

NEIDE IZABEL JOHANN KAPPEL

**TRANSTORNOS MENTAIS, PRAZER E SOFRIMENTO, EM PROFISSIONAIS
DA ÁREA DA SAÚDE, DO PRONTO ATENDIMENTO E HOSPITAL
MUNICIPAL DE UMA CIDADE DO INTERIOR DO ESTADO DO MATO
GROSSO**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE/MS
2015**

NEIDE IZABEL JOHANN KAPPEL

**TRANSTORNOS MENTAIS, PRAZER E SOFRIMENTO, EM PROFISSIONAIS
DA ÁREA DA SAÚDE, DO PRONTO ATENDIMENTO E HOSPITAL
MUNICIPAL DE UMA CIDADE DO INTERIOR DO ESTADO DO MATO
GROSSO**

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação Strictu 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 Profª. Drª. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE/ MS
2015**

A dissertação apresentada por NEIDE IZABEL JOHANN KAPPEL, intitulada “Transtornos mentais, prazer e sofrimento, em profissionais da área da saúde, do pronto atendimento e hospital municipal de uma cidade do interior do estado do Mato Grosso” 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 - UCDB
(Orientadora)

Prof Dra Heloisa Bruna Grubits- UCDB

Prof Dr André Augusto Varella- UCDB

Profa Dra Mary Sandra Carlotto- PUC/RS

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me presentear com a vida, proporcionando momentos maravilhosos de crescimento e realização de sonhos, debaixo de suas poderosas mãos. Por sua proteção em todas as viagens e força para não desistir diante das dificuldades. “Mas aqueles que esperam no Senhor renovam suas forças. Voam alto como águias; correm e não se fatigam, caminham e não se cansam” Isaias 40. 31.

Ao meu esposo Gerson Kappel, pelo incentivo, carinho, amor, por acreditar no meu potencial ao longo de toda essa trajetória, sem jamais perder a calma nas horas difíceis e por ter se dedicado ao nosso filho nesses tempos de ausência.

Ao meu filho Gabriel Pedro, pela compreensão da minha ausência e falta de tempo em todos os momentos e por ser meu maior incentivo para continuar lutando pela concretização de mais uma etapa na minha vida profissional.

À Prof^a Dr^a Liliana Andolpho Magalhães Guimarães, pela orientação segura e paciente, pelo apoio, a mão estendida e o carinho ao longo de todo o curso. Agradeço pelas palavras de afeto e também de disciplina ao se pronunciar em e-mail com orientações, que depositava esperanças em mim, mas que apontava a situação de forma realista.

Aos gestores do Pronto Atendimento e Hospital Municipal de Rondonópolis/MT, por acreditarem no meu potencial e consequentemente no deste estudo e abrir as portas para realização desta pesquisa.

Aos profissionais da saúde Pronto Atendimento e Hospital Municipal de Rondonópolis/MT, que participaram deste estudo, que facilitaram os dias de coleta de dados em campo, recebendo-me com carinho e respeito.

A Prof^a e estatística Juliana Terezinha Sasso pela dedicação e comprometimento na realização das análises estatísticas do presente estudo.

Ao Prof^o e colega Mestre em Biomedicina Carlos Pitrosky Eduardo Ferreira por ter me ajudado com o programa SPSS.

À Prof^a e colega Mestre Helena Froelich pelas orientações e sugestões metodológicas.

Quantas idas e vindas, sensações múltiplas: trava-se, flui-se, resiste-se e finalmente o “timing” que faz o nosso produto interno fluir e materializar-se em nossa produção externa (GUIMARÃES, 1991).

RESUMO

Introdução- Recentemente, destaca-se a avaliação da saúde dos trabalhadores do setor saúde, em função da sua importância na força de trabalho em todo o mundo. No Brasil, o setor saúde emprega mais de 2,5 milhões de trabalhadores. É crescente o reconhecimento de que lesões, incapacidades e condições precárias de trabalho entre trabalhadores da saúde comprometem a sua saúde geral e mental e podem afetar a qualidade da atenção à saúde dispensada à população. Apesar da historicidade das relações entre precárias condições de trabalho e de saúde psíquica dos trabalhadores há uma relativa escassez de investigações epidemiológicas abordando o tema. **Objetivo-** Este estudo objetiva avaliar a prevalência de Transtornos Mentais Menores e as vivências de prazer e sofrimento no trabalho, dos profissionais da área da saúde, do Pronto Atendimento e Hospital Municipal de Rondonópolis/MT. **Método-** Trata-se de um estudo epidemiológico, de corte transversal, analítico, ancorado na abordagem psicodinâmica. De uma população de 105 profissionais da área da saúde, foi investigada uma amostra voluntária composta por n=83 participantes, no período de janeiro a fevereiro de 2015. **Instrumentos-** Para acesso aos dados, foram aplicados três instrumentos de forma individualizada e assistida: (i) o Questionário sócio demográfico e ocupacional (QSDO); (ii) o *Self Report Questionnaire-20* (SRQ-20), um questionário de identificação de transtornos psiquiátricos menores, desenvolvido por Harding *et al* (1980) e validado para uso no Brasil por Mari e Willians (1986); (iii) a Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST), parte do Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA), desenvolvido por Mendes e Ferreira (2007). **Análise estatística dos dados-** Os dados foram analisados segundo parâmetros de estatística descritiva e inferencial com nível de significância $p \leq 0,05$, com cálculo da razão de prevalência e intervalos de confiança de 95 %. **Resultados-** A prevalência de Transtornos Mentais Menores encontrada foi de 25,3%, considerada alta quando comparada à da população geral (20 a 25%). Na análise da EIPST, os fatores percebidos pelos participantes como importantes para o prazer no trabalho foram: em *realização profissional* o “orgulho” pela profissão ($\mu = 5,45$) e a “identificação” com suas atividades ($\mu = 4,82$) e em *liberdade de expressão*, a “liberdade para falar do trabalho com os colegas” ($\mu = 4,07$) e a “solidariedade entre colegas” ($\mu = 4,07$). Os fatores percebidos pelos participantes como importantes para o sofrimento no trabalho foram: em *esgotamento profissional* o “esgotamento emocional” ($\mu = 2,30$) e “estresse” ($\mu = 2,21$) e em *falta de reconhecimento* a “falta de reconhecimento do meu esforço” ($\mu = 2,18$) e a “desvalorização” ($\mu = 2,17$). **Conclusões-** A alta prevalência encontrada para suspeição de TMM e a correlação estatisticamente significativa ($p \leq 0,01$) entre TMM e sofrimento no trabalho é preocupante e remete a urgência da incorporação de estratégias para a promoção, proteção e prevenção em saúde mental do trabalhador. Em termos da questão social com a força de trabalho em saúde e de prioridade epidemiológica, os aspectos relativos à saúde e, particularmente de saúde mental, devem estar no centro da atenção de gestores e pesquisadores.

Palavras chave: transtornos mentais menores, prazer, sofrimento, profissionais da saúde, trabalho, saúde mental.

ABSTRACT

Introduction- Recently, there is the assessment of the health of workers in the health sector, because of its importance in the workforce worldwide. In Brazil, the health sector employs over 2.5 million workers. A growing recognition that injury, disability and poor working conditions among health workers undertake their general and mental health and can affect the quality of health care given to the population. Despite the historicity of the relationship between poor working conditions and workers' mental health there is a relative paucity of epidemiological studies addressing the topic. **Objective-** This study aims to evaluate the prevalence of Minor Mental Disorders and the experiences of pleasure and suffering at work of the health care professionals, in the Emergency Department and Municipal Hospital Rondonópolis/MT/Brazil.

Method- It is an epidemiological, sectional and analytical investigation, anchored in psychodynamic approach. Out of a population of $N = 105$ health professionals, a voluntary sample of $n = 83$ participants was investigated in the period from January to February 2015. **Instruments-** In order to access to data, were applied three instruments: (i) the Socio demographic and occupational Questionnaire (QSDO); (ii) the Self-Report Questionnaire 20 (SRQ-20), to identify the suspicion of minor psychiatric disorders, that was developed by Harding et al (1980) and validated for use in Brazil by Mari and Williams (1986); (iii) the Scale of Pleasure and Suffering at Work (EIPST), part of the Inventory of risk to illness at work (ITRA), developed by Mendes and Ferreira (2007).

Statistical analysis of data- Data were analyzed within the parameters of descriptive and inferential statistics with significance level of $p < 0.05$, with calculation of prevalence ratio and 95% confidence intervals. **Results-** Prevalence of Mental Disorders Minor was 25.3%, considered high when compared to the general population (20-25%). In the analysis of EIPST, the factors perceived by participants as important for pleasure at work were: *in professional achievement* in the work "pride" ($\mu = 5.45$), "identification" with their activities ($\mu = 4.82$) and *in freedom of expression*, "freedom to talk about work with colleagues" ($\mu = 4.07$) and "solidarity between colleagues" ($\mu = 4.07$). The factors perceived by participants as important to the suffering at work were: burnout in the "emotional exhaustion" ($\mu = 2.30$) and "stress" ($\mu = 2.21$) and lack of recognition of "lack of recognition of my effort" ($\mu = 2.18$) and the "devaluation" ($\mu = 2.17$). **Conclusion-** The high prevalence found for suspicion of TMM and statistically significant correlation ($p < 0.01$) between TMM and suffering at work is disturbing and refers the urgency of incorporating strategies for the promotion, protection and prevention in mental health worker. In terms of social issues with the health workforce and epidemiological priority aspects concerning health, particularly mental health, must be the center of attention of managers and researchers

Key words: minor mental disorders, pleasure, pain, health professionals, work, mental health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCQ	Círculos de Controle de Qualidade
DM	Doenças Mentais
DSM	<i>Diagnostic and Statistic Manual</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
EVPST	Escala de Vivências de Prazer e Sofrimento no Trabalho
QSDO	Questionário Sócio Demográfico Ocupacional
MT	Mato Grosso
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PSTs	Programa de Saúde dos Trabalhadores
RS	Rio Grande do Sul
SRQ	<i>Self Reporting Questionnaire</i>
STM	Suspeição para Transtorno Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
SP	São Paulo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TM	Transtornos Mentais
TMC	Transtornos Mentais Comuns
TMM	Transtornos Mentais Menores
UCDB	Universidade Católica Dom Bosco
UNIC	Universidade de Cuiabá

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da amostra quanto a faixa etária, sexo e estado civil (n=83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).....	79
Tabela 1b - Distribuição da amostra quanto ao número de filhos e escolaridade (n=83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).....	80
Tabela 1c - Distribuição da amostra quanto a renda mensal (n=83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).....	82
Tabela 1d - Distribuição da amostra quanto ao tempo que trabalha no Pronto Atendimento e hospital Municipal e tempo de trabalho no cargo que ocupa hoje (n=83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).....	83
Tabela 1e - Distribuição das categorias profissionais do Pronto Atendimento e hospital Municipal (n=83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).....	84
Tabela 2 - Prevalência de Transtornos Mentais Menores (n=83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).....	85
Tabela 2 b - Distribuição de respostas afirmativas dos grupos sindrômicos do SRQ-20, frequência e porcentagem de TMM (n=83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil (2015).....	86
Tabela 3 - Correlação das respostas dadas à questão “nervoso, tenso ou preocupado” com suspeição para TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).....	87
Tabela 3 b - Correlação das respostas dadas à questão “sentindo triste” com suspeição para TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).....	88
Tabela 3 c - Correlação das respostas dadas à questão “chora mais que de costume” com suspeição para TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).....	88
Tabela 3 d - Correlação das respostas dadas à questão “dorme mal” com suspeição para TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).....	89
Tabela 3 e - Correlação das respostas dadas à questão “dores de cabeça” com suspeição para TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).....	89

Tabela 3 f - Correlação das respostas dadas à questão “sensações desagradáveis no estômago” com suspeição para TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).....	90
Tabela 3 g - Correlação das respostas dadas à questão “má digestão” com suspeição para TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).....	90
Tabela 3 h - Correlação das respostas dadas à questão “cansado o tempo todo” com suspeição para TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).....	91
Tabela 3 i - Correlação das respostas dadas à questão “perdido interesse pelas coisas” com suspeição para TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).....	91
Tabela 4 - Média do fator realização profissional e itens (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).....	92
Tabela 4 b - Média do fator liberdade de expressão e itens (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).....	93
Tabela 4 c - Média do fator esgotamento profissional e itens (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).....	93
Tabela 4 d - Média do fator falta de reconhecimento e itens (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).....	94
Tabela 5 - Correlação do item valorização da (EIPST) e suspeição de TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).....	96
Tabela 5 b - Correlação do item reconhecimento da (EIPST) e suspeição de TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).....	97
Tabela 5 c - Correlação do item liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho (*) do (EIPST) e suspeição de TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).....	99
Tabela 5 d - Correlação do item liberdade para falar do meu trabalho com a chefia (*) (EIPST) e suspeição de TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, 2015).....	100
Tabela 5 e - Correlação do item esgotamento da (EIPST) e suspeição de TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).....	103
Tabela 5 f - Correlação do item estresse da (EIPST) e suspeição de TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).....	104

Tabela 5 g - Correlação do item falta de reconhecimento (*) da (EIPST) e suspeição de TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).....	105
Tabela 5 h - Correlação do item desvalorização da (EIPST) e suspeição de TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).....	106

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	20
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
2.1 O TRABALHO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA.....	25
2.1.1 Funções do trabalho na atualidade.....	29
2.2 SAÚDE DO TRABALHADOR.....	34
2.2.1 Sobre a saúde do trabalhador.....	34
2.2.2. Breves notas sobre o trabalho na área da saúde.....	41
2.3 SAÚDE MENTAL/PSIQUICA NO TRABALHO.....	44
2.3.1 Conceitos básicos e fundamentação	44
2.3.2 Abordagens em Saúde Mental/Psíquica do trabalhador.....	52
2.3.2.1 Abordagens Individualistas.....	52
2.3.2.2 Abordagens psicossociológicas.....	53
2.3.2.3 Psicodinâmica do Trabalho.....	54
2.4 CLASSIFICAÇÃO E EVOLUÇÃO HISTÓRICA DOS TRANSTORNOS MENTAIS.....	61
2.5 TRANSTORNOS MENTAIS MENORES.....	63
2.6 SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	65
3 OBJETIVOS.....	73
3.1 OBJETIVO GERAL.....	74
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	74
4 HIPÓTESES.....	75
5 CASUÍSTICA E MÉTODO.....	77
5.1 CASUÍSTICA.....	78
5.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	78
5.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	78
5.4 LOCUS DE PESQUISA.....	79
5.5 RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS.....	79
5.6 INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	80
5.6.1 Questionário Sócio Demográfico Ocupacional (QSDO).....	80
5.6.2. <i>Self Report Questionnaire- SRQ-20.....</i>	80
5.6.3. Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EPST).....	80

5.7 PROCEDIMENTOS.....	81
5.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS.....	84
5.9 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	85
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	86
6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS PESSOAIS E OCUPACIONAIS DA AMOSTRA.....	87
6.2 PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS MENORES.....	92
6.3 RESULTADOS DA CORRELAÇÃO ENTRE AS RESPOSTAS DOS GRUPOS SINDRÔMICOS E SUSPEIÇÃO PARA TMM.....	95
6.4 RESULTADOS DA ESCALA DE INDICADORES DE PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO (EIPST).....	100
6.5 RESULTADOS DA CORRELAÇÃO DOS ITENS DA ESCALA DE INDICADORES DE PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO COM SUSPEIÇÃO DE TMM.....	103
7 CONCLUSÕES.....	115
REFERÊNCIAS.....	119
APÊNDICES.....	120
ANEXOS.....	156

1 INTRODUÇÃO

O mundo do trabalho tem sido marcado por profundas transformações, tais como a globalização e a inserção de novas tecnologias e modelos de gestão. Na sociedade contemporânea, o trabalho passou a ocupar um lugar significativo na vida do homem e pode ser visto como parte inseparável da vida humana, sendo um importante meio na construção da identidade pessoal. Fazendo mais que gerar bens e serviços, o trabalho determina valores culturais, sociais, religiosos, de qualidade de vida, entre outros. Considerada sua importância para o homem e todas as transformações que vem sofrendo, entende-se que ele pode repercutir de maneira positiva ou negativa na vida do trabalhador.

O impacto econômico, o empobrecimento nas relações interpessoais, o alto índice de absenteísmo, a rotatividade no trabalho e os acidentes têm despertado a atenção dos empregadores, considerando os agravos físicos e mentais dos trabalhadores. Atualmente, ocorre uma significativa atenção aos transtornos mentais e a consequente incapacitação para o trabalho, sendo necessário o desenvolvimento de mais pesquisas e propostas de intervenção nesta área. As mudanças na intensificação do trabalho, na alta produtividade, no avanço tecnológico e na precarização das relações de trabalho têm resultado em ampliação significativa no número de trabalhadores com problemas de saúde, estresse e *burnout* (ZANELLI, 2010). A organização do trabalho, quando propicia o desenvolvimento do indivíduo e do grupo, permite a criatividade e pode ser geradora de prazer. Ao contrário, se imprime a inflexibilidade e a rigidez nas tarefas e relações, pode favorecer o aparecimento do sofrimento, doenças psíquicas, acidentes de trabalho, adoecimento e até mesmo mortes.

