais no trabalho	Isolamento social ou físico, pobre relações com os superiores, conflito interpessoal, falta de apoio social
Papel na organização	Ambiguidade de papel, conflito de papéis e responsabilidade para as pessoas
Desenvolvimento da carreira	Estagnação da carreira e incerteza, sob a promoção ou sobre a promoção, salários baixos, insegurança no trabalho, baixo valor social do trabalho
Interface do Trabalho doméstico	Demandas conflitantes entre trabalho e lar, baixo apoio em casa, duplos problemas de carreira

QUADRO 3b - Fatores Psicossociais de Risco no Trabalho

Fonte: Adaptado de Leka, Griffiths e Cox (2003 apud GUIMARÃES, 2006, tradução nossa).

Guimarães (2006) descreve algumas características do trabalho que expõem os trabalhadores aos riscos psicossociais:

- Trabalhos que exigem pouco controle sobre o trabalhador e os métodos de trabalho (incluindo-se o trabalho em turnos);
- Trabalhos que não fazem pleno uso das potencialidades do trabalhador para a execução das tarefas;
- Trabalhos cujo papel não envolve tomada de decisões;
- Trabalhos que envolvem somente tarefas repetitivas e monótonas;
- Trabalhos de operação de maquinários (que podem ser monitorados de forma inadequada);
- Trabalhos cujas exigências são percebidas como excessivas;
- Sistema de pagamento vinculado à execução da tarefa com rapidez ou sem pausas;
- Sistema de trabalho que limita as oportunidades para interação social;
- Altos níveis de esforço que não são equilibrados com recompensas suficientes (recursos, remuneração, autoestima, status, etc.).

Ainda que existam algumas iniciativas importantes com relação à avaliação e valorização dos riscos psicossociais, há muito que ser feito e estas atuações supõem um período de tempo para que se chegue a um objetivo comum: o de melhorar a saúde e a qualidade de vida no trabalho.

Nos próximos subitens, serão expostos alguns fatores psicossociais relacionados ao trabalho, que podem ser considerados de risco ou de proteção para a saúde física e/ou mental dos participantes do estudo: contexto de trabalho, satisfação e conflito trabalho-família, temas do presente estudo.

2.2.1 CONTEXTO DE TRABALHO

O trabalho pode ser entendido como o esforço humano em prol de um resultado final e geralmente compreende parte significativa da vida de um indivíduo. Muitas vezes, pode se configurar como fonte de tensão, preocupação e adoecimento por envolver o homem em todas as suas dimensões, sendo importante na construção da subjetividade e, como tal, da saúde mental e coletiva. Além de contribuir (BRIDGES, 1995) para a sobrevivência material, organiza e estrutura a vida dos indivíduos, que assim constroem suas identidades, suas redes de relações e de contatos, seu espaço na sociedade por meio de direitos e obrigações e também estruturam seu tempo.

Assim, muitas pesquisas têm sido realizadas para entender a relação do trabalho com a saúde do trabalhador (BARRETO, 2006; LIMA, 2005; COSTA, 2005; MARTINEZ; PARAGUAY, 2003). Segundo Anchieta et al. (2011), essas pesquisas consideram que o trabalhador poderá adoecer, dependendo das pressões e das exigências às quais está submetido ao realizar suas atividades laborais e dos recursos psicológicos que dispõe para enfrentá-las.

Os estudos sobre contexto de trabalho podem ser encontrados com diversas sobreposições conceituais e nomenclaturas diferentes, tais como: “processo de trabalho”, “ambiente de trabalho”, “relações de trabalho”, “organização do trabalho”. No presente estudo, adotou-se o conceito descrito por Mendes e Ferreira (2006), extraído do conceito de Contexto de Produção de Bens e Serviços (CPBS):

[...] o *locus* material, organizacional e social onde se opera a atividade de trabalho e as estratégias individual e coletiva de mediação, utilizadas pelos trabalhadores na interação com a realidade de trabalho. Esse contexto articula múltiplas e diversificadas variáveis, compondo uma totalidade integrada e articulada (FERREIRA; MENDES, 2003, p. 41).

Para eles, esse conceito expressa uma parte do mundo objetivo do trabalho, com base na perspectiva da abordagem tridimensional (interação sujeito-atividade-mundo), que é fundamento teórico das abordagens da Ergonomia da Atividade (FERREIRA, 2003) e da Psicodinâmica do Trabalho (MENDES, 2004). Embora essas abordagens não sejam o enfoque metodológico principal do presente estudo, parece apropriado utilizar a mesma fundamentação, que é a base do instrumento utilizado para a verificação do contexto de trabalho, a Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho – EACT.

Segundo os autores, o CBPS possui três dimensões interdependentes: (I) organização do trabalho, (II) condições de trabalho e (III) relações sócio-profissionais.

- (I) A **organização do trabalho** é formada pelos elementos prescritos, formal ou informalmente, que expressam a gestão de pessoas e do trabalho presentes na instituição e que balizam o seu funcionamento. É composta pela divisão do trabalho: hierárquica, técnica e social; pela produtividade esperada e suas metas, qualidade e quantidade; pelas regras formais, tais quais: missão, normas, dispositivos jurídicos, procedimentos; pelo tempo de duração da jornada, pausas e turnos; pelos ritmos: prazos e tipos de pressão; pelos controles: supervisão, fiscalização e disciplina, e pelas características das tarefas em sua natureza e conteúdo.
- (II) A **condição de trabalho** é formada pelos elementos estruturais e caracterizam a infra-estrutura e apoio institucional do lócus de produção. É composta pelo ambiente físico, quais sejam: sinalização, espaço, ar, luz, temperatura, som; pelos instrumentos, ferramentas, máquinas e documentação; pelos equipamentos: materiais arquitetônicos, aparelhagem, mobiliário; pela matéria-prima: objetos materiais ou simbólicos, informacionais; pelo suporte organizacional: informações, suprimentos e tecnologias.
- (III) As **relações sócio-profissionais** são constituídas pela interação entre os personagens do lócus de produção e caracterizam sua dimensão social. São compostas pelas interações hierárquicas (chefias imediatas, chefias superiores); pelas interações coletivas intra e intergrupais com membros da equipe de trabalho e de outros grupos de trabalho, e pelas interações externas com usuários, consumidores, representantes institucionais (fiscais, fornecedores).

Segundo Ferreira (2003, p. 24), o CPBS disponibiliza “recursos materiais, instrumentais, tecnológicos e organizacionais aos trabalhadores que os utilizam para que esses exerçam suas atividades”. A análise do CPBS tem como objetivo conhecer o funcionamento da instituição na qual se realiza a pesquisa para identificar os fatores (econômicos, sociais, técnicos, jurídicos) que podem ajudar a compreender a situação-problema investigada na ergonomia da atividade. Ele explica acerca das técnicas de *zoom-in* e *zoom-out*, metáforas da

fotografia utilizadas para explicar a forma de análise do CPBS utilizada na ergonomia. A primeira reflete uma aproximação analítica dos fatores relacionados ao ambiente e a segunda, de um afastamento, para exame dos fatores no seu conjunto e da globalidade da situação.

No caso da aproximação analítica, Ferreira (2003) dispõe os traços a serem verificados do CPBS: levantamento de informações econômicas ou institucionais; conhecer a política de pessoal da empresa; as determinações jurídicas externas à empresa; a localização espacial da empresa; a organização do processo de trabalho; e as tarefas prescritas.

Ferreira (2003) destaca a organização do processo de trabalho como um dos principais estruturadores do CPBS. Essa é composta por propriedades técnicas, que são, por exemplo: o vocabulário técnico do técnico da área, a disposição topológica da estrutura organizacional; os fluxos de produção ou da prestação de serviços; os procedimentos técnicos e administrativos; as características da matéria-prima; os instrumentos e equipamentos, etc.

Sobre as tarefas prescritas, Ferreira (2003) afirma que ocupam um lugar de destaque, pois constituem as atribuições dadas aos trabalhadores pelos organizadores das atividades a serem executadas em um dado ambiente de trabalho. Segundo o autor, as tarefas possuem as seguintes características: são preexistentes ou anteriores à atividade; toda descrição de tarefa veicula um modelo de sujeito, de maneira implícita ou explícita; toda tarefa requer do sujeito uma dupla atividade: de elaboração mental e de execução.

Assim, o perfil da organização do trabalho é traçado por seus aspectos centrais, a saber: as regras informais, as normas de segurança, as exigências de qualidade e de produtividade, as especificidades técnicas e as tarefas prescritas. Segundo Ferreira (2003), o CPBS está previamente posto. Assim,

[...] ele influencia seus “habitantes e usuários” estabelecendo suas propriedades e lógicas de funcionamento. Logo, ele tende a “moldar” o comportamento, explicitando limites e possibilidades de ação dos diferentes protagonistas – os indivíduos – que o utilizam nas situações de trabalho. Essa interação dá-se com base em uma dialética que parece marcar a evolução do sistema produtivo: o sujeito inventa o contexto sociotécnico e este, por sua vez, o “reinventa” [...] com um resultado final que parece eternamente inacabado” (FERREIRA, 2003, p. 28)..

Objetiva-se aqui uma caracterização do CPBS, conforme a base teórico-metodológica adotada na presente pesquisa, de base epidemiológica e diagnóstica. Caracterizar-se-á a instituição estudada, por meio das informações coletadas com a Escala de Adoecimento no Contexto de Trabalho (EACT) e de levantamento documental.

A seguir, apresenta-se breve fundamentação teórica do contexto de trabalho nas instituições públicas.

2.2.1.1 Contexto de Trabalho em Instituições Públicas

O contexto de trabalho da organização pública apresenta algumas peculiaridades. A administração pública pode ser entendida como baseada no modelo burocrático Weberiano, ou seja, marcada pela burocracia que, segundo Chiavenato (2011, p. 265), é “a organização legal, formal e racional por excelência”. O caráter formal “é decorrente de comunicações feitas por escrito a fim de assegurar sua documentação e comprovação” e o caráter legal, “de normas e regulamentos previamente estabelecidos por escrito. Toda organização está baseada em uma ‘legislação’ própria”. Com relação à racionalidade, Chiavenato (2011) explica que se trata de escolher os meios mais eficientes para a implementação das metas “da organização”, destaque-se, e não “individuais” de seus membros. Dentro do mesmo ideário positivista, que é seu berço, a racionalidade burocrática considera a organização como uma máquina e as pessoas como suas engrenagens.

Segundo Chiavenato (2011), o modelo burocrático de administração surgiu por volta da década de 1940 com a emergência do Estado Moderno e foi uma alternativa à fragilidade e parcialidade da Teoria Clássica, considerada mecanicista – foi inaugurada na era industrial e representada especialmente pelas teorias de Taylor e aplicação prática dos conceitos por Henry Ford em sua fábrica de automóveis –, e da Teoria das Relações Humanas – considerada como romântica ingênua, surgiu nos Estados Unidos como reação e oposição à Teoria Clássica da Administração, pois tirava o foco dos aspectos técnicos e formais para a preocupação com as pessoas e os grupos sociais –, adotadas até então. Representou, portanto, um avanço como modelo de organização e almejava ter como consequência final a previsibilidade do comportamento de seus membros e do funcionamento da instituição.

Segundo Max Weber (1947), a burocracia tem as seguintes características: (1) caráter legal das normas e regulamentos; (2) caráter formal das comunicações; (3) caráter racional e divisão do trabalho; (4) impessoalidade nas relações; (5) hierarquia da autoridade; (6) rotinas e procedimentos padronizados; (7) competência técnica e meritocracia; (8) especialização da administração; (9) profissionalização dos participantes; (10) completa previsibilidade do funcionamento.

Entretanto, Merton (1952) observou as consequências imprevistas do modelo burocrático, que levam à ineficiência e às imperfeições que chamou de disfunções da

burocracia. Essas são as responsáveis pelo sentido pejorativo que o termo burocracia adquiriu junto ao conceito popular. Para Merton (1952), não existe organização totalmente racional nem o formalismo tem a profundidade descrita por Weber, porque o tipo ideal sofre transformação quando operado por homens. Segundo Chiavenato (2011, p. 254), as disfunções da burocracia são resultado da desconsideração da chamada organização informal e da falta de preocupação com a variabilidade humana, “que introduz variações no desempenho das atividades organizacionais”. Dessa forma, “em face da exigência de controle que norteia toda a atividade organizacional é que surgem as consequências imprevistas da burocracia”.

Por outro lado, há um desejo de modernização dos serviços públicos. A segunda metade do século XX marca o início da era do conhecimento e da informação, que impõe um processo de reestruturação produtiva apoiado no desenvolvimento da ciência e da tecnologia e na globalização dos mercados às empresas públicas e privadas. Assim, Guimarães T. (2000, p. 127) diz parecer ser consenso entre estudiosos da teoria organizacional que “o sucesso de uma organização é, cada vez mais, influenciado pela sua capacidade de implementar formas flexíveis de gestão que possam fazer face às mudanças do mundo contemporâneo”.

Assim, Guimarães T. (2000) esclarece que, no setor público, o novo desafio que se apresenta é de como transformar “estruturas burocráticas, hierarquizadas e que tendem a um processo de insulamento em organizações flexíveis e empreendedoras”. Tal processo implica na adoção de padrões de gestão desenvolvidos para o ambiente das empresas privadas adequados à natureza do setor público (FERLIE et al., 1996; PEREIRA; SPINK, 1998). A busca da eficiência e da qualidade na prestação de serviços públicos tem como consequência as tentativas de inovação na administração pública, e, para tanto, “são necessários o rompimento com os modelos tradicionais de administrar os recursos públicos e a introdução de uma nova cultura de gestão” (GUIMARÃES T., 2000, p. 127).

Jakson Filho (2004) realizou um estudo de caso para entendimento da influência dos modos de organização do trabalho no serviço público sobre o funcionamento psíquico dos trabalhadores. Para o autor, o serviço público assim como o setor privado, tem se submetido à intensificação do trabalho, expressa pelo ritmo mais acelerado, menor tempo de pausas, maior pressão das chefias e diferentes formas de intimidação. Acrescente-se a existência crescente da pressão social pela melhoria da qualidade, efetividade e eficiência dos processos de trabalho. De outro lado, são introduzidos métodos e ferramentas próprios das empresas

privadas, na tentativa de melhorar a prestação dos serviços, mas esses nem sempre estão adequados à realidade de funcionamento do setor público e acabam por não atingir os objetivos a que se propõem.

Nessa direção, tentativas de modernização da gestão no judiciário têm sido feitas. Cabe destaque especial à iniciativa inédita, com a assinatura da “Carta do Judiciário” pelo presidente do Supremo Tribunal Federal (STF) e do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), ministro Gilmar Mendes, e pelos presidentes dos Tribunais Superiores, Regionais, de Justiça, do Trabalho e Tribunais Eleitorais em 25 de agosto de 2008, durante o I Encontro Nacional do Judiciário, em Brasília. Assim, no dia 8 de dezembro do mesmo ano, “Dia da Justiça”, foi lançado oficialmente o Planejamento de Estratégia e Gestão para o aperfeiçoamento e modernização da Justiça brasileira.

O compromisso registrado na referida Carta, segundo notícia divulgada no site do CNJ (ENCONTRO, 2008), era o de que os presidentes dos tribunais de todo país desenvolvessem mecanismos eficazes para aprimorar os serviços do judiciário, garantindo direitos individuais e sociais para impulsionar a realização do Estado de Direito. O documento estabelecia ainda, como diretrizes de trabalho, a celeridade, a facilidade e a simplificação da prestação jurisdicional e do acesso à Justiça. Previa a ampliação dos meios de alcance à informação processual, o aprimoramento da comunicação interna e externa e do atendimento ao público, além do aproveitamento racional e criativo dos recursos humanos e materiais, a otimização dos recursos orçamentários, a valorização e qualificação dos servidores, o melhor uso da tecnologia em prol do acesso à Justiça e o desenvolvimento de políticas de segurança institucional.

Assim, durante o II Encontro Nacional do Poder Judiciário, realizado dia 16 de fevereiro de 2009 em Belo Horizonte (MG), foram definidas 10 metas nacionais de nivelamento que deveriam ser alcançadas pelo Judiciário no ano de 2009. Destaque especial foi dado à Meta 2, que determinou aos tribunais que identificassem e julgassem os processos judiciais mais antigos, distribuídos aos magistrados até 31.12.2005. Segundo notícia sobre o assunto divulgada no site do CNJ, “foi o começo de uma luta que contagiou o Poder Judiciário do país para acabar com o estoque de processos causadores de altas taxas de congestionamento nos tribunais”.

Pode-se dizer, por meio das observações realizadas por esta pesquisadora na época, que a Meta 2 alcançou o contexto da Justiça de Primeiro Grau de MS, expresso pela pressão

exercida pelo Tribunal Regional da 3ª Região e pelo grande número de horas extras realizadas pelos servidores para cumprimento desse objetivo, que acabou por ser alcançado em 96,67% na Justiça Federal da 3ª Região no final de 2009. Pôde-se observar na época o impacto das dez metas na Justiça Federal como um todo, especialmente pela movimentação causada na JFMS, órgão mais periférico em relação à origem das mudanças. Com relação à primeira meta, foram realizados três encontros na sede da 3ª Região, em São Paulo, que levou quinze servidores ocupantes de funções de chefia da JFMS para estudo e primeiras definições do Planejamento Estratégico para instituição, juntamente com servidores da JFSP. O planejamento construído durante esse curso serviu de base para o planejamento de toda região. A Meta 1 impulsionou ainda a criação de uma Divisão de Gestão Estratégica no TRF3 para dirimir tais assuntos.

Nos anos seguintes, novas metas foram definidas, com maiores desafios. Em 2010, a Meta 2, por exemplo, foi ampliada para abranger processos distribuídos até 31.12.2006 e, ao final do ano, 92,14% desses processos foram julgados na Justiça Federal da 3ª Região. Outras prioridades estabelecidas em 2009, como agilidade e eficiência da Justiça, continuaram em foco.

Atualmente, além das metas nacionais para 2014 e de outras metas específicas aplicáveis a determinados segmentos de justiça, foram traçados os macrodesafios do Poder Judiciário para o período de 2015-2020⁷. Esses representam um segundo Planejamento Estratégico do judiciário nacional, já para o próximo quinquênio.

Como se pode observar, iniciativas para desburocratizar e agilizar o sistema judiciário vêm sendo empreendidas. Tais medidas poderão repercutir em uma melhor gestão, com consequente redução dos fatores psicossociais de risco a ela associados, incorporando a saúde e a qualidade de vida do servidor judiciário a suas políticas e ações. Por outro lado, também pode ser fator de risco quando a busca pela eficácia se fizer a qualquer custo, inclusive, da saúde dos membros da organização. Nesses casos, pode haver servidores sobrecarregados, trabalho desenvolvido com má qualidade, exigência excessiva das chefias, resultando, por exemplo, em interferência do trabalho na família, em insatisfação no trabalho, afastamentos decorrentes de estresse, entre outros.

⁷ O Planejamento Estratégico do Poder Judiciário Federal para o quinquênio de 2015-2020 está disponível para consulta em: <http://www.cnj.jus.br/images/gestao-planejamento-cnj/revisao_do_planejamento_do_judiciario/planejamento_estrategico_do_poder_judiciario.pdf>.

No subitem a seguir, apresenta-se o conceito adotado no presente estudo sobre a satisfação no trabalho.

2.2.2 SATISFAÇÃO NO TRABALHO

A satisfação no trabalho é um fenômeno amplamente estudado, cujo interesse decorre da influência que essa pode exercer sobre o trabalhador, afetando sua saúde física e mental, atitudes, comportamento profissional, social, com repercussões tanto para a vida pessoal e familiar do indivíduo quanto para as organizações (CURA, 1994; LOCKE, 1976; PÉREZ-RAMOS, 1980; ZALEWSKA 1999a, 1999b).

Os estudos sistematizados sobre satisfação no trabalho iniciaram-se na década de 30 (KLIJN, 1998) e desde então têm despertado o interesse de profissionais de saúde e de pesquisadores das mais diversas áreas.

A satisfação no trabalho é um dos principais componentes para a satisfação geral com a vida e é uma estimativa subjetiva de bem-estar (ZALEWSKA, 1999a, 1999b). Assim, satisfação no trabalho também é importante para a saúde mental do indivíduo, à medida que pode ter uma extensão de seu efeito para a vida particular e, ao contrário, caso ocorra a insatisfação no trabalho, será acompanhada de desapontamento que permeará a vida do indivíduo, afetando seu comportamento fora do trabalho (CODA, 1986).

Marqueze e Moreno (2005) afirmam que a satisfação no trabalho é um dos aspectos que interfere na adaptação do trabalho ao homem e do homem ao trabalho, conforme postulam Guérin et al. (1997) e Dejours (2002).

Segundo Siqueira (2008, p. 265), a satisfação no trabalho, nas primeiras décadas do século XX, foi associada com o processo motivacional. Por isso foi estudada como causa de comportamentos no trabalho importantes para os interesses empresariais, tais como o aumento do desempenho e da produtividade e a diminuição da rotatividade e do absenteísmo. Posteriormente, nas décadas de 1970 e 1980, satisfação foi concebida como uma atitude e continuou sendo considerada como um fator preditor de comportamentos desejáveis no trabalho. Embora, ora aproximada ao conceito de motivação, ora ao de atitude, satisfação dos trabalhadores sempre indicava produtividade nos negócios.

Martinez e Paraguay (2003), Cura (1994); Pérez-Ramos (1980), entre outros autores, afirmam que ainda não há consenso sobre conceitos nem sobre teorias ou modelos teóricos de satisfação no trabalho. Além disso, diferentes conceitos e definições para o mesmo construto têm gerado dificuldades e até mesmo falhas metodológicas em estudos sobre o tema (CURA, 1994; PÉREZ-RAMOS, 1980). Por essa razão, definiu-se como base teórica para o presente trabalho, a teoria de satisfação no trabalho proposta por Locke, fundamento do instrumento

utilizado na pesquisa, desenvolvido por Siqueira (1995), chamado Escala de Satisfação no Trabalho – EST.

O modelo de Locke, concebido a partir da década de 1970, baseia-se na concomitância dos “valores”, que é a importância que a pessoa atribui à meta que deseja alcançar, e das “metas” que são os objetivos desejados, que levam o indivíduo a agir (desempenho), obtendo resultados (satisfação) que irão servir de reforço para atribuição dos valores (PERES-RAMOS, 1990 apud MARTINEZ; PARAGUAY, 2003).

Para Locke (1976), a resposta emocional é um reflexo de um julgamento dos valores em duas frentes: a diferença entre o que o indivíduo quer e o que ele percebe como recebendo e a importância do que ele quer, o quanto ele quer. Assim, a intensidade da emoção vai depender da posição que se encontram os valores implicados na emoção, na hierarquia de valores do indivíduo (LOCKE, 1984). Portanto, a obtenção de valores importantes significa alta satisfação, de valores sem importância, não está associado com satisfação e a presença de características desvalorizadas é associada com insatisfação.

Dessa forma, Locke (1969, 1976) considera a satisfação no trabalho como resultado da relação percebida entre o que se quer do trabalho e o que se percebe que está obtendo. A satisfação e a insatisfação no trabalho são situações opostas de um mesmo fenômeno, que se caracteriza por um estado emocional manifestado na forma de alegria ou sofrimento.

A satisfação no trabalho seria, então, um estado emocional prazeroso, resultante da avaliação do trabalho em relação aos valores do indivíduo, relacionados ao trabalho. Insatisfação no trabalho seria um estado emocional não prazeroso, resultante da avaliação no trabalho como ignorando, frustrando ou negando os valores do indivíduo, relacionados ao trabalho. (LOCKE, 1969, 1976, 1984 apud MARTINEZ; PARAGUAY, 2003, p. 65).

Assim, nessa perspectiva, o trabalho seria uma interação complexa de tarefas, papéis, responsabilidades, relações, incentivos e recompensas num contexto físico e social. Por isso, é necessário analisá-lo em termos de seus elementos constituintes, no qual a satisfação, de maneira global, é a soma da satisfação com diversos elementos do trabalho (LOCKE, 1969, 1976). Segundo Locke (1984), embora existam diferenças individuais em relação ao que os indivíduos querem do seu trabalho, existem semelhanças entre os fatores causais da satisfação no trabalho, divididos em dois grupos, a saber:

Eventos e condições (trabalho em si, pagamento, promoção, reconhecimento, condições de trabalho e ambiente de trabalho) e

Agentes (colegas e subordinados, supervisão e gerenciamento, empresa/organização) (LOCKE, 1976 apud MARTINEZ; PARAGUAY, 2003, p. 65).

Os eventos e condições referem-se aos seguintes itens:

Trabalho: diz respeito ao trabalho propriamente dito e ao conteúdo do trabalho, e inclui: um trabalho que seja pessoalmente interessante e significativo, sucesso e sentimento de realização, possibilidade de uso de habilidades e capacidades, possibilidade de crescimento, variedade de tarefas, responsabilidade, autonomia na tomada de decisões, clareza de papéis e ausência de conflito de papéis, avaliação positiva do desempenho no trabalho, harmonia e integração interpessoal, ausência de fadiga física e de monotonia.

Pagamento: compreende equidade (em comparação aos outros que estão recebendo), quantidade (suficiente para suas despesas no contexto de seu estilo de vida preferido), forma de pagamento e benefícios (assistência médica, aposentadoria, férias, seguro desemprego e outros). Os autores também acrescentam a segurança (estabilidade) no emprego como um fator importante no pagamento porque significa uma segurança de recebimento de pagamentos.

Promoção: inclui oportunidades, justiça e clareza (no sistema de promoções) e disponibilidade (nem todos os empregados querem promoção).

Reconhecimento: inclui receber créditos pelas realizações, elogios, desde um anúncio público na empresa até comentários informais.

Condições e ambiente de trabalho: englobam recursos disponíveis (tempo, dinheiro, equipamentos, suporte) para realização do trabalho, jornada de trabalho, pausas, turnos de trabalho, condições físicas (ruído, ventilação, umidade, temperatura, arranjo físico e posto de trabalho) e segurança (ausência de riscos) (HENNE; LOCKE, 1985; LOCKE, 1976, 1984 apud MARTINEZ; PARAGUAY, 2003, p. 66-67).

Os agentes são compostos pelos seguintes itens:

Colegas e subordinados: envolve relações de confiança, competência, colaboração e amizade, bem como o compartilhamento de valores.

Supervisão e gerenciamento: empregados esperam que seus supervisores sejam atenciosos (o que inclui facilitar o alcance de seus valores), justos, competentes, que reconheçam e recompensem o bom desenvolvimento dos empregados e permitam alguma participação no processo de tomada de decisões. Devem, também, demonstrar respeito aos empregados como seres humanos, incluindo comportamento pautado por valores éticos e adequada comunicação de informações.

Empresa/organização: refere-se a como as empresas demonstram respeito pelos empregados e por seus valores, bem como à política de benefícios e pagamentos, e também à competência da organização (sentido de direção, gerenciamento eficaz, geração de um bom produto) (HENNE; LOCKE, 1985; LOCKE, 1976, 1984 apud MARTINEZ; PARAGUAY, 2003, p. 67).

Para Siqueira (2008), a satisfação no trabalho é um conceito integrado por cinco dimensões que se mantiveram ao longo das décadas, são eles:

- (I) Satisfação com o salário,
- (II) Satisfação com os colegas de trabalho,
- (III) Satisfação com a chefia,
- (IV) Satisfação com as promoções e
- (V) Satisfação com o próprio trabalho (natureza do trabalho). Representa a totalização do quanto o trabalhador vivencia experiências prazerosas no contexto da organização.

Assim, cada uma das cinco dimensões compreende uma origem de tais experiências, podendo ser o salário, os colegas, a chefia, as promoções e o próprio trabalho.

Segundo Siqueira e Gomide Jr. (2004), enquanto chefia e colegas de trabalho são dimensões relativas ao ambiente social, a natureza do trabalho representa as atribuições do cargo ocupado. O salário e as oportunidades de promoção são, por sua vez, dois aspectos de gestão de pessoas pelos quais a organização manifesta sua retribuição ao empregado, “constituindo-se em duas maneiras possíveis do empregado observar resultados de seus investimentos na organização e avaliar sua relação de troca com esta” (SIQUEIRA; GOMIDE Jr., 2004, p. 303).

Investigar o nível de satisfação é avaliar o quanto os retornos ofertados pela empresa propiciam ao empregado sentimentos gratificantes. Dessa forma, satisfação pode ser definida como “um estado emocional positivo ou de prazer, resultante de um trabalho ou de experiências do trabalho” (LOCKE, 1976, p. 1.300).

Para Siqueira e Gomide Jr. (2004), satisfação no trabalho, no século XXI, aborda a afetividade no ambiente de trabalho e se trata de um vínculo afetivo do indivíduo com seu trabalho. É compreendida como um resultado (*output*) do ambiente organizacional sobre a saúde do trabalhador e apontada por Siqueira e Padovan ([s.d.] apud SIQUEIRA, 2008) como um dos três mais importantes componentes psicossociais do conceito de bem-estar no trabalho, ao lado de envolvimento com o trabalho e comprometimento organizacional afetivo.

Ladeira et al. (2012), investigaram antecedentes da satisfação dos funcionários públicos da prefeitura de Santa Maria – RS, em 2010. Avaliaram sete construtos na parte teórico-metodológica: rotinas, especificidade do trabalho, desenvolvimento de recursos humanos, *feedback*, conflito nas metas organizacionais, restrições processuais e

especificidades das metas organizacionais. Por meio da técnica de modelagem de equações estruturais, realizaram uma pesquisa descritiva, sendo aplicados 258 questionários. Ao fim, forneceram um modelo aplicado com sete fatores e 11 hipóteses que antecedem a satisfação. Afirmam que essa sofre, com base nos achados empíricos, interferência direta de características do trabalho: rotinas, especificidades e recursos humanos, e essas, por consequência, recebem influência direta do contexto de trabalho.

Para os autores, características do trabalho e contexto do trabalho são dois componentes distintos que formam o ambiente de trabalho. O primeiro diz respeito aos aspectos do trabalho ou responsabilidades do cargo que contribuem para seu estado psicológico (DESANTIS; DURST, 1996; WRIGHT, 2001; BARNETT; BRADLEY, 2007) e afeta o desenvolvimento, crescimento e a disposição dos servidores para o trabalho, como por exemplo, a significância do trabalho (PERRY; PORTER, 1982; BALDWIN; FARLEY, 1991). Esse ainda pode ser entendido como “o que as pessoas fazem no trabalho, ou seja, a natureza do trabalho em relação às tarefas que são compreendidas” (PERRY; PORTER, 1982 apud LADEIRA et al., 2012, p. 75). Inclui as rotinas, que são as tarefas diárias repetitivas; a especificidade do trabalho, que é a transmissão clara dos deveres; os Recursos Humanos, que são às percepções sobre oportunidades de treinamento, ascensão profissional e desenvolvimento das habilidades na organização; e o *feedback*, que promove um mecanismo que guia a ação e desenvolve habilidades necessárias ou julgamentos específicos do trabalho.

Já o segundo aspecto do ambiente de trabalho, chamado “contexto de trabalho”, é formado por características organizacionais, como sistemas, metas e graus de formalização (PAINE; CARROLL; LEETE, 1966; SOLOMON, 1986; KUVAAS, 2009). Nesse, espera-se que os servidores desenvolvam seus deveres (RAINEY, 1989; STIMSON; JOHNSON, 1977; BELLOU, 2009). Também se refere “às características do ambiente, metas e grau de formalização organizacional em que o servidor desenvolve seu trabalho” (LADEIRA et al., 2012, p. 76). Inclui: o conflito nas metas organizacionais, que são resultado da escassez de planejamento, que pode acarretar em uma má interpretação das metas, levando a conflitos; as restrições processuais, que refletem o estado no qual os funcionários estão coagidos pelas regras organizacionais (BUCHANAN, 1975; KIM, 2006) e, quando em excesso, inibem a criatividade, fazendo os trabalhadores interpretarem suas atividades por meio de rotinas cansativas; e, por fim, inclui a especificidade das metas organizacionais, que representa o grau

de compreensão dos objetivos organizacionais por parte dos funcionários (WRIGHT, 2001; JAMALI, 2007; WRIGHT; DAVIS, 2003).

Ambos, as características e o contexto do trabalho, constituem-se em fatores externos de satisfação dos servidores e podem ser moldados diretamente pelas organizações públicas (DESANTIS; DURST, 1996; PERRY; PORTER, 1982; SOLOMON, 1986; BARNETT; BRADLEY, 2007).

Apesar de relevante e muito mencionada, a relação entre satisfação no trabalho e saúde tem sido insuficientemente estudada e pesquisada, segundo Martinez (2002). Esse conhecimento é importante especialmente para ser utilizado como subsídios para medidas preventivas e corretivas no ambiente psicossocial no trabalho, visando à promoção e à proteção da saúde do trabalhador. Pesquisas indicam que indivíduos mais satisfeitos com o trabalho apresentam melhor qualidade de saúde e menor ocorrência de doenças, com relação à saúde física e mental (LOCKE, 1976; ROCHA, 1996; ZALEWSKA, 1999a; 1999b). A satisfação no trabalho também tem sido associada com a longevidade (FRASER, 1983; LOCKE, 1976; BRASIL, 1999).

Martinez e Paraguay (2003) citam pesquisas que relatam a melhor ocorrência de saúde física em indivíduos satisfeitos, bem como maior risco de doenças em indivíduos insatisfeitos, como fadiga, dificuldade respiratória, dor de cabeça, problemas digestivos e dores musculares (HENNE e LOCKE, 1985; LOCKE, 1976; PETERSON; DUNNAGAN, 1998; ROCHA, 1996; ZALEWSKA, 1996). Henne e Locke (1985) e Locke (1976) observaram que indivíduos mais satisfeitos apresentaram menos problemas de saúde, tais como: fadiga, dificuldade respiratória, dor de cabeça, perda de apetite, aumento do colesterol, doença cardíaca arterosclerótica e maior longevidade.

Henne e Locke (1985 apud MARTINEZ; PARAGUAY, 2003, p. 69) consideram os resultados acima plausíveis, tendo em vista que a satisfação é um estado emocional e como tal podem implicar em respostas físicas involuntárias, “onde o nível de satisfação (estado emocional) pode atuar como fonte de estresse agindo sobre o trabalhador de forma a provocar reações orgânicas involuntárias”. Porém, segundo os autores, esses resultados também podem ser interpretados de outras maneiras, nas quais o nível de satisfação pode ser consequência do estresse e não a sua causa, ou ainda, ser influenciado junto com o estado de saúde por algum outro fator em comum. Consideram ainda que as condições físicas podem ser co-variáveis

juntamente com o nível de satisfação no trabalho e que a associação entre esses dois fatores pode ser difícil de ser estabelecida (HENNE; LOCKE, 1985).

Corroborando esse ponto, Martinez (2002) verificou ausência de relação entre satisfação no trabalho e saúde física, entre empregados administrativos de uma empresa de autogestão em saúde e previdência privada. Considerou a possibilidade de ocorrência do “efeito do trabalhador sadio”, em que “haveria uma seleção progressiva de pessoas com a exclusão, pela demissão, daquelas em piores condições de saúde, permanecendo aqueles com a saúde mais preservada” (MARTINEZ, 2002 apud MARTINEZ; PARAGUAY, 2003, p. 69). E ainda a possibilidade de outros fatores relacionados ao trabalho, como ritmo ou carga, estariam exercendo maior impacto sobre a saúde do que a satisfação, além de características individuais do trabalhador, preexistentes.

Coda (1986) diz que a relação da satisfação no trabalho com a saúde mental, pode ocorrer na medida em que aquela tem seus efeitos estendidos para vida particular, sendo que a insatisfação, acompanhada de desapontamento, permeará a vida do indivíduo, afetando seu comportamento fora do trabalho.

Na mesma pesquisa, com empregados administrativos de uma empresa de autogestão em saúde e previdência privada, Martinez (2002) verificou uma correlação da satisfação no trabalho com os aspectos da saúde mental estudados, independentemente das características sócio-demográficas. Entretanto, a satisfação no trabalho teve reduzido poder para explicar a variabilidade da saúde mental, conforme os aspectos estudados, levando-o a concluir que outros aspectos, não contemplados na análise, poderiam também interferir na saúde mental.

Siqueira (2008) afirma que resultados de pesquisas científicas permitiram a compreensão de relações entre diversos fatores que poderiam desencadear níveis de satisfação ou insatisfação. Segundo a autora, o acúmulo de estudos já demonstrou que características pessoais dos trabalhadores (sexo, idade, estado civil e nível de escolaridade) e do ambiente físico (ruído, temperatura, iluminação) ou de estrutura das organizações (funcional, matricial ou híbrida) pouco contribuem para explicar variações nos níveis de satisfação. No entanto, estudos brasileiros (MELEIRO; SIQUEIRA, 2005; PADOVAN, 2005; SIQUEIRA, 2003, 2005; TAMAYO, 1998) apontam o impacto de fatores do contexto sócio-organizacional nessas variações, tais como: valores organizacionais, percepções de justiça, percepções de suporte e de reciprocidade das trocas sociais e econômicas entre empregados e organizações.

Para Siqueira (2008),

Os resultados desses estudos sinalizam que satisfação no trabalho seria um sentimento extremamente sensível às políticas e práticas gerenciais, especialmente aquelas que definem os procedimentos e a distribuição de retornos (percepções de justiça no trabalho) para os comportamentos de trabalhadores, que revelam se a empresa está comprometida com os seus colaboradores, ou seja, o quanto a empresa se preocupa com o bem-estar deles (percepções de suporte organizacional) e o quanto ela (a empresa) estaria disposta a retribuir aos seus empregados os esforços e todos os investimentos que eles aplicam na organização (reciprocidade organizacional) (SIQUEIRA, 2008, p. 266-267).