A relação entre saúde mental e trabalho tem recebido atenção crescente nas últimas décadas. Os Transtornos Mentais Menores (TMM) em trabalhadores da saúde têm gerado consequências pessoais, familiares e sociais. Os TMM referem-se a sintomas ansiosos, depressivos e somatoformes, com elevada prevalência na população geral adulta. Se os profissionais de saúde forem servidores públicos, esta situação poderá se agravar.

No cenário nacional, a falta de informações sobre a saúde dos servidores públicos é assim observada:

A escassez e inconsistência das informações sobre a real situação de saúde dos trabalhadores dificultam a definição de

prioridades para as políticas públicas, o planejamento e implementação das ações de saúde do trabalhador, além de privar a sociedade de instrumentos importantes para a melhoria das condições de vida e trabalho. (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 2004, p.6).

Apesar dos investimentos em Saúde mental e Trabalho, os resultados, avanços e mudanças efetivas nas condições e organizações de trabalho (BORSOI, 2007) ainda são insuficientes e mais pesquisas nesta temática se fazem necessárias.

Em vista do contexto acima exposto, estudos nacionais e internacionais vêm sendo realizados com o intuito de identificar os fatores contribuintes dos transtornos mentais, bem como formas de prevenção nas diferentes categorias profissionais. Teixeira (2007) cita pesquisa feita pela Universidade de Brasília em parceria com a Previdência Social, demonstrando que bancários, funcionários do comércio, metalúrgicos, frentistas, rodoviários e transportadores aéreos estão entre as categorias profissionais com maior risco para transtornos mentais.

Pesquisadores internacionais têm demonstrado preocupação com a saúde mental dos trabalhadores. Schaufeli e Buunk (2003), em 25 anos de estudos sobre o *burnout* na Holanda e nos Estados Unidos, verificaram um aumento na quantidade de publicações e na ocorrência da síndrome em várias categorias profissionais. Estas pesquisas apontaram que os profissionais mais vulneráveis ao *burnout* eram os das áreas da educação, saúde e policiais.

Bárbaro *et al* (2009), em revisão da literatura sobre os transtornos mentais relacionados ao trabalho, utilizando periódicos da área da saúde da *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) identificaram que o maior número de investigações neste campo se dava com as seguintes categorias profissionais: professores, trabalhadores de saúde, siderurgia, adultos, mulheres e donas de casa.

A área da saúde do trabalhador contém muitas variáveis a serem consideradas: os diferentes ambientes de trabalho, doenças ocupacionais, desemprego, categorias profissionais diversas, entre outras. Também pouca atenção tem sido dada às políticas de saúde do trabalhador e aos programas de intervenção. Tal fato pode contribuir para a pouca repercussão em mudanças efetivas nas condições e organizações de trabalho, como refere Borsoi (2007).

A problemática descrita acima se evidencia também entre os profissionais da saúde do Pronto Atendimento e Hospital Municipal, no município de Rondonópolis/MT.

No decorrer dos Estágios Básico e Específico do curso de Psicologia da UNIC Rondonópolis, realizados na instituição em questão, na qual ministro aulas de Psicopatologia I e II e supervisiono estágios, surgiram diálogos com gestores da Secretaria de Saúde, referentes à saúde mental dos servidores que lá prestam serviços. Os mesmos relatam que muitos servidores estão solicitando afastamentos do trabalho, justificando sua incapacitação como decorrente de problemas psicoemocionais. Os gestores solicitaram um estudo ao curso na área da psicologia, junto aos servidores, com o intuito de conhecer a prevalência de transtornos mentais, prazer e sofrimento do trabalho, para viabilizar o desenvolvimento de programas de promoção e intervenção em saúde mental. Tal necessidade vem de encontro à realização da presente investigação.

Diante deste contexto, justifica-se a proposição de uma pesquisa sobre a prevalência de Transtornos Mentais Menores e condições de trabalho dos servidores da saúde do pronto atendimento, pois não há referência na literatura sobre estudo realizado com profissionais de saúde, por meio do SRQ-20 e da EVPST nesta amostra de estudo. Esta pesquisa investigação será desenvolvida a partir de uma realidade desencadeada socialmente, daí sua relevância social. Os levantamentos iniciais realizados apontam que os TMM têm sido causa importante do afastamento do trabalho dos servidores da saúde, em nível internacional. O possível contexto de tensão no trabalho e as exigências que geram pressão podem levar ao adoecimento físico e mental dos servidores da saúde. As vivências diárias relacionadas ao trabalho podem representar sofrimento ou prazer.

Seligmann-Silva (1994), afirma que a atividade dos profissionais de saúde é altamente tensiógena, devido à jornada de trabalho, número reduzido de profissionais, desgaste psicológico e emocional proveniente das tarefas executadas. Como consequência do adoecimento, pode haver aumento da taxa de absenteísmo e dos gastos públicos com tratamentos, afastamentos, aposentadorias e redução drástica dos recursos humanos nos hospitais, que já enfrentam diariamente esta problemática.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O TRABALHO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

Há muitos autores e estudos enfocando diferentes elementos relativos ao Trabalho. Conforme Albornoz (1988), o termo Trabalho é originário do latim *tripalium*, que significa instrumento de tortura, punição e sofrimento. Esse conceito nasceu nas antigas sociedades grega e romana e perdurou até o início do século XV. Fernandes e Zanelli (2006), afirmam que na sociedade atual o trabalho é uma das mais importantes formas de socialização do ser humano. Por intermédio do trabalho o indivíduo inserido numa organização compartilha crenças, valores e hábitos e, assim, define sua identidade. Oliveira *et al* (2004), ainda afirmam a transitoriedade do conceito de trabalho. Argumentam que, por meio do trabalho o ser humano procura atender suas necessidades, atingir seus objetivos e realizar-se. Mesmo assim, o conceito de trabalho pode se modificar, devido à sua natureza ampla e complexa e devido às influências da cultura e do momento histórico.

De acordo com Bernal (2010) o Trabalho, é um tema central na modernidade. Também nas obras dos dois grandes ideólogos Adam Smith e Karl Marx, o trabalho e seu significado são centrais. Ele perpassa diferentes ciências, como Economia, Sociologia e Psicologia Social. A sociedade ocidental dos dois últimos séculos inclusive o vê como “algo natural ao homem”. Apesar de toda sua importância atual e ao longo do desenvolvimento da humanidade, o tema é complexo e de difícil definição.

“Ocupação remunerada” ou “qualquer atividade física ou intelectual”, são conceitos que podem ajudar a entender e definir o Trabalho, mas também trazem limitações. Para o autor acima, o conceito de trabalho surge com a Modernidade e se constitui a partir da conjugação de três elementos: no nível econômico, o capitalismo; no nível cultural, o iluminismo; no nível político, a constituição e a hegemonia do Estado-Nação e a democracia burguesa. A partir deste conceito, é possível entender porque o trabalho deixou de ser algo instrumental, transformando-se no centro da vida das pessoas.

Borges e Yamamoto (2014), afirmam que o surgimento do capitalismo traz também uma concepção de trabalho anteriormente inexistente, ou seja, a concepção da centralidade do trabalho na vida e na sociedade humana. Estes autores declaram: “com o surgimento do capitalismo engendrou-se uma

concepção de trabalho que o exalta como central na vida das pessoas, como único meio digno de ganhar a vida, independentemente do seu conteúdo" (p 64).

Numa análise da concepção capitalista de trabalho, Enriquez (1999, p. 55), afirma que "o trabalho que era tão desvalorizado nas sociedades antigas, torna-se um elemento fundamentalmente integrador da sociedade, isto é, permite efetivamente a uma sociedade engendrar, ou reforçar os laços sociais". A atual civilização pode ser chamada de civilização do trabalho e do trabalhador, onde os indivíduos que não trabalham são vistos como parasitas, delinquentes e inúteis. Com essa concepção de trabalho e o surgimento da grande empresa, o trabalho realizado pelos operários é, para os empreendedores, fundamental para a manutenção do sistema produtivo. Para os trabalhadores é um elemento constitutivo e fundamental de sua identidade. Já para a sociedade é um integrador fundamental, permitindo que se fragilizem ou se reforcem laços sociais (ENRIQUEZ, 1999).

Oliveira (2004) faz uma crítica à sociedade capitalista, a partir da concepção marxista de trabalho. Esta concepção atribui uma alta centralidade das atividades laborais na vida das pessoas, uma vez que representa a própria autoconstrução do ser humano. Nesta visão, o trabalho deve ser formador da própria condição humana, expressivo, formador de recompensas de acordo com as necessidades de cada um, de conteúdo, criativo e desafiante, de controle coletivo e protegido pelo estado.

Seligmann-Silva (1994) propõe uma definição objetiva de trabalho, enfocando os aspectos contraditórios positivos e negativos constituintes do trabalho. Para ela o Trabalho é essa atividade tão específica do homem que funciona como fonte de construção, realização, satisfação, riqueza, bens materiais e serviços uteis à sociedade humana. Entretanto o Trabalho também pode significar escravidão, exploração, sofrimento, doença e morte.

Buscando uma definição de trabalho, Zanelli (2010) diz que as possibilidades são diversas. De um modo simples, o Trabalho poderia ser compreendido como todo esforço humano que intervém em seu ambiente com certa finalidade de transformação. De um modo geral, porém, é associado às atividades remuneradas, com vínculo legal e com a denominação de emprego.

Malvezzi (2004, p.13) apresenta um conceito de Trabalho descrito na seguinte citação:

O trabalho é uma prática transformadora da realidade que viabiliza a sobrevivência e a realização do ser humano. Por meio do ato e do produto do seu trabalho o ser humano percebe sua vida como um projeto, reconhece sua condição ontológica, materializa e expressa sua dependência e pode sobre a natureza produzindo os recursos materiais, culturais e institucionais que constituem seu ambiente, e desenvolve seu padrão de qualidade de vida. Do ponto de vista empírico, o trabalho consiste na aplicação de conhecimentos e habilidades ao desenho de processos de produção dentro de uma sintaxe constituída por condições econômicas, tecnológicas, sociais, culturais e políticas. Essa aplicação de recursos pessoais não ocorre no vácuo, mas é balizada por valores, relações de poder, significados e conhecimentos que constituem a base de sua institucionalização

A maioria das definições de Trabalho o considera como atividade de caráter produtivo e remunerado, mas, este é um conceito limitado. A limitação e a ambiguidade podem ser vistas no seguinte exemplo: a atividade da dona de casa que não é remunerada financeiramente é trabalho ou não? A este respeito, Bruschini (2006) coloca que as mulheres, muito mais do que os homens, dedicam parte significativa de seu tempo ao trabalho para a reprodução social; entre elas, são as cônjuges e, principalmente, as mães as que dedicam número mais elevado de horas semanais aos afazeres domésticos; e, entre as que tiveram filhos, são as mães de filhos pequenos aquelas cujo tempo semanal de dedicação aos afazeres domésticos é o mais elevado. São justamente estas mulheres que são aquelas que mais trabalham atualmente na atividade produtiva as que mais consomem seu tempo, no domicílio, na atividade reprodutiva, enfrentando enorme sobrecarga de trabalho e dificuldades de conciliação entre as responsabilidades familiares e as profissionais. É forçoso reconhecer, por isso, a necessidade de políticas sociais de apoio a essas trabalhadoras, sobretudo àquelas de mais baixa renda. Ressalte-se que a idade, a escolaridade e o trabalho remunerado têm efeito relevante sobre o tempo dedicado ao trabalho doméstico, principalmente pelas mulheres levando-se em conta todas as reformulações. Segundo pesquisas já realizadas pela PNAD (1998) desde o começo dos anos 90, esta recomenda que o trabalho doméstico, que consome parte considerável do tempo dos que dele se ocupam – em sua maioria mulheres, donas de casa e mães de filhos pequenos –, passe a ser considerado “um trabalho não-remunerado, e não mais inatividade econômica” (p. 351).

Observe-se as definições de alguns estudiosos contemporâneos. Marshall (1980) define o trabalho como esforço do corpo e da mente, realizado com o propósito de alcançar um benefício diferente da satisfação diretamente decorrente do trabalho. Peiró e Prieto (1996) apontam elementos importantes e correlacionados em sua definição: atividades humanas, remuneradas ou não; caráter produtivo e criativo; uso de técnicas, materiais e informações, obtendo bens e serviços; uso de energia, habilidades e conhecimento e outros recursos, obtendo algum tipo de compensação material, psicológica e social. Todas estas definições trazem contribuições, mas ao mesmo tempo, elas têm seus problemas e limitações.

Para uma análise adequada do trabalho na atualidade é fundamental se levar em conta as novas tecnologias e seus impactos. Conforme Borges e Yamamoto (2014) o impacto das novas tecnologias sobre os trabalhadores é algo polêmico. Para alguns as inovações significam a promessa de um futuro melhor, eliminação de trabalhos pesados e mais acesso ao lazer. Para outros, no entanto, as novas tecnologias significam degradação e extinção de postos de trabalho. Os referidos autores também destacam que no mundo do trabalho recente surgiram duas concepções de trabalho: ética do lazer e trabalho como laço social. Além disso, fazem uma sistematização de ambas.

Quanto à compreensão do processo de transformação, os mesmos autores afirmam que a ética do lazer destaca: incapacidade de superar a alienação no trabalho; a tecnologia substitui o proletariado; ampliação da exclusão social; trabalho perde importância na formação da identidade dos indivíduos. Já na outra concepção se destacam: diversidade nos modos de produzir nas profissões e atividades; transição do industrialismo para o informacionalismo; trabalho como elemento de organização da sociedade, de integração social e de laço social. Quanto às propostas e tendências, a ética do lazer destaca: emancipação da humanidade pela liberação do trabalho; passagem de uma racionalidade instrumental (mecanicista) para uma racionalidade mais substantiva. Já a concepção de trabalho como laço social destaca a ressignificação do trabalho a partir de um conteúdo que valoriza a ética e a moralidade humana; reconhecimento de que o trabalho segue implicando no processo de construção da identidade; construção de novo pacto social.

2.1.1 Funções do trabalho na atualidade

Conforme Bernal (2010), ao longo dos dois últimos séculos o conceito de trabalho se converteu na atividade fundamental do ser humano. Transformou-se numa categoria antropológica, que constituiria a verdadeira essência da natureza humana, bem como seu principal vínculo com a sociedade e os indivíduos. Passou a ser um dos elementos definidores da modernidade e um dos componentes mais importantes da subjetividade. Evidentemente o trabalho cumpre funções importantes e se tornou o centro da sociedade, o vínculo social principal. Isso significa defender uma posição empobrecida de vínculo social e supõe negar a diferenciação entre ordem política, ordem econômica e regulação social. Também supõe negar que a sociedade tenha outros fins, além da produção e riqueza e que disponha de outros meios de expressão além da produção e consumo. A falácia, portanto, está no seguinte: a sociedade capitalista se organiza em torno do trabalho, produção e consumo. Isto é um acréscimo ideológico com duas finalidades: preservar o trabalho e com ele a produção, a mais valia e o lucro; converter o trabalho na forma essencial de controle social nas sociedades.

Segundo Zanelli (2010) o trabalho influencia a estruturação da subjetividade e a identidade do ser humano. Além disso, influencia as aspirações e o estilo de vida, colocando-se também entre as atividades mais relevantes. Acima de tudo, porém, o trabalho firma-se como a principal fonte de significados da vida do ser humano. No processo produtivo o ser humano transforma e é transformado. Esse processo pode ser positivo e negativo. O trabalho será emancipador quando as atividades tiverem sentido e significado coerentes com o conjunto de valores do executor. Se for ao contrário, o trabalho trará perda de orgulho e sensação de expropriação e alienação. Na perspectiva psicológica, o trabalho é um elemento central no desenvolvimento do conceito de si mesmo e uma fonte de autoestima. Na dimensão social ele é o principal regulador da organização da vida humana. Os agrupamentos são formados em função do trabalho. As pessoas definem valores, horários, atividades e relacionamentos conforme as exigências da vida no trabalho.

Coda e Fonseca (2004) verificaram que, para cada indivíduo, ele assume um significado, uma função relacionada aos seus desejos e necessidades, transformando-se assim num instrumento de realização para essas pessoas.

Para Codo (1997) o trabalho pode representar uma ação de dupla transformação entre sujeito (homem) e o objeto (natureza). O simples ato de transformar sujeito em objeto ou objeto em sujeito ainda não é trabalho. Este ocorre quando se transcende essa ação transformadora em um significado. O autor o exemplifica com o ato de beber água. Beber água não é trabalho, mas se uma garota propaganda, em um comercial de televisão, bebe aquela determinada água para nos convencer que ela é a melhor, formou-se um significado na ação, tornando-se trabalho.

De acordo com Zanelli (2010) a pessoa, muitas vezes, é vítima do seu modo de viver e do ritmo intenso, advindos das múltiplas solicitações na vida familiar, social e, especialmente, nas relações de trabalho. Disto podem decorrer sintomas somáticos e psicológicos. Para obter uma boa qualidade de vida diante deste quadro é necessário dar atenção a vários fatores: hábitos, tensões, impactos do ambiente, equilíbrio interior e relacionamentos. Especificamente no ambiente de trabalho há vários elementos a levar em conta para uma boa qualidade de vida. Entre eles estão o: significado do trabalho, condições, segurança, remuneração, possibilidades de desenvolvimento e tratamento recebido.

O Trabalho pode emancipar ou escravizar o indivíduo, mas sempre o controla. Por isso há contradições no conceito de trabalho. Ao mesmo tempo em que legitima a exploração e o controle social, permite ao indivíduo ser livre, satisfazer suas necessidades e se relacionar socialmente. Entre as funções que o trabalho cumpre atualmente podem se destacar conforme Bernal (2010):

- 1- Função integrativa ou significativa: o trabalho dá sentido à vida;
- 2- Função de proporcionar status e prestígio social: conforme o trabalho realizado se tem status e prestígio social;
- 3- Fonte de identidade pessoal: vemo-nos e os outros nos veem, muito, por meio da profissão que exercemos;
- 4- Função econômica: na sociedade de economia e consumo, o poder aquisitivo obtido pelo trabalho é tudo;

- 5- Fonte de oportunidades para a interação e os contatos sociais: por uma disfunção da sociedade atual, o trabalho é a principal fonte de oportunidades para as relações sociais;
- 6- Função de estruturar o tempo: o calendário (dias de trabalho/dias de não trabalho) mostra que o trabalho é o principal estruturador nas sociedades industriais;
- 7- Função de manter o indivíduo sob uma atividade mais ou menos obrigatória: a socialização nas sociedades industriais ocorre quase que exclusivamente através do trabalho. A aposentadoria, por exemplo, pode significar crise;
- 8- Função de ser uma fonte de oportunidades para desenvolver habilidades e destrezas: nas sociedades industriais: quem não tem oportunidade de trabalhar dificilmente terá oportunidade de colocar em prática e desenvolvimento suas habilidades e conhecimentos;
- 9- Função de transmissão de normas, crenças e expectativas sociais: em nosso mundo o trabalho é um dos principais emissores de normas sociais e crenças;
- 10-Função de proporcionar poder e controle: quem não trabalha perde a oportunidade de ter e exercer poder e, por isso, de defender seus interesses.

Junto às contradições acima citadas, Borges e Tamayo (2001) apontam o caráter dinâmico e multifacetado do trabalho. Segundo eles, o trabalho torna-se inacabado por ser um processo dinâmico, posto que em seu curso de formação o indivíduo sofre interação a todo momento com os demais e, com sua historicidade. Além disso, o trabalho é multifacetado, por compor-se de muitos aspectos. Lima e Vieira (2005) acrescentam que na dimensão material certamente há mudanças, porque ela é reflexo de como as condições exteriores são percebidas por cada um. Já na dimensão valorativa o significado do trabalho pode ou não mudar. No mesmo sentido os autores fazem uma importante consideração:

[...] em caso afirmativo a mudança geralmente acontece em função de um amadurecimento pessoal que faz com que o sujeito perceba a vida diferente, podendo também modificar suas prioridades e valores e, assim, a posição o trabalho e o

significado deste na sua vida, também podem ser alterados. (LIMA; VIEIRA, 2005, p. 15).

Para o trabalho cumprir as funções acima descritas, deverá ser realizado em condições com mínima qualidade, porém, dificilmente ocorre, pois continua sendo, em geral, monótono, entediante e proporcionando pouca qualidade de vida. Outro argumento questionável é o do vínculo social. Se for o trabalho que dá o suporte para os vínculos sociais, para uma identidade social e para as relações sociais, é preciso analisar como este processo ocorre. Tudo parece estar organizado para que as funções sociais não sejam satisfeitas por outras instâncias. A própria sociedade capitalista organizou a vida social e reduziu-a tanto, que o trabalho cumpre as funções sociais. Qual a concepção que nos levou a ver o trabalho como principal condição e gerador de vínculo social? Herdamos as representações transmitidas pela economia, nas obras de Smith e Marx. Segundo elas, tudo se reduz à Economia: a política se transformou nesta última e a Psicologia se colocou durante muito tempo a seu serviço (BERNAL, 2010)

De acordo com Antunes (1998), diante da recente crise estrutural do capital, várias mutações vêm ocorrendo na passagem do século XX para XXI. Uma destas mutações com importância central refere-se às metamorfoses na produção do capital. Tal ocorrência traz várias repercussões para o processo de trabalho. As transformações podem ser notadas especialmente no avanço tecnológico e nas formas de acumulação flexível de capital, sendo decorrentes da própria concorrência intercapitalista, de um lado, e da busca de controle do movimento operário e suas lutas de classes, de outro lado, o que por sua vez, afetou fortemente a classe trabalhadora e o movimento sindical e operário.

Diante das mutações e metamorfoses mencionadas, é muito importante o alerta sobre o significado do trabalho. Conforme Morin (2001), é importante que, para quem realiza o trabalho que os objetivos deste estejam claros e valorizados e que seus resultados tenham valor aos olhos de quem o realiza. O autor verificou no significado do trabalho uma “construção psicológica multidimensional”, determinada por escolhas, experiências, contexto e ambiente de trabalho do trabalhador. Esse modelo aponta cinco grandes dimensões no significado do trabalho: (i) centralidade do trabalho; (ii) normas societais sobre o trabalho; (iii)

resultados valorizados do trabalho; ((iv) Importância das metas no trabalho e (v) Identificação com o papel do trabalho

A forma de produção flexibilizada busca a adesão dos trabalhadores, para que mesmos aceitem integralmente o projeto do capital. Trata-se de um envolvimento manipulador levado ao extremo, onde o capital busca o consentimento e a adesão dos trabalhadores, para um projeto concebido segundo os fundamentos exclusivos do capital. Um dos exemplos marcantes deste envolvimento pode ser observado nos Círculos de Controle de Qualidade (CCQ), nos quais os trabalhadores são incentivados pelo capital a discutir trabalho e desempenho, com vistas a melhorar a produtividade da empresa. Os CCQ parecem uma nova forma de apropriação do saber fazer intelectual pelo capital, que levam a uma mescla de despotismo e manipulação do trabalho, com o envolvimento dos trabalhadores, por meio de um processo ainda mais profundo de interiorização do trabalho alienado (ANTUNES, 1998).

Esta forma flexibilizada de acumulação capitalista, baseada na reengenharia ou empresa enxuta, teve grandes consequências no mundo do trabalho. Abaixo são descritas algumas:

- 1- Uma constante redução do proletariado fabril estável;
- 2- Um constante crescimento do novo proletariado, do subproletariado e de serviços, denominado mundialmente de trabalho precarizado. São os chamados “terceirizados”, os subcontratados, *part-time*, entre outras formas semelhantes, que se expandem pelo mundo;
- 3- Um aumento significativo do trabalho feminino, o qual atinge mais de 40% do trabalho nos países avançados, e que tem sido preferencialmente absorvido pelo capital do universo do trabalho precarizado e desregulamentado;
- 4- Um aumento dos assalariados médios de serviços, o qual possibilitou inclusive um incremento no sindicalismo destes setores;
- 5- Exclusão de jovens e de idosos do mercado de trabalho dos países centrais;
- 6- Inclusão precoce e criminosa de crianças no mercado de trabalho, especialmente nos países de industrialização intermediária e subordinada;

7- Expansão do que Marx chamou de trabalho social combinado, no qual trabalhadores de diversas partes do mundo participam do processo de produção e de serviços. Isto aumenta o nível de exploração e precariza a classe trabalhadora.

A partir do exposto, Antunes (1998) enfatiza que a classe trabalhadora se fragmentou, se heterogeneizou e se complexificou, ainda mais. De um lado, tornou-se mais qualificada, com relativa intelectualização do trabalho em alguns setores, como na siderurgia, de outro, desqualificou-se e precarizou-se em diversos ramos, como na indústria automobilística.

Criou-se, em escala minoritária, o trabalhador polivalente e multifuncional da era informacional, que é capaz de operar com máquinas complexas de controle numérico e até exercitar mais intensamente a dimensão cognitiva. De outro lado há uma massa de trabalhadores precarizados e sem qualificação, presenciando as formas de emprego temporário, parcial, ou então vivenciando o desemprego estrutural.

As mutações verificadas criaram uma classe trabalhadora bastante heterogênea, fragmentada e complexificada, além das divisões decorrentes da inserção diferenciada na nova divisão internacional do trabalho.

2.2 SAÚDE DO TRABALHADOR

2.2.1 Sobre a saúde do trabalhador

A influência do trabalho sobre a saúde do trabalhador é caracterizada desde a antiguidade, existindo papiros egípcios que relatam doenças ocasionadas pelo trabalho, antes de Hipócrates, “o pai da Medicina”, que também registrou doenças decorrentes do trabalho nos séculos IV e V a.C (BRAGA, 2007),

Segundo Souza (1998) é preciso destacar que todo o progresso na abordagem das questões relacionadas à saúde, tanto do indivíduo, como do trabalhador e da população em geral, em nenhum momento da história deixou de ser tratado como um corpo, objeto que deva cumprir os objetivos de uma determinada política ou classe dominante.

Para tratar da evolução histórica da saúde do trabalhador é necessário citar Ramazzini (1995), que é o precursor da abordagem sobre as doenças dos trabalhadores. Em 1713, edita um livro intitulado *De morbis artificum diatriba* (As doenças de trabalhadores). Nesta publicação, ele relata sua experiência como médico de operários e relaciona 54 profissões, descrevendo doenças de operários, tais como, os químicos, farmacêuticos, mineiros, entre outros.

No artigo “A atualidade de Ramazzini, 300 anos depois”, Mendes (2000) enfoca Ramazzini, no intuito de destacar suas principais contribuições para o desenvolvimento da Medicina e da Saúde voltadas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos trabalhadores.

Mendes (2000) afirma que Ramazzini deixa clara a preocupação e o compromisso com a classe de pessoas habitualmente esquecida e menosprezada, os operários. Há cerca de 300 anos ele afirmava que ninguém de seu conhecimento “põe o pé nesse campo”, ou seja, das doenças dos operários. Na sua concepção, governos têm criado leis para conseguir um bom regime de trabalho e por isso é justo que também a arte médica se empenhe em cuidar da saúde dos operários, para que com segurança possam praticar seu ofício. Enfatizava que um médico não deve se limitar a colocar a mão no pulso, com pressa, sem se informar das condições do operário e sem levar em conta estar diante de uma vida humana. Deveria sim, sentar-se com a dignidade de um juiz, observar detidamente e proporcionar os conselhos e cuidados médicos preciosos.

Em segundo lugar, Mendes (2000) escreve que Ramazzini destaca a determinação social da doença e aponta elementos básicos do conceito da Medicina Social. Entre eles se pode citar: estudar as relações entre o estado de saúde de uma população e suas condições de vida, que são determinadas pela sua posição social; os fatores perniciosos que agem com forma ou intensidade particular, devido à sua posição social e os elementos que influenciam destrutivamente a saúde e impedem o aperfeiçoamento do bem-estar.

Em terceiro lugar, Mendes (2000) destaca a contribuição metodológica de Ramazzini para o exercício correto da Medicina nas questões voltadas a saúde e trabalho. Ele praticava e ensinava as visitas ao local de trabalho, a fim de observá-lo, e, as entrevistas com trabalhadores, a fim de conhecê-los melhor. A isto acrescentou que não se considerava diminuído ao visitar oficinas sujas, mas

sim mais instruído. Destacava, sobretudo, o fato de poder sugerir prescrições médicas preventivas ou curativas, contra as doenças dos operários. Também agregou, à antiga abordagem clínico-individual de Hipócrates, a prática da história ou anamnese ocupacional. Além disso, ampliou a abordagem clínico individual, introduzindo a análise coletiva ou epidemiológica, caracterizando-a segundo a ocupação ou profissão. Isto lhe permitiu construir e analisar “perfis epidemiológicos” de adoecimento, incapacidade ou morte.

Em quarto lugar, Ramazzini deu uma relevante contribuição com a sistematização e classificação das doenças, segundo a natureza e o grau de nexo com o trabalho. Ao descrever as “doenças dos mineiros”, ele identificou duas causas principais: a primeira, e mais importante, é a natureza nociva da substância manipulada; a segunda é a violência que se faz à estrutura natural da máquina vital, com posições forçadas e inadequadas do corpo. Deste critério de classificação empírica surgem as bases para uma sistematização da Patologia do Trabalho, sendo que, no primeiro grupo estariam as “doenças profissionais” ou “tecnopatias”, e no segundo estariam as “doenças adquiridas pelas condições especiais em que o trabalho é realizado”, as “mesopatias”. Esta classificação até hoje é utilizada para fins médico-legais e previdenciários em muitos países, entre eles, o Brasil.

Mendes (2000) aponta outras contribuições de Ramazzini, tais como: sua visão das inter-relações entre a Patologia do Trabalho e o Meio-ambiente; a ênfase na prevenção primária das doenças dos trabalhadores; a utilização potencial de registros de óbito para o estudo dos impactos da poluição ambiental sobre a saúde das comunidades, como estratégia metodológica.

Em 1831 o médico Turner Thackrah escreveu um tratado sobre Saúde Ocupacional, sendo o pioneiro nesta área. Afirmava que as instituições sociais e econômicas tinham relação com o problema dos trabalhadores. Em 1940 o também médico Louis René Villermé realizou um estudo sobre as condições de saúde dos trabalhadores têxteis, relacionando o ambiente social, mortalidade e morbidade diferencial. Estes profissionais e seu trabalho se destacaram nas pesquisas relacionando homem, meio e trabalho

Nesta época, ocorreram vários movimentos em várias partes do mundo. Foucault (1993) afirma que a medicina social cumpriu três etapas de formação: (i) no início do século XVIII, onde o estado, principalmente na Alemanha

controlava o nível de saúde da população para melhorar o funcionamento da sua máquina(ii) ocorre principalmente na França com a urbanização e o surgimento da indústria transformando as cidades no lugar de troca de mercadorias. Pelo fato de haver um acúmulo de população em determinados lugares, houve aumento de epidemias e uma necessidade de melhorar as estruturas locais, surgindo o início da política sanitária e a higiene pública. Nesta etapa a medicina busca apoio de outras áreas do conhecimento para alcançar seus objetivos. Esta não é uma medicina do corpo, mas do ambiente em que se vivia (iii) surge na Inglaterra, na primeira metade do século XIX, a importância da força do trabalhador. A partir da revolução industrial passa a existir a necessidade de homens para cumprir a produção. A preocupação era com a população mais pobre, pois precisavam prepará-la para ser produtiva como força de trabalho e menos perigosa para as classes dominantes. Esses objetivos eram alcançados através da medicina assistencial destinada aos pobres. Também havia uma medicina administrativa destinada à vacinação e epidemias e uma medicina privada para quem pudesse pagar.

A revolução industrial foi um momento onde as máquinas começaram a fazer o papel de atores principais e era preciso adaptar o homem às novas funções, procurando a redução de custos e a maximização da produção. Conforme o Taylorismo, se observa uma total interferência e controle do trabalho, excluindo-se a autonomia do trabalhador. A partir desta realidade começa a existir uma tentativa de medicalizar as doenças relacionadas ao trabalho (SOUZA, 1998).

De acordo com Mendes e Dias (1991) a medicina do trabalho surge enquanto especialidade médica na Inglaterra, na primeira metade do século XIX com a revolução industrial, pois se vivencia um momento em que o consumo do trabalho era resultante da submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção.

A medicina do trabalho funcionava como instrumento do capital e gradativamente incorporava os preceitos dominantes das relações entre doença e seus possíveis determinantes. Com esta evolução, a questão saúde e trabalho passou a ter uma visão ambientalista, com valorização dos ambientes, espaços e agentes presentes. A esta nova visão se dá o nome de saúde ocupacional (SOUZA, 1998).

A Saúde ocupacional surge então, como reflexo da impotência da Medicina do Trabalho na resolução dos problemas de saúde causados pelos processos de produção. A Medicina do Trabalho procurou resolver o problema do capital, esquecendo dos efeitos do processo de produção sobre os trabalhadores. Passou-se a ter uma perda crescente da mão-de-obra produtiva, levando a um prejuízo incalculável para os empregadores. A tentativa de solução foi atuar com uma equipe multiprofissional para intervir nos locais de trabalho. Mas, a Saúde Ocupacional não vai conseguir atingir o seu objetivo, especialmente ao enfocar a necessidade da produção e não a saúde do trabalhador.