Em um estudo realizado com 483 empregados de empresas particulares e públicas da Grande São Paulo, Siqueira (2005) testou a pertinência de se considerar a percepção de suporte, percepção de reciprocidade e comprometimento organizacional afetivo como integrantes do esquema mental de reciprocidade. Também, por meio desta, evidenciou-se a capacidade desse esquema explicar proporções significativas da variância de dois critérios afetivos, a saber: satisfação no trabalho e comprometimento organizacional afetivo. Na percepção de suporte organizacional revelou-se o componente cognitivo como maior poder de influência sobre satisfação no trabalho e comprometimento afetivo. A autora acredita que a Percepção de Suporte Organizacional seja resultante de uma representação mental feita pelo trabalhador de sua relação com a empresa, na qual esse se coloca no papel de receptor, e a organização, por sua vez, é colocada no de doadora. Essa, em virtude de doações ou suportes que costuma oferecer a seus colaboradores por intermédio de políticas de gestão de pessoas, é considerada pelo indivíduo como uma possível fonte de apoio e suporte, à qual está ligado por laços de trabalho. Ainda, segundo Siqueira (2005),

[...] é possível que pelo fato de empresas serem concebidas culturalmente como entidades detentoras de recursos e que estes sejam, em parte, distribuídos aos colaboradores, eles entendam ser beneficiários em uma troca social, iniciada pela empresa ao ofertar benefícios de forma genérica a todos, ou especiais a determinadas pessoas que se destacam. Todas estas conjecturas merecem investigações futuras (SIQUEIRA, 2005, p. 92).

Dessa forma, para melhor esclarecimento, apresenta-se a seguir os conceitos de suporte e reciprocidade organizacionais.

2.2.2.1 Percepção de Suporte e de Reciprocidade Organizacionais

As percepções de suporte (EISENBERGER et al., 1986) e reciprocidade organizacionais (SIQUEIRA, 2003) são conceitos psicossociais que têm base nos pressupostos de troca social, representada pela abordagem sociológica proposta por Blau

(1964) e na norma de reciprocidade, defendida por Gouldner (1960). Além desses, Siqueira e Gomide Jr. (2004) afirmam que ambos os conceitos tiveram sua compreensão ampliada ao serem discutidos sob uma perspectiva cognitivista.

Acerca das relações de troca econômica e social, Blau (1964) afirma que existem marcantes diferenças entre elas. A primeira refere-se à barganha entre duas partes, num contexto predefinido estabelecido por um contrato, no qual cada uma conhece exatamente o que deve oferecer e receber entre si. Diferentemente, a troca social acontece com base na confiança e boa fé entre os envolvidos. Segundo o sociólogo, envolve a oferta de “favores que criam futuras obrigações não-especificadas, sendo a natureza da retribuição deixada a cargo daquele que deverá retribuir” (BLAU, 1964, p. 94). A troca social, portanto, estaria baseada na confiança mútua, gerando entre as partes “sentimentos de obrigação pessoal, gratidão e confiança” (BLAU, 1964, p. 94). Em ambos os tipos de troca poderiam emergir a percepção de justiça ou de injustiça, entretanto de maneiras diferenciadas. A violação de uma cláusula, no caso da troca econômica, poderia levar a parte prejudicada a perceber uma situação de injustiça. No caso da troca social, devido à ausência de regras explícitas, cada parte teria a possibilidade de avaliar livremente os benefícios e/ou prejuízos decorrentes de uma relação social.

Previamente ao conceito do princípio de reciprocidade proposto por Gouldner (1960), entende-se que o cotidiano de cada pessoa, em uma determinada comunidade, é regido por leis e códigos morais. Esses servem, dentre outras finalidades, como orientação das condutas individuais nas relações com outras pessoas, permitindo que cada um, molde suas ações de maneira a ser aceito pelos seus pares e que se anteveja, com certa segurança, como outras pessoas reagirão frente à sua própria conduta. Os desvios e transgressões são vistos como indesejáveis e estão sujeitos a sanções. Já a obediência, permitiria à sociedade desenvolver, fortalecer e manter as relações sociais – vínculos sociais – gratificantes entre seus membros.

Nesse sentido, o princípio da reciprocidade entre os membros seria apontado como capaz de preservar e estabilizar os sistemas sociais. Gouldner (1960) retomou o conceito tomando a máxima de Cícero como ponto de partida, segundo a qual não há dever mais indispensável do que retribuir um favor. Para o autor, as relações sociais são regidas por um princípio moral, universal e não-padronizado, que consiste na obrigação de se retribuir um

favor recebido, assentado em duas exigências sociais básicas: (1) deve-se ajudar a quem nos ajuda e (2) não se deve prejudicar quem nos beneficia. Segundo Siqueira e Gomide Jr. (2004),

Mesmo sem prescrição legal, tal princípio é evocado em situações sociais diversas, sempre que um doador oferece ajuda, auxilia, presta um favor ou beneficia outra pessoa. O princípio não prescreve como moralmente desejável a oferta de ajuda nas relações sociais, mas normaliza o comportamento do receptor, prescrevendo como obrigação moral a retribuição do benefício recebido (SIQUEIRA; GOMIDE Jr., 2004, p. 309).

Eles ainda esclarecem que as noções defendidas por Gouldner (1960) estão assentadas em dois papéis do convívio social: o papel de doador e o de receptor. Assim, segundo (NOVA, 2000), o papel social é um conjunto de ações padronizadas que se espera das pessoas ao ocuparem posições numa interação social, e, assim, o princípio de reciprocidade provoca a noção de débito no receptor e leva o doador a desenvolver expectativas de retribuição por parte do receptor.

Dessa forma, o princípio de reciprocidade estabelece padrões de comportamento e regulamenta os vínculos de natureza social.

Com relação à compreensão ampliada dos pressupostos sob a visão cognitivista, primeiramente é necessário esclarecer sobre os esquemas, que para Sternberg (2000) são:

[...] estruturas mentais para representar o conhecimento, abrangendo uma série de conceitos inter-relacionados em uma organização significativa (STERNBERG, 2000, p. 185).

Para esse autor, os esquemas são importantes porque ao serem estruturados, incluem informações que podem ser aplicadas como base para interpretação de situações novas. Segundo Eysenck e Keane (1994), esquema seria

[...] um agrupamento de conceitos que envolve conhecimento genérico e poderá ser utilizado para representar eventos, sequência de eventos, preceitos, situações, relações e até mesmo objetos (EYSENCK; KEANE, 1994, p. 245).

Siqueira e Gomide Jr. (2004) esclarecem que há uma suposição de que o conhecimento humano sobre troca social esteja cognitivamente estruturado pela interdependência de vários esquemas específicos. Assim, o esquema mental de reciprocidade seria estruturado a partir do entrelaçamento dos conceitos: doador, receptor, retribuição, obrigatoriedade, credor e devedor. Os conceitos de doador, receptor, credor e devedor

indicam tipos de papéis sociais e os de retribuição e obrigatoriedade descrevem a natureza da interação social. Assim, Siqueira e Gomide Jr. (2004) afirmam que:

Com base nessa concepção cognitivista, o princípio de reciprocidade seria um conhecimento social formatado mentalmente como um esquema matricial, a partir do qual são interpretadas relações sociais em contextos diversos, especialmente relações de troca social entre indivíduo e organização (SIQUEIRA; GOMIDE JR., 2004, p. 309).

O esquema mental de reciprocidade pode ser visualizado na Figura 1:

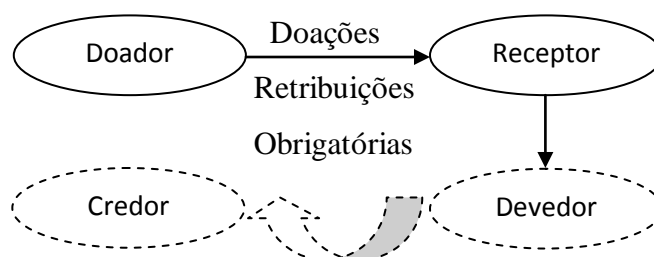


FIGURA 1 - Esquema mental de reciprocidade
Fonte: Siqueira e Gomide Jr. (2004).

Siqueira e Gomide Jr. (2004) ainda explicam que, no contexto de troca social com a organização, haveria ampliação do esquema mental de reciprocidade do empregado para abarcar conceitos que descrevessem possíveis papéis sociais intercambiáveis de dois atores – o empregado e a organização, a saber: quatro papéis do empregado (doador, receptor, devedor e credor) e quatro da organização (doadora, receptora, devedora e credora). Também fazem parte do esquema as noções sobre retribuições dos dois atores e respectivas obrigações.

Assim, é possível verificar os pressupostos sociológicos e cognitivistas que compõem os conceitos de percepção de suporte e reciprocidade organizacionais, apresentados a seguir.

A Percepção de Suporte Organizacional por parte do trabalhador se caracteriza por “crenças globais acerca do quanto o empregador cuida do bem-estar e valoriza as contribuições de seus empregados” (EISENBERGER et al., 1986 apud SIQUEIRA; GOMIDE JR., 2007, p. 309). Refere-se à percepção dos trabalhadores acerca do compromisso das organizações para com eles. Siqueira e Gomide Jr. (2004) esclarecem sobre a necessidade de posicionar o empregado como receptor e a organização como doadora para que a norma de reciprocidade seja adequadamente utilizada como base social na compreensão de percepção de suporte, especificando-se o papel de cada uma das partes durante a troca social.

Assim, os esquemas mentais formados sobre troca social são aplicados para o novo contexto, pois incluem informações que servem de base para interpretação das novas situações que atuam pela relação empregado-organização. Sobre o assunto, Siqueira e Gomide Jr. (2004, p. 311) afirmam que “as crenças que integram a percepção de suporte representam cognições sobre o quanto a organização já doou, por meio de suas políticas de gestão de pessoas, ou poderá doar para seus empregados no futuro”.

Dessa forma, a percepção de suporte organizacional ocorre quando, ao se colocar no papel de receptor de doações já feitas ou que provavelmente serão realizadas, o empregado se identifica como um beneficiário e a organização é por ele identificada como uma fonte social de apoio durante o intercâmbio social.

Segundo Siqueira e Gomide Jr. (2004), os principais antecedentes de percepção de suporte organizacional são: justiça dos procedimentos na distribuição de recursos entre os empregados, suporte oferecido pelas chefias aos seus subordinados (suporte gerencial) e retornos organizacionais (reconhecimento, pagamento, promoções, estabilidade no emprego, autonomia e treinamento). Para os autores, várias pesquisas registradas na literatura demonstram que essa percepção de suporte organizacional em alto nível, ou seja, forte crença de compromisso da organização para com seus colaboradores reduz o absenteísmo e a intenção de sair da empresa, aumenta o desempenho, a satisfação no trabalho, o envolvimento com o trabalho, o comprometimento efetivo com a organização, o comprometimento afetivo com a equipe de trabalho e as ofertas de comportamentos de cidadania organizacional. No caso desta pesquisa, enfoca-se a questão da satisfação no trabalho.

A Percepção de Reciprocidade Organizacional é composta por “um conjunto de crenças acerca do estilo retributivo adotado pela organização perante contribuições ofertadas por seus empregados” (SIQUEIRA, 2003, p. 170). Utilizando-se de esquemas mentais estruturados a partir de situações semelhantes vivenciadas socialmente, o empregado visualiza a organização como uma entidade social com a qual é possível entabular trocas sociais. Assim, segundo Siqueira e Gomide Jr. (2004), desenvolvem-se

[...] expectativas sobre futuras retribuições organizacionais a determinados atos de trabalho, concebidos por ele como favores, benefícios ou ajuda à organização. Atos de ajuda à organização são aqueles ofertados informalmente por um empregado, sempre que ele percebe a necessidade de oferecer ao seu empregador uma quota extra de trabalho, extrapolando suas obrigações formais ou aplicando um esforço extra para resolver situações

problemáticas e/ou imprevistas que se apresentam em seu escopo de atuação na organização (SIQUEIRA; GOMIDE Jr., 2004, p. 312).

Nesse sentido, quando os empregados estabelecem trocas sociais com a organização por meio de atos de colaboração espontâneos, mas não altruísticos, por poderem ser retribuídos, constituem-se os gestos de cidadania organizacional (SIQUEIRA, 2003). Tais atos colocam-nos no papel de doadores e a organização, no de receptora, segundo a percepção dos trabalhadores. Dessa forma, de doador o empregado passa a credor e atribui à organização o papel de devedora, criando-se expectativas por parte do trabalhador de retribuição organizacional. Segundo Siqueira e Gomide Jr. (2004, p. 313), “sendo devedora social, a organização teria a obrigatoriedade de retribuir ao empregado doador os favores recebidos, ofertados na forma de gestos de cidadania organizacional”. Segundo esses autores, o conceito de percepção de reciprocidade organizacional já foi objeto de investigação em algumas pesquisas. Nesses estudos, o conceito demonstrou capacidade preditiva direta sobre vínculos afetivos com o trabalho (satisfação e envolvimento) e com a organização (comprometimento organizacional afetivo). Para a presente pesquisa, interessam as relações estabelecidas com a satisfação no trabalho.

A associação entre satisfação no trabalho e saúde do trabalhador, em especial a saúde mental, tem sido demonstrada por meio de estudos transversais, porém ainda são necessários estudos longitudinais que demonstrem a direção causal dessas associações. São igualmente necessários estudos qualitativos sobre a dinâmica e o significado das associações observadas.

A título de reflexão sobre ações que promovam satisfação no trabalho e saúde dos trabalhadores, sugere-se projetar e avaliar mudanças na concepção e organização do trabalho e que sejam direcionadas para os aspectos psicossociais do trabalho.

A seguir apresenta-se o referencial teórico acerca do conflito trabalho-família utilizado na presente pesquisa.

2.2.3 CONFLITO TRABALHO-FAMÍLIA

Segundo Aguiar (2012), por algum tempo foi comum considerar a esfera do trabalho totalmente desvinculada do domínio familiar, tanto que ainda é costume em muitas instituições a adoção da postura denominada “mito dos mundos separados”. No entanto, com o desenvolvimento dos estudos sobre esse tema, verificou-se que essas duas esferas possuem relações bastante estreitas, pois questões ligadas ao trabalho interferem nas questões da família e vice-versa (CLARK, 2000; EDWARDS; ROTHBARD, 2000; NAMASIVAYAM; ZHAO, 2007; EBY; MAHER; BUTTS, 2010). Segundo a autora, o objetivo é a busca de equilíbrio entre os dois domínios, que não se trata de tarefa fácil, considerando que as demandas das duas esferas nem sempre são conciliáveis.

A compreensão dessa relação é importante não só para as famílias e para organização, mas para sociedade como um todo (EDWARDS; ROTHBARD, 2000). Greenhaus e Beutell (1985) definem conflito trabalho-família como uma forma de conflito de papéis no qual as pressões advindas de uma ou outra dimensão são, de alguma forma, incompatíveis. Esses autores elaboraram um modelo explicativo para o fenômeno que se tornou o mais bem aceito e, atualmente, o mais utilizado.

Segundo o modelo, conforme explica Aguiar (2012), o conflito trabalho-família é um fenômeno complexo com duas características principais: a bidirecionalidade e a multidimensionalidade. A primeira característica dispõe que, ao mesmo tempo em que as demandas do trabalho podem interferir na família, o oposto também pode ocorrer. Com relação à segunda, há referência a três naturezas que podem originar o conflito em cada uma das suas direções: tempo, tensão e comportamento.

Com relação ao tempo, parte-se do pressuposto que é um recurso finito, ou seja, o tempo gasto nas atividades de um papel geralmente não pode ser dedicado a atividades do outro papel (GREENHAUS; BEUTELL, 1985). Já o conflito, baseado em tensão (*strain*), prediz que é possível que a tensão gerada por um domínio, tal como ansiedade, fadiga, depressão, apatia e irritabilidade, dificulte o desempenho do papel do outro domínio. Segundo Aguiar (2012), há uma aproximação entre os conflitos baseados no tempo e na tensão, já que o excessivo envolvimento de tempo em um domínio pode gerar sintomas de tensão. O conflito baseado no comportamento ocorre quando padrões comportamentais exigidos para um papel são incompatíveis com os padrões exigidos para o outro papel ocupado pelo indivíduo.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) realizou de 16 a 18 de março de 2009 o seminário “O Desafio do Equilíbrio entre Trabalho, Família e Vida Pessoal”, em Brasília - DF, em parceria com a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres do Governo Federal, onde discutiram aspectos do tema principalmente relacionados à questão do gênero feminino.

Em um breve histórico acerca da proteção à maternidade defendida pela organização desde a fundação em 1919, a OIT informa que esse é um aspecto de muita importância acerca das condições do trabalho das mulheres e um mecanismo que facilita a articulação entre o trabalho e a família. Durante a primeira conferência, estabeleceu-se licença maternidade de seis semanas, sendo que a mãe tinha direito a receber, nesse período, um salário suficiente para manter-se juntamente com o bebê em “boas condições de saúde e higiene”, além do direito de interromper a jornada de trabalho por uma hora diária para amamentação. Essa primeira convenção foi revisada duas vezes, em 1952 e em 2000, dando origem à última convenção, a de nº 183, que estabelece a obrigação, a ser ratificada pelo Estado, de adoção de medidas necessárias para garantir que a maternidade não seja motivo de discriminação no emprego. Também proíbe a realização de exames de gravidez para a admissão e amplia o período mínimo de licença maternidade para 14 semanas, além de manter a necessidade de a mãe receber no mínimo 2/3 da remuneração habitual, nesse período.

Por sua vez, ao longo dos anos a OIT fez diversas recomendações, como a Recomendação nº 191 em 2000, sobre proteção à maternidade. Essa dispôs sobre a necessidade de ampliação da licença-maternidade em caso de nascimentos múltiplos e a extensão das mesmas garantias em caso de adoção. Aponta para o direito de a mulher retornar ao mesmo posto de trabalho ou a equivalente, após conclusão da licença e de se ausentar do trabalho para acompanhamento médico durante a gestação, com notificação do empregador. Também engloba as atribuições dos pais que, em caso de falecimento ou adoecimento da mãe, têm direito ao usufruto do período restante da licença-maternidade. Recomendou ainda que pais e mães trabalhadores possam gozar de licença parental após a finalização da licença maternidade.

Referindo-se diretamente ao tema das responsabilidades familiares, em 1965, a Recomendação nº 123 englobou o tema sobre emprego das mulheres com responsabilidades familiares, sendo aprimorada pela Convenção nº 156 e pela Recomendação nº 165, ambas sobre trabalhadores e trabalhadoras com responsabilidades familiares. A convenção

estabeleceu a necessidade de desenvolvimento, por parte do Estado, de mecanismos de assistência familiar e à infância, dentro do sistema de seguridade social. Definiu, ainda, a obrigação do Estado em promover medidas de orientação e formação profissional para inserção, manutenção e reintegração desses trabalhadores e trabalhadoras ao sistema produtivo. Já a recomendação, dá importância para o aumento da oferta de serviços de proteção social e melhoria de sua infra-estrutura para garantia do bom desempenho das responsabilidades familiares e fomento da repartição equitativa das responsabilidades no grupo familiar. O avanço alcançado com esses dois documentos diz respeito a dois aspectos principais: a consideração de que a conciliação entre trabalho e família não é um problema apenas enfrentado pela mulher e a definição do direito à igualdade de oportunidades para trabalhadores e trabalhadoras com responsabilidades familiares. Amplia, ainda, o conceito de responsabilidade familiar para além dos cuidados com filhos, englobando aqueles relacionados a outros membros da família que dependam do trabalhador, o que destaca a importância do contexto atual de envelhecimento da população.

Com relação ao tema família e equidade de gênero, o Brasil teve um grande avanço com a promulgação da Constituição de 1988. O texto anterior, de 1967, já promovia a igualdade de gênero e raça no trabalho perante a lei, no entanto, com direitos sociais reduzidos em comparação com a de 1988. Naquele, a família já tinha direito à proteção do poder público, mas o modelo familiar era o instituído pelo casamento, cujo caráter indissolúvel foi suprimido na Constituição de 1988. Nessa última, não somente o casamento formal era o único critério de reconhecimento da família, mas também a união estável entre homem e mulher. Porém, ainda não se fez menção da união homoafetiva ou outras formas de arranjos domésticos que definem família.

No atual texto constitucional, explicitaram-se normas facilitadoras da conciliação trabalho-família como a licença maternidade de 120 dias, bem como a licença paternidade de cinco dias. Também constam no capítulo dos direitos sociais a proteção para mulher no mercado de trabalho, a proibição de diferença de salários, de exercício de funções e de critérios de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil; e a assistência gratuita aos filhos e dependentes desde o nascimento até cinco anos de idade em creches e pré-escolas. Inovou ainda ao propor a extensão de grande parte dos direitos à categoria dos trabalhadores domésticos, composta principalmente por mulheres.

Em conformidade com a defesa da igualdade de gênero, a Constituição de 1988 suprimiu explicitamente o amparo legal à autoridade do homem na família, invalidando brechas legais de afirmação da superioridade masculina e culminando com a edição da Lei 10.406/2002, do novo Código Civil brasileiro, em vigor desde 2003.

A OIT entende que a licença maternidade foi fundamental na proteção da maternidade e do recém nascido, mas afirma que, em virtude do caráter contributivo desse direito, cerca de 46% das mulheres trabalhadoras em idade reprodutiva não podem usufruí-lo, pois estão em situação de informalidade ou sem carteira assinada. O acesso a esse direito é menor para mulheres mais pobres, chegando a não alcançar praticamente 85% desse público. Como solução, propõe introdução de políticas para formalização do mercado de trabalho e contribuição à Previdência Social para ampliar o número de mulheres com acesso à licença maternidade remunerada.

As questões de trabalho e família têm recebido atenção especial nas ações das empresas e nos acordos coletivos, observando-se uma tendência de extensão do auxílio-creche para homens, ampliação da licença maternidade para seis meses e reconhecimento das uniões homoafetivas para extensão de benefícios aos parceiros de mesmo sexo.

Com relação às negociações coletivas, a OIT destaca algumas questões abordadas: aumento das cláusulas ligadas à questões da maternidade/paternidade e filhos e outros familiares desde os anos 90; acompanhamento dos filhos ao médico; a proteção à adoção e aos filhos deficientes; a extensão do período de estabilidade pós-parto a mães e pais, do tempo de concessão de auxílio creche e do período de licença paternidade (DIEESE, 2008 apud OIT 2009).

Finaliza com sugestões de políticas para equilíbrio entre trabalho, família e vida pessoal que englobem:

Compatibilizar os trabalhos não remunerados por meio de ações que tornem o exercício do trabalho mais compatível com as responsabilidades familiares, de forma explícita e sistemática;

Reconhecer tanto o papel econômico e produtivo das mulheres quanto o papel dos homens como cuidadores, a partir de intervenções que visem mudanças comportamentais e culturais, como a garantia da licença maternidade, o acesso universal às creches, a ampliação da licença paternidade, a instituição de licenças parentais e a extensão de benefícios como o auxílio creche para os pais;

Promover o compartilhamento de responsabilidades entre homens e mulheres, por meio de ações de sensibilização e conscientização, bem como campanhas educativas;

Ampliar a quantidade e facilitar o acesso a equipamentos sociais de cuidado infantil;

Promover iniciativas públicas e privadas como serviços de transporte público de qualidade e sistemas de energia e água que são fundamentais no gerenciamento da vida familiar e na economia do tempo dedicado ao trabalho reprodutivo.

Melhorar as capacidades nacionais dos serviços e sistemas de saúde como foco na assistência à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras.

Promover o diálogo social e coordenação entre as várias instâncias governamentais, organizações de trabalhadores/as e empregadores/as e a sociedade civil no sentido de uma maior compreensão, reconhecimento e compartilhamento das responsabilidades familiares entre o Estado, o setor privado, as famílias e entre homens e mulheres (OIT, 2009, p. 15).

2.2.3.1 Conflito Trabalho-Família e Fatores Associados

Pinto (2000) verificou as diferenças de gênero na percepção do conflito trabalho-família, por meio de entrevistas com 33 trabalhadores de uma empresa de produtos lácteos, em Portugal. Concluiu que a interferência do trabalho na família prevalece sobre a da família no trabalho, sendo essa última explicada pelas variáveis do domínio da família (número de filhos) para ambos os sexos e, a primeira, pelas variáveis do domínio do trabalho (trabalho por turnos). Os homens demonstraram, ligeiramente, uma maior interferência do trabalho na família. A autora sugere que as organizações alterem o ambiente de trabalho para torná-lo mais acessível para as mulheres que desejam uma carreira e para homens que queiram se envolver mais com suas responsabilidades familiares.

Souza (2007) realizou um estudo correlacionando o conflito trabalho-família, satisfação no trabalho e do hóspede na rede hoteleira de Porto de Galinhas, em Recife - PE. Os principais resultados demonstraram que a interferência do trabalho na família e a da família no trabalho estão positivamente relacionadas. A interferência do trabalho na família se reflete tanto na satisfação com o trabalho quanto na satisfação com a família, sendo esse último com menor intensidade; e que funcionários satisfeitos geram hóspedes satisfeitos. A interferência do trabalho na família está negativamente relacionada com a satisfação dos funcionários e dos hóspedes, indicando que quanto menor a primeira, maiores as segundas.

Farcas e Gonçalves (2012) realizaram estudo, em Portugal, com 136 sujeitos expatriados e 171 cidadãos portugueses, sendo que esses últimos compuseram o grupo controle. Verificaram que ambos os grupos perceberam maior interferência do trabalho na família que da família no trabalho. Concluíram que a interferência do trabalho na família pode ser reduzida através do suporte prestado pelo supervisor dentro da organização, da adaptação

em termos gerais e da satisfação com a vida. Por outro lado, uma interferência da família no trabalho diminui o grau de satisfação com a vida, no caso dos sujeitos expatriados e dos cidadãos portugueses, e também minimizam a interação dos expatriados com os locais.

Aguiar (2012) realizou estudo com 994 trabalhadores de diferentes ocupações e regiões do Brasil, sendo 696 urbanos e 298 rurais. Os estudos confirmaram uma tendência apontada em outras pesquisas (CASPER et al., 2002; SANTUJÁ; BARHAM, 2005; SOUZA, 2007), de percepção de mais elevada interferência do trabalho na família que da família no trabalho. Ademais, identificou diferenças na intensidade e nos antecedentes do conflito trabalho-família entre os trabalhadores urbanos e rurais, sugerindo a existência de um *link* entre o conflito e a cultura local. Ao investigar a relação entre o conflito trabalho-família e o comprometimento organizacional, os resultados revelaram que o modelo de causalidade que considera o primeiro como antecedente do segundo apresentou melhor ajuste, e, portanto, recomendou-se sua adoção. Além disso, percebeu-se que enquanto a interferência do trabalho na família está ligada à redução do comprometimento organizacional, a interferência da família no trabalho se associa a um maior grau de comprometimento. Essa relação diversa dos fatores da escala com outra variável, segundo a autora, contribui com uma discussão que questiona até que ponto a interferência do trabalho na família e da família no trabalho devem ser compreendidas como dimensões de um mesmo construto ou como dois construtos distintos, porém relacionados, tendo em vista que estabelecem associações diferentes com determinadas variáveis (ADEBOLA, 2005 apud AKINTAYO, 2010; CASPER et al., 2002).

Oliveira et al. (2013) pesquisaram uma amostra com 296 trabalhadores com nível superior e os resultados indicaram que o suporte gerencial contribui para reduzir a interferência do trabalho na família, enquanto que a percepção de consequências na carreira tende a promovê-la. Com relação às consequências dos conflitos, encontraram impactos significativos sobre a satisfação no trabalho, o estresse e a intenção de deixar a empresa, mas não sobre o absenteísmo. Os autores explicam o conceito de suporte gerencial como sendo uma prática informal da empresa, bem como os aspectos relacionados ao contexto e à cultura organizacional. Assim, o superior imediato assume papel importante, “fazendo com que o uso dos benefícios disponíveis e a vivência do conflito sejam diferentes entre membros de uma mesma organização e contingente às crenças e práticas do gestor” (OLIVEIRA et al., 2013, p. 423). Já a percepção de consequências na carreira é um aspecto das variáveis contextuais e da cultura organizacional, na qual “o empregado percebe a necessidade de sacrificar suas

perspectivas de carreira e chances de promoção, caso opte por maior flexibilidade ou por uma vida mais equilibrada” (ANDERSON et al., 2002; PREMEAUX et al., 2007 apud OLIVEIRA et al., 2013, p. 423).

Assim, verifica-se que os estudos de Farcas e Gonçalves (2012) e de Oliveira et al. (2013) estão em conformidade entre si, com relação ao importante papel informal do supervisor no apoio para diminuição da interferência do trabalho na família do funcionário. As pesquisas de Pinto (2000) e de Farcas e Gonçalves (2012), realizadas em Portugal, corroboram com a tendência apontada na pesquisa de Aguiar (2012), inclusive por outros autores, de maior interferência do trabalho na família, que da família no trabalho.

2.3 JUSTIÇA FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

A Justiça Federal de Mato Grosso do Sul (JFMS) é o nome fantasia da Seção Judiciária de Primeiro Grau de Mato Grosso do Sul (SJMS). Trata-se de uma seção da Justiça Federal da 3ª Região, formada também pela Seção Judiciária de Primeiro Grau de São Paulo (SJSP), também chamada de Justiça Federal de São Paulo (JFSP), e pela sede, o Tribunal Regional Federal da 3ª Região (TRF3).



FIGURA 2 - Justiça Federal da 3ª Região

Fonte: Manual de Ambientação de Servidores.

A JFMS Possui 323 (trezentos e vinte e três) servidores distribuídos em sete Subseções, cada uma sediada em um município estratégico do Estado. Cada Subseção possui ao menos uma Vara Federal, pela qual responde um Juiz Federal Titular e a maioria possui um Juiz Substituto. Campo Grande e Dourados possuem ainda Juizados Especiais Federais e há uma Turma Recursal com sede na capital. A seguir, na Figura 3, a localização das Subseções da Seção Judiciária de MS:



FIGURA 3 - Subseções da JFMS

Fonte: Manual de Ambientação de Servidores.

Segundo o site do Órgão⁸, a JFMS foi criada pela Lei nº 6.824, de 22.09.80, e efetivamente instalada em 12.12.80, com 38 servidores e dois Juízes Federais e apenas uma Vara Federal. Por meio do Provimento nº 269, de 14.11.84, foi desmembrada, passando a ser composta por uma Secretaria Administrativa e duas Varas Federais. A partir da Constituição Federal de 1988, com a extinção do Tribunal Federal de Recursos e a criação dos Tribunais Regionais Federais, passou a integrar a 3ª Região, cuja sede, o TRF3, encontra-se na capital do Estado de São Paulo.

Na Subseção de Campo Grande, a 3ª Vara Federal, especializada em crimes de lavagem de dinheiro, cujo Juiz Titular é o Dr. Odilon de Oliveira, foi instalada no dia 15.9.1989. A instalação da 4ª Vara Federal que, junto com a 1ª e 2ª Varas, julga processos da área Cível, ocorreu em 22.8.1996. A 5ª Vara, especializada na área Criminal e em Execuções Penais, e a 6ª Vara, em Execuções Fiscais, foram criadas em 12.4.1999. Atualmente, conta-se com seis Varas Federais na sede.

⁸ Disponível em: <<http://www.jfms.jus.br>>. Acesso em: 18 jun. 2013.

A interiorização da JFMS iniciou-se em 28.04.97, com a criação da 2ª Subseção pela implantação da 1ª Vara Federal de Dourados. Na sequência, foram instaladas as Subseções de Três Lagoas, em 10.12.99, de Corumbá, especializada em Direito Ambiental, Indígena e Agrário, em 09.06.00. Após, ainda foram instaladas a 2ª Vara de Dourados, os Juizados Especiais Federais de Campo Grande e Dourados e a Turma Recursal, as 1ª e 2ª Varas Federais de Ponta Porã e as Varas de Naviraí e Coxim.

Pelo tamanho reduzido da estrutura, de servidores e de autos, a JFMS encontra-se apagada na região pela enormidade da Seção Judiciária, que julga a maior parcela de processos do Brasil: a JFSP. Mesmo assim, encontra-se em crescimento de perspectivas, de demandas processuais e administrativas. No entanto, o ritmo de contratação de novos funcionários é lento, dependente de legislação federal, liberação orçamentária e de outros processos burocráticos, e há muita reclamação de poucos servidores para o serviço excessivo e crescente. Isso pode proporcionar oportunidades, tais como a possibilidade de ascensão a cargos mais elevados, em virtude da grande quantidade de cargo de chefia disponíveis em relação à quantidade de servidores, e a multiplicação das competências, já que vários são os tipos de atividades desempenhadas por um mesmo servidor, mas também pode ocasionar em adoecimento dos trabalhadores. Essa realidade também se faz presente em todas as Subseções do interior do Estado, onde não raro funcionários trabalham além do expediente, realizam mais horas extras e se desdobram para o atendimento dos prazos e metas estipulados pelos códigos legais e pelos órgãos regulamentadores.

A jornada de trabalho real é de 7 horas (no edital: 40 horas semanais) e o horário de funcionamento da instituição das 8h às 18h, sendo o período vespertino o turno principal. Na sede localizada no Parque dos Poderes há controle de presença por ponto eletrônico, nos demais locais e Subseções do interior a frequência é controlada manualmente, por folha de ponto.

2.3.1 AS VARAS FEDERAIS

As Varas Federais são presididas por um Juiz Federal Titular, assessorado pelo Diretor de Secretaria, com o cargo CJ-03. Há em média três seções judiciárias em cada unidade e um oficial de gabinete, com função FC-05. As demais funções estão especificadas conforme os organogramas a seguir:

Varas Cíveis (1ª, 2ª e 4ª Varas Federais):

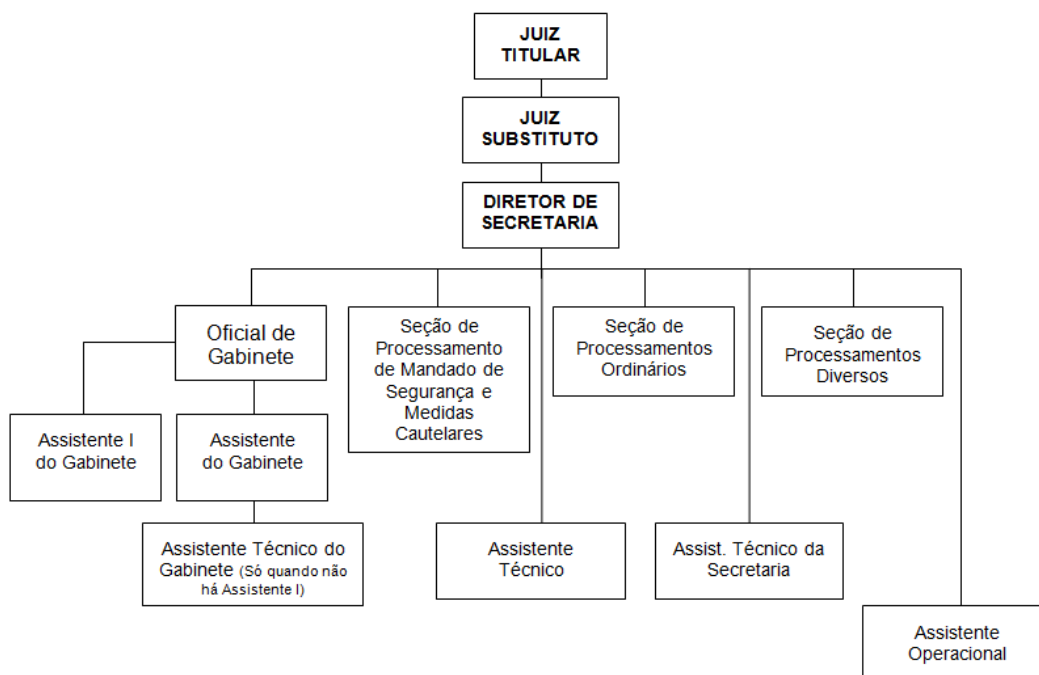


FIGURA 4 - Organograma das Varas Cíveis (1ª, 2ª e 4ª Varas Federais)

Fonte: Manual de Ambientação de Servidores.

Varas Criminais (3ª e 5ª Varas Federais):

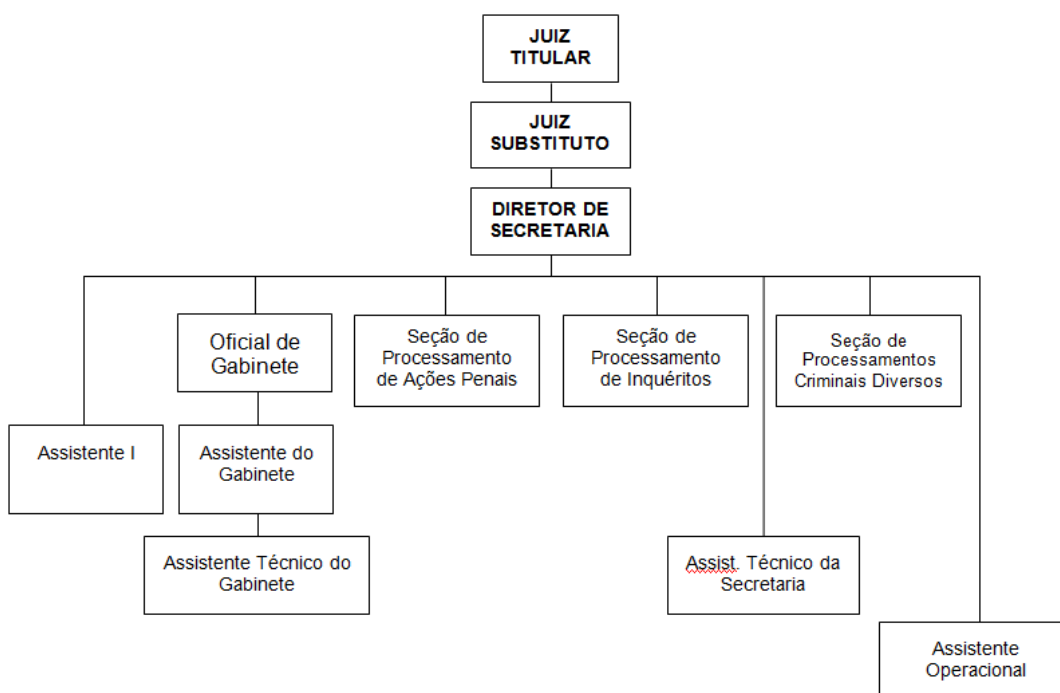


FIGURA 5 - Organograma das Varas Criminais (3ª e 5ª Varas Federais)

Fonte: Manual de Ambientação de Servidores.

Vara de Execução Fiscal (6ª Vara Federal):

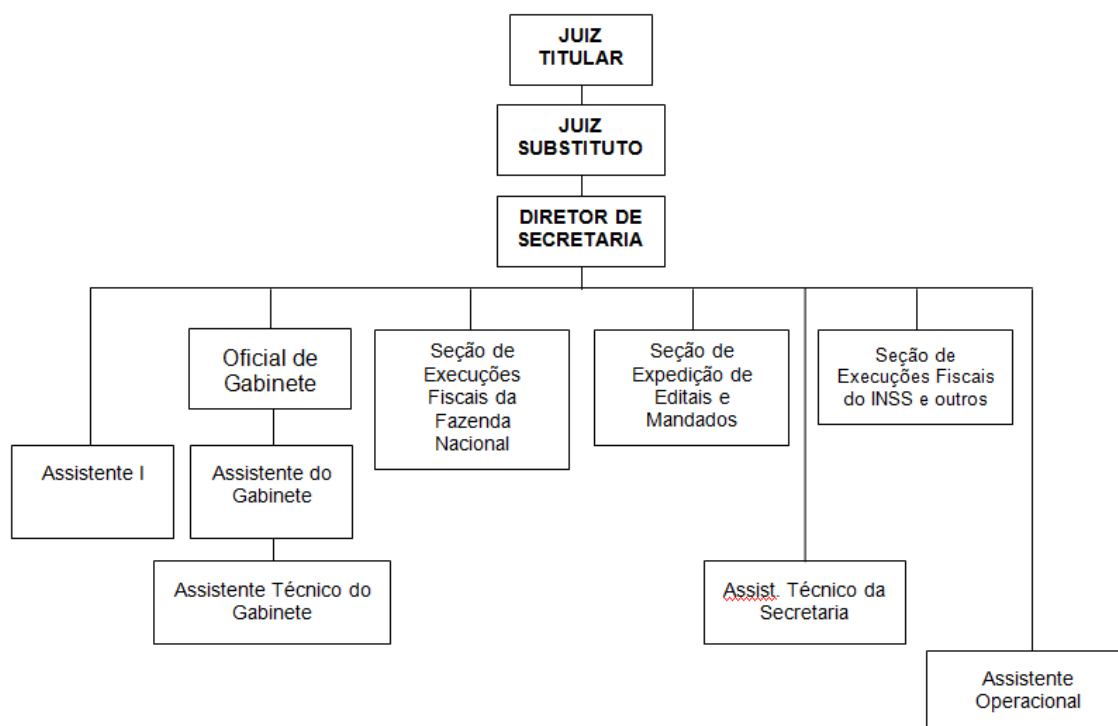


FIGURA 6 - Organograma da Vara de Execução Fiscal (6ª Vara Federal)

Fonte: Manual de Ambientação de Servidores.

A Tabela 1 a seguir informa a quantidade de processos por Vara Federal nos anos de 2011 e 2014, demonstrando, em geral, crescimento da demanda de trabalho:

TABELA 1 - Total de processos ativos por Vara, atualizado em 29.01.2014

Subseção	Vara	Total de processos ativos em 5.7.2011	Total de processos ativos em 29.1.2014	Percentual de crescimento
CAMPO GRANDE	1ª	3.612	6.216	72,09%
	2ª	3.937	5.770	46,56%
	3ª	526	669	27,19%
	4ª	3.929	5.860	49,15%
	5ª	3.802	3.745	-1,50%
	6ª	15.182	20.890	37,60%
DOURADOS	1ª	5.482	5.951	8,56%
	2ª	4.994	4.709	-5,71%
TRÊS LAGOAS	1ª	3.633	5.995	65,02%
CORUMBÁ	1ª	3.745	4.677	24,89%
PONTA PORÃ	1ª	5.150	3.381	15,57%
	2ª	Não existia esta Vara	2.571	
NAVIRAÍ	1ª	2.562	4.722	84,31%
COXIM	1ª	1.322	1.696	28,29%

Fonte: Sistema Processual MUMPS/Caché.

Verifica-se um crescimento maior na 1ª Vara Federal de Campo Grande, responsável por matérias cíveis. Tiveram decréscimo em sua demanda a 5ª Vara Federal de Campo Grande (-1,5%), possivelmente pela divisão de competência com a 3ª Vara Federal de Campo Grande, no ano de 2013, para julgamento de Execuções Penais; e a 2ª Vara de Dourados (-5,71%), possivelmente explicada pela criação do Juizado Especial Federal de Dourados, em 2012.

2.3.2 A ADMINISTRAÇÃO

Responde pela Administração da JFMS a Diretoria do Foro, composta por um Juiz Federal Diretor do Foro e um ou dois Juiz(es) Federal(is) Vice-Diretor(es), assessorado pela Secretaria Administrativa, composto por um servidor que assume o cargo de Diretor de Secretaria, com o cargo CJ-03.

A Secretaria Administrativa é composta por três Núcleos de apoio: Núcleo de Apoio Administrativo (NUAD); Núcleo de Apoio Judiciário (NUAJ) e Núcleo de Recursos Humanos (NURE). Os Diretores dos Núcleos assumem a função FC-06.

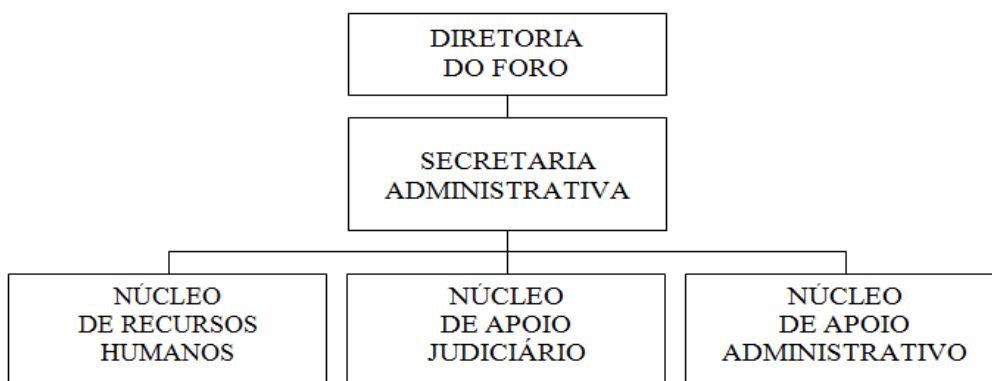


FIGURA 7 - Organograma da Administração

Fonte: Manual de Ambientação de Servidores.

Cada núcleo é subdividido em Seções, chefiada por supervisores com função FC-05, e essas, algumas vezes, em setores (FC-04). Todos os diretores e geralmente os supervisores possuem outros servidores subordinados, mas há casos de supervisores solitários.

A administração tem característica heterogênea por possuir servidores com atividades especializadas, tanto em virtude das funções relacionadas à Seção onde se encontram lotados, quanto em razão da especificidade do cargo. Os cargos especializados, tais como: engenharia, arquitetura, medicina, psicologia, ortodontia, técnico de enfermagem, informática e contabilidade estão localizados na administração.

Segue, nos próximos capítulos, a descrição da pesquisa realizada nesse contexto organizacional.

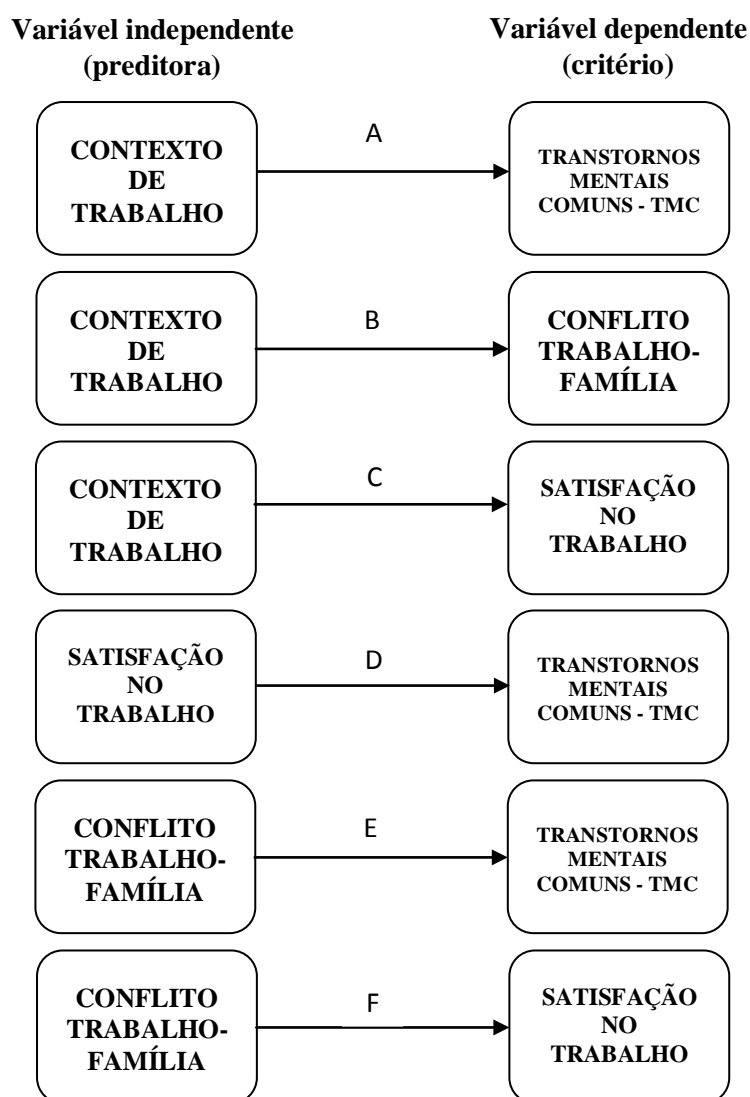
3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a relação entre a saúde psíquica e o trabalho de servidores públicos lotados nas Varas Federais da sede da Justiça Federal de MS, em Campo Grande.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico-ocupacional da amostra;
- Estimar a prevalência dos Transtornos Mentais Comuns na amostra;
- Descrever o contexto de trabalho (organização do trabalho, condições do trabalho e relações sócio-profissionais) da amostra;
- Identificar o nível de (in) satisfação (satisfação e insatisfação) dos trabalhadores da amostra;
- Verificar a percepção do nível de interferência do trabalho na família e da família no trabalho dos servidores pesquisados;
- Correlacionar os resultados dos cinco instrumentos utilizados.

A seguir, apresenta-se um modelo hipotético construído para a presente pesquisa, no qual se estabelece a direção esperada das inter-relações. As hipóteses construídas foram baseadas em cada linha de relação do modelo, da seguinte forma: a primeira, com numeração ímpar, diz respeito à forma da relação, se direta ou inversamente proporcional, e a segunda, com numeração par, faz a afirmação quanto à causalidade esperada e define, dessa forma, as variáveis independentes (preditoras) e dependentes (critério) para realização dos testes estatísticos.



QUADRO 4 - Modelo de Investigação da pesquisa

Fonte: Ujii-Lima e Guimarães (2013).

- **Hipótese 1.** O risco de adoecimento pelo contexto de trabalho é diretamente proporcional ao índice de suspeição para TMC (A).

- **Hipótese 2.** O risco de adoecimento pelo contexto de trabalho antecede à suspeição para TMC (A).
- **Hipótese 3.** O aumento do risco de adoecimento pelo contexto de trabalho é diretamente proporcional ao aumento da interferência do trabalho na família (B).
- **Hipótese 4.** O risco de adoecimento pelo contexto de trabalho antecede a interferência do trabalho na família (B).
- **Hipótese 5.** O risco de adoecimento pelo contexto de trabalho é inversamente proporcional à satisfação no trabalho (C).
- **Hipótese 6.** O risco de adoecimento pelo contexto de trabalho antecede a satisfação no trabalho (C).
- **Hipótese 7.** A satisfação no trabalho é inversamente proporcional ao aumento do índice de suspeição para TMC (D).
- **Hipótese 8.** A satisfação no trabalho é antecedente à diminuição do índice de suspeição para TMC (D).
- **Hipótese 9.** O aumento da interferência da família no trabalho ou do trabalho na família é diretamente proporcional ao aumento do índice de TMC (E).
- **Hipótese 10.** O conflito trabalho-família é antecedente ao aumento do índice de suspeição para TMC (E).
- **Hipótese 11.** A interferência do trabalho na família é inversamente proporcional à satisfação no trabalho (F).
- **Hipótese 12.** A interferência do trabalho na família é antecedente à insatisfação no trabalho (F).

O método utilizado foi o diagnóstico-epidemiológico, de corte transversal, em uma amostra de servidores públicos das Varas Federais da sede da Justiça Federal de Mato Grosso do Sul (JFMS).

5.1 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A Justiça Federal de Mato Grosso do Sul conta com um quadro de 336 (trezentos e trinta e seis) servidores, incluindo cedidos e removidos de outros órgãos, sendo que na sede localizada no Parque dos Poderes, na capital, há 76 (setenta e seis) servidores distribuídos entre as seis Varas Federais e 56 (cinquenta e seis) na Administração.

Participaram da pesquisa, de maneira voluntária, os trabalhadores que compõem a força de trabalho⁹ das Varas Federais da 1ª Subseção de Campo Grande da Seção Judiciária de Mato Grosso do Sul (sede). Dessa forma, a amostra foi formada por conveniência.

Previamente, foi realizado um estudo-piloto com os mesmos questionários em uma população distinta, formada pelos servidores da administração lotados nessa mesma Subseção. A seguir algumas informações importantes dessas populações:

	ESTUDO-PILOTO	ESTUDO DEFINITIVO
Tipo de população	Administração	Varas Federais
Tamanho da população	N=56 servidores.	N=76 servidores.
Quantidade de respondentes	n=19 participantes.	n=50 participantes.
Percentual de adesão à pesquisa	Percentual de 33,92%.	Percentual de 68,49%.

QUADRO 5 - Comparação das amostras: Estudo-Piloto e Estudo Definitivo

Fonte: autora.

⁹ “Força de trabalho” é a expressão utilizada para descrever a quantidade de servidores que efetivamente compõe o grupo de trabalhadores do local. Soma aqueles servidores ocupantes das vagas do quadro de trabalho, que são destinadas por regulamentação específica, com aqueles que trabalham no local por uma situação provisória, ou seja, por estarem prestando serviço ou estarem cedidos, removidos ou licenciados de outros órgãos ou unidades de trabalho e os servidores comissionados sem vínculo com a instituição. Desconta aqueles que ocupam vagas do local e que, por isso, ainda mantêm vínculo com a instituição de origem, mas que foram cedidos, removidos ou licenciados para outros órgãos ou localidades. Assim: Força de trabalho = servidores ocupantes das vagas do quadro + prestadores de serviço + requisitados/removidos/licenciados de outros órgãos + comissionados sem vínculo – cedidos/removidos/licenciados para outros órgãos. Os servidores licenciados são aqueles que estão de licença para acompanhamento do cônjuge.

5.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

- Ser servidor público concursado ou comissionado sem vínculo (Excluem-se, *e.g.*, estagiários, voluntários, terceirizados ou jurisdicionados);
- Estar lotado nas Varas Federais da sede da Justiça Federal de MS (em Campo Grande);
- Estar presente no dia da aplicação dos instrumentos (Excluem-se, portanto, aqueles que gozavam de licença ou férias nessa fase);
- Ter pelo menos seis meses de exercício na instituição;
- Aceitar participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.3 LÓCUS DA PESQUISA

As seis Varas Federais da sede da Justiça Federal de MS, localizadas no Parque dos Poderes da cidade de Campo Grande - MS, referidas anteriormente no subitem 2.3.1.

5.4 INSTRUMENTOS DA PESQUISA

Utilizaram-se os seguintes instrumentos:

- (I) o Questionário Sócio-demográfico-ocupacional (QSDO);
- (II) o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20);
- (III) a Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT);
- (IV) a Escala de Satisfação no Trabalho (EST) e
- (V) a Escala de Conflito Trabalho-Família.

Todos foram aplicados de uma só vez, porém o SRQ-20 foi o penúltimo a ser preenchido. A ordem foi alterada aqui para melhor estruturação do presente trabalho.

5.4.1 QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO-OCUPACIONAL (QSDO)

Esse questionário (APÊNDICES 3 e 4) foi baseado no instrumento desenvolvido para pesquisa semelhante em outro órgão público federal do poder judiciário (GUIMARÃES et al., 2012) e adaptado para realidade da instituição pesquisada. Seus resultados serviram como base para os demais questionários, identificando características sócio-demográficas

(sexo, idade, quantidade de filhos, etc.), ocupacionais (faixa salarial, quantidade de subordinados, tempo de serviço, etc.), mas também hábitos financeiros e de saúde (prática de exercício físico, ingestão de bebida, etc.) que supostamente poderiam interferir no aumento ou diminuição do risco de adoecimento.

5.4.2 SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE (SRQ-20)

O *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) foi desenvolvido pela OMS com o objetivo de rastrear os sintomas dos Transtornos Mentais Comuns em países em desenvolvimento e validado, no Brasil, por Mari e Willians (1986). Composto originalmente com 24 questões, posteriormente, foi simplificado, em virtude do desuso das questões relativas à psicose, pois se concluiu que os questionários auto-respondidos apresentavam baixa sensibilidade para rastreamento deste tipo de patologia. Atualmente, apresenta 20 questões para rastreamento de transtornos não-psicóticos, com respostas fechadas e dicotômicas (sim/não), de fácil correção, bastando somar a quantidade de respostas positivas aos itens. Iaconi e Mari (1989) propuseram um aprofundamento da avaliação do SRQ-20 dividindo suas questões em quatro agrupamentos sintomáticos: humor depressivo-ansioso, sintomas somáticos, decréscimo de energia vital e pensamentos depressivos. O escore de corte estabelecido foi a resposta positiva a 7 (sete) itens ou mais.

Tal questionário encontra-se disponível gratuitamente na internet, é de fácil aplicação e correção. Por esses motivos, mostra-se ideal para aplicação em grandes populações, sendo eficaz para rastreamento de transtornos mentais não-psicóticos. Não tem a mesma eficácia para diagnóstico, pois para tal é necessária comparação com o padrão-ouro, ou seja, com a entrevista psiquiátrica clínica (SEN et al., 1987), o que não é objetivo dessa pesquisa.

5.4.3 ESCALA DE AVALIAÇÃO DO CONTEXTO DE TRABALHO (EACT)

A Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho – EACT é uma das quatro componentes do Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA, de uso privativo do psicólogo. Esse inventário foi construído e validado por Ferreira e Mendes (2003, p. 115) com 5.437 trabalhadores de empresas públicas federais do DF e tem por objetivo “traçar um perfil dos antecedentes, medidores e efeitos do trabalho no processo de adoecimento”.

A EACT é fundamentada no conceito de Contexto de Produção de Bens e Serviços (CPBS) utilizado pela ergonomia da atividade e pela psicodinâmica. Pode exercer papel de

“termômetro” de alguns fatores da inter-relação do trabalho e processo de subjetivação que podem interferir no processo de adoecimento do trabalhador, servindo para pesquisar grandes populações. Possui 31 questões e avalia a representação do contexto de trabalho, ou seja, os antecedentes do processo de saúde-adoecimento. É composta por três fatores:

1) Organização do trabalho, que avalia “a divisão e o conteúdo das tarefas, normas, controles e ritmos de trabalho” (MENDES et al., 2007, p. 115). Possui 11 itens e índice de confiabilidade de 0,72;

2) Condições de trabalho, que verifica “a qualidade do ambiente físico, posto de trabalho, equipamentos e material disponibilizados para execução do trabalho” (MENDES et al., 2007, p. 117). Possui 10 itens e índice de confiabilidade de 0,89;

3) Relações sócio-profissionais, que analisa “os modos de gestão do trabalho, comunicação e interação profissional” (MENDES et al., 2007, p. 117). Possui 10 itens e índice de confiabilidade de 0,87.

A EACT possui uma escala numérica do tipo *Likert* de 5 (cinco) pontos, com itens negativos. A análise deverá ser feita por fator e com base em três níveis diferentes, considerando um desvio padrão em relação ao ponto médio. Os resultados podem ser: grave, se acima de 3,7 pontos; crítico, se entre 2,3 e 3,69 pontos; e satisfatório, se abaixo de 2,29 pontos.

Segundo Mendes et al. (2007), a avaliação satisfatória indica um resultado positivo e produtor de prazer no trabalho, o que deve ser mantido e consolidado no ambiente organizacional. A “situação-limite” demonstra uma potencialização do custo negativo e sofrimento no trabalho, sinalizando estado de alerta, requerendo providências imediatas a curto e médio prazo. A situação grave é um resultado negativo e produtor de custo humano e sofrimento no trabalho, demonstrando forte risco de adoecimento, requerendo providências imediatas para eliminar ou atenuar as causas. Essa última situação pode também ser constatada quando a soma do crítico com o precarizado é maior que o nível satisfatório.

5.4.4 ESCALA DE SATISFAÇÃO NO TRABALHO (EST)

A Escala de Satisfação no Trabalho - EST foi criada por Siqueira (1995). Tem por objetivo avaliar o grau de contentamento do trabalhador em cinco dimensões: (1) satisfação com os colegas; (2) satisfação com o salário; (3) satisfação com a chefia; (4) satisfação com a natureza do trabalho; (5) satisfação com as promoções.

As respostas são obtidas por meio de uma escala do tipo *Likert* de 7 pontos, que varia do totalmente insatisfeito (1) ao totalmente satisfeito (7), sendo o número 4 indiferente. Os valores de precisão são altos (α de *Cronbach*), variando de 0,82 a 0,92, na forma completa com 25 itens e de 0,77 a 0,90 na reduzida, com 15 itens.

A Escala de Satisfação no Trabalho completa descreve os componentes de cada dimensão:

A satisfação com os colegas é o contentamento com a colaboração, amizade, confiança e relacionamento mantido com os colegas de trabalho.

A satisfação com o salário expressa o contentamento do trabalhador com o que recebe como salário se comparado com o quanto trabalha, com sua capacidade profissional, como custo de vida e com os esforços feitos na realização do trabalho.

A satisfação com a chefia é o contentamento com a organização e capacidade profissional do chefe, com seu interesse pelo trabalho dos subordinados e entendimento entre eles.

A satisfação com a natureza do trabalho expressa o contentamento com o interesse despertado pelas tarefas, com a capacidade de elas absorverem o trabalhador e com a variedade das mesmas.

A satisfação com as promoções é o contentamento com o número de vezes que o trabalhador já recebeu promoções, com as garantias oferecidas a quem é promovido, com a maneira de a empresa realizar as promoções e com o tempo de espera pela promoção.

Os resultados podem indicar satisfação, se a partir de 5 pontos; indiferença, se entre 4 e 4,9 pontos; e insatisfação, se abaixo de 4 pontos.

5.4.5 ESCALA CONFLITO TRABALHO-FAMÍLIA (ECT-F)

A Escala Conflito Trabalho-Família (ECT-F) é de uso privativo do psicólogo. Possui 10 questões. Foi originalmente proposta por Netemeyer et al. (1996) e adaptada no Brasil por Aguiar (2012). O instrumento possui duas subescalas: (Fator 1) Interferência do Trabalho na Família (5 questões) e (Fator 2) Interferência da Família no Trabalho (5 questões).

As respostas são obtidas por meio de uma escala do tipo *Likert* de 6 pontos, que varia do discordo totalmente (1) ao concordo totalmente (6). Os valores de precisão são altos (α de *Cronbach*), variando de 0,896 a 0,905 para o fator 1 e de 0,861 a 0,848 para fator 2.

Os resultados podem indicar nenhuma ou baixa percepção de interferência, se entre 1 e 2,5 pontos; moderada interferência, se entre 2,6 e 4,5 pontos; e elevada interferência, se acima de 4,6 pontos.

5.5 PROCEDIMENTOS

5.5.1 SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Foi apresentado ao Juiz Federal Diretor do Foro, autoridade máxima da instituição, e aos Juízes Federais Titulares das Varas, uma lauda contendo o resumo do projeto, informando sobre a importância da pesquisa na instituição, os aspectos éticos, com destaque para o sigilo das informações. A pesquisa foi realizada somente após autorização da autoridade maior da instituição (ANEXO 1) e dos titulares das Varas Federais, inclusive para o estudo-piloto.

5.5.2 TREINAMENTO DAS ESTAGIÁRIAS AUXILIARES PARA APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DA PESQUISA

Quatro acadêmicas do 5º ano de Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB foram treinadas pela pesquisadora e pela orientadora para efetuar a aplicação dos instrumentos de maneira padronizada e não-indutiva de respostas. Isso foi realizado durante os encontros da supervisão do estágio obrigatório em Psicologia da Saúde Ocupacional, uma vez por semana, um mês antes do início da pesquisa (agosto de 2013) até o final das aplicações e devolução dos resultados individuais (novembro de 2013).

5.5.3 DIVULGAÇÃO E SENSIBILIZAÇÃO DO PÚBLICO-ALVO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Foi realizada uma divulgação por e-mail e pessoalmente nas Varas Federais e Administração da sede com explicação dos objetivos da pesquisa.

5.5.4 REALIZAÇÃO DO ESTUDO-PILOTO

A aplicação dos questionários foi inicialmente feita em 19 servidores da Administração da sede. Assim, nesta fase anterior à aplicação principal, estabeleceu-se uma média de 40 min de duração total da aplicação dos instrumentos, foram esclarecidas dúvidas

quanto ao procedimento e realizados ajustamentos das instruções gerais e de algumas questões do QSDO.

5.5.5 REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Os questionários foram aplicados em quatro dias. Foi disponibilizado um cronograma com períodos alternados de aplicação em uma mesma sala, neutra em relação à população-alvo: o auditório da organização. A alternância de períodos, manhã e tarde, foi necessária para abranger um maior número de servidores, tendo em vista amenizar a dificuldade de liberação do por parte das chefias.

A aplicação dos questionários em Campo Grande - MS foi feita por estagiárias de Psicologia, treinadas especialmente para essa tarefa, para amenizar o viés das respostas, que poderia ocorrer em virtude da pesquisadora pertencer ao quadro de funcionários do órgão pesquisado. Foram adotados procedimentos para que a pesquisadora não identificasse os participantes da pesquisa, a saber:

- (I) A devolutiva individual solicitada seria encaminhada para o e-mail pessoal do participante pelas estagiárias aplicadoras, que serão supervisionados pela orientadora;
- (II) A relação do nome dos participantes com os correspondentes questionários respondidos não esteve acessível à pesquisadora;
- (III) Os questionários, aos quais a pesquisadora teve acesso, foram identificados somente com números.

5.5.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Os dados obtidos foram tabulados em *Excel* versão 2007 analisados estatisticamente, com utilização do *software SPSS 17^a* versão. A relação da frequência dos "sintomas" (em cada instrumento) entre si foram testadas por meio do teste *T-Student*. A relação entre esses sintomas e os dados sócio-demográficos foi analisada por meio de estatística descritiva simples. Para teste do modelo de relação entre os instrumentos e traçado nas hipóteses, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson e a análise de regressão linear. Os testes tiveram como critério de significância um percentual de 5%.

Para a análise de regressão linear, foram propostos modelos (Quadro 9) que permitiram a identificação das variáveis independentes e dependentes, para verificar qual a

relação entre elas e se essa está ou não em conformidade com a hipótese construída. O estabelecimento das variáveis dependentes e independentes define uma suposição de causa e efeito, considerando que a primeira é causada pela segunda.

Foram analisados somente os fatores que apresentaram uma correlação de Pearson significativa, ou seja, com valor $p < 0,05$. Para verificação dos dados também se considerou o intervalo de confiança, se suficientemente restrito a ponto de fornecer uma boa confiabilidade nos resultados.

5.5.7 DEVOLUÇÃO DOS RESULTADOS INDIVIDUAIS E COLETIVOS

Até junho de 2014 será oferecido à instituição um relatório com os resultados obtidos, preservando-se a identidade dos participantes, com sugestões de propostas de intervenção. Tal devolutiva será realizada por meio de palestras e apresentação das informações na intranet da instituição. Será confeccionado um artigo para publicação e apresentações em congressos e outros eventos científicos.

Em novembro de 2013, foi encaminhado um parecer por e-mail com os resultados e encaminhamentos necessários aos servidores que assim solicitaram, no momento da aplicação, bem como àqueles que apresentaram resultados graves. Os pareceres foram encaminhados pelas estagiárias que fizeram a aplicação dos instrumentos, supervisionadas pela orientadora da pesquisa.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Este estudo observou, durante todas as etapas de sua realização, as recomendações previstas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e as da Resolução nº 16, de 20 de dezembro de 2000, do Conselho Federal de Psicologia (BRASIL, 2000), que dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) por meio da Plataforma Brasil¹⁰, e obteve parecer positivo (ANEXO 2). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICES 1 e 2), que consta de convite à participação voluntária, de

¹⁰ Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>>. Acesso em: 17 mar. 2013.

forma esclarecida e sem coação ou constrangimento. Aos que manifestaram interesse no TCLE e àqueles que apresentaram resultados graves, foi oferecida uma devolutiva individual dos resultados.

Após a defesa será apresentada à instituição a devolutiva dos resultados coletivos com sugestões de propostas de intervenção.

Cabe ressaltar que a questão ética ligada ao fato da pesquisadora ter vínculo empregatício com a instituição pesquisada foi considerada conforme as razões que seguem:

- I) A pesquisadora ocupa cargo na instituição que possibilita a realização de pesquisas com os trabalhadores (Psicóloga do Trabalho, credenciada no Conselho Regional de Psicologia, regida pelo código de ética da Psicologia);
- II) Esse fato também aumenta a possibilidade de continuidade do comprometimento ético com a instituição após o término da pesquisa, à medida que ações visando promoção da saúde do trabalhador baseadas nos dados levantados na instituição têm maior possibilidade de serem realizadas;
- III) A pesquisadora não exerce cargo de chefia na instituição com relação à população das Varas Federais;
- IV) A pesquisadora não aplicou os questionários na amostra pesquisada, para evitar a possibilidade de identificação individual;
- V) A pesquisadora não fez devolutiva individual dos resultados aos interessados, para evitar identificação dos respondentes;
- VI) Em nenhuma hipótese os questionários serão repassados às chefias ou a qualquer outro dirigente da instituição;
- VII) Os resultados serão divulgados de maneira coletiva, evitando assim a identificação individual.

6.1 PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO-OCUPACIONAL (QSDO)

Os dados sócio-demográfico-ocupacionais foram identificados por meio de 40 questões principais classificadas em: dados do participante, contexto laboral, contexto financeiro, saúde no contexto laboral e saúde, em geral. A seguir serão apresentados os detalhamentos dessas características da amostra.

Com relação aos **dados do participante**, verifica-se que a amostra (n=50) é composta predominantemente por servidores do sexo feminino (60%), com faixa etária entre 49 a 56 anos (34%), sem deficiência (98%), de cor branca (70%), de religião católica (44%) e é praticante (62%). Possui titulação acadêmica de especialização *latu sensu* ou MBA completo (54%), graduação em Direito (84%), com apenas um curso superior (70%). A maioria é casada (82%), mora com o cônjuge (90%) e com os filhos (82%) e a média de pessoas que residem em sua casa, contando com o participante, é de quatro pessoas (3,56). Em geral, os dois filhos que possui (42%) ainda residem em casa (38%) e são dependentes financeiramente (40%), sendo que estão na faixa etária entre 12 anos (22%). Apenas 6% dos participantes residem sozinhos e 16% não têm filhos. a 17 anos (24%) e de 22 anos ou mais (24%), mas também há grande parcela na faixa de 3 a 6 anos (22%). Apenas 6% dos participantes residem sozinhos e 16% não têm filhos.

Com relação ao **contexto laboral**, a maioria da amostra é composta de técnicos judiciários (80%), com tempo de serviço na JFMS de 12 a 15 anos (24%) e nas atuais atividades de 3 a 6 anos (24%). O turno de trabalho principal é o vespertino (46%) e todos estão lotados nas Varas Federais. Informam que excederam a carga horária de trabalho, ao menos uma vez, em pelo menos 30 minutos nos últimos 30 dias (54%), sem recebimento de hora extra ou possibilidade de compensação futura, sendo que o motivo principal foi o excesso de trabalho (36%). Grande parte tem função comissionada de gestor (48%), porém não possui outros servidores subordinados (66%). Faltam mais de 15 anos para aposentadoria para 46% da amostra e o mesmo percentual diz planejar esse período. Para 1/3 da amostra (36%) faltam até 9 anos para aposentadoria.

Sobre o **contexto financeiro**, a maior parte da amostra possui renda familiar bruta entre R\$ 17.000,00 a R\$ 20.000,00 (28%), divide as igualmente responsabilidades financeiras da família (42%) e não tem outras fontes de renda. Não se sente endividada (62%) e por isso as dívidas não geram preocupação (não tem dívidas 30%). O percentual da renda familiar comprometido com dívidas é de até 20% (28,6%), sendo os principais com empréstimo

consignado (44%), financiamento imobiliário (38%) e cartão de crédito e/ou cheque especial (36%). Parcela importante informou possuir financiamento de automóvel (20%) ou não possuir dívidas (20%). As dívidas não motivaram a busca por outras fontes de renda (56%).

Sobre a **saúde no contexto laboral**, a maioria informou não ter retirado licença por motivo de doença (54%) e dos que afirmaram ter retirado (48%), em geral, não foram relacionadas ao trabalho (34%). Os afastamentos foram de até dois dias (20%), por motivos diversos (32%) dos disponibilizados no QSDO, a saber: repouso em virtude de sinusite; rinite; faringite; amigdalite; virose; gripe; cirurgia, retirada de mioma e do útero; capsulite adesiva, proveniente de pesos de processos (fez cirurgia); histerectomia total; retirada vesícula; crise alérgica; lesão dos tendões do ombro direito; foi picado por um inseto peçonhento; trato urinário; tratamento odontológico; acidente doméstico; licença para acompanhamento familiar e realização de consultas. Embora representando a minoria, parcela importante retirou mais de 15 dias, no último ano, para acompanhar pessoa da família adoentada (32%). A maioria informou sentir-se um pouco esgotado ao final do dia de trabalho (60%), pouco realizado (44%) e pouco valorizado profissionalmente (50%). Mais da metade sente que seu potencial é adequado, em relação à exigência do trabalho (68%). Em uma escala de zero a 10, sendo zero o menor e 10 o maior nível de estresse já sentido, em relação à JFMS, predominantemente atribuiu-se a nota sete (16%), e, em relação à vida pessoal, a nota cinco (16%).

Com relação à **saúde em geral**, a maior parte da amostra não fuma nem bebe. Os 42% que afirmaram ingerir bebida alcoólica, o fazem semanalmente ou menos (30%), mas ninguém próximo chegou a sugerir que parasse com esse hábito (48%). Predominantemente, os participantes praticam atividade física (62%), de três a quatro vezes por semana (36%), há pelo menos seis meses (44%), sendo a atividade principal a caminhada (40%) e, em seguida, a musculação (34%). Quanto ao hábito de sono, embora a maioria relatou dormir de seis a oito horas por noite (86%), sentindo-se bem ao acordar (74%) e mais da metade (62%) declarou não se sentir cansada ou sonolenta durante o dia nem dificuldade de atenção ou concentração no trabalho (72%), parcela considerável relatou o contrário (26% não se sente bem ao acordar, 38% sente-se cansada ou sonolenta durante o dia e 28% tem dificuldade de atenção ou concentração no trabalho). No último mês, 49% tiveram algum tipo de insônia do tipo “dificuldades para pegar no sono” (22,5%), com a frequência de tempos em tempos, com períodos de sono regular e outros de insônia (26%). Desses, 8% fizeram acompanhamento

com profissional para tratá-la e 10% utilizaram medicamentos. Sobre a qualidade de vida, a maioria considerou como boa (72%).

Com relação ao histórico familiar de doenças, predominantemente verificou-se a diabetes (64%), a hipertensão (64%), o colesterol ruim/triglicérides alto (62%), a ansiedade (60%), as doenças cardíacas (58%), o estresse (58%) e a alergia (52%). Apresentou-se relato de um alto índice de pessoas com ansiedade (48%), de forma que 32% da amostra informou que a trata ou já a tratou; 38% informou ter estresse e 24% que o trata ou tratou; 38% da amostra relatou ter alergia e 28% que a trata ou tratou; 32% informou ter colesterol ruim/triglicérides alto e 30% que o trata ou tratou; 14% da amostra informou ter depressão e 16% que faz ou fez tratamento. Em suma, com relação à saúde mental, as enfermidades mais prevalentes foram a ansiedade (48%) e o estresse (38%), tendo a depressão uma frequência de 14% (TABELA 2).

TABELA 2 - Resumo de frequência relativa das respostas quanto ao histórico de saúde, às enfermidades e à realização de tratamento em relação à amostra (n=50)

Enfermidade	39.1 Tem histórico na família?	39.2 Tem a enfermidade?	39.3 Trata/tratou? (acompanhamento profissional e/ou medicamentoso)
a) Diabetes	64,0%	8,0%	10,0%
b) Hipoglicemia	8,0%	6,0%	0%
c) Hipertensão	64,0%	12,0%	12,0%
d) Obesidade	32,0%	12,0%	8,0%
e) Colesterol ruim/triglicérides alto	62,0%	32,0%	30,0%
f) Doenças cardíacas	58,0%	8,0%	14,0%
g) Doenças respiratórias (Ex: asma, bronquite)	34,0%	16,0%	14,0%
h) Alergia	52,0%	38,0%	28,0%
i) Deficiência hormonal (Ex: andro/menopausa, hipo/hipertireoidismo, etc.)	46,0%	26,0%	26,0%
j) LER/DORT	16,0%	20,0%	16,0%
k) Depressão	50,0%	14,0%	16,0%
l) Ansiedade	60,0%	48,0%	32,0%
m) Estresse	58,0%	38%	24%
n) Outro:	2,0%	8,0%	8,0%

Legenda de cores: Vermelho – próximo de 100%. Verde – próximo de 0%.

Fonte: Dados da pesquisa.

6.2 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

Foi encontrada uma prevalência de TMC de 20% na amostra pesquisada (Tabela 3). Destaque-se que, para ser considerado com suspeição de TMC, o participante deve ter respondido positivamente a sete ou mais das 20 questões do SRQ-20.

TABELA 3 - Prevalência de TMC na amostra global (n=50)

Suspeição de TMC	Frequência	
	n	%
Presente	10	20%
Ausente	40	80%
TOTAL	50	100%

Fonte: Dados da pesquisa

A seguir, o Gráfico 1 apresenta a distribuição percentual dos agrupamentos sintomáticos na amostra com suspeição para TMC (n=10), no qual verifica-se predominância do sintoma “decréscimo de energia vital”. O Gráfico 2 apresenta a distribuição da frequência relativa por agrupamento sintomático do SRQ-20 da amostra com suspeição para TMC (n=10) em relação ao total de respostas dadas pela amostra global (n=50). Verifica-se que a maior parte das pessoas que relataram possuir os sintomas “decréscimo de energia vital” e “pensamentos depressivos”, além da maior quantidade de respostas positivas para o SRQ-20, são do grupo com suspeição para TMC (n=10).