A partir da década de 1960 surgem discussões sobre o processo social e se desenvolve a teoria da determinação social do processo saúde-doença, colocando-se a centralidade no trabalhador. Aumentam os questionamentos à Medicina do Trabalho e à Saúde Ocupacional. Aumenta também a desconfiança dos trabalhadores em relação aos profissionais de saúde e alguns de seus procedimentos, como os exames médicos pré-admissionais (MENDES; DIAS, 1991).

Conforme Souza (1998) durante muitos anos, os métodos de estudo sobre os problemas sociais da saúde eram somente realizados por meio da experiência clínica do dia-a-dia e a observação.

Laurel e Noriega (1989) formulam alguns conceitos importantes sobre a saúde do trabalhador. O primeiro refere-se aos riscos e para avaliá-los usam a categoria “cargas de trabalho”. Elas podem ser definidas em dois tipos: (i) Físicos, químicos, biológicos e mecânicos que possuem uma materialidade externa ao corpo, mas que interatuando com ele transformam-se em materialidade interna. Exemplos: ruídos e calor; (ii) Fisiológicos e psíquicos que só adquirem materialidade no corpo humano ao se expressarem em transformações dos seus processos internos. Exemplos: a tensão prolongada e a impossibilidade de usar a criatividade. O somatório e a interação das cargas de trabalho são importantes na explicação dos acidentes. O segundo é o conceito de desgaste, considerado como perda de capacidade efetiva e/ou potencial biológica e psíquica. O desgaste é encarado de duas maneiras distintas: para o capital é um problema de produção e para o trabalho é um problema de vida.

O Modelo Operário Italiano que ficou conhecido no Brasil na Obra de Odone (1986) divide em quatro grupos os fatores nocivos do ambiente de trabalho: o primeiro grupo comprehende os fatores também presentes no ambiente de vida, como luz e umidade; o segundo grupo comprehende fatores normalmente ausentes no ambiente de vida e presentes exclusivamente (ou quase) nos ambientes de trabalho, como gases e vapores, o terceiro grupo comprehende o trabalho físico e o quarto grupo comprehende as condições que determinam efeitos estressantes, como monotonia e ansiedade (SOUZA, 1998).

Na década de 1970 ocorre uma grande alteração no processo de trabalho que pode ser verificada na terceirização da economia dos países desenvolvidos e na mudança de perfil da força de trabalho, em função do declínio do setor secundário (indústria) e no crescimento do setor terciário (serviços). Também se verifica uma transnacionalização da economia e novas tecnologias são implementadas com a automação e a informatização. Como consequência ocorre uma mudança do enfoque principal das doenças, que se desloca das doenças profissionais clássicas para as “doenças relacionadas com o trabalho”, e.g., as cardiovasculares, estresse e câncer. A saúde ocupacional passa a realizar a promoção da saúde por meio da educação, buscando a modificação de comportamento e estilo de vida das pessoas (MENDES, 1991).

É cada vez mais difícil falar separadamente de um mundo do trabalho e de um mundo fora do trabalho. Trata-se de um mundo só, no qual os trabalhadores transformam e são transformados. Também a saúde do trabalhador precisa ser analisada dentro deste contexto complexo, com várias vertentes que confluem para a formação de um novo indivíduo. Este contexto participativo permite um novo enfoque na saúde do trabalhador. A participação dos trabalhadores é maior, através de equipes multiprofissionais, de políticas públicas, de nova prática sindical em saúde, entre outras. Os trabalhadores ficam mais envolvidos com questões de saúde, trabalho e doença e com a constatação de outras doenças relacionadas ao trabalho (SOUZA, 1998).

Em diversos países são iniciados movimentos impulsionadores desta nova ciência. No Brasil, conforme Mendes e Dias (1991), a emergência da saúde do trabalhador pode ser identificada no início dos anos 1980, no contexto da transição democrática, em sintonia com o que ocorre no mundo ocidental. Isto se mostra na criação do programa de saúde dos trabalhadores (PSTs). Um ponto

alto desta mobilização ocorre em 1986, com a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em que uma série de elementos são arrolados para definir a saúde dos trabalhadores.

Tambellini (1985, p. 56), apresenta uma definição de saúde do trabalhador:

Saúde do Trabalhador é a área de conhecimento e aplicação técnica que dá conta do entendimento dos múltiplos fatores que afetam a saúde dos trabalhadores e seus familiares, independente das fontes de onde provenham, das consequências da ação desses fatores sobre tal população (doenças) e das variadas maneiras de atuar sobre estas condições...

Torna-se evidente o papel do próprio trabalhador como ator social, dinâmico, sofrendo e reagindo às pressões do capital. O trabalhador desenvolve mecanismos de controle social para um novo modelo de organização do processo de trabalho. Pode-se resumir saúde do trabalhador como um conjunto de práticas teóricas interdisciplinares e interinstitucionais desenvolvidas por diversos atores situados em distintos lugares sociais em torno de um objetivo comum (MINAYO; GOMEZ; THEDIM, 1997).

Pode-se resumir a evolução do campo da saúde do trabalhador, conforme Gomez e Costa (1997), demarcando seus limites e desafios atuais. Para os autores, a doença relacionada ao trabalho é primeiramente descrita pela Medicina do Trabalho, centralizando-se nas ações da figura do médico. Um avanço ocorre com a proposta interdisciplinar da Saúde Ocupacional, que passa a relacionar ambiente e trabalho e corpo do trabalhador e incorpora a multi-causalidade da doença. Apesar do contexto participativo nacional apontando para a “nova ciência” denominada Saúde do Trabalhador, a prática diária das ações se depara com a hegemonia da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional.

A situação descrita leva ao questionamento sobre os desafios, limites e impasses enfrentados pelo campo da Saúde do Trabalhador. Apesar dos avanços anteriores, o projeto Neoliberal e o desmonte do setor saúde trouxeram nova problemática. A defesa da garantia de emprego, passa a ser a primeira e quase exclusiva prioridade. A estrutura do mercado de trabalho atual indica a redução do emprego regular, dando lugar ao de tempo parcial, temporário ou subcontratado. A crescente onda a terceirização é mais um fator a dificultar a

mobilização dos trabalhadores. Além disso, ocorre o aumento do desemprego e do número de trabalhadores informais. Tais fatos, praticamente permeiam as discussões sobre as questões de saúde e trabalho.

2.2.2. Breves notas sobre o trabalho na área da saúde

Para Hackman e Oldhan (1975), o significado do trabalho em geral vem sendo debatido por diferentes estudiosos. Para eles o trabalho ganha sentido quando aquele que o realiza considera-o útil e legítimo. Além disso, o trabalho com sentido é marcado por características específicas, a saber: um trabalho que oferece uma variedade de tarefas, logo isso dará ao trabalhador a possibilidade de utilizar diversas competências e habilidades; um trabalho que possibilita ao trabalhador sua inserção em todas as etapas do processo, sendo por isso um trabalho não-alienante. Finalmente, um trabalho que fornece ao trabalhador um retorno de seu desempenho.

Pensar o significado do trabalho em saúde requer compreendê-lo em suas peculiaridades. Acredita-se que, para além das questões mais concretas, o trabalho em saúde deve se pautar pelo seu principal referente simbólico que se traduz no “ato de cuidar da vida e o outro como alma da produção em saúde”. (MERHY; FRANCO, 2005)

O processo de trabalho em saúde, sofreu grandes transformações, especialmente com a industrialização e com a incorporação de inúmeros avanços e descobertas científicas, no sentido de preservar a vida. Entretanto, se, por um lado, a superespecialização permitiu o avanço do conhecimento específico, por outro, consolidou o parcelamento do ser humano e de suas necessidades, quando tomados como objetos da ação (CAMPOS, 2006).

O trabalho institucional em saúde é desenvolvido, predominantemente, como um trabalho coletivo. Souza *et al* (2010, p. 451) a este respeito comentam:

É realizado por diversos profissionais ou trabalhadores treinados para realizar uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional. O trabalho dos diferentes profissionais (médico, enfermeiro, odontólogo, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, entre outros), apesar de suas especificidades de conhecimentos e de prática, é parte do conjunto que resulta na assistência a seres humanos, que são totalidades complexas.

Segundo Pires (2008), a não articulação interdisciplinar, em prol do assistir à saúde do usuário, gera fragmentação da assistência, dificultando avanços nesta prática

Em sua teoria sobre trabalho, Marx (1984) conceitua o objeto de trabalho como aquilo sobre o que se realiza uma ação, que, ao ser modificado, torna-se diferente do que era, ou seja, transforma-se pela ação do trabalhador. Em relação ao trabalho em saúde, o objeto de trabalho, nesta perspectiva teórica, é a pessoa ou grupos para quem se dirige a assistência, seja ela saudável ou doente, que passa por transformações com vistas a preservar a vida, promover a saúde e/ou a melhora e recuperação em situações de sofrimento ou adoecimento (PIRES, 2008).

O objeto de trabalho em saúde tem várias dimensões, como a biológica, psicológica, social e cultural, possibilitando a construção da atenção integral, atendendo as necessidades em saúde através de diferentes intervenções profissionais (OLIVEIRA et al, 2006).

Bordin e Rosa (1998) apresentam as características da força de trabalho em saúde no Brasil:

- Crescimento acelerado com concentração geográfica dos profissionais de saúde nas áreas metropolitanas e região sudeste;
- Aumento da população feminina no emprego em saúde tanto entre profissionais com graduação, médicos e também entre profissionais sem graduação, sendo que estes ocupam cargos como atendentes e serviços gerais;
- Profissionais mais jovens com idade entre 20 e 29 anos com nível superior fazendo parte dos serviços em saúde;
- Aumento do ingresso dos profissionais no setor privado, embora de caráter seletivo a profissionais de nível superior;
- Extensão da jornada de trabalho e acumulo de funções para compensar perdas salariais e substituição da atividade autônoma.

A finalidade do trabalho profissional em saúde é derivada de um modo próprio de apreender as necessidades que demandam este trabalho (LEOPARDI; GELCKE e RAMOS, 2008) e passa a exigir e organizar diversos

profissionais que contribuem para o resultado ou produto, a assistência em saúde. Ao focar o olhar nas atividades realizadas pelos diversos profissionais, podemos descrever processos específicos (PIRES, 2008; LEOPARDI; GELBCKE e RAMOS, 2008). Contudo, salienta-se que a organização do processo de trabalho e o envolvimento dos diversos profissionais de saúde são fundamentais para que se alcance uma assistência de qualidade, buscando a integralidade.

O trabalho nos serviços de saúde é essencial para a vida humana e possui um forte apelo social capaz de aproximar o mundo do trabalho ao da existência, que se completa no ato da sua realização. Por ter seu produto consumido no mesmo momento em que é produzido, as facetas envolvidas no processo de trabalho em saúde podem passar despercebidas (SOUZA *et al*, 2010).

As limitações de apreensão do processo de trabalho, em sua complexidade, pela equipe de saúde, ficam evidentes, na medida em que os profissionais reconhecem fragmentariamente alguns elementos do seu processo de trabalho, porém, não o todo. Outro aspecto a ser salientado, é a diversidade de compreensão identificada em relação aos elementos do processo de trabalho. Formas de ação coletiva, na perspectiva do olhar e agir interdisciplinar, são necessárias para a compreensão da complexidade do cuidar em saúde, assim como contribuir para a busca da integralidade e da qualificação da assistência.

O trabalho em saúde deve ser entendido como um trabalho coletivo, que apesar das especificidades de conhecimentos e de práticas profissionais, faz parte de um conjunto que resulta na assistência à saúde de seres humanos. Assim, sua reflexão e compreensão tornam-se imprescindíveis para a prestação de uma assistência de qualidade. Assistência esta desenvolvida por seres humanos que veem o produto de seu trabalho valorizado socialmente.

A percepção dos trabalhadores e gestores sobre o processo de trabalho em saúde influencia as formas de organizá-lo e, consequentemente, o próprio cuidado.

É relevante para o presente trabalho o desenvolvimento histórico do conceito de saúde mental/psíquica, portanto, considerações a este respeito serão feitas no tópico a seguir.

2.3 SAÚDE MENTAL/PSÍQUICA E TRABALHO

2.3.1. Conceitos básicos e fundamentação

Borges, Guimarães e Silva (2013) enfatizam a importância de levar em conta os aspectos terminológicos para tratar dos conceitos básicos e fundamentação do campo. A tradição principal usa a expressão saúde mental e trabalho. No entanto, esta expressão remete ao dualismo mente e corpo, seguindo o modelo biomédico tradicional de influência cartesiana em que o corpo é separado da mente. Já a expressão saúde psíquica retrata melhor o que se faz no campo do saber e de atuação, pois o termo psíquico não é sinônimo de mental, mas abrange em sua concepção a noção de multicausalidade.

A expressão saúde ocupacional vem sendo utilizada em publicações e é consolidada pela OIT e OMS. Ela remete a multidisciplinariedade e multiprofissionalização, apontando para diferentes profissionais atuando em saúde ocupacional. Entretanto, essa opção reduz e aponta para um novo campo do saber e atuação da Psicologia da Saúde e psicologia do Trabalho e das Organizações. Outras designações são Saúde do Trabalhador e Saúde Mental do Trabalhador. Ambas focalizam a assistência ao trabalhador e implicam numa restrição do tema. Existe ainda a designação “Clínicas do Trabalho”. Entre outros problemas, ela pode confundir e equivocadamente remeter à ideia de clínica de consultório. A intenção, agora, é de que se trate o tema na interface com a Psicologia do Trabalho e das Organizações. Por isso, a expressão saúde psíquica e trabalho parece ser a mais adequada (BORGES, GUIMARÃES e SILVA, 2013).

Veja-se agora alguns pontos que unem. O primeiro deles é a definição do objeto principal: a saúde psíquica no ambiente de trabalho, em que a saúde é um processo multifacetado, abrangendo simultaneamente o adoecimento e a promoção da saúde. Outro ponto é o papel que o trabalho exerce como estruturante na vida cotidiana do homem contemporâneo, na própria construção da condição humana e das sociedades. A partir deste papel e de suas condições (precárias ou enriquecidas) e pelas formas como as pessoas se relacionam com elas, que estarão envolvidas, de um lado, com a ocorrência de enfermidades e endemias e, de outro lado, com a produção e valorização da condição humana e do bem-estar.

As classificações de abordagens se mesclam, com linhas de conteúdos temáticos e com tipos de ações dos psicólogos, sem fazer nenhuma alusão aos mesmos. Mas, é importante notar que três aspectos do campo do saber se entrecruzam como dimensões independentes, quais sejam: (i) temas focalizados; (ii) ações profissionais; (iii) abordagens teóricas.

Pode-se identificar três pressupostos fundamentais na atuação do psicólogo: ontológico, epistemológico e metodológico.

Cabe destacar que a produção científica sobre a saúde mental e o trabalho vem aumentando nas últimas décadas. Santana (2006) aponta uma elevação do volume das produções nacionais, sobretudo, no âmbito das pós-graduações. Mesmo diante deste aumento, Cardozo já em 2001 afirmava que as inter-relações entre saúde mental e o trabalho ainda eram muito pouco estudadas do ponto de vista crítico e teórico. No início dos anos 1990, o *World Bank* (1993) estimou, que o impacto econômico e social gerado pelos transtornos mentais no mundo do trabalho estava em torno de 9% de todas as perdas econômicas devidas a doenças de um modo geral. Constatou-se que, as políticas públicas de atenção à saúde mental da população em geral e da população de trabalhadores era insuficiente e ineficiente.

De lá para cá, Sato e Bernardo (2005) apontam que nos últimos vinte anos nota-se que o tema saúde mental e trabalho obteve um ganho na produtividade técnico-científica. Com isso, oferece importantes elementos para fortalecer os argumentos e socializar o debate acerca da participação das condições e da organização do trabalho na vivência dos problemas de saúde/doença mental. Simultaneamente se verifica a ampliação dos serviços públicos dirigidos aos trabalhadores.

Cardoso (2001), historiando sobre o desenvolvimento do conceito de saúde mental a partir dos anos 40, aponta que o mesmo tem como base o inventário de práticas e paradigmas de saúde mental apresentado por Keith Tudor (1996). Nos anos 40 e 50, a saúde mental estava relacionada com a capacidade de viver com satisfação e produzir, considerando que a saúde mental está relacionada com multifatores que constituem o ser humano e suas relações sociais. Nos anos 1960, vários autores descrevem a saúde mental como a capacidade de desenvolver as potencialidades e realizar os desejos em partilha com os outros.

Nos anos 1980 a orientação sobre o conceito de saúde mental era a da não separação entre corpo e mente, ou seja, saúde mental em contraste com a saúde física. Guimarães (1992) aborda, criticamente, os padrões cartesianos da divisão entre mente e corpo. Mesmo que existam doenças nas quais as alterações são predominantemente nas funções mentais ou, ao contrário, com predominância somática, é cada vez mais difícil estabelecer estas diferenças, no quadro das novas perspectivas analíticas acerca da relação mente-corpo e sócio psicossomática.