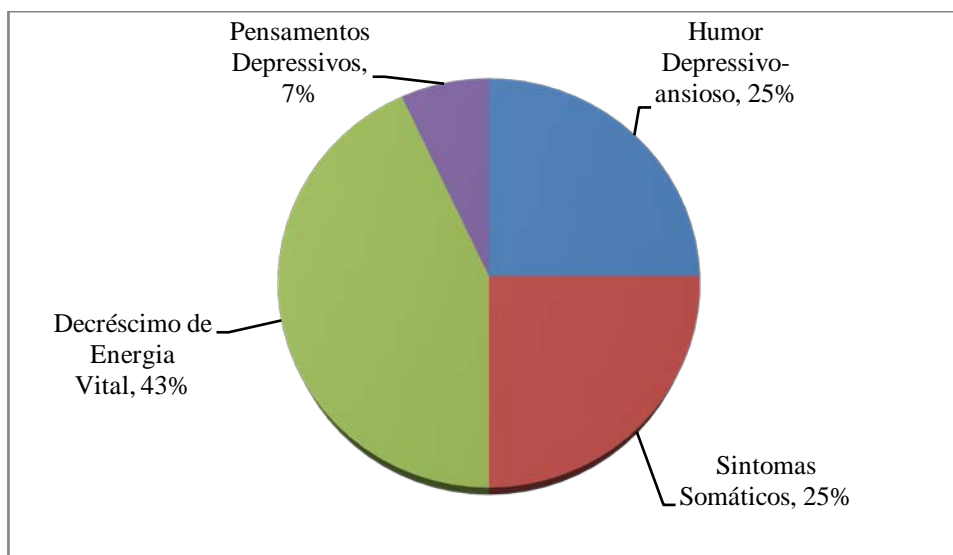


GRÁFICO 1 - Frequência relativa das respostas por agrupamento sintomático do SRQ-20 da amostra com suspeição para TMC (n=10)

Fonte: Dados da pesquisa.

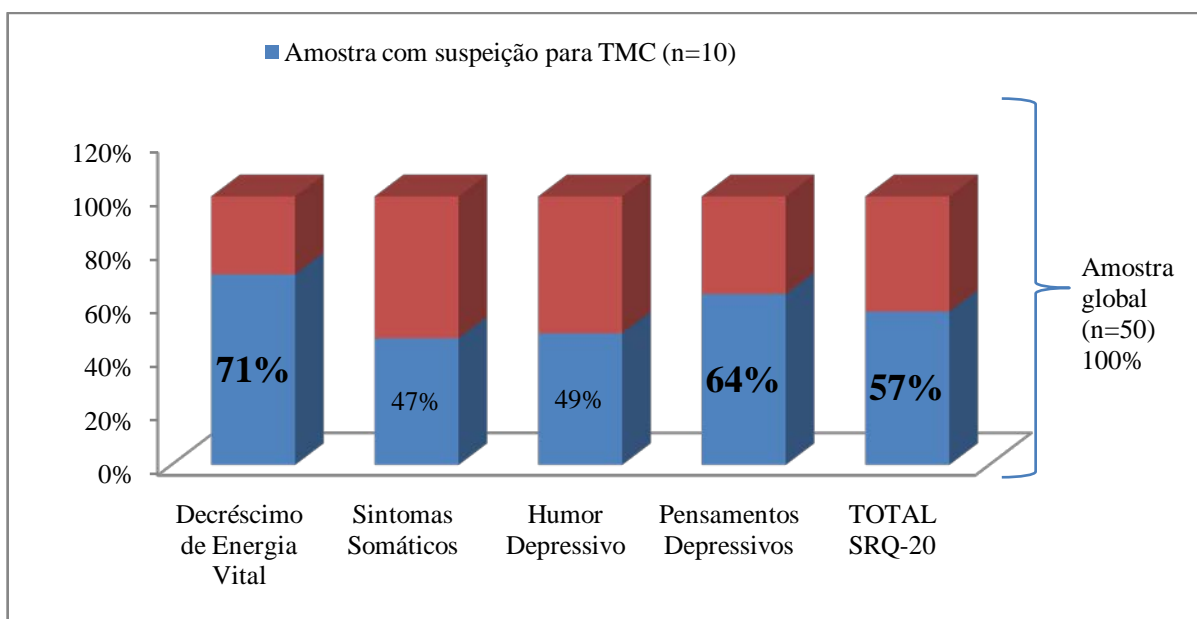


GRÁFICO 2 - Frequência relativa das respostas por agrupamento sintomático do SRQ-20 da amostra com suspeição para TMC (n=10) em relação às respostas da amostra global (n=50).

Fonte: Dados da pesquisa.

No Gráfico 3, na amostra global (n=50), verifica-se a predominância de respostas positivas ao item “sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)”, relativo ao sintoma “humor depressivo-ansioso”. Já na amostra com suspeição para TMC (n=10), verifica-se predominância do item “encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias”, relativo ao sintoma “decréscimo de energia vital”. Em ambos os casos, o item “dorme mal” ocupou o segundo lugar, referente a “sintomas somáticos”. Verifica-se que todos os cinco itens mais frequentes se repetem, tanto na amostra de participantes quanto na amostra com suspeição para TMC.

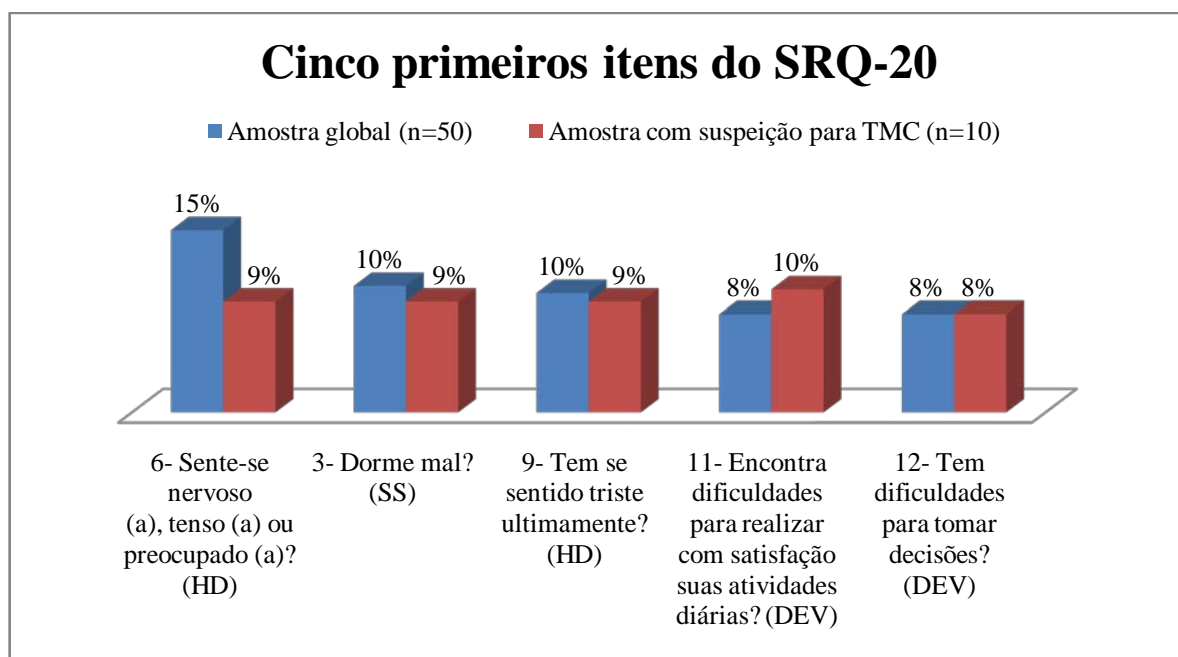


GRÁFICO 3 - Cinco primeiros itens mais frequentes do SRQ-20 na amostra global (n=50) e na amostra com suspeição para TMC (n=10)

* Legenda: HD: Humor depressivo-ansioso; SS: Sintomas Somáticos; DEV: Decréscimo da Energia Vital; PD: Pensamentos Depressivos

Fonte: Dados da pesquisa.

6.3 CONTEXTO DE TRABALHO

A Tabela 4, a seguir, descreve as médias da amostra global, quanto aos fatores do risco de adoecimento no Contexto de Trabalho, a saber: organização no trabalho, condições de trabalho e relações sócio-profissionais, que se encontram em nível crítico. De maneira geral, portanto, o Contexto de Trabalho encontra-se em uma situação de nível grave, pois segundo Mendes et al. (2007), a soma do crítico com o precarizado é maior que o nível satisfatório.

TABELA 4 - Média de valores da amostra global (n=50) por fator da EACT e nível de risco de adoecimento

Fatores	Média (\pm DP)	Nível
Organização no Trabalho	3,42 (\pm 0,59)	Crítico
Condições de Trabalho	2,66 (\pm 0,80)	Crítico
Relações sócio-profissionais	2,61 (\pm 0,82)	Crítico

Fonte: Dados da pesquisa.

6.4 SATISFAÇÃO NO TRABALHO

Verifica-se na Tabela 5 que as médias por fator informam insatisfação da amostra com relação ao salário e às formas de promoções realizadas pela instituição. Os participantes também demonstram indiferença, ou seja, nem satisfação nem insatisfação, quanto aos fatores: colegas, chefia e natureza do trabalho.

TABELA 5 - Média de valores da amostra global (n=50) por fator da EST e nível de satisfação

Fatores	Média (\pm DP)	Nível
Satisfação com o salário	3,85 (\pm 1,30)	Insatisfação
Satisfação com as promoções	3,86 (\pm 0,92)	Insatisfação
Satisfação com a chefia	4,53 (\pm 1,26)	Indiferente
Satisfação com a natureza do trabalho	4,53 (\pm 0,98)	Indiferente
Satisfação com os colegas	4,87 (\pm 0,90)	Indiferente

Fonte: Dados da pesquisa.

Os critérios para avaliação do nível de satisfação no trabalho são: menor ou igual a 3,9 pontos – insatisfação; de 4 a 4,9 pontos – indiferença; maior ou igual a 5 pontos – satisfação. Das escalas utilizadas, essa é a única que, quanto maior a pontuação, melhor e mais desejável é a situação.

De maneira geral, a média de todos os fatores para satisfação no trabalho informa que a amostra demonstra predominantemente a indiferença.

Verifica-se que os seis primeiros itens nos quais a amostra demonstra insatisfação são referentes aos fatores de promoções e salário. Acerca dos demais itens, verificou-se nível de indiferença “com o modo como meu chefe organiza o trabalho no meu setor” sobre a chefia; “com a capacidade de meu trabalho me absorver” sobre a natureza do trabalho e “com confiança que eu posso ter em meus colegas de trabalho” sobre os colegas.

6.5 CONFLITO TRABALHO-FAMÍLIA

A Tabela 6 informa percepção da amostra de moderada interferência do trabalho na família e de nenhuma ou baixa percepção de interferência das demandas familiares no trabalho.

TABELA 6 - Média de valores dos fatores da ECT-F na amostra global (n=50)

Fatores	Média (\pm DP)	Nível
Interferência do Trabalho na Família	2,98 (\pm 1,27)	Moderada
Interferência da Família no Trabalho	1,96 (\pm 0,88)	Baixa ou Inexistente

Fonte: Dados da pesquisa.

Considerando os critérios para avaliação de conflito trabalho-família, têm-se os seguintes valores para o nível de interferência: entre 1 e 2,59 pontos – nenhuma ou baixa; de 2,6 a 4,59 pontos – moderada; acima de 4,6 pontos – elevada.

Verifica-se no Gráfico 4 que 16% da amostra apresenta percepção de elevada interferência do trabalho na família e 26%, de moderada interferência da família no trabalho. Somando-se a percepção moderada e elevada, 60% da amostra percebe que há algum tipo de interferência (prejudicial) do trabalho na família.

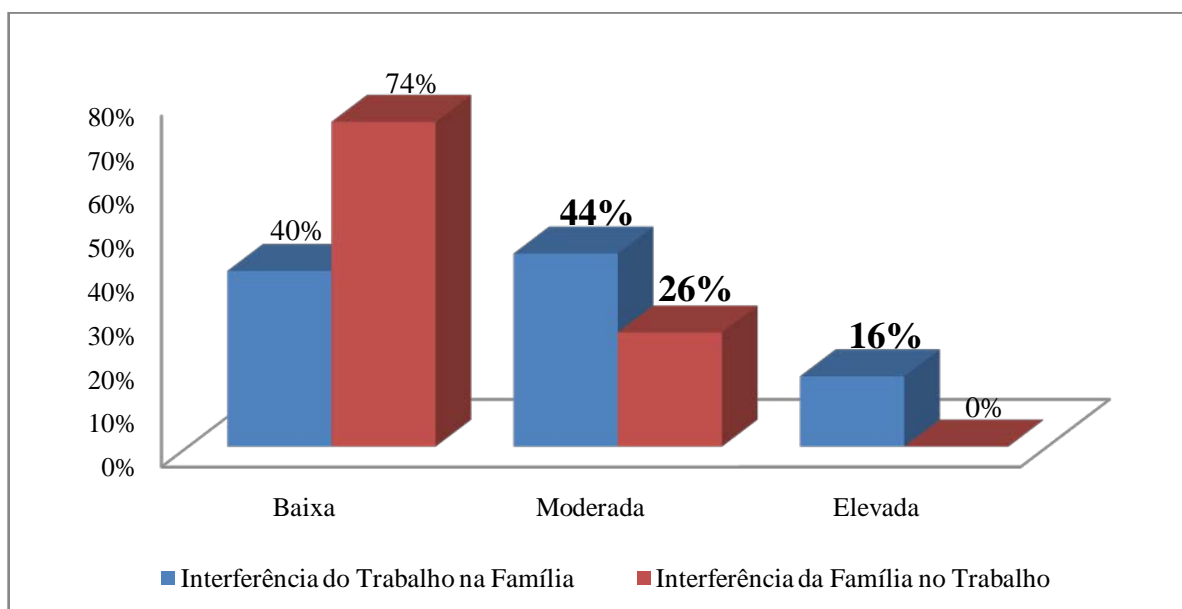


GRÁFICO 4 - Frequência relativa dos fatores da ECT-F por nível de interferência, na amostra global (n=50)

Fonte: Dados da pesquisa.

Apresenta-se no Gráfico 5 a predominância dos fatores por nível de interferência e sexo. Destaque-se que 100% dos casos de elevada interferência do trabalho na família e 62%, de moderada interferência da família no trabalho foram constatados na população feminina.

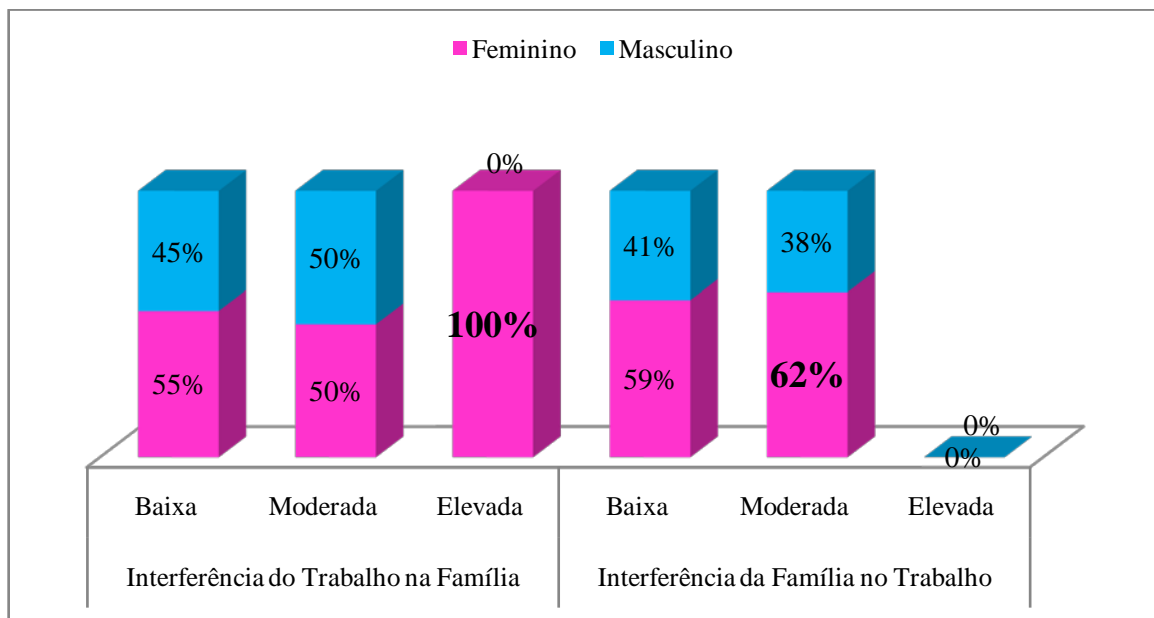


GRÁFICO 5 - Frequência relativa dos fatores da ECT-F por nível de interferência e sexo
Fonte: Dados da pesquisa.

Considerando ser importante analisar a combinação das médias obtidas para os dois fatores da ECT-F (interferência do trabalho na família e da família no trabalho), foram construídos perfis, nos quais o primeiro nível se refere à percepção da interferência do trabalho na família e o segundo, da família no trabalho, da seguinte forma: (A) alto-médio; (B) alto-baixo; (C) médio-médio; (D) médio-baixo; (E) baixo-médio; (F) baixo-baixo. Ressalte-se que não houve nível alto de interferência no fator família-trabalho na amostra.

Calculou-se uma média total que demonstrasse o nível de risco de adoecimento dos servidores, com base nas médias globais de cada instrumento, por perfil construído. Para tanto, a média da Escala de Satisfação no Trabalho foi invertida, apresentando maior gravidade conforme o aumento da média, seguindo a mesma lógica dos demais instrumentos.

Assim, pôde-se realizar uma classificação dos perfis conforme o risco de adoecimento global (média total), que cresce conforme aumenta a média total calculada.

Esperava-se que a combinação dos perfis construídos para ECT-F com a média geral dos outros instrumentos, seguisse a ordenação lógica mais para o menos grave, ou seja, de “A” para “F”. Entretanto, verificou-se a ordenação descrita na Tabela 7 e no Gráfico 6, conforme segue:

TABELA 7 - Classificação dos perfis da ECT-F conforme média total, calculada em função da média global dos demais instrumentos (SRQ-20, EACT e EST)

Classificação	PERFIS TF - FT	MÉDIA EACT	MÉDIA EST*	TOTAL SRQ-20	MÉDIA TOTAL
1º	(B) alta-baixa	3,99 (grave)	4,46 (insatisf.)	8,60 (com TMC)	4,52
2º	(A) alta-média	2,95 (crítico)	3,64 (indif.)	5,60 (sem TMC)	3,70
3º	(C) média-média	2,92 (crítico)	3,56 (insatisf.)	5,37 (sem TMC)	3,54
4º	(E) baixa-média	1,98 (satisfatório)	4,11 (indif.)	7,00 (com TMC)	3,51
5º	(D) média-baixa	2,86 (crítico)	3,27 (indif.)	2,57 (sem TMC)	2,95
6º	(F) baixa-baixa	2,71 (crítico)	3,66 (indif.)	1,33 (sem TMC)	2,79

* Valores invertidos.

Legenda: TF – Interferência Trabalho-Família. FT – Interferência Família-Trabalho

Fonte: Dados da pesquisa.

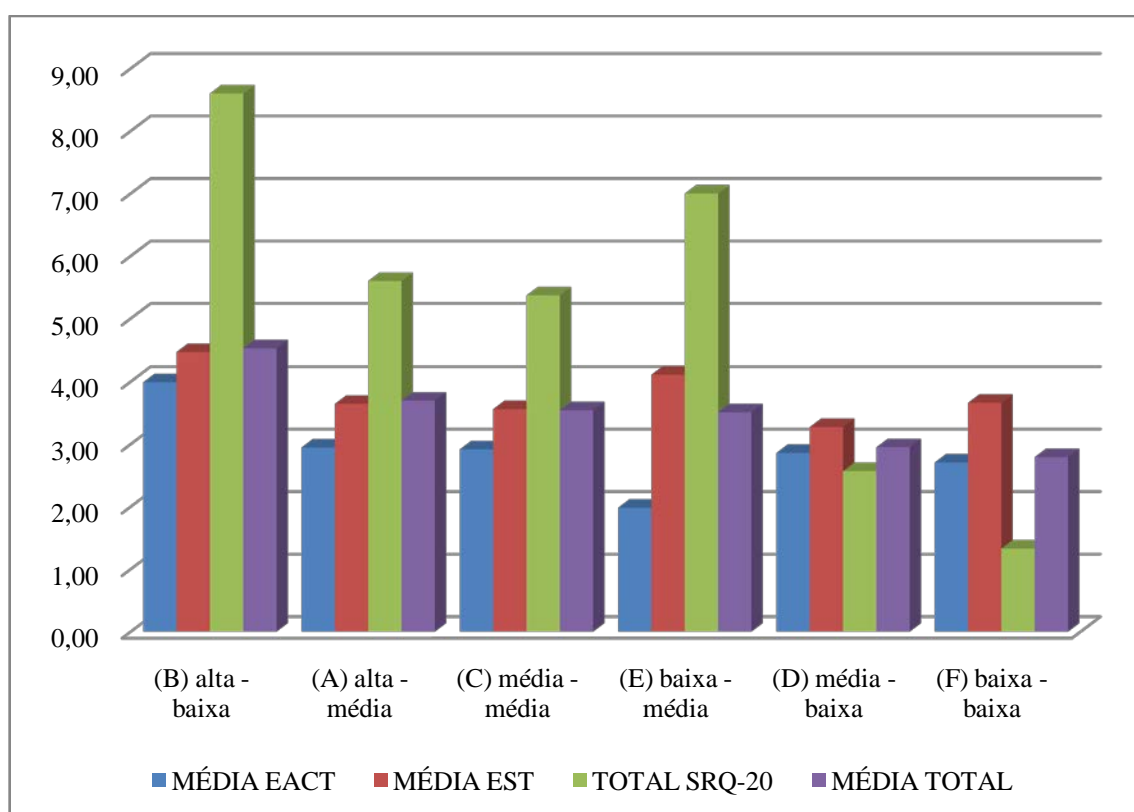


GRÁFICO 6 - Perfis da ECT-F e médias globais dos instrumentos (SRQ-20, EACT e EST), ordenados em relação à média total encontrada

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme se verifica acima, a ordenação dos perfis encontrada, do mais para o menos grave, foi: (B) alto-baixo; (A) alto-médio; (C) médio-médio; (E) baixo-médio; (D)

médio-baixo; (F) baixo-baixo, com inversão inesperada do perfil “B”, que foi ordenado à frente do “A”, e, igualmente, do “E”, à frente do “D”.

6.6 CORRELAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

Procedeu-se a correlação dos resultados utilizando-se a correlação de Pearson entre os fatores dos seguintes instrumentos: SRQ-20 e EACT; SRQ-20 e EST; SRQ-20 e ECT-F; EACT e EST; EACT e ECT-F; EST e ECT-F.

Estabeleceu-se um erro estatístico de 5% para o qual se comparou o valor de p. Se o valor de p for menor ou igual que esse percentual estipulado ($p < 0,05$), aceita-se a hipótese nula como falsa e a testada como verdadeira, e se diz que o valor é significativo. Nesses casos, o valor é assinalado com um asterisco (*). Para os valores de p com erro estatístico de até 1%, assinala-se com dois asteriscos (**), demonstrando que a correlação é bem significativa ($p < 0,01$). Com relação à força da correlação de Pearson, considerou-se fraca, quando de 0 a 0,3; média, de 0,3 a 0,7 e forte, a partir de 0,7.

A seguir, a descrição dos achados.

Conforme a Tabela 8, na análise dos instrumentos SRQ-20 e EACT, demonstrou-se as seguintes correlações significativas:

- Entre o total de respostas positivas ao SRQ-20 e os fatores “organização no trabalho” e “relações sócio-profissionais” da EACT, de maneira diretamente proporcional e com força média (obs: dos três fatores da EACT, o total de respostas positivas ao SRQ-20 não estabeleceu correlação significativa somente com “condições de trabalho”);
- Entre o sintoma “pensamentos depressivos” do SRQ-20 e o fator “condições de trabalho” da EACT, de maneira inversamente proporcional e correlação fraca;
- Entre o sintoma “decréscimo de energia vital” do SRQ-20 e o fator “relações sócio-profissionais” da EACT, de maneira diretamente proporcional e com força média.

TABELA 8 - Correlação dos cinco fatores do SRQ-20 com os três da EACT

SRQ-20 \ EACT	Organização no Trabalho	Condições de Trabalho	Relações sócio-profissionais
Humor depressivo-ansioso	0,110	0,028	0,168
Sintomas Somáticos	0,154	0,123	0,174
Decréscimo de Energia Vital	0,239	0,203	0,369**
Pensamentos Depressivos	-0,065	-0,284*	0,102
TOTAL SRQ-20	0,365**	0,241	0,445**

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Fonte: Dados da pesquisa.

Associando-se os instrumentos SRQ-20 e EST, verificaram-se as seguintes correlações significativas (Tabela 9):

- Entre o total de repostas positivas ao SRQ-20 e todos os cinco fatores da EST (“satisfação com os colegas”, “com o salário”, “com a chefia”, “com a natureza do trabalho” e “com as progressões”), de maneira inversamente proporcional e com força média;
- Entre o sintoma “decréscimo de energia vital” do SRQ-20 e os fatores “satisfação com os colegas”, “com o salário”, “com a chefia” e “com a natureza do trabalho” da EST, de maneira inversamente proporcional e com força média (obs.: dos cinco fatores da EST, o sintoma “decréscimo de energia vital” do SRQ-20 não estabeleceu correlação significativa somente com a “satisfação com as promoções”);
- Entre o sintoma “pensamentos depressivos” do SRQ-20 e o fator “satisfação com a chefia”, de maneira inversamente proporcional e com força média.

TABELA 9 - Correlação dos cinco fatores do SRQ-20 com os cinco da EST

SRQ-20 \ EST	Satisfação com os colegas	Satisfação com o salário	Satisfação com a chefia	Satisfação com a natureza do trabalho	Satisfação com as promoções
Humor depressivo-ansioso	0,002	0,038	-0,055	-0,006	-0,070
Sintomas Somáticos	-0,043	-0,206	0,021	-0,125	-0,226
Decréscimo de Energia Vital	-0,350*	-0,304*	-0,423**	-0,483**	-0,236
Pensamentos Depressivos	-0,217	-0,189	-0,329*	-0,251	-0,254
TOTAL SRQ-20	-0,311*	-0,536**	-0,392**	-0,527**	-0,473**

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Fonte: Dados da pesquisa.

A associação dos instrumentos SRQ-20 e ECT-F demonstrou as seguintes correlações significativas (Tabela 10):

- Entre o fator “interferência do trabalho na família” da ECT-F e o sintoma “decréscimo de energia vital” e o total de respostas positivas ao SRQ-20, de maneira diretamente proporcional e com força média;
- Entre o fator “interferência da família no trabalho” da ECT-F e o sintoma “decréscimo de energia vital” e o total de respostas positivas ao SRQ-20, de maneira diretamente proporcional e com força média.

TABELA 10 - Correlação dos cinco fatores do SRQ-20 com os dois da ECT-F

ECT-F \ SRQ-20	Humor depressivo-ansioso	Sintomas Somáticos	Decréscimo de Energia Vital	Pensamentos Depressivos	TOTAL SRQ-20
Interferência do Trabalho na Família	0,125	0,227	0,456**	-0,122	0,508**
Interferência da Família no Trabalho	0,058	0,159	0,343*	-0,026	0,504**

* p<0,05 ** p<0,01

Fonte: Dados da pesquisa.

Associando-se os instrumentos EACT e EST verificou-se como significativa as seguintes correlações (Tabela 11):

- Entre o fator “relações sócio-profissionais” da EACT e todos os cinco fatores da EST (“satisfação com os colegas”, “com o salário”, “com a chefia”, “com a natureza do trabalho”, “com as promoções”), de maneira inversamente proporcional e com força média;
- Entre o fator “condições de trabalho” da EACT e os fatores “satisfação com os colegas”, “com o salário” e “com as promoções” da EST, de maneira inversamente proporcional e com força média com os dois primeiros, sendo que com o último fator, a correlação foi fraca.

TABELA 11 - Correlação dos três fatores da EACT com os cinco da EST

EST \ EACT	Organização no Trabalho	Condições de Trabalho	Relações sócio-profissionais
Satisfação com os colegas	0,057	-0,315*	-0,588**
Satisfação com o salário	-0,114	-0,320*	-0,510**
Satisfação com a chefia	-0,237	-0,156	-0,618**
Satisfação com a natureza do trabalho	-0,263	-0,176	-0,607**
Satisfação com as promoções	-0,149	-0,283*	-0,496**

* p<0,05 ** p<0,01

Fonte: Dados da pesquisa.

A associação dos instrumentos ECT-F e EACT demonstrou as seguintes correlações significativas (Tabela 12):

- Entre o fator “interferência do trabalho na família” da ECT-F e todos os três fatores da EACT (“organização no trabalho”, “condições de trabalho”, “relações sócio-profissionais”), de maneira diretamente proporcional e com força média.

Não houve correlação significativa entre o fator “interferência da família no trabalho” da ECT-F e os fatores da EACT.

TABELA 12 - Correlação dos três fatores da EACT com os dois da ECT-F

ECT-F \ EACT	Organização no Trabalho	Condições de Trabalho	Relações sócio-profissionais
Interferência do Trabalho na Família	0,486**	0,303*	0,390**
Interferência da Família no Trabalho	0,036	0,049	0,088

* p<0,05 ** p<0,01

Fonte: Dados da pesquisa.

A correlação dos instrumentos EST e ECT-F demonstrou as seguintes associações significativas (Tabela 13):

- Entre o fator “interferência do trabalho na família” da ECT-F e os fatores “satisfação com o salário”, “com a chefia”, “com a natureza do trabalho” e “com as promoções” da EST, de maneira inversamente proporcional e com força média (obs: dos cinco fatores da EST, o fator “interferência do trabalho na família” da ECT-F não estabeleceu correlação significativa somente com a “satisfação com os colegas”);
- Entre o fator “interferência da família no trabalho” da ECT-F e os fatores “satisfação com a natureza do trabalho” e “com as promoções” da EST, de maneira inversamente proporcional e com força média.

TABELA 13 - Correlação dos cinco fatores da EST com os dois da ECT-F

ECT-F \ EST	Satisfação com os colegas	Satisfação com o salário	Satisfação com a chefia	Satisfação com a natureza do trabalho	Satisfação com as promoções
Interferência do Trabalho na Família	-0,257	-0,350*	-0,341*	-0,471**	-0,430**
Interferência da Família no Trabalho	-0,193	-0,275	-0,094	-0,355*	-0,304*

* p<0,05 ** p<0,01

Fonte: Dados da pesquisa.

6.7 ANÁLISE DE REGRESSÃO

Para a análise de regressão linear, foram propostos modelos (QUADRO 9) que permitiram a identificação das variáveis independentes e dependentes, com a finalidade de verificar qual a relação entre elas e se essa está ou não em conformidade com a hipótese construída. O estabelecimento das variáveis dependentes e independentes define uma suposição de causa e efeito, considerando que a primeira é causada pela segunda.

Foram analisados somente os fatores que apresentaram uma correlação significativa, ou seja, um valor $p < 0,05$.

Cabe considerar que o tamanho reduzido da população e da amostra pesquisada ($N=76$; $n=50$) restringiu a generalização dos dados apresentados nesse trabalho.

Neste estudo, optou-se por realizar a regressão linear, a fim de complementar as informações encontradas, refinando e tornando mais fidedignas aquelas correlações consideradas significativas. Inclui-se o fato de não ter sido o caso do exclusivo aparecimento de correlações fortes, tanto em relação à correlação de Pearson quanto ao coeficiente de regressão linear, embora seja uma amostra pequena.

A seguir, para melhor visualização, foram marcados nas tabelas os valores $p < 0,05$ com um asterisco (*) e os valores $p < 0,01$, com dois (**). Para verificação dos dados, também se considerou o intervalo de confiança, se suficientemente restrito a ponto de fornecer uma boa confiabilidade nos resultados. O coeficiente de regressão será representado pela letra “ β ”.

Conforme o modelo proposto na Hipótese 2, que dispõe sobre a análise da antecedência do risco de adoecimento pelo contexto de trabalho (variável independente) à suspeição para TMC (variável dependente), verifica-se (Tabela 14):

A regressão linear indica que, para cada ponto de aumento do risco de adoecimento em virtude das “relações sócio-profissionais”, o “decréscimo de energia vital” aumenta em 0,1 ponto e o total de respostas positivas ao SRQ-20, em 1,7 pontos. Cabe considerar essa última relação, apesar da amplitude do intervalo de confiança, pois esse se encontra no mesmo quadrante positivo e o coeficiente de regressão é de mais de 1 ponto.

Verificou-se uma correlação entre os “pensamentos depressivos” e as “condições de trabalho”, de modo inversamente proporcional. A regressão linear realizada indica que a piora (aumento) do risco de adoecimento em virtude das “condições de trabalho” em um ponto, melhora (diminuem) em 0,05 ponto os “pensamentos depressivos”. Cabe ressaltar que, quanto maior a pontuação (pior resultado) das condições de trabalho na EACT e dos Pensamentos Depressivos no SRQ-20, maior o risco de adoecimento. A amplitude do intervalo de confiança informada não é expressiva, portanto, o resultado, pode ser considerado. No entanto, cabe ressaltar novamente, a necessidade de realização de outras pesquisas com amostras maiores, para comprovação desse modelo de relação.

A regressão linear entre a “organização no trabalho” e o total de respostas positivas no SRQ-20, não apresentou correlação significativa.

TABELA 14 - Regressão linear entre o risco de adoecimento no contexto de trabalho (variável independente) e a suspeição para TMC (variável dependente)

Variáveis Dependentes	Variáveis Independentes	β	Intervalo de Confiança 95%		Valor-p
			Limite Inferior	Limite Superior	
TOTAL SRQ-20	Relações sócio-profissionais	1,696*	0,322	3,070	0,017
	Organização no Trabalho	1,404	-0,502	3,310	0,145
Decréscimo de Energia Vital	Relações sócio-profissionais	0,101**	0,027	0,174	0,008
Pensamentos Depressivos	Condições de Trabalho	-0,054*	-0,107	-0,001	0,046

* p<0,05 ** p<0,01

Fonte: Dados da pesquisa.

A seguir, na Tabela 15, apresenta-se o teste do modelo proposto na Hipótese 4, que dispõe sobre a análise da antecedência do risco de adoecimento pelo Contexto de trabalho (variável independente) à “interferência do trabalho na família” (variável dependente):

Apresenta-se relação significativa em que o aumento em um ponto do risco de adoecimento pela “organização no trabalho”, aumenta em 0,81 ponto a “interferência do trabalho na família”. Nessa relação, a amplitude entre os limites inferior e superior é grande, porém, ambos estão no quadrante positivo e o coeficiente de regressão encontrado tem valor de quase um ponto, permitindo-se considerar essa relação.

Não foi identificada correlação significativa entre os demais fatores.

TABELA 15 - Regressão linear entre o risco de adoecimento no contexto de trabalho (variável independente) e a interferência do trabalho na família (variável dependente)

Variáveis Dependentes	Variáveis Independentes	β	Intervalo de Confiança 95%		Valor-p
			Limite Inferior	Limite Superior	
Interferência do Trabalho na Família	Organização no Trabalho	0,812*	0,188	1,436	0,012
	Condições de Trabalho	0,085	-0,386	0,557	0,718
	Relações sócio-profissionais	0,310	-0,158	0,777	0,189

* p<0,05

Fonte: Dados da pesquisa.

Para o modelo da Hipótese 6, sobre a análise da antecedência do risco de adoecimento no contexto de trabalho (variável independente) à satisfação no trabalho (variável dependente), verifica-se, à Tabela 16, que a relação exposta é inversamente proporcional, evidenciada pelo sinal negativo. Isso é esperado, pois na EST quanto maior a

pontuação, mais satisfeito estará o trabalhador, diferentemente do que ocorre na EACT, em que quanto maior a pontuação mais o trabalhador estará sujeito ao risco de adoecimento.

Verificou-se que a cada ponto de diminuição do risco de adoecimento pelas “relações sócio-profissionais”, aumenta-se a “satisfação com os colegas” em 0,62 ponto, a “satisfação com o salário” em 0,73 ponto, a “satisfação com as promoções” em 0,53 ponto, a “satisfação com a chefia” em 0,95 ponto e a “satisfação com a natureza do trabalho” em 0,73 ponto. Portanto, a diminuição do risco de adoecimento em virtude das “relações sócio-profissionais” aumenta significativamente ($p < 0,01$) a satisfação no trabalho em todos os seus cinco fatores.

Não foram evidenciadas correlações significativas entre o risco de adoecimento pelas “condições de trabalho” com nenhum dos fatores da EST.

TABELA 16 - Regressão linear entre o risco de adoecimento no contexto de trabalho (variável independente) e a satisfação no trabalho (variável dependente)

Variáveis Dependentes	Variáveis Independentes	β	Intervalo de Confiança 95%		Valor-p
			Limite Inferior	Limite Superior	
Satisfação com os colegas	Condições de Trabalho	-0,049	-0,352	0,255	0,749
	Relações sócio-profissionais	-0,624**	-0,921	-0,327	0,000
Satisfação com o salário	Condições de Trabalho	-0,160	-0,625	0,305	0,493
	Relações sócio-profissionais	-0,735**	-1,189	-0,281	0,002
Satisfação com as promoções	Condições de Trabalho	-0,069	-0,404	0,266	0,680
	Relações sócio-profissionais	-0,527**	-0,854	-0,200	0,002
Satisfação com a chefia	Relações sócio-profissionais	-0,950**	-1,301	-0,599	0,000
Satisfação com a natureza do trabalho	Relações sócio-profissionais	-0,727**	-1,003	-0,451	0,000

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Fonte: Dados da pesquisa.

Verifica-se (Tabela 17) sobre a Hipótese 8, que dispõe sobre a antecedência da satisfação no trabalho (variável independente) à diminuição de suspeição para TMC (variável dependente) somente duas correlações significativas. Pode-se inferir que o aumento em um ponto da “satisfação com a chefia” diminui em 0,04 ponto a ocorrência de “pensamentos depressivos”. Nesse caso, embora o coeficiente de regressão seja pequeno, o intervalo de confiança também é restrito, podendo a correlação ser considerada. Outra suposição é a de que o aumento da “satisfação com o salário” em um ponto diminui o total de respostas positivas no SRQ-20 em 0,95 ponto. Cabe considerar essa relação, apesar da amplitude do

intervalo de confiança, pois esse se encontra no mesmo quadrante negativo e o coeficiente de regressão é de quase 1 ponto.

As correlações entre os demais fatores da EST e do SRQ-20 não foram significativas.

TABELA 17 - Regressão linear entre a satisfação no trabalho (variável independente) e a suspeição para TMC (variável dependente)

Variáveis Dependentes	Variáveis Independentes	β	Intervalo de Confiança 95%		Valor-p
			Limite Inferior	Limite Superior	
Decréscimo de Energia Vital	Satisfação com os colegas	-0,014	-0,097	0,069	0,739
	Satisfação com o salário	-0,003	-0,057	0,052	0,916
	Satisfação com a chefia	-0,034	-0,093	0,026	0,258
	Satisfação com a natureza do trabalho	-0,073	-0,163	0,017	0,107
Pensamentos Depressivos	Satisfação com a chefia	-0,040*	-0,073	-0,007	0,020
TOTAL SRQ-20	Satisfação com os colegas	0,454	-0,912	1,820	0,507
	Satisfação com o salário	-0,952*	-1,892	-0,011	0,047
	Satisfação com a chefia	-0,130	-1,116	0,856	0,791
	Satisfação com a natureza do trabalho	-1,239	-2,747	0,270	0,105
	Satisfação com as promoções	-0,578	-1,983	0,826	0,411

* $p < 0,05$

Fonte: Dados da pesquisa.

A Hipótese 10 dispõe sobre a análise da antecedência do conflito trabalho-família (variável independente) ao aumento do índice de suspeição para TMC (variável dependente), conforme a correlação a seguir (Tabela 18):

Verifica-se que a cada ponto aumentado na “interferência do trabalho na família”, aumenta-se 1,05 pontos no total de respostas positivas ao SRQ-20 e 0,07 ponto no sintoma “decréscimo de energia vital”. Já com relação à “interferência da família no trabalho”, a cada ponto acrescentado a esse fator, aumenta-se 1,47 pontos ao total de respostas positivas ao SRQ-20.

Não foi verificada relação significativa entre a “interferência da família no trabalho” e o “decréscimo de energia vital”.

TABELA 18 - Regressão linear entre o conflito trabalho-família (variável independente) e a suspeição para TMC (variável dependente)

Variáveis Dependentes	Variáveis Independentes	β	Intervalo de Confiança 95%		Valor-p
			Limite Inferior	Limite Superior	
Decréscimo de Energia Vital	Interferência do Trabalho na Família	0,067*	0,014	0,120	0,014
	Interferência da Família no Trabalho	0,037	-0,039	0,114	0,331
TOTAL SRQ-20	Interferência do Trabalho na Família	1,051*	0,188	1,914	0,018
	Interferência da Família no Trabalho	1,471*	0,227	2,714	0,021

* $p < 0,05$

Fonte: Dados da pesquisa.

Sobre o modelo proposto na Hipótese 12, que dispõe a antecedência da “interferência do trabalho na família” (variável independente) à satisfação no trabalho (variável dependente), verifica-se na Tabela 19 que a diminuição em um ponto da “interferência do trabalho na família”, aumenta a “satisfação com a natureza do trabalho” em 0,30 ponto, a “satisfação com as promoções” em 0,27 ponto, a “satisfação com o salário” em 0,36 ponto e a “satisfação com a chefia” em 0,34 ponto.

Não se verificou correlação significativa entre a “interferência da família no trabalho” com os fatores da satisfação no trabalho.

TABELA 19 - Regressão linear entre a interferência do trabalho na família (variável independente) e a satisfação no trabalho (variável dependente)

Variáveis Dependentes	Variáveis Independentes	β	Intervalo de Confiança 95%		Valor-p
			Limite Inferior	Limite Superior	
Satisfação com a natureza do trabalho	Interferência do Trabalho na Família	-0,303*	-0,533	-0,073	0,011
	Interferência da Família no Trabalho	-0,170	-0,502	0,162	0,307
Satisfação com as promoções	Interferência do Trabalho na Família	-0,271*	-0,494	-0,048	0,018
	Interferência da Família no Trabalho	-0,117	-0,439	0,204	0,467
Satisfação com o salário	Interferência do Trabalho na Família	-0,358*	-0,636	-0,080	0,013
Satisfação com a chefia	Interferência do Trabalho na Família	-0,338*	-0,608	-0,067	0,015

* $p < 0,05$

Fonte: Dados da pesquisa.

7.1 DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICO-OCUPACIONAIS

Pode-se dizer que o perfil sócio-demográfico do participante deste estudo é o seguinte: sexo feminino, cor branca, praticante da religião católica, faixa etária entre 49 a 56 anos, com titulação acadêmica até especialização *latu sensu* ou MBA completo, graduação em Direito, tendo cursado apenas um curso superior. Mora com mais três pessoas: o cônjuge e dois filhos, os quais ainda dependem financeiramente dos pais e que estão na faixa etária entre 12 a 17 anos ou de 22 anos ou mais.

Com relação às características ocupacionais, o servidor estudado é Técnico Judiciário, com tempo de serviço na JFMS de 12 a 15 anos e, nas atuais atividades, de três a seis anos. Trabalha no turno vespertino e está lotado em uma Vara Federal de Campo Grande, MS. Nos últimos 30 dias, excedeu a carga horária de trabalho em no mínimo 30 minutos, pelo menos uma vez por semana, por excesso de trabalho, sem recebimento de hora extra ou possibilidade de compensação futura. Tem função comissionada de gestor, porém não possui outros servidores subordinados. Para a aposentadoria ainda faltam mais de 15 anos, período para o qual faz planos.

Quanto ao contexto financeiro, possui renda bruta familiar entre R\$ 17.000,00 a R\$ 20.000,00 e divide igualmente as responsabilidades financeiras da família com outra pessoa, provavelmente com o cônjuge. Não tem outras fontes de renda além da JFMS. Não se sente endividado e, por isso, as dívidas não geram preocupação. O percentual da renda familiar comprometido com dívidas é de até 20%, sendo as principais: o empréstimo consignado, o financiamento imobiliário e o cartão de crédito e/ou cheque especial.

Sobre sua saúde no contexto laboral, não retirou licença por motivo de doença nos últimos 12 meses. As ocasiões nas quais retirou, não foram relacionadas ao trabalho e duraram em média até dois dias de afastamento, provavelmente para consultas médicas ou odontológicas durante o expediente, não relacionados nas opções do QSDO. Nesse período de um ano, também não retirou mais de 15 dias para acompanhar pessoa da família adoentada. Sente-se esgotado ao final do dia de trabalho, pouco realizado e pouco valorizado profissionalmente. Sente que seu potencial é adequado, em relação às exigências do trabalho. Sobre o nível de estresse percebido, informa numa escala de zero a 10, sendo zero o menor nível e 10 o maior, em relação ao trabalho feito na JFMS o score sete, e em relação à sua vida pessoal, o score cinco. Fica evidente que o nível de estresse proporcionado pelo trabalho é percebido como maior, quando comparado ao estresse extra trabalho.

Acerca de sua saúde em geral, não fuma nem bebe. Quando bebe, a frequência é semanal ou menos e ninguém próximo chegou a sugerir que parasse com esse hábito. Pratica atividade física de três a quatro vezes por semana, há pelo menos seis meses, sendo as principais a caminhada e a musculação. Dorme de seis a oito horas por noite e sente-se bem ao acordar, não sentindo cansaço ou sonolência durante o dia nem dificuldade de atenção ou de concentração no trabalho. Quando teve insônia nos últimos 30 dias, foi de tempos em tempos, com períodos de sono regular e outros de insônia, e sentiu dificuldades para pegar no sono. Nessas ocasiões, não fez acompanhamento com profissional para tratá-la nem utilizou medicamentos. De maneira geral, avaliou sua qualidade de vida como boa.

Em seu histórico familiar de enfermidades, informou possuir: diabetes, hipertensão, colesterol ruim/triglicérides alto, ansiedade, doenças cardíacas, estresse, alergia e depressão. Não possui nenhuma dessas enfermidades, com exceção da ansiedade (48% da amostra), que foi ou está sendo tratada (32% da amostra).

Serão discutidos aqueles resultados considerados mais relevantes da caracterização feita acima, juntamente com os outros fatores mensurados, a saber: TMC, Contexto de Trabalho, Satisfação no Trabalho e Conflito Trabalho-Família, conforme se verificar uma relação importante entre os dados.

A maioria dos participantes do estudo é do **sexo** feminino (60%). Tal achado está em conformidade com o encontrado na população de servidores da JFMS (55,81% de mulheres). Segundo reportagem do Sindicato de Trabalhadores do Poder Judiciário Federal no Estado de Minas Gerais – SINTRAEMG (2014), mais da metade dos servidores do Poder Judiciário Federal é composta por mulheres (entre 60% e 70%), o que corrobora os dados encontrados. Um estudo sobre o diagnóstico da Saúde Mental de uma amostra com n=208 servidores realizado no Tribunal Regional do Trabalho da 24ª Região – TRT-24, por Guimarães et al. (2013), no período de setembro a dezembro de 2012, apresentou-se como parâmetro de comparação, em termos de categoria profissional, com a presente pesquisa. Nesse, foi verificada a predominância do sexo feminino na amostra (54,9%), o que também confirma os achados obtidos.

Em termos do mercado de trabalho nacional, a maioria feminina (51,4% no Centro-Oeste) também foi encontrada nos resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua de 2012-2013 - PNAD (2012-2013), com relação à população com idade para trabalhar (a partir de 14 anos). Porém, o resultado é discordante em relação à amostra da

PNAD (2012-2013) entre as pessoas ocupadas, que são aquelas que estavam empregadas na semana de realização da pesquisa. Nesse caso, verificou-se a predominância de homens (58,3% dos trabalhadores no segundo trimestre de 2013). Os achados também discordam com relação à predominância masculina entre os servidores públicos do Executivo federal (54,3%), conforme disposto no Boletim Estatístico Pessoal - BEP 210 (2013).

Apesar do predomínio do sexo feminino entre o total de servidores do órgão, a pesquisadora observa que a maioria dos cargos mais altos da hierarquia são ocupados por homens. Isso pode ser verificado, por exemplo, na composição de Desembargadores no Tribunal Pleno do TRF3, composto por 13 mulheres num total de 38 pessoas (34,21%). Embora essa predominância masculina no poder esteja em conformidade com a realidade do mercado de trabalho nacional, faz-se necessário promover no órgão uma reflexão acerca da diversidade de gêneros, visando melhor redimensionamento desse quadro. Nesse sentido, as iniciativas dentro do Poder Judiciário não são inéditas, tais como a realizada em 2008, na Justiça Federal do Ceará, por meio da palestra “O masculino e o feminino: a unidade na diversidade”, inclusa no projeto “Conscientizando as conexões entre gênero e poder”, o que confirma essa necessidade. Esse fato também pode ocorrer em virtude da forma racional de organização da instituição: a burocrática. Como ilustrado na figura do *ying-yang*, que representa o bem e o mal, o masculino e o feminino, o racional e o emocional, as oposições, frequentemente é associado ao sexo feminino o emocional, e ao masculino, o racional. Possivelmente mulheres com perfil mais racional são beneficiadas nesse tipo de instituição. Porém é necessária a realização de pesquisas mais específicas sobre o assunto, para melhor entendimento desse achado.

Nesse mesmo tema da necessidade de inclusão da diversidade quanto à **cor e à raça**, identificou-se uma alta taxa de servidores de cor branca (70%) e amarela (10%), em comparação com a última publicação do Anuário do Sistema Público de Emprego, Trabalho e Renda 2010-2011 (DIEESE, 2010-2011), de 49,08% e 0,7%, e da amostra brasileira da PNAD (1999), de 54% e 0,5%, respectivamente. No entanto, o contrário ocorreu para as cores parda – 18% no estudo, 42,69% no DIEESE (2010-2011) e 39,9% na PNAD (1999) –, preta – 2% no estudo, 7,52% no DIEESE (2010-2011) e 5,4% na PNAD (1999) – e raça indígena – 0% no estudo, 0,7% no DIEESE (2010-2011) e 0,2% na PNAD (1999). Tal resultado sugere a necessidade de uma política de inclusão, com cotas para negros e indígenas no concurso público para ocupação de cargos, a fim de aumentar o percentual de participação dessas cores

e raça na instituição pesquisada. Entretanto, cabe ressaltar que tal iniciativa é atribuída aos órgãos superiores, que planejam e coordenam os concursos públicos para preenchimento e ingresso das vagas destinadas à JFMS. Por outro lado, na instituição pesquisada, seria interessante refletir e discutir acerca da inclusão social. Destaque-se que as ações jurídicas ligadas ao tema racial, como a dos quilombolas ou a dos indígenas, são julgadas pela Justiça Federal, sendo essas últimas frequentes no estado de MS. Entretanto, não há indígenas entre os servidores da amostra de estudo, que foi significativa para a população das Varas Federais da capital (em virtude do percentual de 65,78% de representatividade da amostra em relação à população). Embora esse fato não seja uma condição sem a qual não se realize, a cultura e a raça dos diferentes povos devem ser mais bem estudadas para, no mínimo, subsidiar a atribuição de sentenças ou conciliações. Essa necessidade pôde ser verificada, por exemplo, recentemente, quando após uma tentativa não bem sucedida de conciliação entre índios e fazendeiros que disputavam terras na região de Sidrolândia e Dois Irmãos do Buriti, um juiz federal substituto da instituição pesquisada – que julga ações em várias Subseções da JFMS por trabalhar em caráter de substituição de outros juízes titulares – determinou a desocupação da fazenda (CNJ, 2014). Essa decisão, seguida da forma de execução por parte da polícia, resultou na morte de um indígena e três feridos, ocupando o noticiário nacional no primeiro semestre de 2013 e ainda repercutindo no Poder Judiciário e em todo país.

Na amostra, identificou-se uma concentração de pessoas com **idade** entre 41 a 56 anos (62%), em conformidade com o a predominância da faixa de 41 a 50 anos (36,15%) encontrada na população da JFMS.

Considerando que no QSDO desta pesquisa a faixa etária foi uma variável categórica e não descritiva, as comparações com outras fontes serão aproximadas para tal fim, exceto com a pesquisa realizada no TRT-24 (GUIMARÃES et al., 2013), pois o presente QSDO foi baseado no utilizado nesse estudo.

A amostra da JFMS apresenta uma faixa etária predominantemente mais velha, de 49 a 56 anos (34%), em comparação com a amostra do TRT-24 (GUIMARÃES et al., 2013), de 41 a 48 anos (35,2%), e similar em comparação com a predominância de faixa de idade de 41 a 60 anos entre os servidores do Poder Executivo Federal (53,13% para Executivo Federal, BEP 210, 2013 e de 62% para faixa de 41 a 56 anos, na JFMS). Porém, cabe acrescentar que a maior parte da amostra de pessoas ocupadas da PNAD (2012-2013) concentra-se na faixa de

idade entre 25 e 39 anos (40,5%), sendo a população trabalhadora em geral, portanto, mais jovem que a amostra pesquisada.

Portanto, pode-se verificar um “envelhecimento” dos trabalhadores dos órgãos públicos, em comparação à amostra de trabalhadores da PNAD (2012-2013), que abrange, em sua maioria, empregados do setor privado, autônomos, entre outros (87,5%) e somente 12,4% de empregados no setor público¹¹.

Por outro lado, uma reportagem feita pelo Portal do Envelhecimento (2012) verificou um aumento de 3,3% nos percentuais dessa amostra da PNAD Contínua na faixa etária de 30 a 59 anos entre 2009 e 2011¹². Em entrevista dada ao Portal, a gerente do PNAD em 2012 afirmou que “o mercado de trabalho não mudou. O aumento de pessoas ocupadas nessa faixa etária [30 a 59 anos] reflete o envelhecimento da população”. Assim, essa concentração de servidores públicos em uma faixa etária maior, na amostra pesquisada, também pode ocorrer em virtude do envelhecimento da população. Cabe destacar que os participantes da pesquisa foram questionados sobre a **aposentadoria**. Verificou-se que para um em cada três participantes (36%) faltam até nove (9) anos para se aposentar e 46% informou planejar-se para essa etapa profissional. Nesse caso, ressalta-se a necessidade imperativa da instituição se preparar para perda de grande número de servidores experientes nos próximos nove anos e de prepará-los para esse momento da vida profissional.

Quanto ao **nível de instrução**, 92% dos servidores da amostra possuem ensino superior completo, em conformidade com o predomínio constatado na população da JFMS (89,45%), com o encontrado no estudo realizado no TRT-24 (95,8%) (GUIMARÃES et al., 2013) e no poder Executivo federal (68,18%) (BEP 210, 2013). Entretanto, o nível de escolaridade exigido para a maioria dos cargos ocupados pelos participantes é o médio (80% - técnico judiciário), verificando-se, então, uma discrepância entre o exigido (nível médio) e o apresentado (nível superior).

Essa mesma discrepância entre o percentual de **cargos** com exigência de ensino médio e a superior qualificação dos profissionais foi verificada, no entanto, em menor grau, nos Órgãos do Executivo Federal: a exigência de cargos de nível médio representa 41,01%, enquanto que a qualificação predominante é a de nível superior (68,18%) (BEP 210, 2013).

¹¹ Percentuais retirados da amostra do 2º Trimestre de 2013, da PNAD 2012-2013.

¹² Não foi possível ser verificado a taxa de crescimento nessa faixa no período de 2011 a 2013 na PNAD (2012-2013).

Não foram encontrados dados comparativos na pesquisa do TRT-24 (GUIMARÃES et al., 2013), quanto ao percentual de cargos de nível médio.

Essa qualificação para mais em relação ao nível de exigência dos cargos, poderia ser atribuída ao incentivo à especialização dos trabalhadores, que consta no plano de carreiras, ao qual se atribui 7,5% de acréscimo sobre o vencimento básico do servidor qualificado com pós-graduação *lato sensu* ou MBA, reconhecidos pelo MEC. Sabe-se que, para tanto, é necessário primeiro graduar-se em nível superior. Porém, os incentivos de qualificação oferecidos aos servidores estudados e aos do Executivo Federal são semelhantes (e até superiores para os segundos, no caso das instituições educacionais), o que não explicaria a maior discrepância entre o exigido e o apresentado para os primeiros. Dessa forma, uma possível hipótese acerca dessa “superqualificação”, pode ser a de que a exigência real seja superior à formalmente solicitada no edital do concurso, para os técnicos judiciários (nível médio). Corroborando tal assertiva, verificou-se, como pode ser visto a seguir, a resposta à questão “em relação ao que o seu trabalho exige, seu **potencial** é”. A maioria dos participantes (68%) informou que seu potencial é adequado em relação ao que o trabalho exige e somente 26% sente que seu potencial é maior que o exigido. Assim, é possível que, na prática, a exigência de nível de instrução seja superior ao que formalmente é descrito na atribuição do cargo, levando os servidores a buscarem maior qualificação profissional. Essa incongruência entre o formalmente exigido e a realidade pode representar um fator psicossocial de risco de adoecimento em várias direções: (1) se a recompensa recebida, por exemplo, em termos salariais, não corresponde ao esforço empregado; (2) quando o trabalhador não dispõe da qualificação necessária, mas da formalmente exigida e apresenta desempenho inferior ao esperado, passando a ser mais exigido pela chefia e pelo grupo de colegas; entre outros aspectos. Nesse sentido, esse fator de risco, também pode ser mais prejudicial na população de servidores recém empossados. No entanto, essa informação necessita ser confirmada com a realização de outras pesquisas.

Com relação às características no contexto laboral, a maioria dos participantes indicou ter de 12 a 15 anos de **tempo de serviço** na JFMS (24%), menor tempo em relação ao indicado na amostra do TRT-24, de 18 a 21 anos (33,2%). Nos anos de 1989, 1993, 1994, 1996, 2000 e 2001 foram realizados concursos que permitiram o preenchimento de vários cargos criados, especialmente em virtude da interiorização da JFMS, por meio da implantação das Subseções de Dourados (1ª Vara em 1992), Três Lagoas (1999) e Corumbá (em 2000), o

que possivelmente explique um percentual mais concentrado nessa faixa de tempo de trabalho e, posteriormente, das demais Subseções, a saber: Dourados (2ª Vara em 2003), Ponta Porã (em 2003), Naviraí (2003) e Coxim (2003). Os servidores mais novos participaram do concurso de 2007, especialmente para ocupação das vagas criadas na implantação da 2ª Vara de Ponta Porã (2011) e do Juizado Especial Federal Cível de Dourados (2011). Porém, esses não participaram da pesquisa por estarem lotados, principalmente, no interior do estado de MS, já que a preferência das vagas de Campo Grande é dada aos servidores mais antigos.

Os participantes da pesquisa trabalham predominantemente no **período** vespertino. Todavia, cabe ressaltar que os servidores responsáveis pela segurança e transporte que não foram contemplados na amostragem da pesquisa, realizam o trabalho em regime de plantões de 24h por 72h e, embora representem a minoria, devem ser considerados nas políticas de intervenção em Saúde do Trabalhador.

A maioria da amostra (54%) excedeu a carga horária de trabalho em no mínimo 30 min, pelo menos uma vez, nos últimos 30 dias, sem recebimento de hora extra ou possibilidade de compensação futura por excesso de trabalho. Isso corrobora outros dados que serão discutidos nas próximas seções sobre a necessidade de melhora na organização do trabalho, para a diminuição do risco de adoecimento do trabalhador. Verifica-se uma alta demanda de trabalho, em virtude da pouca quantidade de servidores, que pode estar interferindo nas demandas familiares dos servidores (vida pessoal) e na satisfação no trabalho. Além disso, verifica-se na resposta acima, a falta de retribuição ao esforço do servidor por parte da organização, em relação ao envolvimento no trabalho além do expediente e que isso é feito em virtude da alta demanda apresentada.

A maioria da amostra possui **função comissionada** de gestor (48%), mas sem subordinados (66%). É interessante refletir sobre a finalidade desses cargos, tendo em vista a falta de outros servidores para coordenação. A pesquisadora pode verificar que o trabalhador que assume um cargo de chefia, não atua somente com o planejamento do trabalho, mas também com o operacional, o qual muitas vezes ocupa a maior parte do seu tempo de expediente. Assim, pela falta de pessoas, a organização do trabalho fica comprometida. Exercer o cargo de gestor cumpre, portanto, um papel importante de promoção do servidor, conforme já discutido, de aumento da renda, mas perde sua finalidade quando não se possibilita ao seu ocupante, de maneira satisfatória, planejar, refletir, sobre a forma de trabalho e organizá-la. O que a pesquisadora observa também é que os gestores com funções

mais altas na pirâmide hierárquica e com maior número de servidores dedicam “voluntariamente” mais tempo de expediente de trabalho, para cumprir com suas obrigações (e manter seu cargo), chegando a trabalhar uma média de até nove horas por dia (o expediente é de sete horas, conforme o contrato de trabalho).

Analisando-se a proporção de mulheres ocupantes dos cargos de gestão, verificou-se um percentual de 54,16%, pouco inferior ao encontrado na amostra, de 60%. Esses cargos possibilitam que se tenham servidores subordinados e que quanto maior a quantidade desses, mais importante e chave é a chefia assumida, sendo possível considerar que o cargo de supervisão de Seção é aquele que contém de um a seis subordinados (o chamado cargo FC-05) e de Direção de Secretaria (chamado CJ-03), a partir de sete pessoas (FIGURAS 4, 5 e 6). Dessa forma, embora o percentual maior dos gestores que possuem de um a seis subordinados seja formado por mulheres (58%), constatou-se que há um maior percentual de homens entre os gestores com sete ou mais subordinados (60%), o que pode reforçar a discussão sobre os gêneros e os cargos mais altos de poder na instituição pesquisada.

Quanto às **dívidas**, verificando-se a parte da amostra que informou ter a partir de 31% da renda familiar comprometida e que se sente pouco ou muito preocupada com isso (26% do total); percebe-se que 92% ocupa algum cargo de chefia e desses, 62% são gestores (recebem mais que o cargo de assistente) e a maioria não tem subordinados (53%). De maneira geral, os dados demonstram, conforme se verificará nos itens a seguir, que o endividamento é fonte de risco para o adoecimento do servidor. O fato da grande maioria dos servidores endividados ocuparem algum cargo de chefia, que serve de complementação da renda, pode indicar por um lado inabilidade com as finanças, caso o endividamento tenha ocorrido após a assunção do cargo de chefia, e, por outro, maior dependência desta função de confiança, que pode ser perdida a qualquer momento, gerando insegurança e agravando o risco de adoecimento.

A seguir, serão discutidos os dados relativos aos TMC encontrados na pesquisa.

7.2 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

Foi identificada uma prevalência de 20% de suspeição para TMC na amostra pesquisada. Esse percentual é similar ao detectado na amostra do TRT-24 (22,7%) (GUIMARÃES et al., 2013).

Dos servidores com suspeição para TMC, 80% são mulheres, resultado superior ao encontrado no total da amostra (60%). Essa prevalência no sexo feminino está em conformidade com o encontrado nas pesquisas de Maragno et al. (2006) e de outros pesquisadores (COUTINHO et al., 1999; LIMA et al., 1999).

Englobando-se duas categorias de faixa etária do QSDO (de 33 a 40 anos e de 41 a 48 anos), verificou-se uma maior prevalência da suspeição para TMC entre os 33 a 48 anos (60%, formada só por mulheres), pouco superior ao encontrado na amostra global (56%, sendo 71% mulheres). A frequência da faixa etária predominante na amostra global, que é a de 49 a 56 anos (34%, sendo 59% homens), é pouco menor na amostra com suspeição para TMC (30%, sendo 67% homens). Os achados obtidos não corroboram os de Maragno et al. (2006), que apontaram maior frequência de TMC entre os 45 e 54 anos. Não foi possível verificar a relação entre a suspeição para TMC e idade, em virtude da pouca quantidade de participantes com suspeição e da categorização da idade por faixa etária no QSDO. Por isso, não há como comparar o crescimento linear da prevalência, de acordo com a idade, como apontado nas pesquisas de Lima et al. (1999), pois manteve-se em 30% nas três faixas mais frequentes, propostas no QSDO, nem em relação à não interferência desse parâmetro no aumento ou diminuição da suspeição para TMC, como nos estudos de Ludermit et al. (2002). Entretanto, pode se verificar que a única faixa etária na qual houve redução percentual da quantidade de mulheres com suspeição de TMC e aumento da quantidade de homens com suspeição, foi a de 45 a 54 anos, faixa predominante em relação à amostra total. Essa faixa etária também foi a única com predominância masculina em relação à amostra total, porém em percentual pouco menor (59%). Não foram encontrados dados na literatura pra explicar esse fenômeno, o que poderá ser feito em próximos estudos. Quanto à diminuição da prevalência dos TMC nas mulheres nessa faixa etária, pode-se associar ao fato da diminuição das responsabilidades com relação aos vários papéis assumidos como a criação de filhos. Nessa faixa etária, diminuiu-se um pouco a média de **filhos dependentes financeiramente** (81% dos filhos ainda dependem financeiramente, enquanto que na amostra, esse percentual é de 90,5%) e aumentou-se a idade dos filhos para 22 anos ou mais (90% das respostas dos

filhos com 22 anos ou mais da amostra, são dessa faixa etária). Quanto ao aumento da prevalência de TMC nos homens dessa faixa etária, ao se verificar a responsabilidade pelas finanças familiares, descrita no QSDO, 83% dos que afirmam ser o único responsável para essa faixa etária de 49 a 56 anos são homens, o que pode indicar maior carga de responsabilidade financeira sobre os referidos, nessa faixa etária. Constatou-se, de outra forma, que a predominância masculina, entre os suspeitos de TMC, nessa faixa etária, não se deveu a problemas de saúde, pois, entre as enfermidades apontadas no QSDO como mais prevalentes dos 49 aos 56 anos (diabetes, hipertensão, doenças cardíacas, deficiência hormonal) a predominância encontrada foi para as mulheres.

Não foi observada a tendência de diminuição da frequência em direção a categorias de maior **escolaridade** e **renda per capita**, conforme apontado por Maragno et al. (2006), tendo em vista que a amostra com suspeição para TMC apresentou predominância de nível de escolaridade de pós-graduação (70%), em percentual superior ao total da amostra (54%), e renda familiar bruta de R\$ 14.000,00 a R\$ 20.000,00 reais (50%), em conformidade com o encontrado no total pesquisado. O nível de instrução e a faixa salarial apresentaram menor variabilidade na amostra, o que pode ter atenuado a associação.

Quanto ao **estado civil** dos participantes, há uma predominância de 20% de solteiros com suspeição para TMC, que é superior à encontrada na amostra total, de 6%. Tal resultado confirma aqueles obtidos por Maragno et al. (2006), que verificou menor prevalência dos TMC entre os casados, em relação aos solteiros. Confirma também grande parte da literatura, em que solteiros, viúvos e divorciados são mais expostos em todos os grupos ocupacionais e também na população geral (GUIMARÃES, 2006b; MAIA et al., 2004). COUTINHO et al. (1999) identificou menor prevalência dos TMC entre os casados com alta escolaridade, em conformidade com esses achados.

Dos participantes com suspeição para TMC, 40% são os únicos **responsáveis pela renda familiar**, percentual superior, portanto, ao de 24% encontrado na amostra como um todo. Quanto ao **endividamento**, 50% informaram ter de 20% até mais de 50% da renda familiar bruta comprometida, em conformidade com os 51% encontrados na amostra total, e 40% afirmaram não terem dívidas, um maior número, em comparação com a amostra total (30%). Entretanto, 60% dos participantes com suspeição para TMC disseram ter “muita preocupação com suas dívidas”, percentual superior, portanto, aos 24% encontrados na amostra. Dos indivíduos com suspeição, 20% trabalham em outro local ou têm outra fonte de

renda, além da JFMS, em oposição aos 10% da amostra total. Esse resultado pode sugerir que, entre os participantes com suspeição para TMC, embora o percentual de pessoas com endividamento esteja em conformidade com o encontrado na amostra total ou até um pouco inferior, há considerável diferença, para maior, quanto à responsabilidade principal pela renda familiar e acerca da preocupação com as dívidas, o que pode levar à busca por outras fontes de renda além da JFMS. O servidor que possui essas características, portanto, está mais sujeito ao adoecimento, por ter maiores chances de apresentar TMC.

Entre os servidores com mais de 30% da renda comprometida com dívidas, a média de pontuação total para o SRQ-20 é de 4,53 pontos, maior, portanto, que a média da amostra global (3,54), embora ainda sem suspeição para TMC, sendo os “sintomas somáticos” o fator mais predominante (28%).

Dos participantes com suspeição para TMC, 90% informam ter retirado **licença por motivo de doença** nos últimos 12 meses, em contraposição aos 46% da amostra total. Dos primeiros, 40% informaram que as licenças foram relacionadas ao trabalho, em oposição aos 14% da amostra total. Com relação à quantidade de dias de licença, de maneira geral, a amostra com suspeição para TMC demonstrou percentuais superiores em relação ao total e que representaram metade das respostas dadas às alternativas predominantes na amostra: 3 a 5 dias (30%), 6 a 14 dias (10%), 15 a 60 dias (20%), situações em que, na amostra total, apresentaram-se, respectivamente, os seguintes percentuais: 12%, 4% e 8%. Com relação aos motivos das licenças, 50% informaram serem diversos, em relação às alternativas disponíveis no QSDO, informando: gripes, sinusites, cirurgias, entre outros. Entretanto, “coluna” e “ortopédico” representaram 30% dos motivos das licenças dos participantes com suspeição para TMC, em contraposição aos 6% da amostra total, sendo, portanto, predominantes. Assim, os participantes com suspeição para TMC retiraram maior quantidade, com mais dias de licença por motivo de doença que os demais, geralmente relacionada ao trabalho, por motivos diversos, mas, em especial, por problemas ortopédicos, especialmente coluna. Isso pode se dever a forma como o trabalho é desenvolvido na instituição, em que o trabalhador permanece durante a maior parte do expediente na posição sentada ou carregando os processos impressos em papel, de uma mesa para outra, para prateleiras ou para outras unidades de trabalho. Esses procedimentos podem aumentar a sobrecarga sobre a coluna e podem causar problemas ortopédicos, além de aumentar os índices de alergia respiratória, pelo contato constante com papéis.

Entretanto, com relação às **enfermidades e tratamentos** informados, no QSDO, as principais diferenças entre os percentuais, para maior, na comparação da amostra com suspeição para TMC e a amostra total, foram encontradas com relação à depressão e ao estresse.

Cabe primeiramente considerar que, embora apresentada no QSDO uma grande frequência de ansiedade, depressão e estresse, a quantidade de afastamentos no Órgão em virtude dessas causas não é correspondente. No levantamento das licenças retiradas no período de julho de 2011 a setembro de 2013 na JFMS, esses motivos ocupam o quinto lugar na lista de das justificativas de licenças retiradas por doença, no grupo dos Transtornos Mentais e Comportamentais da CID-X. Essa falta de correspondência entre os dados do QSDO sobre essas enfermidades e o índice de absenteísmo, pode se dever à necessidade de manutenção dos cargos comissionados e é indício de presenteísmo na instituição, corroborado pelo índice de 20% de suspeição para TMC encontrado.

Nesse contexto, da amostra com suspeição para TMC, 40% informou ter depressão (no QSDO) e o mesmo percentual, tratá-la, em contraposição a 14% e 16%, respectivamente, da amostra total. Constata-se nesse caso a eficiência do instrumento para rastrear diagnóstico nosológico para depressão, embora não seja esse seu objetivo.

Da amostra com suspeição para TMC, 80% informou ter estresse e 50%, tratá-lo, contrastando com os 38% e 24%, respectivos percentuais da amostra total. O total de respondentes da amostra com suspeição para TMC representou 42,1% dos participantes da amostra total que informaram ter estresse. Isso significa que quase metade dos participantes que afirmaram ser estressados, na amostra total, possui suspeição para TMC. Corroborando esses dados, verificaram-se médias superiores no QSDO de **nível de estresse** para os servidores com suspeição para TMC (JFMS: 7,4 pontos; vida pessoal: 6,8 pontos) em relação à da amostra total (JFMS: 5,3 pontos; vida pessoal: 4,7 pontos). O **nível de estresse** foi informado, conforme uma escala subjetiva de zero a 10 pontos, do menor para o maior, com relação à percepção do participante acerca do estresse percebido no trabalho e na vida pessoal.

Assim, pode-se dizer que os servidores com suspeição para TMC são mais estressados, especialmente em relação ao trabalho, e apresentam maior frequência de depressão, em relação à amostra em geral.

Relacionando esses dois dados sobre depressão e estresse, a Síndrome de *Burnout* pode ser definida como uma síndrome depressiva específica do mundo do trabalho

(GUIMARÃES; FERREIRA JUNIOR, 2000) ou um quadro clínico mental extremo decorrente da cronificação do estresse ocupacional (GUIMARÃES; CARDOSO, 2004). Embora essa síndrome esteja classificada na categoria “Z” do CID-10, quando atribuída por si só não é válida como diagnóstico nosológico final e por isso deve ser associada à outra enfermidade dentre as opções da classificação “F”, para tal fim. Por outro lado, é necessário ligar o diagnóstico de depressão, ansiedade, ou outro Transtorno Mental e do Comportamento, classificado na CID-10 com essa síndrome, para relacionar a doença com o trabalho e estabelecer o nexo causal do adoecimento.

Com relação à ansiedade, 48% da amostra total informou tê-la, sendo que $\frac{1}{4}$ desses possuem suspeição para TMC. O percentual de pessoas com suspeição para TMC que relataram ter ansiedade foi de 60%. A diferença para maior, na comparação entre as duas amostras, verificou-se também para aqueles que informaram fazer tratamento da ansiedade: 32% para amostra total e 50% para a amostra com suspeição. Assim, 25% dos participantes da amostra que relataram ter ansiedade têm suspeição para TMC. Portanto, da mesma forma que para a depressão, o instrumento demonstrou eficácia para detecção de diagnóstico nosológico de ansiedade, embora seu objetivo não seja este.

Com relação ao agrupamento sintomático realizado no SRQ-20, que permite melhor conhecer como se distribuem as 20 questões propostas, 43% dos sintomas da amostra com suspeição para TMC foram relacionados ao “decréscimo de energia vital” e em seguida, 25% em igual proporção, aos “sintomas somáticos” e ao “humor depressivo-ansioso”. Somente 7% dos sintomas foram relacionados a “pensamentos depressivos”.

De maneira semelhante, o “decréscimo de energia vital” também foi predominante no estudo realizado no TRT-24 (GUIMARÃES et al., 2012), no entanto, em menor escala: 35%. Por outro lado, diferentemente do encontrado na amostra com suspeição para TMC da presente pesquisa, em segundo lugar, nesse estudo verificou-se ocorrência dos “sintomas somáticos” (31%) e, em terceiro, “humor depressivo-ansioso” (26%) e 8% das respostas dadas nos questionários com suspeição para TMC foram relativas a “pensamentos depressivos”. A partir destes resultados, para o agrupamento sintomático do SRQ-20, evidencia-se que a amostra da JFMS com suspeição para TMC apresenta maior prevalência de “decréscimo de energia vital” que a encontrada na amostra do TRT-24.

Na amostra com suspeição para TMC (n=10), verificou-se predominância do item “encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias”, relativo ao

“decréscimo de energia vital”, diferentemente do encontrado na amostra global (N=50), que foi “sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)”, relativo ao “humor depressivo-ansioso”. Na amostra do TRT-24, os sintomas prevalentes em “decréscimo de energia vital” e “humor depressivo-ansioso” foram, respectivamente, “sente-se cansado o tempo todo” e “sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)”. Com relação aos “Sintomas Somáticos”, tanto a amostra com suspeição para TMC da presente pesquisa quanto à amostra de estudo como um todo e a amostra do TRT-24, confirmam predominância do item “dorme mal”. A seguir serão discutidos cada um dos itens predominantes.