De acordo com Camargo e Neves (2004), a importância da saúde mental é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde - OMS (1958) desde sua origem e está relacionada com o conceito de saúde não apenas como ausência de doença, mas como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Os autores destacam que atualmente entende-se que a maior parte das doenças é influenciada pela combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. "Os transtornos mentais afetam pessoas de todas as idades, em todos os países e causam sofrimento às famílias e comunidades, bem como aos indivíduos" (p.25). A grande maioria dos casos de transtornos mentais tem tratamento, possibilitando ao indivíduo fluir com a vida e produzir em suas respectivas comunidades.

São muitas as definições apresentadas, por estudiosos sobre diferentes culturas, à Saúde Mental e a este respeito, Camargo e Neves (2004, p. 25) comenta:

Os conceitos abrangem, entre outros, o bem-estar subjetivo, a auto eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto realização do potencial intelectual emocional da pessoa [...]

Em um olhar transcultural torna-se impossível definir saúde mental de uma forma única mas há o consenso que saúde mental é muito mais do que simplesmente a ausência de um transtorno mental definido. Nesta direção, a Organização Mundial de Saúde - OMS (1958) afirma que não existe definição "oficial" de saúde mental. Diferenças culturais, julgamentos subjetivos, e teorias relacionadas concorrentes afetam o modo como a "saúde mental" é definida. Saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida

cognitiva ou emocional. A Saúde Mental pode incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. Admite-se, entretanto, que o conceito de Saúde Mental é mais amplo que a ausência de transtornos mentais.

Guimarães (1992, p. 16), dá um duplo significado ao termo saúde mental. Afirma que o mesmo “é utilizado para designar o objetivo a ser alcançado, mas também para referir-se às ações encaminhadas para chegar a este objetivo”. Para a autora, a saúde é única no indivíduo e os fatores psicológicos afetam a saúde física, assim como os problemas físicos provocam alterações mentais desencadeando as chamadas doenças psicossomáticas. Tanto a saúde física como a saúde mental sofrem influências das circunstâncias sócio culturais que rodeiam o indivíduo.

A Saúde do Trabalhador emerge como um campo de teorias e práticas no final da década de 1970. Constituído pelos vetores da produção acadêmica, da programação em saúde na rede pública e pelo movimento dos trabalhadores, busca compreender a determinação do processo saúde-doença, privilegiando o trabalho (SATO; BERNARDO, 2005; LACAZ, 2007). Nesse modo de entender a relação saúde-doença e trabalho, o trabalhador comparece como sujeito, ao lado de saberes acadêmicos e de profissionais da saúde, na luta pela transformação dos processos de trabalho, “visando a resgatar o real *ethos* do trabalho: libertário e emancipador” (LACAZ, 2007, p. 760).

Assim sendo, os estudos no campo da SMRT representam um desafio aos pesquisadores. Um desafio para os pesquisadores é, portanto, o de integrar, de forma compreensiva, as contribuições dos autores que têm se preocupado em analisar as instâncias “macro” às daqueles que têm estudado fenômenos microssociais, nas equipes e nos/dos locais de trabalho e, ainda, às dos que detectam a complexidade da dinâmica intrapsíquica decorrente da vida e da experiência laboral. (SELIGMANN-SILVA, 1994, p. 71)

Segundo Zanelli (2010) o trabalho torna-se um elemento significativo na construção da pessoa que convive consigo mesma, acredita em si e sente-se digna. Atividades que são impostas sem que se perceba a finalidade ou destinação colocam em risco a saúde mental do trabalhador.

A urgência de maior produtividade, associada à redução contínua do contingente de trabalhadores, a pressão do tempo e ao aumento da complexidade das tarefas, além de expectativas irrealizáveis e as relações de trabalho tensas e precárias, podem gerar tensão, fadiga e esgotamento profissional, constituindo-se em fatores psicossociais responsáveis por situações de estresse relacionado com o trabalho (GUIMARÃES, 2006). Essa falta de percepção também ocorre pelas transformações no mercado que requer novos tipos de trabalhadores, vinculados às novas exigências dos ambientes de trabalho, podendo influenciar na saúde dos trabalhadores

Sato e Bernardo (2005) destacam que as recentes e profundas mudanças na realidade do trabalho têm exercido um papel fundamental na conformação de um contexto pouco favorável à explicação dos problemas de saúde mental e trabalho. Estas mudanças se devem aos fenômenos da globalização e da reestruturação produtiva neoliberal e ocasionaram o enfraquecimento dos sindicatos, o sequestro da promessa de cidadania expressa na Constituição Federal de 1988 e o aumento sempre crescente do desemprego e do trabalho não regulamentado pela CLT.

Para as autoras acima, o desemprego também é um problema e foi considerado assim por causa dos seus efeitos nocivos na saúde mental daqueles trabalhadores que não conseguem mais se inserir numa atividade produtiva. Os efeitos do desemprego, porém, não se restringem a este grupo. Ele tem sido usado como fator de exigência na dedicação cada vez maior, na qualificação cada vez maior e de pressão cada vez maior sobre os que estão trabalhando, para que possam manter seu emprego. Instalou-se uma visão, na qual o outro trabalhador é visto como ameaça e concorrente. Na atualidade os trabalhadores têm condições de reconhecer situações de risco do trabalho para sua saúde, porém, se submetem as condições estabelecidas, a fim de manter seu emprego. Essa submissão consciente a condições inadequadas, especialmente quanto ao ritmo de trabalho e às pressões cotidianas está se tornando um fator adicional de sofrimento psíquico que merece uma atenção especial da área de saúde mental e trabalho.

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil (2011) os transtornos mentais são a terceira causa de concessão de benefício previdenciário como auxílio-

doença, afastamento do trabalho por mais de 15 dias e aposentadorias por invalidez.

Devido ao acúmulo de trabalho a qualidade de vida é posta em segundo plano, sendo ocasionado pela ausência de tempo imposta pelas transformações modernas no mercado, e assim o crescimento da competitividade. Promover a saúde do trabalhador é um esforço conjunto que envolve as empresas, os trabalhadores e a sociedade em geral para melhorar a saúde e o bem estar dos indivíduos no local de trabalho.

Zanelli (2010) ressalta que a qualidade de vida diz respeito a desenvolver hábitos saudáveis, enfrentamento das tensões cotidianas, consciência dos impactos dos fatores do ambiente, desenvolvimento permanente do equilíbrio interior e na relação com os outros. A qualidade de vida resulta numa melhor condição de saúde mental e física dos trabalhadores, onde a função da organização é envolver os colaboradores para uma maior satisfação no trabalho.

O campo da Saúde mental e Trabalho é uma área que implica no diálogo constante com outras disciplinas do conhecimento. Além disso, é necessária a articulação de vários territórios para sua compreensão (SELIGMANN-SILVA, 1994), que incluem: o patamar internacional, contextos nacionais, condições gerais de vida: empresas, espaço microssocial do local de trabalho e individualidade.

Desse modo, os estudos no campo da SMRT representam um desafio aos pesquisadores, o de integrar, de forma compreensiva, as contribuições dos autores que têm se preocupado em analisar as instâncias "macro" às daqueles que têm estudado fenômenos microssociais, nas equipes e nos/dos locais de trabalho e, ainda, às dos que detectam a complexidade da dinâmica intrapsíquica decorrente da vida e da experiência laboral. (SELIGMANN-SILVA, 1994, p. 71

O presente estudo, a um só tempo enfoca a questão da saúde psíquica do trabalhador, do ponto de vista micro (trabalhador), meso (organização), levando-se em conta o macro contexto, i.e., uma compreensão multinível.

Borges, Guimarães e Silva (2013) afirmam que desde o início do século passado se vem construindo este campo designado saúde psíquica e trabalho, por meio de pesquisas e experiências de atuação do psicólogo. A partir da década de 1980 se tornam regulares e diversificadas as publicações. As razões desse crescimento são diversas e podem se destacar as seguintes: as

transformações epistêmicas da Psicologia Social; as mudanças no mundo do trabalho e nas organizações; o reconhecimento de problemas de saúde psíquica no trabalho como um problema efetivo de saúde pública e, simultaneamente do desenvolvimento das relações de trabalho.

O tema em questão apresenta relevância social por vários caminhos: ético e de promoção do compromisso social do psicólogo; promoção saudável do desempenho no trabalho, tanto no âmbito das organizações como em formas autônomas e emergentes de trabalho; contribuir para a melhoria das relações de trabalho, especialmente quanto à segurança e saúde do trabalhador. Cabe ainda ressaltar que os avanços na compreensão sobre a saúde psíquica no trabalho ocorrem num cenário técnico científico marcado por muitas divergências. As tensões decorrentes destas divergências também têm estimulado avanços no campo do saber e da atuação.

A primeira tensão se refere à própria constituição do campo: para reconhecimento de sua existência é necessário assumir, como pressuposto básico, o nexo entre saúde psíquica e trabalho, porém se continua testando tal nexo como hipótese. Para alguns o referido nexo é pressuposto e para outros é hipótese.

A tensão acima se desdobra numa segunda tensão. Ela ocorre no campo das relações trabalhistas, onde há dificuldades de estabelecer o nexo causal entre doenças e alterações psíquicas apresentadas pelos indivíduos e as características de seu trabalho. O reconhecimento legal do nexo epidemiológico para fins trabalhistas tem amenizado tal tensão.

A terceira tensão advém do discurso sobre a causalidade dos efeitos psíquicos do desemprego que poderiam ser social e seleção natural. Mirowsky e Ross (1991), por intermédio de pesquisas longitudinais, comprovaram que a primeira hipótese é mais explicativa que a segunda. Além disso, algumas pesquisas corroboraram a explicação da causalidade social. Entretanto, no cotidiano, os psicólogos se dividem em torno das duas hipóteses. Nisto está explicada a visão de mundo dos profissionais. Além disso, surge a compreensão de que a primeira hipótese conduz a responsabilidade para as organizações e o poder público, enquanto a segunda conduz a uma responsabilização do trabalhador.

Esta tensão observada nos estudos sobre os efeitos psíquicos do desemprego também aparece nos demais temas do campo da saúde psíquica e trabalho, mantendo um dualismo entre causas no ambiente e características intrínsecas das pessoas. Esta tensão dualista traz duas dificuldades: na responsabilização ética e política pelo processo de saúde-doença no trabalho; na compreensão da interação das histórias das pessoas com os aspectos ambientais e vice-versa (BORGES, GUIMARÃES e SILVA, 2013).

A quarta tensão advém da anterior. A busca da explicação nas características das pessoas ou no ambiente levará à construção de uma psicologia abstrata ou uma psicologia concreta. A diferença entre as duas psicologias remete ao pressuposto ontológico adotado pelo psicólogo.

A quinta tensão tem uma natureza eminentemente epistemológica. Refere-se à relação do psicólogo com seu objeto, neste caso, o nexo entre trabalho e saúde psíquica. Até que ponto o psicólogo tem a condição de avaliador externo e até que ponto o trabalhador está envolvido na compreensão da própria situação? Esta tensão também traz seus desdobramentos nas opções metodológicas dos psicólogos, conforme Valles (2007).

A sexta tensão se refere às formas de atuação do psicólogo que atua no campo: para alguns psicólogos deve se centrar exclusivamente no assessoramento das políticas públicas e na fiscalização da aplicação das mesmas; outros psicólogos defendem a necessidade de uma atuação dentro das organizações, inclusive para fazer valer a aplicação das políticas públicas e para focalizar a prevenção ao cuidar das condições de trabalho.

A sétima tensão está ligada a aspectos metodológico-instrumentais: devem ser usadas técnicas qualitativas ou quantitativas? Esta pergunta perpassa a Psicologia Social, mas desde a década de 1990 autores como Katzell (1994) e Álvaro (1995) vêm buscando a superação do dualismo entre as duas tendências. Eles apontam para a interdependência das duas técnicas.

A oitava tensão se dá na esfera da convivência dos psicólogos de diferentes abordagens. Embora predomine um discurso de respeito às diferenças de pensamento, na prática profissional há dificuldades, como a desqualificação da abordagem feita pelo outro.

A existência de tensões pode ser um convite desafiador a aprofundar a reflexão e a pesquisa no campo. Por outro lado, podem dificultar o diálogo entre

pesquisadores e profissionais. Justamente por isso é importante reconhecer e abordar estas tensões (BORGES, GUIMARÃES e SILVA, 2013).

Também é importante agrupar estas abordagens, em pelo menos três grupos: individualistas, psicossociologicas e psicodinâmica (BORGES, GUIMARÃES e SILVA, 2013).

A seguir, as abordagens em saúde psíquica/mental do trabalhador, serão descritas e analisadas, pontuando que uma delas, a psicodinâmica do trabalho, por ser a utilizadas no presente estudo, será referida por último, pormenorizadamente.

2.3.2 Abordagens em Saúde Mental/Psíquica do trabalhador

2.3.2.1. Abordagens Individualistas

Borges, Guimarães e Silva (2013) afirmam que é um engano imaginar que abordagens individualistas seriam aquelas mais preocupadas com as pessoas individualmente. Todas as abordagens, na realidade, focalizam a pessoa humana. A diferença está na forma de buscar explicar o processo de saúde-doença no ambiente de trabalho. As abordagens individualistas se caracterizam por buscar explicações mais nas características das próprias pessoas do que na relação destes com o trabalho e suas condições. Os aspectos do ambiente do trabalho e das organizações são vistos apenas como pano de fundo dos fenômenos examinados. Nesta abordagem, ainda que ocorra o reconhecimento do nexo entre saúde psíquica e trabalho, ele é mais enfraquecido. A subjetividade é levada em conta na forma de crenças, percepções, atitudes e outras e, no impacto que tais cognições e afetos estão relacionados e/ou imbricados no processo de saúde/doença. No entanto, o trabalho aparece como categoria secundarizada na construção de tais cognições e na etiologia do processo de saúde/doença.

Quando ocorrem questões trabalhistas e psicólogas usam da abordagem individualista, a crítica que se faz é de que há uma tendência de culpar os trabalhadores pelo adoecimento e isentar as organizações quanto as suas omissões diante das condições e gestão de trabalho. Em muitos casos,

responsabilizado ou não, o Estado acaba assumindo o ônus dos processos de adoecimento do trabalhador.

2.3.2.2 Abordagens psicossociológicas

Usar o termo abordagens psicossociológicas, no plural, é importante e proposital, porque na realidade elas são um conjunto e uma dispersão de várias perspectivas de análise. Um ponto em comum e fundamental nessas abordagens é a categoria trabalho como estruturante tanto do ponto de vista das sociedades como da vida concreta dos grupos e das pessoas. Como as condições em que realizamos o nosso trabalho podem nos levar à promoção da saúde e/ou ao adoecimento, esta abordagem busca a explicação do processo saúde/doença diretamente nas condições de trabalho. Diferentemente das abordagens anteriores, o trabalho concreto é o foco principal. As características pessoais são consideradas, mas simplesmente como facilitadoras do processo ou como mediadora da relação da pessoa com o mundo do trabalho (BORGES, GUIMARÃES E SILVA, 2013).

As autoras anteriormente mencionadas destacam que uma das consequências do posicionamento acima, é que parte dos psicólogos dessa abordagem tem adotado uma perspectiva epidemiológica, porque esta permite focalizar análises das ocupações, organizações, mundo do trabalho e sociedade em geral e/ou determinados contextos históricos de uma sociedade. Tal posicionamento também leva muitos psicólogos a se apoiarem no nexo epidemiológico no tocante às questões trabalhistas.

O compromisso dessas abordagens com a construção de uma psicologia concreta também leva a outra característica comum: o compromisso com uma atuação e com uma construção teórica transformadora, onde o saber científico se incorpora no social e o transforma, ou seja, a construção do saber torna-se práxis social. Esse modo de posicionar-se implica, ainda, que o psicólogo se aproxima e se envolve com o seu objeto (pressupostos epistemológicos).

O resultado de várias pesquisas e diagnósticos em empresas demonstram o seguinte, quanto à inserção das práticas dos psicólogos no contexto social: há uma maior ligação com o pressuposto epistemológico

assumido de proximidade e envolvimento com o objeto, com a compreensão do processo de teorizar como práxis social e com a busca das determinações sociais dos fenômenos psíquicos do que com os diversos quadros teóricos, métodos e técnicas adotadas.

A diversidade de perspectivas dentro da abordagem psicossiológica teve uma de suas fontes nos diferentes quadros teóricos utilizados, dentre os quais se pode mencionar os seguintes: a cognição social, o modelo ecológico de saúde de Warr (1987), a ergonomia, a clínica da atividade (CLOT, 2006; SATO, 2006; LIMA, 2007) o interacionismo simbólico, o construtivismo social, a psicopatologia do trabalho de Le Guillant, a saúde coletiva e a psicossociologia francesa.