Corroborando a predominância do item “encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias” na amostra com suspeição para TMC (N=10), verifica-se no QSDO que 64% dos participantes afirmam não serem ou serem pouco realizados profissionalmente, sendo que 73% desses têm suspeição para TMC. Com relação à valorização profissional 70% dos participantes dizem não serem ou serem pouco valorizados, sendo 72% desses com suspeição para TMC. Verificou-se, ainda, que 20% da amostra informou se sentir “muito esgotada” ao final do dia trabalho, sendo que 60% desses têm suspeição para TMC. Destaque-se que esses dados fornecem duas das três principais dimensões da Síndrome de *Burnout*, segundo Maslach (2001 apud GUIMARÃES; CARDOSO, 2004), a saber: (i) cansaço emocional ou esgotamento emocional; (ii) a despersonalização ou excessivo distanciamento das pessoas e (iii) a reduzida realização pessoal. Dessa forma, pode-se sugerir a presença concomitante da Síndrome de *Burnout* na amostra com suspeição de TMC, em cerca de 70% dos casos, possivelmente os mais agravados (com maior número total de respostas positivas ao SRQ-20), o que não foi medido especificamente e que requer a realização de outras pesquisas para investigar o risco de adoecimento por essa síndrome na amostra global, em virtude da alta frequência para as respostas que descrevem essa sintomatologia, conforme supracitado.

Concordando com a predominância do item “sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)” na amostra global da pesquisa (n=50), verifica-se no QSDO que a amostra atribui principalmente as notas 5 e 8 ao nível de estresse percebido no trabalho na JFMS (16%) e de 5 ao nível de estresse na vida pessoal (16%) e a média do nível de estresse no trabalho (5,31) é maior que o nível de estresse para a vida pessoal (4,73). Evidencia-se a importância da abordagem dos Fatores de Riscos Psicossociais no Trabalho na JFMS, por

meio de atividades de promoção e prevenção para a diminuição do Sofrimento Mental verificado.

Em conformidade com o item “dormir mal”, no QSDO, 26% da amostra informou que não se sente bem ao acordar e 49% disse ter tido algum tipo de insônia nos últimos 30 dias. Do total da amostra, 8% dos participantes informaram ter feito acompanhamento profissional para a solução do problema e 10% utilizou medicamento para tal fim. Embora pequena, essa diferença de percentuais pode indicar uma tendência à utilização da automedicação para a resolução da insônia, contribuindo para o agravamento do decréscimo de energia vital, do mal estar físico e mental, da atenção, da concentração, da produtividade, entre outros, com repercussões na saúde e qualidade de vida do servidor e da instituição.

A seguir, serão discutidos os achados relativos ao contexto de trabalho.

7.3 CONTEXTO DE TRABALHO

Com relação ao contexto de trabalho, todos os três fatores (“organização no trabalho”, “condições de trabalho” e “relações sócio-profissionais”) demonstraram níveis críticos, que traduzem um resultado geral grave, tendo em vista que a soma dos níveis críticos foi maior que a dos satisfatórios. Tal achado negativo se traduz em custo humano e sofrimento no trabalho para os participantes da amostra pesquisada, havendo alto risco de adoecimento, requerendo providências imediatas da instituição para eliminação ou atenuação dos fatores de risco que estão contribuindo para este resultado.

O mesmo resultado geral de nível grave para a escala foi encontrado no estudo realizado junto ao TRT-24 (GUIMARÃES et al., 2013), indicando que essa pode ser uma situação comum aos Órgãos do Judiciário.

Com relação aos fatores “organização no trabalho” e “relações sócio-profissionais”, as amostras têm resultados concordantes, de níveis críticos. As médias para a amostra do TRT-24 foram de 3,32 e 2,32, respectivamente, sendo, porém menores em relação às médias encontradas na amostra pesquisada na JFMS, de 3,42 e 2,61 respectivamente. Isso indica que o risco de adoecimento na amostra da JFMS é ligeiramente superior em relação ao do TRT-24, já que quanto maior a média maior o risco.

A comparação dos resultados de ambas as amostras não foram concordantes com relação às “condições de trabalho”, tendo em vista que, na presente amostra, o nível foi crítico, com média de 2,66 pontos, e no TRT-24 houve nível satisfatório, com média de 2,28. Assim, as condições de trabalho na JFMS apresentam-se possivelmente mais precárias em relação às do TRT-24.

Dessa forma, conclui-se que o risco de adoecimento no contexto de trabalho para ambas as amostras, da JFMS e do TRT-24, é grave, porém com maior gravidade para JFMS, quando em comparação com os resultados encontrados no TRT-24.

Com relação aos itens, a amostra da JFMS indica situação grave para “o número de pessoas é insuficiente para realizar tarefas” e “o ritmo de trabalho é excessivo”. Os nove primeiro itens e o 11º, com médias mais agravadas, estão relacionados ao fator “organização do trabalho”, explicando o maior risco de adoecimento encontrado para esse fator. No fator “condições de trabalho”, o item mais crítico foi “o mobiliário existente no local de trabalho é inadequado” e em “relações sócio-profissionais” foi “os funcionários são excluídos nas decisões”.

Pode-se concluir por uma relação entre a falta de servidores e o ritmo excessivo de trabalho. Relacionado a esse último aspecto e associado à alta carga e ritmo do trabalho (QUADRO 3), verificam-se os itens que se encontram em nível crítico: os resultados esperados não são possíveis de serem cumpridos, há pressão de prazos para cumprimento das tarefas, há forte cobrança por resultados e há falta de tempo para realizar prazos de descanso no trabalho. Com relação ao fato das tarefas serem repetitivas – item de nível grave, situado em terceiro lugar com relação à classificação das médias – e das tarefas executadas sofrerem descontinuidade, apresentam-se como problemas relacionados ao conteúdo do trabalho. A falta de controle evidencia-se quando os participantes apontam que as normas para execução das tarefas são rígidas, que há grande fiscalização do desempenho e exclusão dos funcionários das decisões. Com relação a fatores estruturais, em décimo lugar verificou-se o item “o mobiliário existente no local de trabalho é inadequado”. Esse pode ter recebido destaque, em virtude do problema da falta de espaço físico para os servidores no prédio atual. Entretanto, cabe ressaltar que, recentemente, foi instalado um piso elevado para melhora da fiação eletrônica utilizada e, por isso, foram trocados os mobiliários antigos por outros mais modernos (mesas satélites, que podem ser alocadas no meio da sala em virtude da possibilidade de disposição da fiação dos eletrônicos sob o piso), que se adequassem melhor ao espaço disponível.

Conforme Guimarães (2006), os itens citados enquadram-se nos chamados fatores psicossociais de risco quanto aos trabalhos que exigem pouco controle do trabalhador sobre os métodos e que não fazem uso pleno das potencialidades do trabalhador. Isso é agravado pela alta qualificação do quadro de servidores em relação ao nível de escolaridade exigida para o cargo, o grau repetitivo das tarefas, trabalhos cujo papel não envolve tomada de decisões e cujas exigências são percebidas como excessivas. Também se verifica limitação das oportunidades para interação social (falta de tempo para realizar prazos de descanso). A falta de equilíbrio entre as exigências e as recompensas pode ser mais bem verificada nos resultados da EST acerca da insatisfação com o salário e com as promoções.

Como verificado, a amostra deste estudo também demonstrou índices mais agravados na EACT em relação ao do TRT-24: de 0,38 ponto (diferença entre a média da amostra da JFMS e do TRT-24) para “condições de trabalho”, de 0,29 para “relações sócio-profissionais” e de 0,10 para “organização no trabalho”. Na análise de regressão linear, verificou-se que o fator da EACT que mais influenciou no sintoma “decréscimo de energia vital” do SRQ-20 foi

o relacionado às “relações sócio-profissionais”, com coeficiente de regressão de 0,10 ponto. Isso reforça a inferência de que o aumento de risco do adoecimento em virtude do desgaste das relações sócio-profissionais no trabalho aumenta o sintoma “decréscimo de energia vital”, detectado pelo SRQ-20 e que compõe o quadro de suspeição para TMC.

A média da amostra de participantes com mais de 30% da renda comprometida com dívidas não foi muito diferente da amostra quanto ao risco de adoecimento no contexto de trabalho, à exceção das “condições de trabalho”, para qual o demonstrou diferença para maior (mais grave) de 0,14 ponto.

A seguir serão discutidos os resultados da satisfação no trabalho.

7.4 SATISFAÇÃO NO TRABALHO

Com relação à “satisfação com os colegas”, que é o contentamento com a colaboração, amizade, confiança e relacionamento mantido com os colegas de trabalho, à “satisfação com a chefia”, que é o contentamento com a organização e capacidade profissional do chefe, com seu interesse pelo trabalho dos subordinados e entendimento entre eles e à “satisfação com a natureza do trabalho”, que expressa o contentamento com o interesse despertado pelas tarefas, com a capacidade de elas absorverem o trabalhador e com a variedade das mesmas, a amostra demonstra nível de indiferença, com uma pontuação média entre 4 e 4,9.

Entretanto, verifica-se que os três primeiros itens nos quais a amostra demonstra satisfação são relacionados à “maneira como me relaciono com meus colegas de trabalho” (média de 5,14 pontos), à “quantidade de amigos entre os colegas de trabalho” (média de 5 pontos) e ao “tipo de amizade que os colegas demonstram por mim” (média de 5 pontos), todos componentes da “satisfação com os colegas”. Assim, apesar de ter média geral que o classifica como de nível indiferente, esse fator apresenta melhor pontuação que os demais.

Ladeira et al. (2012) afirmam que a satisfação sofre interferência direta de características do trabalho como rotinas, especificidades e recursos humanos e essas, por consequência, recebem influência direta do contexto de trabalho. É necessário considerar os itens mais agravados da EACT relacionados ao número insuficiente de pessoas para realizar as tarefas e ao ritmo excessivo de trabalho, ambos relacionados ao fator “organização no trabalho”, entre outros itens agravados, que fizeram com que o referido fator do contexto de trabalho fosse o pior classificado entre os demais. Tal achado corrobora os estudos de Ladeira et al. (2012). Entretanto, na presente pesquisa verificou-se uma relação mais significativa entre o fator “relações sócio-profissionais” do contexto de trabalho com todos os itens da satisfação no trabalho. Em ambas as situações demonstra-se uma forte relação entre o contexto de trabalho e a satisfação no trabalho, sendo provável que o primeiro anteceda o segundo, conforme regressão linear entre essas escalas, já exposta e que será discutida no subitem 7.6.

Por outro lado, a situação de indiferença, na qual o trabalhador não está satisfeito nem insatisfeito, como verificado em todos os itens relacionados à natureza do trabalho e à chefia e na maioria dos relacionados à satisfação com os colegas, pode indicar que esses fatores podem ter sido motivo de insatisfação anteriormente. Conforme o mesmo

entendimento de Locke (1969, 1976 apud MARTINEZ; PARAGUAY, 2003), isso pode também sugerir a necessidade de se promover espaços para a reflexão sobre as metas que o trabalhador deseja alcançar e os seus valores organizacionais, especialmente em relação aos colegas de trabalho, chefia e natureza do trabalho, que podem estar aquém do esperado pela organização, traçados em virtude da missão, visão e valores estratégicos dos planejamentos quinquenais. Ou seja, pode estar havendo uma menor valorização desses fatores por parte dos trabalhadores, em relação ao esperado pela organização, uma vez que não obtê-los é indiferente para o servidor: não é fonte subjetiva de insatisfação nem de satisfação. Longe de culpabilizar o trabalhador, seria importante a instituição investir no resgate desses por meio de intervenções com palestras, cursos, vivências e reforço do planejamento estratégico institucional. Esse último não tem recebido a devida atenção, o que pode, além de perder a efetividade ou de ser fonte de confusão, ser a causa do sentimento de indiferença entre os membros da instituição. Essa inferência acerca dos valores individuais e organizacionais, no entanto, carece de outros dados confirmatórios, tais como pesquisas com instrumentos específicos para medição de valores e da cultura organizacionais.

Com relação à insatisfação com o salário, que expressa o descontentamento do trabalhador com o que recebe como salário, se comparado com o quanto trabalha, com sua capacidade profissional, com o custo de vida e com os esforços feitos na realização do trabalho e à insatisfação com as promoções, que é o descontentamento com o número de vezes que o trabalhador já recebeu promoções, com as garantias oferecidas a quem é promovido, com a maneira de a instituição realizar as promoções e com o tempo de espera pela promoção, a amostra demonstra níveis com pontuação menor ou igual a 3,9 pontos. Tal resultado pode significar que os trabalhadores não estão sentindo correspondência entre a forma de reconhecimento e o esforço empregado na realização do trabalho, destacado por Guimarães (2006) como um fator de risco psicossocial nesse ambiente.

O fator mais negativo com relação à satisfação no trabalho é o relacionado ao salário, seguido pela insatisfação com as promoções. A classificação por itens nessa escala demonstra em primeiro lugar, a insatisfação da amostra com “a maneira como a empresa realiza promoções de seu pessoal” e, terceiro e quarto, respectivamente, “com o tempo que eu tenho de esperar por uma promoção nesta empresa” e “com as oportunidades de ser promovido ou ter ascensão nesta empresa”, itens relacionados a promoções. Em segundo lugar, a amostra demonstra-se insatisfeita com o “salário comparado ao custo de vida” e, em quinto, sexto e

sétimo lugar, respectivamente, “com a quantia em dinheiro que recebo ao final de cada mês”; “com o meu salário comparado com a minha capacidade profissional” e “com o meu salário comparado com os meus esforços no trabalho”, itens pertencentes ao fator salário. Entre os servidores com mais de 30% da renda comprometida com dívidas foi demonstrado pouco mais insatisfação no trabalho em todos os cinco fatores, sendo as maiores diferenças (para pior) com relação ao salário e às promoções.

Acerca da forma de realização de promoções dentro da instituição, pode se verificar, principalmente pela atribuição dos cargos em comissão ou das funções de confiança aos servidores, tendo em vista que os benefícios pagos em virtude de avaliação funcional por desempenho ou por horas de treinamento participadas, não são essencialmente atrelados à produtividade do servidor. Verifica-se, nesses dois últimos casos, um procedimento essencialmente burocrático que, na maior parte das vezes, recompensa, sendo primeiro baseado na aprovação da avaliação do servidor, com média superior a sete (7) pontos, em uma escala de zero a 10 e, o segundo, na participação do mesmo em determinado tipo de curso com uma quantidade mínima de horas.

Com relação à avaliação de desempenho, essa se propõe a medir vários fatores como competência técnica, na qual as atividades desempenhadas são relacionadas pelo avaliado e pelo avaliador; administração do trabalho; comunicação; relacionamento interpessoal; capacidade empreendedora; foco no cliente e assiduidade. A chefia atribui ao avaliado as notas que serão utilizadas para recompensar o servidor e esse também se autoavalia. Não há indicadores claros de produtividade e o avaliador sente-se responsabilizado, pessoalmente, quanto às consequências da avaliação sobre o avaliado, com pouco suporte formal da instituição. Isso poderia ser resolvido com a determinação de indicadores de produtividade claros, previamente traçados tanto pela organização quanto pelo avaliador e com a pontuação final resultante da avaliação também de outros agentes, como os colegas e os clientes atendidos, tal como já é realizado em outras instituições públicas, como o Banco do Brasil, na avaliação 360 graus. Esse tipo de avaliação prioriza uma média entre as notas dadas ao servidor pela chefia, pelos colegas, pelos clientes e pelo próprio empregado, em sua autoavaliação. Entretanto, apesar de não tão eficiente como poderia ser, não é propósito da pesquisadora sugerir que a avaliação de desempenho não seja realizada pela instituição, como defendido pelo sindicato de trabalhadores, pois essa ainda promove a reflexão sobre o

desempenho do trabalhador, tanto por parte do avaliador como do próprio avaliado, e acerca dos fatores intervenientes nesse desempenho, oriundos do contexto de trabalho.

Acerca do incentivo para a participação em treinamentos, verifica-se que a dificuldade reside em como mensurar o resultado desses no trabalho do servidor. Mensura-se e recompensa-se, portanto, em razão da quantidade de horas participadas nos cursos. Essa dificuldade não é nova, já tendo sido apontada por diversos autores (ABBAD; MOURÃO; MENESES; ZERBINI; BORGES-ANDRADE; VILAS-BOAS, 2012) como necessária a diversos tipos de instituições, sejam públicas ou privadas, e justificam o aumento de investimento em treinamento, desenvolvimento e educação (TD&E) do capital humano. Assim, como os investimentos nessa área têm crescido na instituição pesquisada ao longo dos anos, faz-se necessário um melhor foco na mensuração ou na verificação da transferência desses investimentos para o contexto de trabalho nos quais os trabalhadores atuam. Isso auxiliaria no planejamento das ações de TD&E para melhor alinharem-se aos objetivos da instituição, promovendo a recompensa com base no esforço empregado pelo membro e, conseqüentemente, para um maior sentimento de justiça organizacional e de satisfação.

Com relação à promoção via atribuição de cargos, cabe considerar que existe uma legislação que obriga a destinação de pelo menos 50% dos cargos e funções comissionadas aos servidores efetivos integrantes do quadro de pessoal, sendo os demais passíveis de serem atribuídos a pessoas sem vínculo com a instituição. Essa, não chega a ter caráter restritivo na JFMS, pois 92,30% dos 221 cargos em comissão e das funções de confiança são ocupados por servidores vinculados ao órgão ou à região (que inclui a JFSP e o TRF3) e ainda há 12 desses cargos e funções disponíveis para serem preenchidos.

Nesse contexto, verifica-se um sistema de promoções idealizado conforme o próprio nome dado ao papel: “função ou cargo de confiança”, ou seja, pouco baseado na meritocracia. Por outro lado, não se pode afirmar que tal sistema de promoções seja totalmente desvinculado da recompensa por mérito, considerando-se, por exemplo, que todos os servidores ocupantes de cargos comissionados e a maioria dos ocupantes das funções de confiança possuem nível superior de graduação. Entretanto, não há critérios mais claros que evidenciem esse vínculo da promoção com a capacidade técnica do promovido. Dessa forma, também é frequente a atribuição de tal posto em virtude do servidor ser “de confiança” da chefia que atribui o cargo. A mesma justificativa se dá para a retirada dos referidos de tais postos, assim que, por exemplo, há troca da direção superior, desgastando ainda mais a

questão da recompensa pelo esforço, para assunção dos papéis de chefia. Cabe destacar que a remuneração decorrente de cargos de chefia é importante, podendo representar por volta de 1/3 da remuneração total do servidor. Como essa é atribuída independentemente de concursos, mas sim da vontade da chefia superior, perdê-la pode representar fonte de insegurança para o servidor. Assim, pode-se concluir que quanto maior o cargo ou posição assumida, maior é a insegurança com relação à perda dessa função-remuneração.

De maneira geral, verifica-se insatisfação quanto à forma de recompensa do trabalho, em relação ao esforço empregado, seja quando relacionado ao salário, seja ao sistema de promoção adotado pela organização.

Embora a faixa salarial dos servidores do judiciário federal seja alta, há uma fonte de insatisfação com relação ao congelamento do vencimento (salário) e da sua precarização em relação ao custo de vida crescente atual. As promoções, relacionadas especialmente às atribuições de funções, mas também decorrentes da avaliação funcional (mais relacionada ao tempo de serviço) contribuem no aumento dos vencimentos. Entretanto, parece possível afirmar que a insatisfação da amostra não se relaciona somente com a questão monetária, mas também com outros fatores relacionados ao contexto de trabalho, como o encontrado neste estudo: a alta demanda de serviço combinada com o baixo número de servidores disponíveis para realização do trabalho, que gera uma alta exigência e uma consequente insatisfação em relação à remuneração, que passa a ser inferior ao combinado para condições ideais de trabalho. Logo, aumentou-se a exigência, mas o reconhecimento, principalmente o monetário, permaneceu imutável e, mais ainda, tornou-se defasado ao longo dos anos.

A seguir, apresenta-se a discussão de outro fator de risco psicossocial no trabalho identificado nesta pesquisa: o conflito trabalho-família.

7.5 CONFLITO TRABALHO-FAMÍLIA

Verificou-se, na amostra pesquisada, uma moderada “interferência do trabalho na família” (2,98) e um nível baixo de “interferência da família no trabalho” (1,96). Assim, constatou-se nesse estudo, como em outros já realizados, a tendência da interferência do trabalho na família prevalecer sobre a da família no trabalho (PINTO, 2000; FARCAS; GONÇALVES, 2012; AGUIAR, 2012).

O item com maior média e nível moderado (3,26) foi “por causa das demandas do meu trabalho, não consigo fazer as coisas que quero fazer em casa”. Em segundo lugar, verificou-se “as demandas do meu trabalho interferem na minha vida familiar”, com média de nível moderado de 3,2 pontos. Ambos estão relacionados com o fator da “interferência do trabalho na família”.

Com relação aos níveis de agravamento (baixo, moderado e elevado) em cada fator, verifica-se que 16% da amostra (100% do sexo feminino) percebem a interferência do trabalho na família como elevada (TABELA 11). Há um leve predomínio das mulheres (62%), não muito maior em relação ao número total de participantes do sexo feminino (60%), também no nível moderado do outro fator da ECT-F, a “interferência da família no trabalho”, com percentual de 26% da amostra.

Mais da metade dos homens (55%) que participaram da pesquisa percebem a interferência do trabalho na família como moderada e 63% dos participantes do sexo feminino a relatam como moderada ou grave. Isso não corrobora o resultado encontrado por Pinto (2000) de maior percepção de interferência do trabalho na família no público masculino. Embora seja importante considerar que a maior parte dos homens da amostra respondeu que existe essa interferência em nível moderado, parcela maior foi verificada entre as mulheres participantes.

A “interferência do trabalho na família” está inversamente relacionada com quase todos os fatores mensurados na EST utilizada, com exceção do fator “satisfação com os colegas”. Isso corrobora, em parte, o resultado encontrado por Souza (2007), que dispõe que a interferência do trabalho na família reflete na satisfação com o trabalho. Os achados evidenciam que a interferência do trabalho na família está negativamente relacionada com a satisfação dos trabalhadores, pois quanto menor a interferência maior a satisfação, com exceção da “satisfação com os colegas”, com a qual não se encontrou correlação significativa. Tal achado talvez possa ser explicado porque a interação com os colegas foi o fator no qual a

amostra demonstrou maior satisfação, menor gravidade, portanto, entre os demais fatores da satisfação no trabalho.

Já a “interferência da família no trabalho” relacionou-se, também, de maneira inversamente proporcional, somente com a “satisfação com a natureza do trabalho” e com a “satisfação com as promoções”. A correlação desse fator da ECT-F com o fator “satisfação com o salário” foi considerada fraca (-.275) e com valor- $p = 0,053$ (pouco maior que o nível de 5% considerado como limite para ser significativo), porém melhor em relação à “satisfação com os colegas” e “com a chefia”, podendo ser considerado como mais importante, em comparação a esses dois últimos, com os quais não manteve correlação significativa. Segundo Locke (1976 apud MARTINEZ; PARAGUAY, 2003), os colegas e a chefia são fatores causais da satisfação, relativos aos agentes do trabalho e os demais – a natureza do trabalho, as promoções e o salário – estão englobados em eventos e condições do trabalho. Esses dados indicam que a melhora (diminuição) da “interferência da família no trabalho” está mais relacionada ao crescimento da satisfação com os eventos e condições do trabalho (com a natureza do trabalho, com as promoções, com o salário), do que com seus agentes (com a chefia e com os colegas). Ao contrário do esperado, com relação a “retaliações” por parte de colegas e chefias que perceberiam funcionários que sofrem interferência da família no trabalho como menos produtivos em relação aos demais, pode estar ocorrendo o que poderia se denominar de dinâmica de “coleguismo”, de compensação, entre os agentes do trabalho com relação a esses casos, considerando que não se demonstraram elevados (a média geral da amostra evidenciou baixa interferência da família no trabalho) e, por isso, não se demonstrou relação entre a interferência da família no trabalho com os agentes do trabalho. Entretanto, a pesquisadora observa que a interferência da vida pessoal no trabalho é tolerada até certo limite pela instituição, mesmo que isso não seja identificado com clareza. Verificou-se recentemente, por exemplo, o corte de um benefício aos trabalhadores, de licença para consultas médicas durante o expediente, ou seja, que era concedido para apenas um período do expediente de trabalho. Com o corte, os servidores somente podem pegar o afastamento para o dia inteiro, o que gera absenteísmo e outras consequências individuais para o trabalhador. Isso foi feito porque estavam ocorrendo “abusos”, como descrito na justificativa do corte, por parte de alguns poucos trabalhadores (ex: participação em acupuntura e tratamentos mais longos, durante o expediente).

A análise por regressão linear realizada também não evidenciou significância do modelo explicativo que sugeriu o fator “interferência da família no trabalho” como antecedente da “satisfação no trabalho” (somente para os fatores natureza do trabalho e promoções). Portanto, fica evidente que esse não é o modelo explicativo ideal de causa e efeito ou há possibilidade de existir interferência de outros fatores nessa relação, não identificados na pesquisa.

Foi verificado um predomínio pouco menor do “nível elevado” de “interferência do trabalho na família” (16%) em relação à do TRT-24 (16,8%) e também para o “nível moderado” do fator “interferência família no trabalho” (de 26% para JFMS e de 31,9% para o TRT-24). Somando-se os resultados mais precários, 60% dos participantes da JFMS percebem haver interferência moderada ou alta do trabalho na família, pouco menor que os 65,5% encontrados na amostra do TRT-24. Não houve “nível elevado” em nenhum dos estudos para “interferência da família no trabalho”. Assim, a amostra pesquisada demonstrou pouco menos “interferência do trabalho na família” e da “família no trabalho” em relação à do TRT-24. Porém, esse resultado é considerável e deve impelir a instituição a adotar medidas interventivas nesse aspecto.

Com relação à amostra de participantes com mais de 30% da renda comprometida com dívidas, essas pessoas demonstraram perceber maior interferência do trabalho na família (diferença para maior de 0,57 ponto) e também da família no trabalho (diferença para maior de 0,20 ponto) em relação à amostra global.

Ao combinar os níveis de cada fator da Escala de Conflito Trabalho-Família dois a dois, sendo o primeiro nível para interferência do trabalho na família e o segundo, da família no trabalho, para análise da forma de interação entre eles e com as outras escalas estudadas, esperava-se uma classificação de gravidade na seguinte ordem, do maior risco de adoecimento para o menor: (a) alto-médio; (b) alto-baixo; (c) médio-médio; (d) médio-baixo; (e) baixo-médio; (f) baixo-baixo. Porém, verificou-se que o perfil “B” foi ordenado à frente do “A” e, igualmente, o “E” à frente do “D”. Isso pode indicar o papel mediador da “interferência da família no trabalho” sobre o outro fator, que, quando elevado juntamente com a “interferência do trabalho na família”, pode abrandá-lo. Esse papel mediador também pode se configurar sobre as outras variáveis mensuradas. A literatura mostra diferenças de relação entre os fatores da mesma ECT-F com uma mesma variável, como com o comprometimento organizacional, constatado no estudo de Aguiar (2012).

Nesse estudo, a “interferência do trabalho na família” está ligada à redução do comprometimento organizacional, enquanto que a “interferência da família no trabalho” associa-se a um maior grau de comprometimento. Entretanto, não foi objetivo desta pesquisa analisar o papel mediador dos fatores. Cabe apenas conjecturar que seria possível o surgimento de um “sentimento de culpa” no trabalhador, quando há interferência da família sobre o trabalho, que passe a gerar um comportamento de compensação, aumentando, por exemplo, o grau de comprometimento com o trabalho. Esse mecanismo seria semelhante ao princípio do esquema mental de reciprocidade, descrito por Siqueira e Gomide Jr. (2004), quando o trabalhador é o receptor e torna-se devedor de uma retribuição obrigatória. No entanto, essa não é uma relação que explique a “interferência da família no trabalho” como desejável para a promoção da saúde do trabalhador e o aumento da produtividade na instituição, a verificar pela outra inversão na ordem esperada, do perfil “E” com o “D”. Nessa segunda inversão em relação ao esperado, verifica-se o prejuízo sobre a saúde do trabalhador quando a “interferência do trabalho na família” é mais baixa e a da “família no trabalho” é mais alta. Assim, não é desejável para instituição que o servidor tenha aumentada sua percepção de “interferência da família no trabalho”, pois embora, a princípio, possivelmente seja um fator moderador do risco de adoecimento, posteriormente, conforme aumenta torna-se, ele mesmo, um fator psicossocial de risco no ambiente de trabalho.

A seguir, discute-se acerca dos testes das hipóteses traçadas no início da pesquisa.

7.6 TESTE DE HIPÓTESES

A seguir, serão discutidos os testes das hipóteses propostas no início da pesquisa, com base na correlação das escalas e instrumentos e na regressão linear, conforme os modelos propostos no Quadro 4.

A Hipótese 1, que dispõe que o risco de adoecimento pelo contexto de trabalho é diretamente proporcional ao índice de suspeição para TMC, confirma-se parcialmente (TABELA 8), tendo em vista que nem todos os fatores da EACT se relacionaram de maneira diretamente proporcional com os fatores do SRQ-20.

Excetuaram-se as correlações dos “pensamentos depressivos” do SRQ-20 com a “organização do trabalho” e com as “condições de trabalho” da EACT, que foram inversamente proporcionais, sugerindo que o aumento do “pensamento depressivo”, por exemplo, diminui o risco de adoecimento em virtude da “organização do trabalho” ou das “condições no trabalho”, ou vice-versa. É interessante que seja relativizada a importância desse resultado inesperado, tendo em vista a intensidade fraca dessas correlações, embora tenha sido significativa quando em relação às “condições de trabalho”. Dessa forma, pode-se afirmar que, de maneira geral, o risco de adoecimento pelo contexto de trabalho aumenta à medida que também cresce o índice de suspeição para TMC na amostra e vice-versa, com exceção do sintoma “pensamentos depressivos” dos TMC, cuja relação é dependente do fator na EACT, com que se relaciona.

O modelo causal proposto na Hipótese 2 – o risco de adoecimento pelo contexto de trabalho antecede a suspeição para TMC, sugere teste das correlações significativas encontradas na Hipótese 1, por meio da regressão linear. Esse pôde ser confirmado em parte, tendo em vista que somente três dos fatores analisados demonstraram associação significativa entre si. Os resultados da regressão linear indicaram (TABELA 14), que uma melhora (diminuição) de um ponto nos fatores de risco causados pelas “relações sócio-profissionais” diminui em 0,01 ponto o sintoma “decréscimo de energia vital” e em 1,7 pontos o total de respostas positivas ao SRQ-20. Apresentou-se aqui o maior coeficiente de regressão linear das análises realizadas no presente trabalho, entre o aumento do risco de adoecimento em virtude das “relações sócio-profissionais” e o aumento do índice de suspeição para TMC. Na pesquisa, a média global do primeiro foi de nível crítico e para o segundo demonstrou-se prevalência em 20% da amostra. Verifica-se que, quando comparada as médias dos fatores da

EACT da amostra global (n=50) com as da amostra com suspeição para TMC (n=10), todas aumentam (pioram) e a maior variação ocorre para “relações sócio-profissionais” – aumenta em 0,53, enquanto que “organização do trabalho”, em 0,33 e “condições de trabalho”, em 0,28. Isso indica que há maior interferência desse fator, em relação aos outros dois, no aumento da suspeição para TMC. Para instituição, a melhora das relações sócio-profissionais entre os seus membros pode trazer um melhor resultado quanto à diminuição de suspeição para TMC, ou seja, quanto ao adoecimento dos servidores, diminuindo o presenteísmo e o absenteísmo. Conforme referido no subitem 2.2.1, esse fator se caracteriza pela dimensão social do *locus* de produção e é formado pelas interações hierárquicas, coletivas, intra e intergrupais, e pelas interações externas com os usuários e parceiros. Assim, investimentos na melhora e no aperfeiçoamento da comunicação, em gestão de pessoas, de conflitos, no combate ao *mobbing* (assédio moral/psicológico), são exemplos de práticas que podem diminuir o índice de adoecimento nesta organização.

Com relação ao sintoma “pensamentos depressivos”, que apresentou uma correlação inversamente proporcional com dois fatores da EACT na Hipótese 1, verificou-se um coeficiente de regressão significativo, no qual os “pensamentos depressivos” são diminuídos em 0,05 ponto conforme aumento de um ponto do risco de adoecimento, em virtude das “condições de trabalho”. É possível que essa correlação esteja sendo marcada por algum fator interveniente, não identificado na presente pesquisa, como por exemplo, alguma característica individual do participante, como o *locus* de controle do tipo interno. Nesse caso, o indivíduo acredita que o controle das situações de sua vida está localizado internamente e não em forças externas, sendo possível que adote um comportamento reativo frente às condições de adoecimento encontradas nas más condições de trabalho, que são os elementos estruturais da instituição. Entretanto, essa característica individual não foi medida na presente pesquisa, sendo passível de avaliação em futuros estudos.

A Hipótese 3, que postula que o aumento do risco de adoecimento pelo contexto de trabalho é diretamente proporcional ao aumento da interferência do trabalho na família, foi confirmada integralmente e de maneira significativa ($p < 0,05$) (TABELA 12).

O modelo decorrente dessa Hipótese 3 está proposto na Hipótese 4, que afirma que o risco de adoecimento pelo contexto de trabalho antecede a interferência do trabalho na família. Esse foi testado (TABELA 15) e demonstrou-se parcialmente confirmado, não se

aplicando a correlação com todos os fatores da EACT. Indicou que para cada ponto de melhora (diminuição) do risco de adoecimento em virtude da “organização do trabalho”, diminui-se 0,81 ponto da “interferência do trabalho na família”. Logo, a intervenção da instituição em favor da diminuição do adoecimento causado pela “organização do trabalho”, diminui, por consequência, a “interferência do trabalho na família”. Essa relação parece lógica, à medida que os itens mais agravados da organização no trabalho foram os seguintes: número de pessoas insuficiente, ritmo de trabalho excessivo, tarefas repetitivas, resultados esperados fora da realidade, tarefas com pressão de prazos; enquanto que os da interferência do trabalho na família foram: as demandas do trabalho não permitem atendimento das demandas familiares e interferem na vida familiar, a quantidade de tempo dedicada ao trabalho dificulta o cumprimento das responsabilidades familiares e os deveres no trabalho levam a mudar os planos com as atividades familiares. Os trabalhadores investem mais tempo, além do expediente determinado, para execução das atividades do trabalho, interferindo nas atividades do papel familiar. Esse é recurso finito (GREENHAUS; BEUTELL, 1985) e o trabalhador escolhe, mesmo que forçosamente, empregá-lo em prol do trabalho e em detrimento da família. A tensão gerada no ambiente de trabalho também dificulta o papel no outro domínio e é evidente, haja vista que o item mais agravado com relação aos TMC na amostra em geral foi o de o trabalhador sentir-se “nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)”.

A Hipótese 5, que dispõe que o risco de adoecimento pelo contexto de trabalho é inversamente proporcional à satisfação no trabalho, foi confirmada parcialmente, pois a correlação não foi significativa para todos os fatores de ambas as escalas (TABELA 11). Verificou-se que somente o risco de adoecimento decorrente das “relações sócio-profissionais” (EACT) correlacionou-se significativamente ($p < 0,01$) de maneira inversamente proporcional com todos os fatores da EST (satisfação com os colegas, com o salário, com a chefia, com a natureza do trabalho e com as promoções). O fator “condições de trabalho” da EACT também se correlacionou de maneira inversamente proporcional com todos os fatores da EST, porém de maneira não significativa com a “satisfação com a chefia” e “com a natureza do trabalho”. O fator “organização do trabalho” não se correlacionou com a EST de maneira significativa, embora o valor-p da correlação com a “satisfação com a natureza do trabalho” tenha sido de 6,5%, próximo, portanto, do parâmetro de 5% estabelecido para rejeição da hipótese nula. Pode-se afirmar, portanto, que o risco de adoecimento causado pelo contexto de trabalho é inversamente proporcional à satisfação no trabalho, somente quando

esse primeiro é decorrente das “relações sócio-profissionais” e/ou das “condições de trabalho”.

A Hipótese 6 propõe um modelo referente à Hipótese 5, da seguinte forma: o risco de adoecimento pelo Contexto de trabalho antecede a Satisfação no trabalho. Essa hipótese foi confirmada parcialmente, tendo em vista que somente uma variável preditora (independente) foi significativa entre as três da EACT: o fator “relações sócio-profissionais” (TABELA 16), embora esse tenha predito todos os cinco fatores da EST. Foi verificado que a diminuição do risco de adoecimento em virtude das “relações sócio-profissionais” no contexto de trabalho, melhora significativamente a satisfação no Trabalho de maneira global, com relação a todos os seus fatores: “satisfação com os colegas”, “com o salário”, “com as promoções”, “com a chefia” e “com a natureza do trabalho”. Novamente destaca-se a importância do investimento por parte da instituição na melhora das relações sócio-profissionais, pois isso significa que, além da diminuição do índice de suspeição para TMC, como verificado na Hipótese 2, haverá uma melhora da satisfação no trabalho, por parte dos servidores, em todos os seus cinco aspectos. Considerando que o maior coeficiente de regressão foi verificado entre as relações sócio-profissionais e a satisfação com a chefia (-0,95, de quase um ponto), pode-se concluir que esse aspecto deva ser priorizado.

A Hipótese 7, que afirma que a Satisfação no trabalho é inversamente proporcional ao aumento do índice de suspeição para TMC, foi parcialmente confirmada (TABELA 9). A relação inversamente proporcional de todos os fatores da EST deu-se somente com o total de respostas positivas ao SRQ-20. Com “decréscimo de energia vital” e “pensamentos depressivos”, a correlação também foi inversamente proporcional, porém, não significativa em todos os casos.

A Hipótese 8, que traça um modelo para a Hipótese 7 e dispõe que a satisfação no trabalho é antecedente à diminuição do índice de suspeição para TMC, foi parcialmente confirmada (TABELA 17). A regressão linear indica que a melhora da “satisfação com a chefia” (aumento da pontuação) interfere positivamente na melhora do índice de “pensamentos depressivos” (diminui a pontuação), na proporção de 0,04 coeficientes de regressão. O mesmo ocorre com relação à “satisfação com o salário”, que a cada ponto de aumento, diminui a suspeição para TMC na amostra na proporção de 0,95 ponto. Assim, a melhora da satisfação com relação à chefia e ao salário interfere positivamente na diminuição da suspeição para TMC, especialmente com relação aos “pensamentos depressivos”.

A Hipótese 9, que afirma que o aumento da “interferência da família no trabalho” ou do “trabalho na família” é diretamente proporcional ao aumento do índice de TMC, foi parcialmente confirmada (TABELA 10), tendo em vista que somente o fator “decréscimo de energia vital” e o total de respostas positivas ao SRQ-20 correlacionaram-se de maneira significativa e diretamente proporcional a ambos os fatores da ECT-F.

O modelo da Hipótese 10, que propõe que o conflito trabalho-família é antecedente à suspeição de TMC, foi parcialmente confirmado. Os resultados indicaram (TABELA 18) que a diminuição em um ponto da “interferência do trabalho na família” diminui o índice de suspeição para TMC, em 1,05 pontos e também o fator “decréscimo de energia vital”, em 0,07 ponto. De maneira importante, a diminuição em um ponto da “interferência da família no trabalho” diminui em 1,47 pontos a suspeição para TMC.

A Hipótese 11, que dispõe que a “interferência do trabalho na família” é inversamente proporcional à Satisfação no trabalho, foi confirmada (TABELA 13), pois todos os cinco fatores da EST se correlacionaram de maneira inversamente proporcional com os dois fatores da ECT-F, embora nem todas as correlações se demonstrassem significativas.

Enfim, a Hipótese 12, que apresentou o modelo “a ‘interferência do trabalho na família’ é antecedente à insatisfação no trabalho”, conforme o que foi testado e comprovado na Hipótese 11, foi parcialmente comprovada. Pôde-se verificar (TABELA 19) que uma diminuição em um ponto da “interferência do trabalho na família” poderá melhorar (aumentar) o nível de satisfação em quase todos os fatores da EST, a saber: com a natureza do trabalho em 0,30 ponto, com as promoções em 0,27 ponto, com o salário em 0,36 ponto e com a chefia em 0,34 ponto, excetuando-se somente o fator “satisfação com os colegas”, com o qual não obteve correlação significativa.

Foi verificada uma prevalência de 20% de TMC na amostra de estudo. Assim, pode-se afirmar que possivelmente toda a população estudada (em virtude do percentual de 65,78% de representatividade da amostra), encontra-se em situação de risco de adoecimento mental.

O contexto de trabalho coloca os trabalhadores em uma situação considerada grave quanto ao risco de adoecimento. Os itens com resultados mais graves relacionaram-se ao número insuficiente de trabalhadores, ao ritmo excessivo de trabalho e às tarefas repetitivas, todos relacionados à organização. Outro item, considerado crítico, foi a inadequação do mobiliário existente, que aponta fortemente para a necessidade de um estudo ergonômico detalhado sobre as condições estruturais e à aquisição de mobiliário ergonomicamente correto.

A satisfação no trabalho, de maneira geral, é considerada indiferente para os trabalhadores. Porém, demonstram insatisfação quanto às formas de recompensas adotadas pela instituição (insatisfação quanto ao salário e às promoções). Os melhores índices foram observados nos itens referentes à satisfação com os colegas.

A amostra apresentou percepção de moderada interferência do trabalho na família e de baixa interferência da família no trabalho.

Quanto às limitações deste estudo, é necessário considerar:

- O número reduzido da amostra estudada, que não permite a generalização dos achados encontrados e a confirmação dos modelos hipotetizados para verificação da correlação causal entre os fatores dos instrumentos utilizados;
- O grande número de questões formuladas e informações coletadas no QSDO auxiliou no estabelecimento de hipóteses explicativas, porém, dificultou a correlação inferencial com os demais instrumentos;
- A utilização de variáveis categóricas ao invés de contínuas, no QSDO, dificultou a comparação de dados com outras pesquisas. Ex: questionou-se qual a faixa etária do participante e não diretamente a sua idade;
- O estudo é de corte transversal e, portanto, demonstra uma situação momentânea da realidade.

Cabe considerar que a investigação de correlações causais, mesmo num estudo de corte transversal, é de considerável importância, pois futuramente é possível verificar se o nexos causal encontrado perdura ou não ao longo dos anos, por meio de estudos longitudinais.

Sugere-se que a instituição deva focar, prioritariamente, na melhoria do contexto de trabalho em todos os três aspectos: organização, condições e relações sócio-profissionais, em especial, nesse último. Constatou-se no estudo desta amostra que a melhora do risco de adoecimento em virtude das relações sócio-profissionais pode influir na diminuição do índice de suspeição para TMC e no aumento da satisfação no trabalho de maneira geral. Isso indica que a melhora desse fator, conseqüentemente, pode diminuir a incidência de presenteísmo, de absenteísmo e melhorar a satisfação dos servidores de maneira geral.

Por outro lado, deve-se atentar para a melhora das formas de recompensa do servidor, em virtude da maior insatisfação dos trabalhadores com os fatores relacionados a esse tema (salário e progressões).

Sobre o tema conflito trabalho-família, deve-se abordar na instituição o assunto com destaque especial para a questão de gênero, em virtude do maior agravamento da interferência do trabalho na família com relação às mulheres. É importante também o investimento em programas de acompanhamento familiar, para minimizar os índices de interferência da família no trabalho que, embora não expressivo, demonstrou causar grande impacto na diminuição da suspeição para TMC.

Em virtude disso, a instituição poderá atuar nos âmbitos micro ou individual, meso ou organizacional e macro ou ocupacional e também nos níveis primário, secundário e terciário para prevenção e promoção da saúde. Para tanto, é importante que tais programas sejam apoiados pela alta direção e que sejam incorporados às políticas de Gestão de Recursos Humanos, não se restringindo somente à área da saúde do Órgão, para atingir com efetividade todos os âmbitos sugeridos. De modo concreto, por exemplo, no âmbito individual, o psicólogo poderá realizar treino de estresse, assertividade e encaminhar o trabalhador para acompanhamento terapêutico psicológico ou medicamentoso quando necessário. Destaque-se que não há intenção de realizar-se acompanhamento terapêutico individual, considerando a pouca viabilidade, por haver somente um profissional no Órgão, e também o papel mais global de intervenção, desempenhado como Psicólogo do Trabalho. Assim, esse deverá contar com a parceria de psicólogos clínicos, psiquiatras e outros profissionais da saúde. Da mesma forma, é interessante a intervenção por meio de grupos operativos, conforme a proposta de Pichon Rivière e Bleger. Com essa, pode-se abordar os problemas levantados na pesquisa como tarefas e pré-tarefas e o vínculo grupal, que se estendem às questões de formação de equipe, liderança e outros papéis grupais, entre outras questões do âmbito organizacional. Ao

focar na melhora dos procedimentos de trabalho, como o planejamento estratégico, por exemplo, poder-se-ia contar com o auxílio de um administrador. Assim, em todos os âmbitos de atuação – micro, meso ou macro, e de intervenção, para promoção ou prevenção primária, secundária ou terciária da saúde, é necessário que seja formada uma equipe multidisciplinar, incluindo os dirigentes e “pessoas-chave” da organização, para que as ações e mudanças sejam mais passíveis de serem realizadas.

Enfim, de maneira geral, com esse estudo constatou-se o impacto dos Fatores Psicossociais de Risco no Trabalho sobre os índices de adoecimento mental.

Cabe destacar, porém, que se verifica um paradoxo entre os índices de adoecimento encontrados e o baixo índice de afastamentos em virtude de doença mental, quando comparados aos encontrados no INSS ou mesmo em outras instituições públicas. Esse dado é corroborado com observação empírica desta pesquisadora enquanto psicóloga da instituição, nos casos em que houve necessidade de intervenção profissional, frente à resistência do trabalhador em retirar licença para tratamento da própria saúde, a despeito do adoecimento verificado. Dessa maneira, verifica-se um comprometimento instrumental¹³ dos trabalhadores, que pode ser consequente da insegurança causada na busca da manutenção das funções de chefia – essas não são incorporadas e somam valores significativos à remuneração final –, mas também resultante da dificuldade de auto-percepção ou de aceitação do adoecimento mental, por parte dos membros da instituição.

Por outro lado, é importante se considerar a comunicação positiva e tácita, expressa por trás do resultado de cada sintoma de adoecimento observado, que evidencia a preocupação por parte dos trabalhadores em atender a demanda de trabalho e os prazos, e o desejo em participar das decisões da instituição. A interferência do trabalho na família e a significativa prevalência de suspeição para TMC reforçam a existência desse super-esforço em atender a demanda laboral apresentada, que acaba por minar outros horizontes da vida do funcionário, bem como sua saúde mental. Entretanto, é necessária a realização de outros estudos para verificação do grau de comprometimento, do tipo¹⁴ e das correlações com os sintomas verificados nesta pesquisa.

¹³ A dimensão instrumental do comprometimento “é o grau em que o indivíduo se mantém ligado à organização devido ao reconhecimento dos custos associados com a sua saída da empresa e nela permanece porque precisa” (SIMON; COLTRE; 2012, p. 4).

¹⁴ São três tipos: comprometimento instrumental, já descrito; comprometimento afetivo, que “corresponde ao grau que o indivíduo se sente emocionalmente ligado, identificado e envolvido com a sua saída da empresa e

Espera-se que os resultados obtidos nesta investigação possam contribuir para subsidiar ações de promoção de saúde no contexto de trabalho da JFMS e de outras instituições públicas semelhantes às do judiciário federal, refletindo, ao fim, no aprimoramento do atendimento dos cidadãos.

nela permanece porque quer” e comprometimento normativo, que “diz respeito ao grau em que o indivíduo possui um sentimento da obrigação, ou dever moral, de permanecer na organização e nela permanece porque sente que deve” (SIMON; COLTRE; 2012, p. 4).

À MULHER trabalhadora do Judiciário Federal. **SINTRAEMG**, Belo Horizonte, mar. 2014. Disponível em: <<http://www.sitraemg.org.br/noticia/exibir/23316/artigo:-a-mulher-trabalhadora-do-judiciario-federal>>. Acesso em: 22 mar. 2014.

ABBAD, G. da S. et al. (orgs.) **Medidas de Avaliação em Treinamento, Desenvolvimento e Educação: ferramentas para gestão de pessoas**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

AGUIAR, C. V. N. **Conflito Trabalho-Família e Comprometimento Organizacional: um estudo com trabalhadores de diferentes segmentos produtivos**. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Bahia. Disponível em: < http://www.pospsi.ufba.br/Carolina_Aguiar.pdf > Acesso em: 4 ago. 2013.

AKINTAYO, D. I. Work-family role conflict and organizational commitment among industrial workers in Nigeria. **Journal of Psychology and Counseling**, 2, 1, 1-8, 2010.

ALMEIDA-FILHO, N. **Epidemiologia sem números: uma introdução crítica à ciência epidemiológica**. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

_____. et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. **Br J Psychiatry**. 1997;171:524-9.

ALTMAN, D. G. Statistics in medical journals: developments in the 1980s. **Statistics in Medicine**, 10: 1897-1913, 1991.

ANCHIETA, V. C. C. et al. **Trabalho e Risco de Adoecimento: Um Estudo entre Policiais Civis**. *Psic.: Teor. e Pesq.* [online]. 2011, vol. 27, n. 2, pp. 199-208. ISSN 0102-3772.

ANDERSON, S. E.; COFFEY, B. S.; BYERLY, R. T. Formal organizational initiatives and informal workplace practices: links to work-family conflict and job-related outcomes. **Journal of Management**, 28(6), 787-810. doi: 10.1016/S0149-2063(02)00190-3, 2002.

ANDRADE, L. H. S. G. et al. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da Cidade de São Paulo, Brasil. **Rev Psiq Clín.** 1999; 26(5). Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista>>. Acesso em: 22 mar. 2014.

_____. de. Epidemiologia psiquiátrica: novos desafios para o século XXI. **Rev. USP**, São Paulo, n. 43, p. 84-89, set./nov. 1999.

ANDRADE, L. et al. Prevalence of ICD-10 Mental Disorders in a Catchment Area in the City of São Paulo, Brazil. **Journal Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**. 2002. Vol. 37 (7), pp 316-325.

ANTONOVSKY, A. Can attitudes contribute to health? **Advances**, 1992, Vol. 8(4), pp 33-49.

_____. The sense of coherence as a determinant of health. In: MARAZZO, J. D.; WEISS, S. M.; HERD, J. A.; MILLER, N. E.; WEISS, S. (Eds.). **Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention** (pp. 114-129). New York: Wiley, 1984.

ANUÁRIO DO SISTEMA PÚBLICO DE EMPREGO, TRABALHO E RENDA 2010-2011. **Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos - DIEESE**. Disponível em: <<http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A333FE61F013341780DBB382F/mercado.pdf>> Acesso em: 17 fev. 2014.

BAILEY, N. T. J. **The Mathematical Approach to Biology and Medicine**. London: John Wiley & Sons, 1967.

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

BARBOSA-BRANCO, A. ; OLIVEIRA, P. R. A. de . Anos Potencias de Trabalho perdidos entre a população trabalhadora segurada pelo INSS no Brasil, 2003-2004. In: **11a congresso mundial de saúde publica 8º congresso brasileiro de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2006.

_____.; ALBUQUERQUE-OLIVEIRA, P. R.; MATEUS, M. Epidemiologia das Licenças no Trabalho por Doenças Mentais no Brasil. In: FERREIRA, J. J., PENIDO, L. de O.; REZENDE e de A.; MARTINS, R. L. (Org.). **Saúde Mental no Trabalho: Coletânea do Fórum de Saúde e Segurança no Trabalho do Estado de Goiás**. 1 ed. Goiânia: Cir Gráfica, 2013, p. 497-516.

BALDWIN, N. J.; FARLEY, Q. A. Comparing the public and private sectors in the United States: a review of the empirical literature. In: FARAZMAND, A. (Org.). **Handbook of comparative and development public administration**. New York: Marcel Dekker, 1991. p. 27-39.

BARNETT, B. R.; BRADLEY, L. The impact of organizational support for career development on career satisfaction. **Career Development International**, v. 12, n. 7, p. 617-636, 2007.

BARRETO, M. M. S. **Violência, saúde e trabalho (uma jornada de humilhações)**. São Paulo: PUCSP, 2006.

BEIGEL, A. Underpinning of policy. In: WHO/MNH/MND/96.4 – **Global action for the improvement of mental health care: policies and strategies**. Geneva, 1996.

BELLOU, V. Matching individuals and organizations: evidence from the Greek public sector. **Employee Relations**, v. 31, n. 5, p. 455-470, 2009.

BERGER, J. D. & SELLKE, T. Testing a point null hypothesis: the irreconcilability of P values and evidence. **Journal of the American Statistical Association**, 1987, 82: 112-139.

BLAU, P. M. **Exchange and power in social life**. New York: John Wiley & Sons, 1964.

BOLETIM ESTATÍSTICO PESSOAL – BEP 210. **Ministério do Planejamento**. Disponível em:

<http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/servidor/publicacoes/boletim_estatistico_pessoal/2013/Bol210_Out2013.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2014.

BORGES, L. de O.; GUIMARÃES, L. A. M.; SILVA, S. S. da. Diagnóstico e Promoção da Saúde Psíquica no Trabalho. In: BORGES, L. de O.; MOURÃO, L. (orgs). **O Trabalho e as Organizações: atuações a partir da Psicologia**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. **Resolução CFP n. 016, de 20 de dezembro de 2000**. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2000/12/resolucao2000_16.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2008.

_____. ENSP/Fiocruz-FENSPTEC. GADELHA, A. M. J. et al. **Relatório Final do Projeto Estimativa da Carga de Doença do Brasil – 1998**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz-FENSPTEC, 2002.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2014.

_____. **Ministério da Previdência Social. Estatísticas da Previdência**. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/estatisticas/>>. Acesso em: 12 fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Plataforma Brasil**. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>>. Acesso em: 17 mar. 2013.

_____. Portal Brasil.gov.br. **Estrutura do Estado: Poder Judiciário**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/o-brasil/estrutura/poder-judiciario>> Acesso em: 18 abr. 2013.

_____. Poder Judiciário. **Portal da Justiça Federal da Seção Judiciária de Mato Grosso do Sul**. Disponível em: <<http://www.jfms.jus.br>>. Acesso em: 18 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde (1999). **Programa de saúde do idoso: o envelhecimento populacional brasileiro e as transformações na sociedade**. Disponível em: <<http://saude.gov.br/programas/idoso/programa.htm>> Acesso em: 21 set. 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Lista de doenças relacionadas ao trabalho (Portaria nº 1.339/GM, 18.11.99)**. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2013, n. 34.

BRIDGES, W. **Um mundo sem empregos**. São Paulo: MAKRON, 1995.

BROWN, G. W. Social Roles, Context and Evolution in the Origins of Depression. **Journal of Health and Social Behavior** [S.l.], v. 43, n. 3, p. 255-276, 2002.

_____. HARRIS, T. **Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women**. London: Tavistock Publications, 1978.

BRUGHA, T. S. Social Support and Psychiatric Disorder: Overview of Evidence. **Social Support and Psychiatric Disorder: Research Findings and Guidelines for Clinical Practice**. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

BUCHANAN, B. Government managers, business executives, and organizational commitment. **Public Administration Review**, v. 34, n. 4, p. 339-347, 1975.

BUSNELLO, E. D.; LIMA, B.; GOMES, R. et al. **Identificação e Manejo dos Doentes Mentais num Local de Cuidados Primários em Porto Alegre, Brasil.** J. B. P., 32(6):359-363, 1983.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

CADERNO INFORMATIVO DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA. **Cipanet.** Abril, 2012, nº 391, p. 36-58. Disponível em: <<http://www.cipanet.com.br/revistacipa/revistas/391/>> Acesso em: 20 fev. 2014.

CAMARGO, D. A.; NEVES, S. N. H. Transtornos Mentais, Saúde Mental e Trabalho. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. **Série Saúde Mental e Trabalho.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, v. 3, p. 23-42.

CAMPOS, J. F.; DAVID, H. S. L. Avaliação do contexto de trabalho em terapia intensiva sob o olhar da psicodinâmica do trabalho. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online]. 2011, vol. 45, n. 2, pp. 363-368. ISSN 0080-6234.

CAPES. **Portal Periódicos da CAPES.** 2010. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em: 18 jun. 2013.

CASPER, W. J.; MARTIN, J. A.; BUFFARDI, L. C.; ERDWINS, C. J. Work–Family Conflict, Perceived Organizational Support, and Organizational Commitment Among Employed Mothers. **Journal of Occupational Health Psychology**, 7, 2, 99-108, 2002.

CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral da Administração.** 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

CHIEN, I.-C.; CHOU, Y.-J.; LIN C.-H.; BIH, S.-H.; CHOU, P. Prevalence of Psychiatric Disorders Among National Health Insurance Enrollees in Taiwan. **Psychiatric Services**. 2004; 55 (6). Disponível em: <<http://www.ps.psychiatryonline.org>>. Acesso em: 25 mar. 2014.

CLARK, S. C. Work/family border theory: a new theory of work/family balance. **Human Relations**, 53, 6, 747-770, 2000.

CODA, R. **Satisfação no trabalho e características das políticas de recursos humanos para executivos**. 1986. Tese (Doutorado) – Faculdade de Economia e Administração, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CODO, W.; SORATTO, L.; VASQUES-MENEZES, I. Saúde mental e trabalho. In: ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. (Org). **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 276-299.

COELHO JUNIOR, F. A.; FAIAD, C. **Evidências de Validade da Escala de Satisfação no Trabalho**. Aval. psicol. [online]. 2012, vol.11, n.1, pp. 111-121. ISSN 1677-0471. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712012000100011> Acesso em: 17 abr. 2013.

COOPER, C. (ed). **Theories of occupational stress**. Oxford: Oxford University Press, 1998.

COSTA, J. S. D. da et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. **Rev. bras. epidemiol.** [online]. 2002, vol. 5, n. 2, p. 164-173. ISSN 1415-790X.

COSTA, A. L. R. C. da. **As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem: o cotidiano de trabalho no setor de emergência e urgência clínica em um hospital público** (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Mimeografado.

COUTINHO, E. S. F., ALMEIDA FILHO, N., MARI, J.J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. **Rev Psiq Clín.** 1999; 26(5). Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista>>. Acesso em: 22 mar. 2014.

COX, T.; GRIFFITHS, A. The nature and measurement of work stress: theory and practice. In: WILSON, J. R.; CORLETT, E. N. (Orgs.). **Evaluation of human work: a practical ergonomics methodology**. London: Taylor & Francis, 1995.

CRUZ, C. R. B.; SHIRASSU, M. M.; BARBOSA, P. L. Q.; SANTANA, A. M. R. de. Transtornos mentais como causa de absenteísmo entre servidores públicos em São Paulo. **Rev. psiquiatr. clín.** [online]. 2011, vol. 38, n. 6, pp. 265-266. ISSN 0101-6083.

CURA, M. L. A. D. **Satisfação profissional do enfermeiro**. 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

DANCEY, C. P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para Psicologia**. Tradução Lori Viali. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

DEJOURS, C. **O fator humano**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2002.

DESANTIS, V. S.; DURST, S. L. Comparing job satisfaction among public and private sector employees. **American Review of Public Administration**, v. 3, n. 26, p. 327-343, 1996.

EBY, L. T; MAHER, C. P; BUTTS, M. M. The Intersection of Work and Family Life: The Role of Affect. **Annual Review of Psychology**, 61, 599–622, 2010.

EDWARDS, J. R.; ROTHBARD, N. P. Mechanisms Linking Work and Family: Clarifying the relationship between work and family constructs. **The Academy of Management Review**, 25, 1, 178-199, 2000.

EISENBERGER, R. et al. Perceived organizational support. **Journal of Applied Psychology**, v. 24, p. 29-40, 1986.

EYSENCK, M. W.; KEANE, M. T. **Psicologia cognitiva: um manual introdutório**. Porto Alegre: Artmed, 1994.

ENCONTRO Nacional do Judiciário decide modernizar a justiça brasileira. **CNJ.jus.**, Brasília, 25 ago. 2008. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/noticias-gerais/5149-encontro-nacional-do-judicio-decide-modernizar-a-justibrasileira>>. Acesso em: 6 jan. 2014.

FAGUNDES, M. Transtornos mentais comuns e o uso de práticas de medicina complementar e alternativa: estudo de base populacional. **J. bras. psiquiatr.** [online]. 2008, vol. 57, n. 4, pp. 233-239. ISSN 0047-2085.

FARCAS, D.; GONÇALVES, M. A família chama por mim, mas o trabalho não tem fim...: necessidades e desafios do ponto de vista psicossocial das famílias expatriadas. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e das Organizações). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal.

FERLIE, E.; ASHBURNER, L.; FITZGERALD, L.; PETTIGREW, A. **The new public management in action**. Oxford, Oxford University Press, 1996.

FERNÁNDEZ LÓPEZ, J. A., et al. El estresse ocupacional: um nuevo factor de riesgo. Qué sabemos y qué podemos hacer? **Aten Primaria**, 31(8): 000-0/9, 2003.

FERREIRA, M. C. O sujeito forja o ambiente, o ambiente “forja” o sujeito: Mediação indivíduo-ambiente em ergonomia da atividade. In: FERREIRA, M. C.; ROSSO, S. D. (orgs). **A Regulação Social do Trabalho**. Brasília: Paralelo 15, 2003. p. 21-46.

FERREIRA, M. C.; MENDES, A. M. **Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores-fiscais da Previdência Social brasileira**. Brasília: LPA, 2003.

FERREIRA, M. C.; MENDES, A. M. B. Contexto de Trabalho. In: SIQUEIRA, M. M. M. (org.); TAMAYO, A. et al. **Medidas do Comportamento Organizacional: ferramentas de diagnóstico e gestão**. Porto Alegre: Artmed, 2008. pp. 111-123.

FIGUEIREDO FILHO, D; NUNES, F.; ROCHA, E. C. da; SANTOS, M. L.; BATISTA, M.; SILVA JÚNIOR, J. A. O que fazer e o que não fazer com a regressão: pressupostos e aplicações do modelo linear de Mínimos Quadrados Ordinários (MQO). **Rev. Política Hoje**. 2011, vol. 20, n. 1, p. 44-99. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/politica/hoje/index.php/politica/article/viewFile/117/88>>. Acesso em: 19 mar. 2014.

FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento Difuso e Transtornos Mentais Comuns: uma revisão bibliográfica. **Revista Atenção Primária a Saúde**. Juiz de Fora, 2008, v. 11, n. 3, pp. 285-294. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/342/120>> Acesso em: 18 abril 2013.

FORTES, S., VILLANO, L. A. B., LOPES, C. S. Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do Programa Saúde da Família (PSF) de Petrópolis, Rio de Janeiro. **Rev Bras Psiquiatr**. 2008; 30 (1): 32-7.

FRASER, T. M. **Human stress, work and job satisfaction: a critical approach**. German: International Labour Office, 1983.

FREITAS, L. G. de. **Saúde e Processo de Adoecimento no Trabalho dos Professores em Ambiente Virtual**. 2006. Dissertação (Instituto de Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília, DF.

GARCIA, L. de S. L. **Saúde Mental na Atenção Básica**. 2012. Apresentação de slides. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/saudementalatencaobasica.pdf>> Acesso em: 22 jan. 2014. Apresentado no 1.º Encontro Estadual de Saúde Mental do Paraná, em Curitiba. 10 e 11.07.2012.

GASTAUD, M. B.; SOUZA, L. D. M.; BRAGA, L.; HORTA, C. L.; OLIVEIRA, F. M.; SOUSA, P. L. R. et al. Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de psicologia: estudo transversal. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**. 2006; 28 (1).

GAZALLE, F. K. et al. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**. 2004; 38 (3).

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

GOLDBERG, D. Epidemiology of mental disorders in primary care settings. **Epidemiologic Reviews**, 17, 1995, 182-190.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do *Self-Reporting Questionnaire* como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com a *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2008, v. 24, n. 2, pp. 380-390. ISSN 0102-311X.

GOODMAN, S.; ROYALL, R. Evidence and scientific research. **American Journal of Public Health**, 1985, 78: 1568-1574.

GOULDNER, A. W. The norm of reciprocity: a preliminary statement. **American Sociological Review**, v. 25, p. 161-178, 1960.

GREENHAUS, J. H.; BEUTELL, N. J. Sources of conflict between work and family roles. **Academy Management Review**, 10, 1985, 76-88.

GUÉRIN, F. et al. **Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia**. Tradução: Giliane M. J. Ingratta, Marcos Maffei. São Paulo: Edgard Blucher, 1997.

GUIMARÃES, L. A. M. ; FERREIRA JUNIOR, M. Condições ligadas ao Trabalho. In: FRÁGUAS JÚNIOR, R.; BERTUOL FIGUEIRÓ, J. A. (Org.). **Depressões em Medicina Interna e em outras condições médicas: depressões secundárias**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2000, v. 1, p. 303-310.

_____; BARROS, C. A. Lesões por Esforços Repetitivos – L. E. R.: Aspectos Psicológicos. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. **Série Saúde Mental e Trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003a, v.1, p. 59-69.

_____; CARDOSO, W. L. C. D.; GRUBITS, S.; MARTINS, D. A. Prevalência de Transtornos Mentais nos Ambientes de Trabalho. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. **Série Saúde Mental e Trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003b, v.1, p. 49-57.

_____; FREIRE, H. B. G. Sobre o estresse ocupacional e suas repercussões na saúde. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. **Série Saúde Mental e Trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004a, v.2, p. 29-54.

_____; CARDOSO, W. L. C. D. Atualizações sobre a Síndrome de *Burnout*. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Org.). **Série Saúde Mental e Trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004b, v. 3, p. 43-62.

_____; TEIXEIRA, L. N. Efeitos do trabalho em turnos na saúde mental do trabalhador. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Org.). **Série Saúde Mental e Trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004c, v. 3, p. 181-190.

_____. **Fatores Psicossociais de Risco no Trabalho**. 2006. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/71178221/Art-is-Guimaraes>>. Acesso em: 17 dez. 2013.

_____; MARTINS, D. de A.; GRUBITS, S.; CAETANO, D. Prevalência de transtornos mentais em trabalhadores de uma universidade pública do estado de São Paulo. **Rev. bras. saúde ocup.** [online]. 2006, vol.31, n.113, pp. 7-18. ISSN 0303-7657.

_____. ; GRUBITS, S.; MARTINS, D. de A.; FREIRE, H. B. G. Psicologia da Saúde Ocupacional (PSO): um campo emergente. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Org.). **Série Saúde Mental e Trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008, v. 4, p. 23-32.

_____. et al. **Questionário Sócio-demográfico-ocupacional aplicado em servidores do Tribunal Regional Federal da 24ª Região nos anos de 2012 e 2013**. 2012. Mimeografado.

_____. **Aulas e orientação do mestrado em Psicologia da Saúde do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco**. Campo Grande, 2012. Notas de aula.

_____. ; OLIVEIRA, A. L. M. de. (orgs.). **Saúde mental de servidores do Tribunal Regional do Trabalho da 24ª Região**. Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco, 2013. Mimeografado.

_____. **Laboratório de Saúde Mental e Qualidade de Vida do Trabalhador**. Campo Grande, 18 mar. 2014. Notas de aula.

GUIMARÃES, T. de A. A Nova Administração Pública e a Abordagem da Competência. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro 34(3): 125-40, maio/jun., 2000.

GURVITCH, G. **Determinismes Sociaux et Liberté Humaine**. Paris: Presses Universitaires de France, 1955.

HARRIS, T. **Introduction to the Work of George Brown: Where Inner and Outer Worlds Meet: Psychosocial Research in the Tradition of George W. Brown**. London: Routledge, 2000.

HENNE, D.; LOCKE, E. A. Job dissatisfaction: what are the consequences? **International Journal of Psychology**, 20, 1985, p. 221-240.

IBGE ANUNCIA: população entre 30 e 59 anos compõe maior percentual da força de trabalho no país, 61,9% de trabalhadores. **Portal do Envelhecimento**, Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento (OLHE), São Paulo, set. 2012. Disponível em: <<http://portaldoenvelhecimento.org.br/noticias/trabalho/ibge-anuncia-populacao-entre-30-e-59-anos-compoe-maior-percentual-da-forca-de-trabalho-no-pais-61-9-de-trabalhadores.html>>. Acesso em: 17 fev. 2014.

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

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

_____. O Nexo Causal em Saúde/Doença Mental no Trabalho: uma demanda para a Psicologia. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 112-119, 2007.

JAKSON FILHO, J. M. Desenho do Trabalho e Patologia Organizacional: um estudo de caso no serviço público. **Revista Produção**. set-dez. 2004, v. 14, n. 3, pp. 058-066.

JAMALI, D. A study of customer satisfaction in the context of a public private partnership. **International Journal of Quality & Reliability Management**, v. 24, n. 4, p. 370-385, 2007.

JARDIM, S. R.; GLINA, D. M. R. O Diagnóstico dos Transtornos Mentais relacionados ao Trabalho. In: ROCHA, L. E.; GLINA, D. M. R. (orgs). **Saúde Mental no Trabalho: desafios e soluções**. São Paulo: Editora VK, 2000, p. 17-52.

_____. O diagnóstico dos transtornos mentais relacionados ao trabalho. **Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, jul-set, n. 74, 2000.

_____; RAMOS, A.; GLINA, M. R. G. Diagnóstico e nexos com o trabalho. In: GLINA, M. R. G.; ROCHA, L. E. (orgs) **Saúde Mental no Trabalho: da teoria à prática**. São Paulo: Roca, 2010. p 49-80.

KAC, G.; SILVEIRA, E. A.; OLIVEIRA, L. C.; MARI, J. J. Fatores relacionados à prevalência de morbidades psiquiátricas menores em mulheres selecionadas em um Centro de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22 (5): 999-1007, mai, 2006.

KALIMO, R.; EL BATAWI, M. A.; COOPER, C. L. **Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1988.

KENDLER, K. S.; PRESCOTT, C. A. **Genes, Environment, and Psychopathology: Understanding the Causes of Psychiatric and Substance Use Disorders**. New York: Guilford Press, 2006.

KIM, S. Public service motivation and organizational citizenship behavior in Korea. **International Journal of Manpower**, v. 27, n. 8, p. 722-740, 2006.

KLIJN, T. M. P. **Satisfação no trabalho de mulheres acadêmicas da Universidade de Concepción, Chile**. 1998. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo.

KUVAAS, B. A test of hypotheses derived from self-determination theory among public sector employees. **Employee Relations**, v. 31, n. 1, p. 39-56, 2009.

LADEIRA, W. J.; SONZA, I. B.; BERTE, R. S. Antecedentes da satisfação no setor público: um estudo de caso na prefeitura de Santa Maria (RS). **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro 46(1): 71-91, jan./fev. 2012.

LEVI, L. Adaptación del trabajo a las capacidades y necesidades humanas: mejoras del contenido y la organización del trabajo. In: KALIMO, R., EL BATAWI, M. A., COOPER, C. L. **Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1988. p. 166-82.

LIBERATO, R. de C. Coordenador do Fórum Fundiário embarcará para o MS, para acompanhar o desdobramento da disputa de terras. **CNJ**. Agência CNJ de Notícias. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/24895:coordenador-do-forum-de-assuntos-fundiarios-embarcara-para-o-ms-para-acompanhar-o-desdobramento-da-disputa-de-terras>>. Acesso em: 22 mar. 2014.

LIMA, M. S.; SOARES, B. G. O.; MARI, J. J. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. **Rev Psiq Clín**. 1999; 26 (5). Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista>>. Acesso em: 22 mar. 2014.

LIMA, M. E. A. Transtornos mentais e trabalho: o problema do nexos causal. **Revista de Administração da FEAD**, 2 (1), p. 73-80, 2005.

LINDEMBERG, A. H. **Princípios Constitucionais da Administração Pública**. Disponível em:<<http://www.faculadepsicologia.ufpa.br/Princ%C3%ADpios%20da%20administra%C3%A7%C3%A3o%20p%C3%ABlica.pdf>> Acesso em: 22 ago. 2013.

LILIENFELD, A. M., LILIENFELD, D. E. Foundations of Epidemiology. 2. ed. Chapter 1: **The Epidemiologic Approach to Disease**. London/New York: Oxford University Press, 1980, pp 3–22.

LOCKE, E. A. What is job satisfaction? **Organizational Behavior and Human Performance**, 4 (4), 1969, p. 309-336.

_____. The nature and causes of job satisfaction. In: DUNNETTE, M. D. (Ed.). **Handbook of industrial and organizational psychology**. Chicago: Rand McNally, 1976, pp. 1297-1349.

_____. Job satisfaction. In M. Gruneberg & T. Wall (Eds), **Social psychology and organizational behaviour**. New York: John Wiley & Sons, 1984, pp. 93-117.

LORANT, V.; D. DELIEGE, et al. Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. **American Journal of Epidemiology**, [S.l.], v. 157, n. 2, p. 98-112, 2003.

LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. de. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2002, vol.36, n.2, pp. 213-221. ISSN 0034-8910.

MAIA, L. C.; DURANTE, A. M. G.; RAMOS, L. R. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2004, vol.38, n.5, pp. 650-656. ISSN 0034-8910.

MANUAL DE SEGURANÇA ISASTUR. **Grupo Isastur**. Disponível em: <http://www.grupoisastur.com/manual_isastur/data/pt/1/1_10.htm> Acesso em: 25 set. 2012.

MARAGNO, L.; GOLDBAUM, M.; GIANINI, R. J.; CÉSAR, C. L. G. Prevalência de transtornos mentais em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22 (8):1639-1648, ago., 2006.

MARI, J. J., WILLIAMS P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **Br J Psychiatry**. 1986, 148: 23-6.

_____. Minor Psychiatric Morbidity in Three Primary care Clinics in the City of São Paulo. Issues on the Mental Health of the Urban Poor. **Soc. Psychiatry Epidemiol**. 22: 129-138, 1987.

_____. ; JORGE, M. R. Transtornos Psiquiátricos na Clínica Geral. **Psychiatry on line Brasil** [online], vol. 2, n. 5, maio, 1997. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano97/tpqcm.php>>. Acesso em: 13 fev. 2014.

_____. et al. Mental health research in Brazil: policies, infrastructure, financing and human resources. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2006, vol. 40, n. 1, pp. 161-169. ISSN 0034-8910.

MARQUEZE, E. C.; MORENO, C. R. de C. Satisfação no trabalho - uma breve revisão. **Rev. bras. saúde ocup.** [online]. 2005, vol. 30, n. 112, pp. 69-79. ISSN 0303-7657.

MARTINEZ, M. C. **As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador.** Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

_____; PARAGUAY, A. I. B. B. Satisfação e saúde no trabalho – aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho.** vol. 6, pp. 59-78, 2003.

MCEWEN, B. S. Protective and damaging effects of stress mediators. **N Eng J Med**, 338:171-9, 1998.

MEDEIROS, D. **Tabagismo e Transtorno Mental Comum na população de São Paulo-SP: um estudo a partir do Inquérito de Saúde no Município de São Paulo (ISA-Capital).** 2010. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2010.

MELEIRO, A.; SIQUEIRA, M. M. M. Os impactos do suporte do supervisor e de estilos de liderança sobre bem-estar no trabalho. **Revista de Práticas Administrativas**, Maringá, v. 2, n. 1, p. 89-102, 2005.

MENDES, A. M. Cultura organizacional e prazer-sofrimento no trabalho: uma abordagem psicodinâmica. In: TAMAYO, A. et al. **Cultura e saúde nas organizações.** Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 59-76.

_____; FERREIRA, M. C. Validação do Inventário Sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA). In: **CONGRESO REGIONAL DE LA SOCIEDADE INTERAMERICANA DE PSICOLOGÍA**, 2006, Habana, Cuba. Anais. 2006.

MENDES, A. M. Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento – Itra: instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. In: MENDES, A. M. (org). **Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. Coleção Trabalho Humano. p. 111-126. ISBN 978-85-7396-519-3.

MENEZES, A. M. B. Noções Básicas de Epidemiologia. In: SILVA, L. C. C., MENEZES, A. M. B. **Epidemiologia das Doenças Respiratórias**. 1. ed. Rio de Janeiro. 2001. p. 1-24. Disponível em <<http://www.mpto.mp.br/static/caops/patrimonio-publico/files/files/nocoos-de-epidemiologia.pdf>> Acesso em 8 jan. 2014

MERTON, R. K.; GRAY, A. P.; HOCKEY, B.; SELVIN, H. Readers in Bureaucracy. Glencoe, Ill., The Free Press, 1952; **Social Theory and Social Structure**, Glencoe, Ill., The Free Press, 1957.