É possível estabelecer diálogo com abordagens individualistas quando se observa uma tendência a recuperar a ênfase em aspectos de personalidade. Isto pode ser útil especialmente quanto a aspectos de um nível de análise microssocial. Junto com a recuperação de conteúdos referentes à personalidade também se nota uma maior recorrência a construtos mais sociais, culturalistas e políticos para a apreensão do ambiente de trabalho nas implicações do processo de saúde/doença no trabalho (BORGES, GUIMARÃES e SILVA, 2003).

Nesta síntese sobre as grandes tensões e como elas se representam em cada abordagem do campo, ficam notórias diferenças e convergências entre as três abordagens. Por isso é possível existir algum diálogo, o que permitirá uma convivência saudável e possibilitará a produção de novos saberes.

A seguir, serão feitas considerações sobre a psicodinâmica do trabalho. abordagem teórico-metodológica sobre a saúde mental do trabalhador, na qual esse estudo está assentado.

2.3.2.3 A Psicodinâmica do trabalho

Conforme Lancmann e Sznelwar (2008) a necessidade de investigar os impactos da organização do trabalho sobre a saúde do trabalhador, especialmente a saúde mental, originou um movimento conhecido como Escola da Psicopatologia do Trabalho. Influenciado por essa escola, o psiquiatra e psicanalista Christophe Dejours, avançou essas ideias, desenvolveu novos paradigmas e consolidou uma nova linha de pensamento, chamada de

psicodinâmica do trabalho. Ele traçou sua abordagem a partir da psicopatologia do trabalho preferindo, posteriormente, a designação psicodinâmica do trabalho.

Para Merlo e Mendes (2009) o percurso da produção brasileira em psicodinâmica do trabalho teve início na década de 1980. O desenvolvimento da teoria tem em Christophe Dejours um expoente e pioneiro no campo da saúde mental do trabalhador, e o lançamento do seu livro “A loucura do trabalho”, em 1987, trouxe um novo aporte teórico para a área. Também Borges, Guimarães e Silva (2013) afirmam que a abordagem psicodinâmica do trabalho tem em Dejours seu principal representante no mundo.

Muitas respostas foram alcançadas e novos caminhos surgiram para o entendimento das consequências do trabalho sobre a saúde psíquica dos trabalhadores, ao enfocar-se especialmente a forma como o trabalho está organizado. Até aquele momento, havia apenas os enfoques da psiquiatria e da psicologia do trabalho, para os quais o trabalho representava máximo “um fator desencadeante” de distúrbios latentes. Já a nova abordagem mesclava categorias da psicologia, psicanálise, ergonomia e sociologia do trabalho, a fim de pensar o papel do trabalho na construção do equilíbrio psíquico dos trabalhadores e sustentação saudável dos mesmos em ambientes de trabalho muito hostil (MERLO; MENDES, 2009). Borges, Guimarães e Silva (2013) destacam também que se trata de uma abordagem com influência psicanalítica, que busca explicações do processo saúde/doença a partir de aspectos intrapsíquicos e faz uso recorrente de conceitos como mecanismos de defesa, sublimação, pulsões, etc.

A incorporação de elementos da sociologia foi fundamental. Ao enfocar modelos de gestão e de organização dos processos de trabalho passou a verificar suas graves consequências sobre a saúde mental. Estas consequências têm sua origem nas diversas transformações do mundo do trabalho. Elas iniciam ainda no século XIX, com os modelos taylorista e fordista e se estendem aos modelos recentes ditos “flexíveis”, que passaram a demandar um trabalhador mais engajado, mais apto a realizar diferentes operações e mais submetido aos processos produtivos. Nas realidades brasileiras de trabalho, muitas vezes, ocorre a combinação de dois modelos. Essa combinação produziu um modelo próprio nos países de periferia capitalista que poderia ser apelidado de “modelo Frankenstein”, que reúne num mesmo ambiente de trabalho agressões à saúde

física e psíquica e produz um resultado negativo potencializado. Além disso ocorre uma estruturação do trabalho e uma divisão internacional da economia, as quais definem como o trabalho deve ser exercido em determinado país e isto traz repercussões sobre a saúde psíquica e física dos trabalhadores (MERLO; MENDES, 2009).

A característica da psicodinâmica do trabalho é focalizar a saúde e as estratégias que os trabalhadores empregam na manutenção da saúde e sua compreensão é de que o trabalho tem apenas um papel desencadeador dos processos de adoecimento psíquico. Tal compreensão, para alguns, evidencia um enfraquecimento da consideração do nexo trabalho e saúde/doença

De acordo com Dejours (2004),

A psicodinâmica do trabalho é uma disciplina clínica que se apoia na descrição e no conhecimento das relações entre trabalho e saúde mental; (...), é uma disciplina teórica que se esforça para inscrever os resultados da investigação clínica da relação com o trabalho numa teoria do sujeito que engloba, ao mesmo tempo, a psicanálise e a teoria social (p. 28).

Mendes (2007) destaca que em meados dos anos de 1990 ocorre a evolução da psicodinâmica alcançando uma segunda fase, quando se consolida a passagem da psicopatologia para a psicodinâmica do trabalho, já mencionada acima. O foco é posto nas vivências de prazer e sofrimento e nas estratégias usadas pelos trabalhadores para confrontar a organização do trabalho, manter a saúde, evitar o adoecimento e assegurar a produtividade. No final da década de 1990 surge a terceira fase, trazendo a consolidação “como abordagem científica capaz de explicar os efeitos do trabalho sobre os processos de subjetivação, psicopatologias, sócio psíquicas e saúde do trabalhador” (p. 8). Essa forma de abordar revela a evolução da psicodinâmica, aproximando-se mais de uma psicologia concreta e afastando-se de uma posição claramente idealista. Entretanto, esse processo é ainda parcial, pois incorpora do mundo do trabalho apenas a importância da organização do trabalho na etiologia do processo saúde-doença, porém deixando de lado aspectos das condições de trabalho como o ambiente físico, químico, biológico, as condições de higiene, de segurança e as características antropométricas do posto de trabalho. Na fase atual também se observa a inclusão de outros conceitos, como mobilização

subjetiva e ressignificação do sofrimento. Eles são importantes na compreensão da busca da saúde do trabalhador.

Para Dejours (1987), o campo da Psicodinâmica do trabalho é aquele do sofrimento e do conteúdo, da significação e formas desse sofrimento. Posteriormente este conceito foi revisado, ao privilegiar o estudo da normalidade sobre o do patológico. Para a psicodinâmica do trabalho o fundamental é compreender como os trabalhadores alcançam manter certo equilíbrio psíquico, mesmo submetidos a condições desestruturantes de trabalho (DEJOURS, 2004). Além disso, a psicodinâmica do trabalho visa o coletivo de trabalho e não aos indivíduos isoladamente. Não busca ações terapêuticas individuais, mas intervenções voltadas para a análise da organização do trabalho à qual os indivíduos estejam submetidos.

Merlo (2002) afirma que o principal mérito da psicodinâmica do trabalho foi ter exposto as possibilidades de agressão mental originadas na organização do trabalho e identificáveis ainda em uma etapa pré-patológica. Tem como ponto central a relação entre sujeito e a organização do trabalho como determinante do sofrimento mental; já a liberdade do trabalhador é condição necessária à estabilidade psicossomática. Para Dejours (1992), a carga psíquica do trabalho é aumentada quando a liberdade de organização do trabalho sofre uma diminuição. Quando não há mais uma possibilidade de organizar o trabalho por parte do trabalhador, tem-se então o domínio do sofrimento

Isto é fundamental, pois permite progredir na identificação das consequências das organizações do trabalho sobre a saúde mental dos indivíduos e pensar numa intervenção preventiva. Diferentemente dos acidentes de trabalho e das intoxicações, onde as agressões são visíveis, existem várias atividades em que as agressões mentais não são imediatamente observáveis. Nestas atividades os instrumentos de investigação empregados pela psicodinâmica do trabalho revelam-se auxiliares valiosos para compreender a relação trabalho-doença. Isto permitiu ultrapassar uma visão reducionista que que responsabiliza apenas o indivíduo pelas consequências do trabalho sobre sua saúde e buscar vivências operárias específicas na defesa e construção de identidade no trabalho.

Pode-se afirmar que, para a psicodinâmica, a saúde mental coloca-se entre a patologia e a normalidade, ou seja, resulta dos modos como os sujeitos-

trabalhadores reagem e agem frente ao sofrimento originado nos constrangimentos impostos pela organização do trabalho (MERLO; MENDES, 2009).

Para Mendes (2004), adotar a psicodinâmica do trabalho significa estudar os conflitos da inter-relação entre a subjetividade do trabalhador e a realidade do trabalho. Com sua história de vida o trabalhador interage com a realidade do trabalho, influenciando e sendo influenciado. Esta dinâmica ocorre numa intersubjetividade, pois ocorrem relações entre diferentes atores, envolvendo articulações, resistências e estratégias que visam o enfrentamento do sofrimento e especialmente a busca do prazer no trabalho. Por isso, um dos objetivos da psicodinâmica do trabalho é verificar se determinado contexto de trabalho oportuniza, para a maioria dos trabalhadores, estratégias para mediar as restrições, pressões e adversidades ali existentes.

A saúde no trabalho é vista como expressão de uma integridade física, psicológica e social, marcada pela vivência de prazer e sofrimento, buscando uma relação mais gratificante com o trabalho e a obtenção de reconhecimento. Este último é também um elemento essencial na construção da identidade do trabalhador no campo social. Isso significa que sofrimento não implica necessariamente patologia. Além disso, o binômio prazer-sofrimento pode conviver nas situações de trabalho e não é contrário à saúde.

Para Dejours (1999) o sofrimento configura-se como vivência de experiências dolorosas, como angústia e insegurança, proveniente de conflitos e contradições entre desejos e necessidades do trabalhador e as características de determinado contexto de produção. Entre as situações que podem causar sofrimento podem ser citadas: colegas que criam obstáculos; ambiente social ruim; trabalho individualizado com dificuldades na cooperação.

Um fator agravante no sofrimento do trabalhador é a falta de reconhecimento, pois este exerce um papel fundamental no destino do sofrimento existente no trabalho e na possibilidade de transformá-lo em prazer. Portanto, o sofrimento se instala quando não há possibilidades de gratificação dos desejos do trabalhador. Situações de trabalho que geram sofrimento permanente podem desencadear perturbações psíquicas e psicossomáticas. O sofrimento, então, passa a designar o campo que separa a doença da saúde. Existe às vezes, entre o homem e a organização prescrita para a realização do

trabalho, um espaço de liberdade que autoriza uma negociação, invenções e ações de modulação do modo operatório, isto é, uma invenção do operador sobre a própria organização do trabalho, para adaptá-la as suas necessidades e mesmo para torná-la mais congruente com seu desejo. Logo que esta negociação é conduzida a seu último limite, e que a relação homem-organização do trabalho fica bloqueada, começa o domínio do sofrimento e da luta contra o sofrimento. A organização do trabalho é vista, antes de mais nada, como uma relação socialmente construída e não somente em sua dimensão tecnológica. Mas a organização do trabalho é, de certa forma, a vontade de outro. Ela é primeiramente a divisão do trabalho recortando o conteúdo da tarefa e as relações humanas. A Psicodinâmica do Trabalho se apoia então, em dois pontos principais: as relações sociais do trabalho e do sofrimento no trabalho. Segundo Dejours (1992), se não há espaço público para a negociação, começa o sofrimento.

Mendes (2004) também define o sofrimento no trabalho como vivência individual ou coletiva frequente e permanente, muitas vezes inconsciente, de experiências dolorosas como angústia, medo e insegurança, provenientes do conflito entre as necessidades de gratificação do binômio corpo-mente e a dificuldade de satisfazê-las pelas restrições impostas nas situações de trabalho. Para lidar com esse sofrimento, existente nos diversos contextos de produção, nas dimensões da organização e nas relações sociais do trabalho, os trabalhadores constroem estratégias de mobilização coletiva e de defesa.

As estratégias de mobilização coletiva se constituem num modo de agir coletivo dos trabalhadores e proporcionam laços de cooperação e confiança para a gestão do contexto de produção. Também visam sua transformação por meio da eliminação e/ou minimização do custo humano no trabalho e por meio de condições de vivências de prazer. A vivência do prazer origina-se do bem-estar que o trabalho causa no corpo, na mente e nas relações com as pessoas e constitui-se num dos indicadores de saúde no trabalho (FERREIRA; MENDES, 2003). Já as estratégias defensivas são modos de ação, individual ou coletivas, que visam negação e/ou controle de conflito e contradições que geram custo humano e sofrimento.

É importante notar que as estratégias de mobilização coletiva são mais apropriadas para manter os trabalhadores próximos da saúde no trabalho, considerando-se o caráter transformador delas dos contextos de trabalho. O prazer no trabalho pode ser vivenciado de modo direto quando o contexto oportuniza a gratificação dos desejos e necessidades dos trabalhadores e, de modo indireto, pela ressignificação do sofrimento, transformação e gestão da organização, condições e relações sociais de trabalho pelos próprios trabalhadores (MENDES, 2004). A autora acrescenta que as vivências de prazer e sofrimento no trabalho são decorrentes da interação de três dimensões: a subjetividade do trabalhador; a organização do trabalho; a coletividade.

O prazer/sofrimento no trabalho são indicadores da saúde/adoecimento. Eles resultam do bem/mal que o trabalho causa no corpo, mente e nas relações profissionais e se exteriorizam pela realização/liberdade (prazer) e pelo esgotamento emocional/falta de reconhecimento (sofrimento).

Neste sentido, a pesquisa em Psicodinâmica do Trabalho se desenvolve adentrando no campo da vivência subjetiva, do sofrimento e do prazer no trabalho. Ao privilegiar na análise das vivências subjetivas as articulações do singular e do coletivo, o individualismo perde sua força socialmente constituída. A questão principal na pesquisa em Psicodinâmica do trabalho é a demanda dos trabalhadores que participarão, a investigação, a análise e a interpretação do material de pesquisa, já que, conforme postulam Dejours, Abdoucheli e Jaynet (1994), para chegar ao sofrimento é preciso passar pela palavra dos trabalhadores.

A pesquisa em Psicodinâmica do Trabalho (PT) possibilita aos sujeitos avançarem em suas interpretações da organização do trabalho. É na elaboração que existe uma análise mais precisa das condições de trabalho e uma melhor condição de propor ações adequadas com vistas a modificar a organização do trabalho.

Hoje, uma das mais importantes teorias críticas do trabalho, a PT discute o prazer-sofrimento como produto do sentido do trabalho e mediador do processo saúde-adoecimento. Elabora crítica aos modos de acumulação do capital no século XX, apontando a poderosa influência que exercem sobre a organização do trabalho, os processos de subjetivação e a saúde dos trabalhadores.

O próximo tópico trata dos Transtornos Mentais, tema que correlacionado ao trabalho, neste estudo, será tratado em relação ao sofrimento e ao prazer.

2.4 CLASSIFICAÇÃO E EVOLUÇÃO HISTÓRICA DOS TRANSTORNOS MENTAIS

Desde que as pessoas se reconhecem enquanto pessoas, existe a percepção de comportamento normal ou padrão e comportamento desviante. Em diferentes momentos da história, esses comportamentos desviantes receberam vários nomes e classificações.

A psicopatologia tem por definição o estudo das doenças mentais. Segundo Bergamini e Tassinari (2008), a definição lança-se na complexidade dos binômios sanidade-loucura, saúde-doença, normal-patológico.

A concepção científica utilizada atualmente tem suas raízes nas concepções psicológica e biológica.

Na Idade Média, a loucura era vista como possessão diabólica, como uma reedição do modelo mítico-religioso com acréscimos de valores do cristianismo. No final do século XVIII e início do século XIX, a loucura é concebida a partir de uma concepção científica. Nesse momento, a psiquiatria surge como especialidade médica. No século XVII, Pinel descarta a concepção mítico-religiosa, priorizando os aspectos comportamentais da loucura. Em 1970, convence o mundo francês de que os loucos são doentes e não seres endemoniados.

Ao longo da história são produzidas muitas representações sociais da loucura e diversos trabalhos científicos são elaborados acerca do seu surgimento (BERGAMINI; TASSINARI, 2008).

Ruth Benedict, na década de 1930, em seus estudos antropológicos, aponta a natureza transcultural do conceito de “louco” e isso significa que, o que é considerado loucura em determinada sociedade pode ser “normal” em outra.

Mas, foi Michel Foucault, na década de 1970, na grande obra “A história da loucura”, que apresentou claramente a determinação da loucura e a marca da exclusão social que acompanha o conceito de loucura no mundo ocidental, desde a modernidade até a contemporaneidade.