METAS DE NIVELAMENTO 2009. **CNJ.jus**, Brasília. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/gestao-e-planejamento/metas/metas-de-nivelamento-2009>>. Acesso em: 6 jan. 2014.

METAS 2014. **CNJ.jus**, Brasília. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/gestao-e-planejamento/metas/metas-2014>>. Acesso em: 6 jan. 2014.

MIETTINEN, O. **Theoretical Epidemiology**. New York: John Wiley & Sons, 1985.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993.

MIRZA, I.; JENKINS, R. **Risk factors, prevalence, and treatment of anxiety and depressive disorders in Pakistan: systematic review**. *BMJ*. 2004, p. 328-794.

MONTERO, M. Construcción, desconstrucción y crítica: teoría y sentido de la psicología social comunitaria en América Latina. In: CAMPOS, R.; GUARESCHI, P. (Org.). **Paradigmas em psicologia social**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2000, p. 70-87.

MOON, S. D. A psychosocial view of cumulative trauma disorders: implications for occupational health and prevention. In: MOON, S. D.; SAUTER, S. L. (Org.). **Beyond biomechanics: psychosocial aspects of musculoskeletal disorders in office work**. London: Taylor & Francis, 1996. p. 123-137.

NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH (NIOSH). **Stress at work**. [S.l.]: NIOSH, 1999. DHHS (NIOSH). P. 99-101.

_____. **Volunteer fire fighter died after being struck by an eighteen-wheel tractor trailer truck –SC**. Cincinnati, OH: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health, DHHS (NIOSH), 2000. Publication nº 99 F-38.

_____. **Work organization and stress related disorders**. [S.l.]: NIOSH, 2007. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/niosh/programs/workorg/>>. Acesso em: 25 mar. 2014.

NAMASIVAYAM, K.; ZHAO, X. An Investigation of the moderating effects of organizational commitment on the relationships between work-family conflict and job satisfaction among hospitality employees in India. **Tourism Management**, 28, 1212-1223, 2007.

NETEMEYER, R. G., BOLES, J. S.; MCMURRIAN, R. Development and Validation of Work-Family Conflict and Family-Work Conflict Scales. **Journal of Applied Psychology**, 1996, 81(4), 400-410.

NOVA, S. V. **Introdução à sociologia**. São Paulo: Atlas, 2000.

OLIVEIRA, L. B. de; CAVAZOTTE, F. de S. C. N.; PACIELLO, R. R. Antecedentes e consequências dos conflitos entre trabalho e família. **Rev. adm. contemp.** [online]. 2013, vol. 17, n. 4, pp. 418-437. ISSN 1982-7849.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT) – International Labour Office (ILO). **Psychosocial factors at work: recognition and control**. Report of the Joint ILO/WHO. Committee on Occupational Health - Ninth Session. Geneva: ILO, 1984.

_____. - BRASIL. **O Desafio do Equilíbrio entre Trabalho, Família e Vida Pessoal**. Brasília, DF, 2009. 25 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Constituição**. New York, 1946.

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

PADOVAM, V. A. R. **Antecedentes de bem-estar no trabalho: percepções de justiça e suportes**. 2005. 119f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) – Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia, Universidade Metodista de São Paulo, 2005.

PAINE, F. T.; CARROLL, S. J.; LEETE, B. A. Need satisfactions of managerial level personnel in a government agency. **Journal of Applied Psychology**, v. 50, n. 3, p. 247-249, 1966.

PATEL, V.; A. COHEN. Mental health services in primary care in developing countries. **World Psychiatry**, [S.l.], n. 2, p. 3, 2003.

PENIDO, L de O.; PERONE, G. Saúde Mental no Trabalho: Esclarecimentos Metodológicos para Juristas. In: FERREIRA, J. J.; PENIDO, L de O.; REZENDE, E de A.; MARTINS, R. L. **Saúde Mental no Trabalho: Coletânea do Fórum de Saúde e Segurança no Trabalho de Estado de Goiás**. Goiânia: Cir Gráfica, 2013, p. 33-44.

PEREIRA, L. C. B.; SPINK, P. K. (Orgs.). **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: FGV, 1998.

PÉREZ-RAMOS, J. **Satisfação no trabalho: metas e tendências**. 1980. Tese (Livre-docência) – Instituto de Psicologia de Assis, Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho, Assis.

PERRY, J. L.; PORTER, L. W. Factors affecting the context for motivation in public organizations. **Academy of Management Review**, v. 7, n. 1, p. 89-98, 1982.

PESQUISA NACIONAL por Amostra de Domicílios de 2009. **IBGE**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/tabula3.shtm#a12>> Acesso em 17 fev. 2014.

PESQUISA NACIONAL por Amostra de Domicílios Contínua de 2012-2013. **IBGE**. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Fasciculos_Indicadores_IBGE/pnadc_201302caderno.pdf>. Acesso em 14 fev. 2014.

PETERSON, M.; DUNNAGAN, T. Analysis of a worksite health promotion program's impact on job satisfaction. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, 40 (11), 973-979, 1998.

PINTO, A. M. G. L. R. S. **As diferenças de gênero na percepção do conflito trabalho-família**. 2000. Dissertação (Mestrado em Gestão de Recursos Humanos). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. Disponível em: <<http://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.ipcb.pt:10400.11/1226>> Acesso em: 16 mar. 2014.

PREMEAUX, S. F.; ADKINS, C. L.; MOSSHOLDER, K. W. Balancing work and family: a field study of multi-dimensional, multi-role work-family conflict. **Journal of Organizational Behavior**, 28 (6), 705-727. doi: 10.1002/job.439, 2007.

RAINEY, H. G. Public management: recent research on the political context and managerial roles, structures and behaviors. **Journal of Management**, v. 15, n. 2, p. 229-250, 1989.

ROCHA, L. E. **Estresse ocupacional em profissionais de processamento de dados: condições de trabalho e repercussões na vida e saúde dos analistas de sistemas.** Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

_____. Saúde mental no trabalho: desafios e soluções. In: FERREIRA, J. J., PENIDO, L. de O.; REZENDE, E de A.; MARTINS, R. L. (Org.). **Saúde Mental no Trabalho: Coletânea do Fórum de Saúde e Segurança no Trabalho do Estado de Goiás.** 1 ed. Goiânia: Cir Gráfica, 2013, p. 107-126. 677 f.

RODRIGUES-NETO, J. F. et al. Transtornos mentais comuns e o uso de práticas de medicina complementar e alternativa: estudo de base populacional. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 57, n. 4, 2008. ISSN 0047-2085.

_____.; FIGUEIREDO, M. F. S.; FARIA, A. A. de S.; ROCHA, L. E. Saúde mental no trabalho: desafios e soluções. In: FERREIRA, J. J., PENIDO, L. de O.; REZENDE, E de A.; MARTINS, R. L. (Org.). **Saúde Mental no Trabalho: Coletânea do Fórum de Saúde e Segurança no Trabalho do Estado de Goiás.** 1 ed. Goiânia: Cir Gráfica, 2013, v. , p. 107-126.

SASAKI, S. F. S. **Trabalho bancário e fatores associados ao presenteísmo e ao absenteísmo.** [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2013.

SANTUJÁ, G.; BARHAM, E. J. Uma análise do equilíbrio trabalho e família no contexto brasileiro. **Revista Nucleus**, 3, 1, 53-62, 2005.

SAPOLSKY, R. M. **Why zebras don't get ulcers. An updated guide to stress, stress-related diseases, and coping.** New York Freeman, 1998.

SAMPAIO, J. J. C.; CODO, W.; HITOMI, A. H. Saúde mental e trabalho: um modelo de investigação. In: CODO, W.; SAMPAIO, J. J. C. (Org.). **Sofrimento Psíquico nas organizações.** Petrópolis: Vozes, 1995. p. 85-109.

SCIENTIFIC ELETRONIC LIBRARY ONLINE – **Scielo Brazil**. Disponível em: <
http://www.scielo.com.br> Acesso em: 24 abr. 2013.

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

SEN, B.; WILKINSON, G.; MARI, J. J. Psychiatric morbidity in primary health care: a two-stage screening procedure in developing countries. Choice of instruments and cost-effectiveness. **Br J Psychiatry**. 1987; 151: 33-8.

SENNETT, R. **A corrosão do caráter: as consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo**. Rio de Janeiro: Record, 2009.

SILVA, E. B. de F.; TOME, L. A. de O.; COSTA, T. de J. G. da e SANTANA, M. da C. C. P. de. Transtornos mentais e comportamentais: perfil dos afastamentos de servidores públicos estaduais em Alagoas, 2009. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. 2012, vol.21, n.3, pp. 505-514. ISSN 1679-4974.

SILVA FILHO, J. F.; JARDIM, S. R. Saúde Mental e trabalho – diagnóstico e tratamento em Psiquiatria. In: GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. **Saúde mental no trabalho: desafios e soluções**. São Paulo: VK, 2000, p. 399-418.

SIMON, J.; COLTRE, S. M. O Comprometimento organizacional afetivo, instrumental e normativo: estudo de caso de uma empresa familiar. **Qualit@s Revista Eletrônica**. 2012, vol.13, n.1, pp. 4-23. ISSN 1677 4280.

SIQUEIRA, M. M. M. **Antecedentes de comportamentos de cidadania organizacional: análise de um modelo pós-cognitivo**. 1995. 265 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 1995.

SIQUEIRA, M. M. M. Proposição e análise de um modelo para comportamentos de cidadania organizacional. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 7 (especial), pp. 165-185, 2003.

_____. ; GOMIDE JR., S. Vínculos do Indivíduo com o Trabalho e com a Organização. In: ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. (orgs). **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004. pp. 300-328.

_____. Esquema mental de reciprocidade e influências sobre afetividade no trabalho. **Estud. Psicol. (Natal)** [online]. 2005, vol.10, n.1, pp. 83-93. ISSN 1413-294X.

_____. Satisfação no trabalho. In: SIQUEIRA, M. M. M. (org); TAMAYO, A. et al. **Medidas do Comportamento Organizacional: ferramentas de diagnóstico e de gestão**. Porto Alegre: Artmed, 2008. pp. 265-274.

SOLOMON, E. E. Private and public sector managers: an empirical investigation of job characteristics and organizational climate. **Journal of Applied Psychology**, v. 71, n. 2, p. 247-259, 1986.

SOUZA, E. de S. **Um estudo sobre a repercussão do conflito trabalho-família e família-trabalho na satisfação no trabalho e na família e sua consequência na satisfação do hóspede: o caso da rede hoteleira de Porto de Galinhas**. 2007. Dissertação (Mestrado em Administração) – Centro de Pesquisa e Pós-Graduação em Administração – CPPA da Faculdade Boa Viagem, Recife, PE.

STANSFELD, S.; CANDY, B. Psychosocial Work Environment and Mental Health - a Meta-Analytic Review. **Scandinavian Journal of Work Environment & Health**, [S.l.], v. 32, n. 6, p. 443-462, 2006.

STEPHEN, J. W. E.; MILLS, P. & DAWSON, J. The end of the p-value? (Editorial). **British Heart Journal**, 60, 1988, p. 177-180.

STERNBERG, R. J. **Psicologia cognitiva**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

STIMSON, J.; JOHNSON, T. Tasks, individual differences, and job satisfaction. **Industrial Relations**, v. 3, p. 315-322, 1977.

TAMAYO, A. Valores organizacionais: sua relação com satisfação no trabalho, cidadania organizacional e comprometimento afetivo. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 56-63, jul.-set., 1998.

TITTONI, J. Saúde mental. In: CATTANI, A. (Org.) **Trabalho e tecnologia; dicionário crítico**. 2.ed., Petrópolis: Vozes, 1997, p.215-19.

TURATO JUNIOR, E. D. **Mário César Ferreira: o Sujeito forja o ambiente, o ambiente “forja” o sujeito: mediação indivíduo-ambiente em ergonomia da atividade**.

Apresentação de slides. [s.d.] Disponível em:

<http://www.simucad.dep.ufscar.br/AETpos/seminario-ercilio_O-sujeito-forja-o-ambiente.pdf> Acesso em: 18 abr. 2013.

UJIE-LIMA, I. I. B.; GUIMARÃES L. A. M. **Quadro 1 – Modelo de Investigação**. 2013. Desenvolvido em orientação.

_____; BARBACENA, I. R.; CARNEIRO, M. H.; COMPARIN, G. T. S.; MACIEL, A. L. **M. Prevalência de Afastamentos por Transtornos Mentais e do Comportamento dos Servidores da Justiça Federal de Campo Grande, MS**. 2013, apostila.

VALLA, V. V. Globalização e Saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: VASCONCELOS, E.M. (org) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001.

VALLES, M. S. **Variedad de paradigmas y perspectivas en la investigación cualitativa**. In: VALLES, M. S. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Editorial Síntesis, 2007, p. 47-68.

VASCONCELOS, A.; FARIA, J. H. Os paradoxos entre a saúde mental no trabalho e as estratégias organizacionais de promoção de saúde do trabalhador: um estudo de caso. In: **ENCONTRO DA ANPAD**, 31., 2007, Rio de Janeiro. Anais. Rio de Janeiro: [s.n.], 2007.

VILLARDI, B. Q.; FERRAZ, V. N.; DUBEUX, V. J. C. Uma metodologia para diagnóstico de clima organizacional: integrando motivos sociais e cultura brasileira com fatores do ambiente de trabalho do Poder Judiciário. **R.A.P.**, Rio de Janeiro, 45(2): 303-29, mar./abr., 2011.

WEBER, M. The Theory of Social and Economic Organization. Talcott Parsons, org., Nova York, Oxford University Press, 1947, p. 320-329, citado em Amitai Etzioni, **Organizações Complexas**, op. cit., p. 85-87.

WEINER, H. **Perturbing the organism: the biology of stressful experience**. Chicago: Chicago University Press, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Expert Committee on Identification and Control of Work Related Diseases**. Geneva: WHO, 1983. Report, Geneva: WHO, 1985.

_____. **Health promotion: a discussion document on the concept and principles**. Geneva: WHO, 1984.

_____. **WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB) - report on WHO Consultation**. Geneva: WHO, 1998. p. 2-23.

_____. **Meeting of Experts on the Revision of the List of Occupational Diseases (Recommendation nº 194)**. Geneva: WHO, 2009. p. 27-30.

WRIGHT, B. E. Public sector work motivation: review of current literature and a revised conceptual model. **Journal of Public Administration and Theory**, v. 11, n. 4, p. 559-586, 2001.

WRIGHT, B. E.; DAVIS, B. S. Job satisfaction in the public sector: the role of the work environment. **The American Review of Public Administration**, v. 33, n. 7, 2003.

WYNNE, R. **Workplace action for health: a selective review and a framework for analysis**. Working paper, n. EF/WP/89/30/EN. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1989.

ZANELLI, J. C. (Org.). **Estresse nas organizações de trabalho: compreensão e intervenção baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ZALEWSKA, A. M. Health promotion among bank workers: who is primarily in need of health promotion and what types of promoting activities they necessitate. In: JUCZYNSKI, Z.; OGINSKA-BULIK, N. (Eds.). **Health promotion: A psychosocial perspective** (pp. 135-143). Poland: University of Łódź Press, 1996.

_____. Achievement and social relations values as conditions of the importance of work aspects and job satisfaction. **International Journal of Occupational Safety and Ergonomics**, 5 (3), 1999a, p. 395-416

_____. Job satisfaction and importance of work aspects related to predominant values and reactivity. **International Journal of Occupational Safety and Ergonomics**, 5 (4), 1999b, p. 485-511.

APÊNDICE 1

Pesquisa: CONTEXTO DE TRABALHO, (IN) SATISFAÇÃO, TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E CONFLITO TRABALHO-FAMÍLIA EM SERVIDORES DA JUSTIÇA FEDERAL DE CAMPO GRANDE-MS

Instituição: Universidade Católica Dom Bosco de MS (UCDB – MS).

Pesquisadora: Iris Inari Bambil Ujiie Lima, mestranda do curso de Psicologia da Saúde da UCDB-MS.

E-mail: irisbambil@gmail.com **Telefone:** (67) 3320-1273 ou 9242-0505

Orientadora: Profª Drª Liliana A. Magalhães Guimarães (UCDB – MS).

Finalidade: Obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Senhor(a) Servidor(a),

Peço sua colaboração para realização da pesquisa “CONTEXTO DE TRABALHO, (IN) SATISFAÇÃO, TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E CONFLITO TRABALHO-FAMÍLIA EM SERVIDORES DA JUSTIÇA FEDERAL DE CAMPO GRANDE-MS”. O objetivo é caracterizar o contexto de trabalho, o nível de (in) satisfação dos trabalhadores, o conflito trabalho-família e relacioná-los à suspeição para Transtornos Mentais Comuns, também conhecido como “Sofrimento mental difuso”, de servidores públicos federais lotados nas Varas Federais da sede da Justiça Federal de Campo Grande, MS. Visa crescimento científico na área de Psicologia da Saúde ligada ao serviço público e apresentação de propostas de intervenção ao Órgão.

Esclareço que sua participação se dará respondendo a cinco questionários, em uma única vez. Até julho de 2014, os dados obtidos serão analisados e os resultados serão publicados nos meios científicos e institucionais (intranet) de maneira coletiva, o que não possibilitará sua identificação. Caso seja solicitado pelo participante, haverá devolutiva individual dos resultados, por meio de correio eletrônico, até novembro deste ano.

Essa pesquisa foi aprovada previamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB e não oferece riscos aos participantes, haja vista que consiste em resposta a questionários estruturados, com preservação do sigilo das informações e do anonimato. A sua participação é essencial, mas voluntária, sendo que uma recusa não envolve qualquer penalidade.

Agradeço desde já a atenção e conto com sua colaboração.

Atenciosamente,

Iris Inari Bambil Ujiie Lima

CRP 14 3505-4

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(UMA VIA DO PARTICIPANTE E UMA VIA DA PESQUISA)

Considerando as informações constantes nesse e as normas expressas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, eu

_____ (nome por extenso), RG _____ - SSP/_____, e-mail pessoal _____, consinto, de modo livre e esclarecido, em participar da presente pesquisa na condição de participante, sabendo que:

a participação na pesquisa é voluntária e não implica quaisquer tipos de despesa e/ou ressarcimento financeiro;

é garantida a liberdade de retirada do consentimento e da participação no respectivo estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosa;

é garantido o anonimato e o sigilo das informações;

os dados coletados só serão utilizados para a pesquisa e os resultados coletivos, ou seja, que não identifiquem o respondente de maneira individual, poderão ser veiculados em livros, ensaios e/ou artigos científicos em revistas especializadas e/ou em eventos científicos;

a pesquisa aqui proposta foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), que a referenda;

o presente termo segue assinado em duas vias.

Campo Grande, ____ de _____ de 2013.

Assinatura do(a) participante

Iris Inari Bambil Ujiie Lima – CRP 14 3505-4 (pesquisadora)

Você deseja obter uma devolutiva individual por e-mail de todos os questionários respondidos? () Sim () Não

Está ciente que receberá a devolutiva individual por e-mail, caso esteja em situação de risco de adoecimento? () Sim

APÊNDICE 3

INSTRUÇÕES GERAIS

Agradecemos por participar da pesquisa “CONTEXTO DE TRABALHO, (IN) SATISFAÇÃO, TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E CONFLITO TRABALHO-FAMÍLIA EM SERVIDORES DA JUSTIÇA FEDERAL DE CAMPO GRANDE-MS”.

Você responderá a cinco questionários: o Questionário sócio-demográfico-ocupacional, a Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho, a Escala de Satisfação no Trabalho, o SRQ-20 (Self Report-Questionnaire) e a Escala de Conflito Trabalho-Família. Todos são de simples entendimento, porém cada um possui no início uma instrução a ser observada.

Verifique que não há respostas certas e por isso, em geral, a primeira resposta que aparece em sua mente é a mais adequada. Procure responder conforme aquilo que corresponde a sua realidade, lembrando que essas informações serão utilizadas exclusivamente para esta pesquisa, sendo garantidos o sigilo das informações e seu anonimato.

Não deixe nenhuma pergunta em branco para que sua participação na pesquisa seja considerada válida. Se errar alguma alternativa, escreva ao lado dessa a palavra “nulo” e depois marque a correta. Nas questões com escalas, se errar, destaque ao lado, entre parênteses, a numeração correta.

Não escreva seu nome, e-mail ou qualquer tipo de identificação em nenhum dos questionários a seguir. A pesquisadora responsável não terá acesso à identificação dos participantes com os questionários em nenhum momento, mas somente aos números que lhes serão atribuídos, mantendo, dessa forma, o anonimato.

Assim que terminar de responder, confira todas as folhas para garantir que não se esqueceu de nenhuma questão. Após, informe a estagiária aplicadora, que irá realizar as últimas verificações antes de sua liberação.

Os resultados coletivos desta pesquisa serão divulgados na intranet até julho de 2014. Caso tenha solicitado devolutiva dos resultados individuais ou esteja em situação de risco de adoecimento, as estagiárias aplicadoras sob a supervisão da orientadora da pesquisa encaminharão um parecer para seu e-mail pessoal, informado no termo de compromisso, até novembro deste ano.

Antes de iniciar, certifique-se de que não possui nenhuma outra dúvida e se necessário, solicite auxílio da estagiária aplicadora. Pedimos que desligue seu celular e que não se ausente da sala após o início da aplicação.

O tempo total previsto é de 30 minutos. Pode começar!

APÊNDICE 4

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO-OCUPACIONAL

(ESTUDO DEFINITIVO)

DADOS SOBRE O(A) PARTICIPANTE

- 1 Sexo:**
 - a) Feminino
 - b) Masculino

- 2 Faixa etária:**
 - a) 18 a 25
 - b) 26 a 32
 - c) 33 a 40
 - d) 41 a 48
 - e) 49 a 56
 - f) 57 a 65
 - g) 66 ou mais

- 3 É pessoa com deficiência (PCD)?**
 - a) Sim
 - b) Não

- 4 Cor ou raça:**
 - a) Branca
 - b) Preta
 - c) Amarela
 - d) Parda
 - e) Indígena

- 5 Maior titulação acadêmica:**
 - a) Ens. Médio incompleto
 - b) Ens. Médio
 - c) Superior incompleto
 - d) Superior
 - e) Especialização/MBA incompleto
 - f) Especialização/MBA
 - g) Mestrado incompleto
 - h) Mestrado
 - i) Doutorado incompleto
 - j) Doutorado

- 6 É graduado(a) em Direito?**
 - a) Sim
 - b) Não

- 7 Tem mais de um curso superior?**
 - a) Sim
 - b) Não

8 Estado civil:

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

9 Quantas pessoas residem em sua casa, contando com você? _____**9.1 Reside com: (assinale uma ou mais alternativas)**

- a) Sozinho(a)
- b) Cônjuge
- c) Pai
- d) Mãe
- e) Sogra
- f) Sogro
- g) Filhos. Quantos? _____
- h) Enteados. Quantos? _____
- i) Menor sob guarda. Quantos? _____
- j) Outros: _____

10 Tem quantos filhos? _____

- a) Não tenho filhos.

10.1 Quantos filhos ainda dependem de você financeiramente? _____

- a) Não tenho filhos.

10.2 Quantos anos têm os seus filhos? (se necessário, marque mais de uma alternativa)

- a) Não tenho filhos.
- b) 0 a 6 meses
- c) 7 a 12 meses
- d) 12 meses a 3 anos
- e) 3 a 6 anos
- f) 6 a 11 anos
- g) 12 a 17 anos
- h) 18 a 21 anos
- i) 22 ou mais

11 Religião:

- a) Católica
- b) Evangélica
- c) Espírita
- d) Ateu
- e) Afro
- f) Nenhuma
- g) Outros: _____

11.1 É praticante?

- a) Sim
- b) Não

CONTEXTO LABORAL**12 Cargo:**

- a) Analista Judiciário (ou comissionados sem vínculo e cedidos de outros órgãos de nível superior)
- b) Técnico Judiciário (ou comissionados sem vínculo e cedidos de outros órgãos de nível médio)

13 Tempo de serviço na JFMS:

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

14 Tempo de serviço no desempenho das atuais atividades (aquelas desempenhadas ou por ocupação de função/cargo comissionado ou pela lotação atual):

- a) 0 a 6 meses
- b) 6 meses e 1 dia a 1 ano
- c) 1 ano e 1 dia a 2 anos
- d) 2 anos e 1 dia a 3 anos
- e) 3 anos e 1 dia a 6 anos
- f) 6 anos e 1 dia a 9 anos
- g) 9 anos e 1 dia a 12 anos
- h) 12 anos e 1 dia a 15 anos
- i) 15 anos e 1 dia a 18 anos
- j) 18 anos e 1 dia a 21 anos
- k) 21 anos e 1 dia a 24 anos
- l) 24 anos e 1 dia a 27 anos
- m) 27 anos e 1 dia ou mais

15 Turno de trabalho principal:

- a) Manhã
- b) Tarde
- c) Noite
- d) Manhã e tarde
- e) Tarde e noite

16 Área de lotação atual:

- a) Fim (Varas Federais, Central de Conciliação, Juizado Especial Federal e Turma Recursal)
- b) Meio (Administração)

17 Nos últimos 30 dias, excedeu a carga horária de trabalho diária de 7h com que frequência (a partir de 30 minutos)?

- a) Não excedi.
- b) 1x por semana
- c) 2x por semana
- d) 3x por semana
- e) 4x ou mais

17.1 Caso tenha excedido, foi por qual motivo? (responder o que corresponde à maioria das vezes)

- a) Não excedi.
- b) Excesso de demanda de trabalho, **sem** recebimento de horas extras ou possibilidade compensação futura.
- c) Excesso de demanda de trabalho, **com** recebimento de horas extras ou possibilidade compensação futura.
- d) Por interesse pessoal (Ex: reposição de horas, horário especial de estudante, etc.).
- e) Outros: _____

18 Tem função ou cargo comissionado?

- a) Sim, de assistente (entre FC1 a FC4)
- b) Sim, de gestor (entre FC5 a CJ3, inclui oficial de gabinete)
- c) Não

19 Tem quantos servidores subordinados?

- a) Nenhum.
- b) de 1 a 3
- c) de 4 a 6
- d) 7 ou mais

20 Faltam quantos anos para sua aposentadoria?

- a) 0 a 3 anos
- b) 3 anos e 1 dia a 5 anos
- c) 5 anos e 1 dia a 7 anos
- d) 7 anos e 1 dia a 9 anos
- e) 9 anos e 1 dia a 15 anos
- f) Mais de 15 anos

20.1 Você planeja sua aposentadoria (renda, atividades, outro trabalho, etc.)?

- a) Sim
- b) Não

CONTEXTO FINANCEIRO

21 Atual renda familiar bruta (soma de todos os rendimentos brutos da família):

- a) Até R\$ 5.000,00
- b) De R\$ 5.001,00 a R\$ 8.000,00
- c) De R\$ 8.001,00 a R\$ 11.000,00
- d) De R\$ 11.001,00 a R\$ 14.000,00
- e) De R\$ 14.001,00 a R\$ 17.000,00
- f) De R\$ 17.001,00 a R\$ 20.000,00
- g) De R\$ 20.001,00 a R\$ 23.000,00
- h) R\$ 23.001,00 ou mais

22 Financeiramente, em que medida você é responsável pela manutenção da sua família/dependentes?

- a) Único responsável.
- b) Principal responsável, mas recebe ajuda de outra pessoa.
- c) Divide igualmente as responsabilidades com outra pessoa.
- d) Contribui apenas com uma pequena parte.
- e) Não tem nenhuma responsabilidade financeira.

23 Trabalha em outro local ou tem outra(s) fonte(s) de renda, além da JFMS?

- a) Sim
- b) Não

24 Sente-se endividado(a)?

- a) Sim
- b) Não

24.1 As dívidas geram preocupação?

- a) Não tenho dívidas.
- b) Não
- c) Pouco
- d) Muito

24.2 Quanto da renda familiar bruta (soma de todos os rendimentos brutos da família) está comprometido com dívidas?

- a) Nada.
- b) Até 20%.
- c) De 21 a 30%.
- d) De 31 a 50%.
- e) Acima de 50%.

24.3 Qual(is) o(s) tipo(s) de dívida(s) assumida(s)? (assinale uma ou mais alternativas)

- a) Nenhuma.
- b) Cartão de crédito/cheque especial.
- c) Financiamento imobiliário.
- d) Financiamento de automóvel.
- e) Empréstimo consignado.
- f) Outros: _____

24.4 As dívidas motivaram a busca por outras fontes de renda?

- a) Não tenho dívidas.
- b) Sim
- c) Não

SAÚDE E CONTEXTO LABORAL**25 Nos últimos 12 meses, retirou licença por motivo de doença?**

- a) Sim
- b) Não

25.1 Foi relacionada ao trabalho?

- a) Não retirei licença por motivo de doença.
- b) Sim
- c) Não

25.2 De quanto tempo? (assinale só a alternativa sobre o maior período)

- a) Não retirei licença por motivo de doença.
- b) 1 a 2 dias.
- c) 3 a 5 dias.
- d) 6 a 14 dias.
- e) 15 a 60 dias.
- f) 61 a 119 dias.
- g) 120 dias ou mais.

25.3 Qual foi o motivo? (assinale somente uma alternativa principal, sobre o período assinalado na questão anterior)

- a) Não retirei licença por motivo de doença.
- b) Cardíaco.
- c) LER/DORT.
- d) Coluna.
- e) Ortopédico (exceto LER/DORT e coluna).
- f) Depressão.
- g) Ansiedade.
- h) Estresse.
- i) Mental (exceto depressão, ansiedade e estresse).
- j) Acidente de Trabalho.
- k) Outros: _____

25.4 Nos últimos 12 meses, retirou 15 ou mais dias de licença para acompanhamento de pessoa enferma da família?

- a) Sim
- b) Não

26 Sente-se esgotado(a) ao final do dia de trabalho?

- a) Não
- b) Pouco
- c) Muito

27 Sente-se realizado(a) profissionalmente?

- a) Não
- b) Pouco
- c) Muito

28 Sente-se valorizado(a) profissionalmente em seu local de trabalho?

- a) Não
- b) Pouco
- c) Muito

29 Em relação ao que o trabalho exige, seu potencial de trabalho é:

- a) Adequado.
- b) Maior. Tenho mais potencial em relação ao que é exigido.
- c) Menor. Tenho menos potencial em relação ao que é exigido.

30 Nos últimos 30 dias, como você classifica seu nível de estresse: (utilize uma escala de 0 a 10, sendo 0 nenhum estresse e 10 o nível mais alto já sentido)

30.1 Em relação ao seu trabalho na JFMS: _____

30.2 Em relação a sua vida pessoal: _____

SAÚDE**31 Fuma?**

- a) Sim
- b) Não
- c) Parei há _____ mês (meses).
- d) Parei há _____ ano (s).

31.1 Se fuma ou se parou há menos de 6 meses, qual a frequência?

- a) Não fumo.
- b) Ocasionalmente.
- c) Diariamente: 1 a 5x ao dia.
- d) Frequentemente: 6 a 14x ao dia.
- e) Habitualmente: 15 a 24x ao dia.
- f) 25x ou mais ao dia.

31.2 Se fuma, planeja ou pensa em parar?

- a) Não fumo.
- b) Sim, já tentei, mas não consegui.
- c) Sim, mas ainda não tentei.
- d) Não

32 Bebe?

- a) Sim
- b) Não
- c) Parei há _____ mês (meses).
- d) Parei há _____ ano (s).

32.1 Se bebe ou se parou há menos de 6 meses, qual a frequência da ingestão de bebidas?

- a) Não bebo.
- b) Ocasionalmente: 1x por mês ou menos.
- c) Semanalmente ou menos: 2 a 4x por mês.
- d) Frequentemente: 2 a 3x por semana.
- e) Habitualmente: 4 ou mais vezes por semana.

32.2 Algum parente, amigo, médico ou outro profissional de saúde se mostrou preocupado com seu hábito de beber ou sugeriu que parasse?

- a) Não bebo.
- b) Sim
- c) Não

33 Pratica atividade física semanalmente (no mínimo 30 min por vez):

- a) Sim
- b) Não

33.1 Frequência semanal:

- a) Não pratico.
- b) De 1 a 2 vezes
- c) De 3 a 4 vezes
- d) De 5 a 7 vezes

33.2 Há quanto tempo?

- a) Não pratico.
- b) Menos de 1 mês
- c) De 2 a 5 meses
- d) Mais de 6 meses

33.3 Tipo: (assinale uma ou mais alternativas)

- a) Não pratico.
- b) Caminhada
- c) Corrida
- d) Musculação
- e) Outros: _____

34 Em média, quantas horas costuma dormir por noite?

- a) 3 a 5 horas
- b) 6 a 8 horas
- c) 9 a 11 horas

35 Sente-se bem ao acordar?

- a) Sim
- b) Não

36 Em geral, sente-se cansado(a) ou sonolento(a) durante o dia?

- a) Sim
- b) Não

37 Em geral, sente dificuldade de atenção ou de concentração no trabalho?

- a) Sim
- b) Não

37.1 Nos últimos 30 dias, teve insônia?

- a) Não.
- b) Sim, dificuldade para pegar no sono.
- c) Sim, acordo uma ou mais vezes de madrugada, mas volto a dormir.
- d) Sim, acordo de madrugada e perco o sono.
- e) Sim, passo noites inteiras em claro.

37.2 Caso tenha tido insônia nos últimos 30 dias, qual a frequência?

- a) Não tive insônia.
- b) Poucos dias, com duração de até três semanas.
- c) De tempos em tempos, com período de sono regular entre os períodos de insônia.
- d) Mais de três semanas.

37.3 Caso tenha tido insônia nos últimos 30 dias, fez acompanhamento com profissional?

- a) Não tive insônia.
- b) Sim
- c) Não

37.4 Caso tenha tido insônia nos últimos 30 dias, utilizou medicamentos?

- a) Não tive insônia.
- b) Sim
- c) Não

38 Avalie sua qualidade de vida:

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

39 Sobre as seguintes enfermidades, responda com um “X” em todas as linhas das alternativas:

Enfermidade	39.1 Tem histórico na família? (pais, irmãos, tios, primos, avós)		39.2 Tem a enfermidade?		39.3 Trata/tratou? (acompanhamento profissional e/ou medicamentoso)		
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	N.A. (não se aplica)	SIM	NÃO
a) Diabetes							
b) Hipoglicemia							
c) Hipertensão							
d) Obesidade							
e) Colesterol ruim/triglicérides alto							
f) Doenças cardíacas							
g) Doenças respiratórias (Ex: asma, bronquite)							
h) Alergia							
i) Deficiência hormonal (Ex: andro/menopausa, hipo/hipertireoidismo, etc.)							
j) LER/DORT							
k) Depressão							
l) Ansiedade							
m) Estresse							
n) Outro:							

40 Qual a sua expectativa com relação a esta pesquisa? _____

ANEXO 1



SEÇÃO JUDICIÁRIA DO MATO GROSSO DO SUL
Rua Delegado Carlos Roberto Bastos de Oliveira, 128 - Bairro Parque dos Poderes - CEP 79037-102 - Campo Grande - MS -
www.jfms.jus.br

DESPACHO

Autorizo a realização da pesquisa no âmbito desta Seção Judiciária, conforme projeto de pesquisa (0101387), e nas condições apresentadas pela supervisora da SUDE, ratificadas pela Diretora do NURE, em substituição, e pelo Diretor da SADM.

Após a conclusão da pesquisa, de acordo com o cronograma apresentado, volte-me, conclusos.



Documento assinado eletronicamente por **Renato Toniasso, Juiz Federal Diretor do Foro da Seção Judiciária de Mato Grosso do Sul**, em 14/08/2013, às 18:12, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.trf3.jus.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 informando o código verificador **0104808** e o código CRC **13725F01**.

ANEXO 2

UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONTEXTO DE TRABALHO, (IN)SATISFAÇÃO, TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E CONFLITO TRABALHO-FAMÍLIA EM SERVIDORES DA JUSTIÇA FEDERAL DE CAMPO GRANDE-MS

Pesquisador: Iris Inari Bambil Ujje Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 21724813.8.0000.5162

Instituição Proponente: Universidade Católica Dom Bosco

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 385.859

Data da Relatoria: 05/09/2013

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa se propõe caracterizar o contexto de trabalho, o nível de (in)satisfação, a relação desses conceitos entre si e à suspeição para Transtornos Mentais Comuns (TMC) e o conflito trabalho-família na população pesquisada. Os Transtornos Mentais geram absenteísmo, afastamentos das atividades laborativas, presenteísmo e queda de produtividade.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Caracterizar o contexto de trabalho, o nível de (in)satisfação dos trabalhadores, o conflito trabalho-família e relacioná-los entre si e à suspeição para Transtornos Mentais Comuns (TMC) de servidores públicos federais lotados nas Varas Federais da sede da Justiça Federal de Campo Grande, MS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ¿ Caracterizar o perfil sócio-demográfico-ocupacional da população.
- ¿ Caracterizar o contexto de trabalho dos servidores lotados nas Varas Federais da sede da JFMS, em Campo Grande.
- ¿ Identificar a suspeição de (in)satisfação dos trabalhadores.
- ¿ Identificar a possível influência do trabalho na família e da família no trabalho dos servidores

Endereço: Av. Tamandaré, 6000

Bairro: Jardim Seminário

CEP: 79.117-900

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3312-3615

Fax: (67)3312-3723

E-mail: cep@ucdb.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO



Continuação do Parecer: 385.859

pesquisados.

- ¿ Rastrear a suspeição para Transtornos Mentais Comuns na população.
- ¿ Correlacionar os resultados dos cinco instrumentos utilizados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos; Há benefícios no que diz respeito à possibilidade de construção de ações voltadas para a prevenção e promoção em saúde voltadas para servidores públicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é de relevância e apresenta estudo que pode contribuir com políticas de saúde nas organizações públicas bem como o reconhecimento do impacto do serviço público na saúde do trabalhador.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão completos e devidamente assinados.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências para o desenvolvimento do projeto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado acompanha o voto do Relator.

Endereço: Av. Tamandaré, 6000

Bairro: Jardim Seminário

CEP: 79.117-900

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3312-3615

Fax: (67)3312-3723

E-mail: cep@ucdb.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO



Continuação do Parecer: 385.859

CAMPO GRANDE, 05 de Setembro de 2013

Assinador por:
Márcio Luís Costa
(Coordenador)

Endereço: Av. Tamandaré, 6000

Bairro: Jardim Seminário

CEP: 79.117-900

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3312-3615

Fax: (67)3312-3723

E-mail: cep@ucdb.br