Segundo Bergamini e Tassinari (2008), aos poucos, os distúrbios tornaram-se mais conhecidos, facilitando sua descrição e classificação em diferentes quadros comportamentais. No início, os critérios para a realização do diagnóstico geravam desentendimentos, entre os próprios profissionais de saúde mental.

Após a Segunda Guerra Mundial, em 1952, a Associação de Psiquiatria Americana criou o Manual Estatístico e Diagnóstico de Doenças Mentais, o *Diagnostic and Statistic Manual*- o DSM. Atualmente, o DSM encontra-se em sua quinta edição, lançada em 2014.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1992), organizou a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, atualmente em sua décima revisão, conhecida por sua sigla CID-10. Ela possui um capítulo exclusivo para transtornos mentais e do comportamento, que pretende estar concordante com o DSM, porém apresenta algumas diferenças significativas. Um estudo foi feito mostrando que a CID-10 é mais utilizada em diagnósticos clínicos, enquanto o DSM-IV é mais utilizado em pesquisas. Existe uma previsão de que a CID-11 seja lançada em 2015.

Com todas as classificações sobre a loucura na medicina, o século XX trouxe estigmas às pessoas acometidas. Elas eram chamadas de loucas, depois de doentes mentais ou retardadas mentais. Atualmente, chegou-se em um consenso, para utilização dos termos “transtorno mental” ou “distúrbio mental”, para desestigmatizar essas condições psicológicas. Um dos papéis da ciência é desenvolver sistemas de classificação de seus objetos de estudo, para facilitar a aproximação do cientista. Se aceita o uso da expressão “transtornos” ou “distúrbios mentais”, para referência aos problemas psicopatológicos. Portanto, existem diretrizes diagnósticas para classificação dos transtornos mentais, que são universalmente aceitas e utilizadas, porém o processo saúde-doença, não pode ser analisado fora do contexto no qual acontece, assim como não pode ser considerado, excluindo-se o sujeito que sofre.

Na área da saúde mental do trabalhador, os processos de subjetivação estão intrinsecamente associados ao trabalho, uma vez que o trabalho é o suporte central de manutenção da vida e de significação do eu no coletivo. As temáticas da saúde do trabalhador, da Saúde Mental e da subjetividade são

indissociáveis tanto do ponto de vista teórico, como do exercício da pesquisa e da intervenção. A compreensão da articulação entre saúde, subjetividade e trabalho, demanda um movimento teórico e uma ação interdisciplinares.

Ao se identificar a prevalência de transtornos mentais da população de uma determinada organização, é preciso levar em conta, que os fatores causais podem variar de sujeito para sujeito e, que, portanto, as causas desencadeadoras são particulares.

Dalgalarondo (2000) afirma que é imprescindível considerar os aspectos pessoais e singulares de cada pessoa, no diagnóstico psicopatológico. Há no processo diagnóstico uma relação dialética permanente, entre o particular, o individual (aquele paciente específico, aquela pessoa em particular), e o geral e universal (a categoria diagnóstica à qual essa pessoa pertence).

Os Componentes da etiologia das Síndromes Psicopatológicas ainda conforme Dalgalarondo (2000) são:

- Vulnerabilidade Constitucional: fatores hereditários, genéticos, gestacionais e perinatais que precedem a vida de relações de um sujeito.
- Fatores Predisponentes: são aqueles que ocorrem no início da vida (nos primeiros 5 anos de vida, sobretudo, além de todo o período escolar) que sensibilizam o indivíduo para as diversas situações que a vida lhe colocará
- Fatores Precipitantes: eventos que ocorrem em proximidade temporal ao surgimento propriamente dos sintomas psicopatológicos e no contexto da história de vida e do projeto de vida de um indivíduo.

A partir desses componentes, é possível compreender que as condições de trabalho enfrentadas pelos servidores podem desencadear transtornos mentais em alguns e em outros não.

2.5 TRANSTORNOS MENTAIS MENORES

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) estima que cerca de 30% da população trabalhadora do mundo sofra de Transtornos Mentais Menores (como depressão, ansiedade, distúrbios somatoformes e neurastenia) e de 5 a 10%, de transtornos mentais graves (como transtorno de humor, transtorno psicótico e depressão grave). Esses distúrbios, além de gerarem despesas para

a sociedade – mediante custeio de tratamentos de saúde e concessão de benefícios previdenciários, causam sofrimento psíquico, tanto para as pessoas portadoras, como para seus familiares e amigos, entre outros.

Conforme destacam Camargo e Neves (2004), hoje se sabe que a maior parte das doenças é ocasionada por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Embora não se estabeleça uma relação clara entre o estado afetivo e a condição física do indivíduo, é cada vez mais evidente que o comprometimento da saúde mental vai desempenhar significativo papel no enfraquecimento do sistema imunológico, no desenvolvimento de certas doenças físicas e na morte prematura.

Também Guimarães e Grubits (2004, p. 56) afirmam que muitos transtornos se assemelham a uma doença física, pelo fato de “resultarem de uma complexa interação de fatores, onde o corpo influencia a mente, e a mente influencia o corpo, levando a um possível transtorno somático”.

A descrição clínica dos TMM encontra-se fundamentada na Classificação Internacional das Doenças, na sua décima revisão (CID-10, 1993). Será feita a seguir, uma breve descrição dos Transtornos Mentais, relatando suas características.

Os TMM se diferenciam dos modelos categoriais, pois estes se apresentam como um conjunto de sintomas como os quadros de depressão, ansiedade e transtornos somatoformes. Os transtornos mentais menores se baseiam na relação entre os sintomas individuais.

De acordo com Fonseca *et al* (2008, p.3):

Os transtornos mentais menores podem se apresentar através de múltiplos sintomas, tais como queixas somáticas inespecíficas, irritabilidade, insônia, nervosismo, dores de cabeça, fadiga, esquecimento, falta de concentração, assim como infinidade de manifestações que poderiam se caracterizar como sintomas ansiosos ou somatoformes.

Os sintomas de acordo com a CID 10 (1993) comumente encontrados no âmbito do trabalho são:

- os de depressão – humor deprimido, perda de interesse e prazer e energia reduzida, concentração reduzida, baixa autoestima, sono e apetite perturbado;

- os de ansiedade – apreensão, tensão motora e hiperatividade autonômica.
- os somatoformes – pelo menos dois anos de sintomas físicos múltiplos e variáveis para os quais nenhuma explicação adequada foi encontrada; recusa persistente de aceitar que não há explicação física para os sintomas;

Importante se faz enfatizar que os TMM se baseiam na relação entre os sintomas individuais apresentados e não no conjunto.

Conforme Fortes (2004, p.10) é muito comum os transtornos mentais menores se manifestarem por meio de queixas somáticas:

[...] predominam nesses pacientes a apresentação de sintomas físicos associados às patologias mentais, e esses não são compreendidos pelos médicos generalistas como manifestações de transtornos mentais (...). Frequentemente o que aparece são queixas somáticas difusas, inespecíficas e mal caracterizadas, que não são reconhecidas como estando associadas a transtornos mentais e que constituem a maioria dos pacientes poliqueiosos, grandes usuários de serviços médicos [...]

Os sintomas apresentados implicam no comprometimento da qualidade de vida dos trabalhadores, mesmo não sendo classificados nos manuais diagnósticos causam prejuízos e incapacidade funcionais como os transtornos crônicos.

Fonseca *et al* (2008) enfatiza que a vulnerabilidade social e econômica pode deixar os indivíduos mais expostos a estados de mal-estar expressos através dos chamados transtornos mentais menores.

2.6 SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Embora se constitua como um processo de trabalho geral, o trabalho em saúde apresenta algumas peculiaridades, conforme Farias (2005). O autor acrescenta que este é um serviço de intensa interação social mediada por diversas necessidades, podendo ser facilitado ou dificultado pelas condições operacionais disponíveis. Outra característica importante a ser observada referente aos profissionais da saúde, é que em geral, estão entre os mais

afetados do ponto de vista emocional, por terem uma filosofia humanística e se defrontarem com um sistema de saúde desumanizado (SILVA;MENEZES, 2008). Junto a isso, ainda ocorrem outros desafios no cotidiano dos profissionais da saúde. É o que apontam Braga, Carvalho e Brinder (2010), mencionando as exigências inerentes à atenção integral à saúde e à humanização das práticas, bem como a exposição a situações geradas pela pobreza e desigualdades sociais e, ainda, as deficiências dos demais níveis do sistema de saúde. Além disso, os profissionais de saúde precisam desenvolver múltiplas habilidades e incorporar tecnologias bastante complexas para superar os desafios que se colocam no seu cotidiano de trabalho.

Merhy (2007) menciona uma classificação das tecnologias de trabalho em saúde. Aponta três categorias: (i) as tecnologias duras, representadas pelos equipamentos e instrumentos; (ii) as tecnologias leve-duras, representadas pelo conhecimento técnico, e (iii) as tecnologias leves, referentes à relação trabalhador-usuário. Ainda acrescenta uma importante definição que diferencia trabalho vivo e trabalho morto. O trabalho vivo é o trabalho em ato, no momento da sua produção, como é o caso do trabalho em saúde, enquanto o trabalho morto ocorre quando se utilizam tecnologias duras.

Para uma adequada compreensão da saúde mental dos trabalhadores em saúde é fundamental relacioná-la à estrutura e ambiente hospitalar. Conforme Pitta (1991) o ambiente hospitalar apresenta aspectos muito específicos como a excessiva carga de trabalho, o contato direto com situações limite, o elevado nível de tensão e os altos riscos para si e para os outros. A necessidade de funcionamento diurno implica na existência de regime de turnos e plantões, permitindo a ocorrência de duplos empregos e longas jornadas de trabalho, comum entre os trabalhadores da saúde, especialmente quando os salários são insuficientes para a manutenção de uma vida digna. Tal prática potencializa a ação daqueles fatores que, por si só, prejudicam a integridade física e mental. Aquino (1996) menciona perigos de insalubridade e sofrimento no hospital. Enfatiza que se trata de um ambiente insalubre, penoso e perigoso para os que ali trabalham, tornando-se um local privilegiado para o adoecimento. Acresentem-se ainda os riscos de acidentes e doenças de ordem física. Além disso, o sofrimento psíquico é bastante comum e parece estar em crescimento, diante da alta pressão social e psicológica a que os trabalhadores da saúde

estão submetidos. Guimarães e Grubits (1999) acrescentam que as atividades dos profissionais de saúde são fortemente tensiógenas, devido às prolongadas jornadas de trabalho, ao número limitado de profissionais e ao desgaste psicoemocional nas tarefas realizadas em ambiente hospitalar.

Nogueira (2002), aponta para os perigos de tensão e ansiedade gerados pelo local e condições de trabalho. O trabalho em saúde visa a prestação de um serviço destinado a pessoas que objetivam manter sua saúde. No entanto, a ausência de condições físicas e materiais para o pleno desenvolvimento das tarefas causa sentimentos de tensão e ansiedade no trabalhador, pois muitas vezes é necessário negar o serviço ao usuário ou realizar adaptações, nem sempre adequadas tecnicamente para atendê-lo. Seligmann-Silva (1994) elencou os seguintes fatores como possíveis causadores de perturbações mentais no trabalho: o controle sobre a atividade, a divisão temporal do trabalho, as exigências cognitivas, além de fatores de risco de origem física, química e biológica presentes no local de trabalho. Aquino, Araújo e Mendes (1993) acrescentam um importante alerta. Segundo estes autores, as difíceis condições de trabalho e de vida podem estar relacionadas com ocorrência de transtornos mentais como a ansiedade e depressão, frequente entre os profissionais de saúde.

Observando e avaliando a situação atual dos trabalhadores na área da saúde é imprescindível levar em conta as consistentes mudanças no atual mundo do trabalho. Conforme Braga, Carvalho e Brinder (2010), estas mudanças não pouparam o setor saúde da precarização, gerando medo, isolamento e submissão dos trabalhadores. Entre os indicadores desta precarização estão a falta de reconhecimento profissional, a discussão tardia sobre planos de cargos e salários para trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e o arrocho salarial no sistema de saúde.

Farias (2005), aponta uma pista importante para se alcançar o ideário do SUS. Conforme o autor, é necessária uma preocupação igual com a saúde dos usuários e dos trabalhadores, pois estes são “os verdadeiros operadores da política de saúde”, além de serem cidadãos que têm o direito de receber cuidados e ser acolhidos em seu sofrimento. Rigotto (1994) acrescenta um alvo desafiador e importante para os profissionais de saúde. Afirma que ser profissional de saúde significa participar da avaliação/transformação/construção

da sociedade, estabelecendo uma articulação ética e política entre meio ambiente, relações sociais e subjetividade humana.

Desse modo, os estudos no campo da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho representam um desafio aos pesquisadores:

Um desafio para os pesquisadores do novo é, portanto, o de integrar, de forma compreensiva, as contribuições dos autores que têm se preocupado em analisar as instâncias "macro" às daqueles que têm estudado fenômenos microssociais, nas equipes e nos/dos locais de trabalho e, ainda, às dos que detectam a complexidade da dinâmica intrapsíquica decorrente da vida e da experiência laboral. (SELIGMANN-SILVA, 1994, p. 71)

Diversos estudos têm mostrado que não basta preocupar-se apenas com os pacientes que estão aos cuidados dos trabalhadores da saúde, mas que a saúde mental destes últimos também é fundamental. Silva e Merlo (2006) identificam uma preocupação com a saúde mental e bem estar dos trabalhadores na área da saúde, na atualidade. Ao mesmo tempo, alertam para um afastamento crescente do trabalho por doenças mentais, o qual tende em um próximo, a superar os afastamentos por doenças cardiovasculares e osteomusculares. Moura, Chaves e Lauter (1999) mencionam pesquisas voltadas para o estresse nos trabalhadores na área da saúde, os quais demonstram que a equipe mais acometida é a da enfermagem. Segundo os autores, tal fato se deveria à escassez de recursos, aos cortes no quadro funcional e ao contato com o sofrimento e a morte. Por isso, é importante investigar o estresse dos trabalhadores em emergência, por lidarem com pacientes em risco iminente de morte. Rios (2008) também relata um estudo junto aos profissionais da área da saúde no qual verificou um elevado percentual com consciência de seu trabalho e motivação. Simultaneamente ocorre um alto custo emocional, pois um elevado percentual (88,2%) referiu pelo menos uma manifestação psíquica de estresse o tempo todo.

Um elemento fundamental para a saúde do trabalhador na área da saúde é o ambiente. Alves, Godoy e Santana (2005), apontam para a singularidade das organizações de saúde, como os hospitais. Ali as atividades precisam ser realizadas com rapidez e qualidade adequadas, pois influenciam no prognóstico e podem comprometer a vida do paciente. Com isso, o serviço de

urgência/emergência gera situações de desgaste físico e emocional do trabalhador. Um estudo realizado por Kirchhof, Magnago, Camponogara, Griep, Tavares e Prestes (2008) num hospital universitário do Rio Grande do Sul sobre a saúde mental dos profissionais da área da saúde descreve um panorama psicodinâmico bastante complexo de seu ambiente. Ao estresse estritamente profissional somam-se questões como a dupla jornada de trabalho, a desvalorização do trabalho feminino e a hegemonia do discurso médico em relação aos demais profissionais da área. Tudo isso repercute, negativamente, na saúde mental dos trabalhadores.

Alves, Godoy e Santana (2005), citam diversos componentes nocivos à saúde do trabalhador nas unidades de atendimento de urgência e emergência: sua rotina de situações que expõem os trabalhadores à dor e sofrimento; carga horária semanal superior a 40 horas; trabalho nos finais de semana; exposição a produtos químicos, entre outros. Estas condições adversas podem provocar alterações no equilíbrio psicológico do trabalhador e levá-lo, por exemplo, ao absenteísmo. Pitta (1994) aponta o modelo biológico curativo como predominante nos hospitais e englobam a maioria dos profissionais de enfermagem. Este modelo assistencialista é um dos propulsores de fatores negativos ligados ao ambiente, à ergonomia e ao perigo constante de risco biológico, pois traz justificada tensão e ansiedade aos enfermeiros voltados para clientes com doenças crônicas, traumas agudos e enfermidades terminais.

Silvino (2002) compara o ambiente hospitalar de trabalho público e o privado. No primeiro caso, verificado numa unidade pública universitária no Rio de Janeiro, constatou-se falta de aparato técnico e problemas na organização do espaço físico. Já no hospital privado verificou-se a existência de aparato técnico completo, o qual, muitas vezes, afasta o profissional do cuidado direto ao cliente e o aproxima da máquina. O excesso de equipamentos também é um perigo e a tensão exagerada também. Assim sendo, a tecnologia deve proporcionar melhor qualidade de atenção ao cliente e contribuir para que o profissional se torne mais presente e prestativo à sua clientela.

As relações interpessoais exercem influência relevante na saúde dos trabalhadores na área da saúde. Silva e Melo (2006) declaram que as relações interpessoais na equipe de saúde são referidas por muitos profissionais como fator contributivo para estresse oriundo do ambiente onde se desenvolvem as

atividades laborais. Os autores ainda afirmam que as relações interpessoais e de trabalho impõem demandas psicológicas na execução de tarefas e de controle sobre o trabalho, além de ocasionar desgaste de ordem psíquica. Lautert, Chaves e Moura (1999) ainda acrescentam que a falta de controle sobre o trabalho e a responsabilidade excessiva produzem consequências psicológicas e somáticas negativas para o profissional de enfermagem, como alterações de ordem imunológica, músculo-articulares, cardiovasculares e gastrointestinais.

Para uma avaliação adequada da saúde mental dos trabalhadores da área da saúde, é necessário prestar atenção nos transtornos que mais os afetam, e pode-se falar em Transtornos Mentais Menores, que segundo Fonseca et al (2008) referem-se a quadros com sintomas ansiosos, depressivos ou somatoformes. Kirchhof, Magnago, Camponogara, Griep, Tavares e Prestes (2008) afirmam que os TMM estão ganhando proporção cada vez maior entre os trabalhadores de enfermagem, caracterizando-se como um problema de saúde pública. Alguns dos sintomas relatados por indivíduos com TMM são: tristeza, ansiedade, fadiga, diminuição da concentração, preocupação somática, irritabilidade e insônia. Os TMM podem causar incapacidade funcional. Ainda, conforme os autores, para compreender os TMM é imprescindível levar em conta dois elementos do contexto laboral: as dimensões psicossociais e a demanda psicológica. As duas dimensões psicossociais abarcam aspectos específicos do processo de trabalho. Uma delas é o uso de habilidades, onde se manifestam a criatividade e o desenvolvimento de habilidades individuais, entre outras. Outra dimensão é a autoridade de decisão, que inclui a habilidade individual para tomada de decisões sobre o próprio trabalho e a influência no grupo de trabalho e na política gerencial. Já o segundo elemento é a demanda psicológica. Ela diz respeito às exigências psicológicas enfrentadas pelo trabalhador durante a execução de suas tarefas. Entre estas estão a pressão do tempo e o nível de concentração requerida. Em um estudo com profissionais de enfermagem de um hospital universitário do Rio Grande do Sul incluindo 491 trabalhadores de enfermagem, a prevalência de TMM foi de 18,7%. Porém, após ajustes por potenciais confundidores, as chances de TMM foram maiores no quadrante de trabalho com alta exigência.

Silva e Melo (2006) afirmam que os TMM podem ocorrer quando há alterações orgânicas significativas mediante a presença do estímulo estressor. Neste processo se desencadeiam reações orgânicas, emoções e comportamentos, alterações químicas e fisiológicas, dentre outras. A ansiedade crônica ou o esgotamento pode levar a um estado de apatia, desinteresse e desânimo.

Entre os trabalhadores de enfermagem, a sobrecarga de trabalho é uma forte geradora de estresse ocupacional. Isto foi verificado em estudo sobre os fatores gerados de estresse na atividade gerencial de enfermeiros de um hospital de Porto Alegre, conforme Lautert (1997). A sobrecarga de trabalho foi analisada como a fonte mais determinante do risco relativo ao estresse. Uma pesquisa em São Paulo revelou um resultado mais específico: Gatti, Leão, Paes, Puggina (2004) relatam um estudo comparativo dos níveis de estresse entre profissionais de enfermagem nas unidades de Pronto Socorro, Internação, Terapia Intensiva e Centro Cirúrgico de um hospital privado de São Paulo. Este estudo revelou que nos setores de Pronto Socorro e Centro Cirúrgico os níveis de estresse são mais elevados que os das Unidades de Internação e Terapia Intensiva. Araújo, Aquino, Menezes, Santos, Aguiar (2003) mencionam um estudo com 362 profissionais de saúde, dos quais 14% relatam altos níveis de estresse. Sua conclusão é que o trabalho dos profissionais de saúde em hospitais é altamente estressante, porque as responsabilidades desencadeiam situações para as quais confluem vários pontos de tensão.

Visualizar a relação estresse-saúde em nível mais amplo é importante. Panizzon, Luz, Fensterseifer (2008) revelam que para a OMS, o estresse é uma epidemia global. Estimam que cerca de 30% dos trabalhadores sofrem de TMM e de 5% a 10% sofrem de transtornos mentais graves.

Os resultados de um estudo realizado por Carlotto e Falavigna (2013) com 375 enfermeiros de um hospital geral revelaram uma tendência de aumento de 1% ao ano de afastamentos por transtornos mentais e comportamentais. As autoras afirmam que os sistemas de saúde e por consequência seus profissionais, estão cada vez mais vulneráveis ao estresse. Entre as causas estão as exigências de atualização e aumento da demanda e diminuição de recursos havendo sobrecarga de trabalho. O afastamento do trabalhador, temporário ou efetivo, por qualquer motivo, pode gerar impacto negativo na vida

do mesmo, porém, quando este afastamento é decorrente de transtornos mentais também pode haver preconceito e estigma em suas vidas.

Silva e Melo (2006) afirmam que o Ministério da Saúde vê uma relação direta no perfil de morbimortalidade dos trabalhadores e a ocorrência de agravos nas condições de trabalho. Já a legislação previdenciária brasileira (leis nº 3048 de 06/05/1999) reconhece o estresse e a depressão como doenças do trabalho. Porém, Carlotto (2013) afirma que mesmo apresentando alta prevalência entre a população trabalhadora, os distúrbios psíquicos relacionados ao trabalho, com frequência não são reconhecidos como tal, no momento da avaliação clínica. A autora aponta também para o desconhecimento médico em relação a determinadas patologias laborais relacionadas aos transtornos mentais e comportamentais, bem como suas causas. Ballone (2004) ainda acrescenta que, profissionais que lidam constante e diretamente com outras pessoas estão especialmente vulneráveis a diferentes tipos de doenças mentais.

A saúde é, ou deveria ser prioridade para o ser humano e a sociedade. Da mesma forma, o trabalho e o trabalhador na área da saúde deveriam merecer especial atenção. Rios (2008) sublinha que, na área da saúde, o trabalho é visto quase “como uma missão”. São muitas as exigências: trabalho reflexivo, que articula dimensões técnicas, éticas e políticas, em cenários de múltiplos atores, ou seja, profissionais de formações diversas e pacientes de todas as origens e culturas. Trabalha-se, pois, no campo temático mais denso da experiência humana: a vida, o corpo e a morte. No mesmo sentido Alves, Godoy e Santana (2006) apontam elementos importantes sobre o hospital, os quais podem ser valiosos para qualquer instituição responsável por saúde. Os autores enfatizam que o hospital deve ser um local onde atitudes positivas relacionadas à manutenção de saúde e melhoria nas condições de trabalho devem ser programadas e destacadas. Isto significa, que um elevado nível de bem estar físico e mental para os trabalhadores no ambiente hospitalar favorece a melhoria da assistência prestada aos pacientes.

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a prevalência de Transtornos Mentais Menores e as vivências de prazer e sofrimento no trabalho dos profissionais da área da saúde, do Pronto Atendimento e Hospital Municipal de Rondonópolis/MT.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Caracterizar os participantes, segundo as variáveis sócio demográficas;
- 2- Descrever os servidores, segundo as variáveis do contexto ocupacional; ocupação, atividade exercida, tempo de trabalho na atividade, jornada de trabalho, remuneração trabalho em turnos, plantões;
- 3- Identificar os fatores associados ao sofrimento no trabalho;
- 4- Identificar os fatores associados ao prazer no trabalho;
- 5- Verificar a existência de correlação entre prevalência de transtornos mentais e as variáveis sócio demográficas, contexto ocupacional, o sofrimento e o prazer no trabalho;
- 6- Apresentar os resultados aos gestores da secretaria de saúde e gestores do pronto atendimento e hospital municipal para a criação de programas promoção e de intervenção em saúde mental junto aos servidores.

1. Existe uma alta prevalência de TMM na amostra estudada.
2. A prevalência de TMM é maior em mulheres.
3. A prevalência de TMM em mulheres na faixa etária entre 40 e 50 anos é maior.
4. Quanto maior a escolaridade, menor a prevalência de TMM.
5. Os participantes que trabalham há mais de dez anos apresentam maior realização e liberdade de expressão.
6. Os participantes que trabalham a menos de dez anos apresentam esgotamento emocional e falta de reconhecimento.
7. Quanto maior o sofrimento, maior a prevalência de TMM.
8. Quanto maior o prazer menor, a prevalência de TMM.

Trata-se de um estudo epidemiológico, de corte transversal, ancorado na abordagem psicodinâmica do trabalho, realizado com profissionais da área da saúde, do Pronto Atendimento e Hospital Municipal de Rondonópolis-MT.

5.1 CASUÍSTICA

A amostra de estudo foi voluntária e do tipo bola de neve, composta por profissionais da saúde de várias especialidades que trabalham no Pronto Atendimento e Hospital Municipal de Rondonópolis/MT. Prestaram-se esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa e os mesmos tiveram liberdade de participar ou não. Apresentou-se uma carta contendo informações sobre a pesquisa e um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ser assinado pelos mesmos - TCLE (APÊNDICE B).

De uma população de N=105 participantes, a amostra por conveniência, constituiu-se de n=83 profissionais da saúde, sendo 39 técnicos de enfermagem e 17 enfermeiros, 21 recepção e 6 auxiliares de serviços diversos, que aceitaram, voluntariamente, participar da pesquisa

5.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Exercer a profissão de enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem ou outra no Pronto Atendimento e Hospital Municipal de Rondonópolis.
- Aceitar participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- Não estar ativo;
- Não preencher os demais critérios de inclusão.

5.4 LOCUS DE PESQUISA

Caracterização do Pronto Atendimento e Hospital Municipal

O Hospital Municipal de referência de Saúde da Família Dr. Antônio dos Santos Muniz foi fundado no mandato do Prefeito Percival Muniz pela Lei nº 4177 no dia 1º de abril de 2004, que normatiza a criação do hospital municipal referente à saúde da família. Inicialmente, o atendimento era junto ao público em geral e da pediatria. Em maio de 2007, a pediatria foi transferida para o Hospital Regional de Rondonópolis “Irmã Elza Giovanella. Em 2010, a pediatria foi retirada do Hospital Regional de Rondonópolis “Irmã Elza Giovanella’ e ficou separada do público restante. A gestão foi trocada no dia 1 de junho de 2013 e pode-se dizer que a equipe ainda se encontra em adaptação.

O Hospital serve à população de Rondonópolis e municípios vizinhos. São atendidos diariamente em torno de 350 pacientes. Possui aproximadamente 100 funcionários, divididos em cinco setores: Clínica Médica; Farmácia; Higienização; Triagem; Nutrição. Existem cinco (5) equipes de servidores, sendo duas que trabalham em dois turnos de 6 horas cada e três (3) equipes em turnos de 12h por 60hs.

5.5 RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

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

- Humanos: a pesquisadora do mestrado em Psicologia da UCDB, treinada para a aplicação de instrumentos.
- Materiais: computador, tonner, canetas, lápis, envelopes, clips, pastas, papel A4 para impressão dos questionários, grampeador, grampo para grampeador, marca texto. Todos os materiais foram custeados pela pesquisadora.

5.6 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Foram utilizados 03 instrumentos de pesquisa nesta investigação

5.6.1 Questionário sócio demográfico ocupacional (QSDO) O QSDO (APÊNDICE C) foi criado exclusivamente para atender os objetivos deste estudo. É composto por vinte e três (23) questões, sendo sete referentes às características pessoais dos participantes (idade, sexo, estado civil, filhos, escolaridade e responsabilidade financeira no lar, religião), duas sobre hábitos de vida (ingestão de bebida alcoólica e tabagismo), sete (7) sobre as variáveis relacionadas ao trabalho (setor de atuação, função exercida, renda, realização de plantões, horário de trabalho, horário que realiza plantões, tempo de trabalho na instituição, se possui outro vínculo empregatício e a função exercida nesta outra instituição), e seis (hábitos de saúde e qualidade de vida). Todas as questões são fechadas e disponibiliza as opções possíveis para a marcação da resposta.

5.6.2. O *Self Report Questionnaire-20* (SRQ-20) (Anexo 1), que é um questionário de identificação de transtornos psiquiátricos que foi desenvolvido por Harding *et al* (1980) e validado no Brasil por Mari e Willians (1986). É composto por 20 questões, com respostas dicotômicas do tipo sim/não elaborado para a detecção de distúrbios “neuróticos”, chamados Transtornos Mentais Comuns (TMC). Para uma pessoa ser considerada como possível caso, se utilizou no presente estudo, para ambos os sexos, o escore de corte ≥ 7 respostas afirmativas (sim), que valem um ponto cada uma.

5.6.3. O Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA) é um instrumento desenvolvido por Mendes e Ferreira (2007), composto por quatro escalas interdependentes, para avaliar quatro dimensões da inter-relação trabalho e adoecimento. As escalas de frequência são do tipo *likert*, variando de 0 a 7 pontos. O ITRA tem por objetivo, mensurar distintas e interdependentes modalidades de representações dos respondentes, relativas ao mundo do

trabalho. Essas representações se estruturam em quatro escalas. No presente estudo, será utilizada somente uma delas, **a Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST)**, (grifo nosso) que apresenta uma descrição do sentido do trabalho: as representações relativas às vivências de prazer e de sofrimento no trabalho. A EIPST é composta por quatro fatores e 29 itens: 1) **Esgotamento emocional** – caracterizado pela vivência de frustração, insegurança, inutilidade e desqualificação diante das expectativas de desempenho, gerando esgotamento emocional, desgaste, estresse, insatisfação, frustração, Inutilidade. Tem 8 itens e um alpha de Cronbach de 0,87; 2) **Realização profissional** – Retrata a vivência de gratificação profissional, orgulho e identificação com o trabalho exercido gerando satisfação, prazer, motivação, orgulho, bem-estar, realização profissional, identificação com as tarefas que realiza. Tem 7 itens e um alpha de Cronbach de 0,88; 3) **Liberdade de expressão** – Traduz a vivência de liberdade para pensar, organizar e falar sobre o seu trabalho gerando liberdade para usar o estilo pessoal, liberdade para falar sobre o trabalho com os colegas, solidariedade com os colegas, confiança nos colegas, liberdade para dizer o que pensa no local de trabalho. Tem 5 itens e alpha de Cronbach de 0,72; 4) **Falta de reconhecimento** – trabalha com a vivência de injustiça, indignação e desvalorização pelo não reconhecimento do seu trabalho gerando desvalorização, indignação, injustiça. Tem 4 itens e um alpha de Cronbach de 0,82.

5.7 PROCEDIMENTOS

Primeiramente, foi solicitada a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Rondonópolis/MT para a realização do estudo (Apêndice A).

A pesquisadora compareceu ao Pronto Atendimento e Hospital Municipal de Rondonópolis que funciona ininterruptamente nas 24 horas, prestando assistência de enfermagem e convidou a todos os profissionais da área da saúde, de todos os períodos a participar da pesquisa. Explanou-se o objetivo da pesquisa, os questionários a serem preenchidos e a obrigatoriedade do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). A

aplicação dos instrumentos aconteceu entre os dias 20 de janeiro a 20 de fevereiro de 2015.

Esteve neste período nos referidos setores para entregar um envelope contendo os 3 (três) questionários utilizados na pesquisa para cada participante, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE. Ao conversar com a gerente de enfermagem sobre o início da pesquisa, foi solicitado por ela e pela supervisora dos profissionais da recepção que iniciasse a aplicação dos questionários com eles. Foi oferecido um espaço para que a pesquisadora pudesse convidá-los a participarem do estudo e apresentar os questionários com as devidas explicações. Neste momento a pesquisadora procurou estabelecer um vínculo de confiança com os cinco profissionais da recepção do turno matutino. Foi perguntado sobre o trabalho deles e também valorizados pelo cargo que ocupam.

Em seguida, os servidores foram convidados a participar do estudo, realizando-se as devidas explicações dos objetivos e procedimentos. A pesquisadora procurou dar ênfase à questão do sigilo profissional, portanto, as respostas individuais não seriam apresentadas aos gestores. Somente os resultados gerais seriam apresentados, com o objetivo de promover informações úteis referentes à saúde mental, prazer e sofrimento no trabalho aos gestores da Secretaria de saúde. Os resultados obtidos, posteriormente, serão apresentados e disponibilizados à gestora de saúde do município de Rondonópolis/MT;

Àqueles que solicitaram entrevista devolutiva por e-mail à pesquisadora, colocando, conforme instrução dada pela pesquisadora, seu e-mail pessoal no questionário, os resultados serão enviados individualmente, juntamente com as possíveis recomendações e encaminhamentos.

A pesquisadora mencionou que o propósito de realizar o presente estudo também era o de oferecer, posteriormente, um espaço de escuta para os profissionais. Apresentou o TCLE e os questionários fazendo as devidas explicações, perguntou se gostariam de levá-los para casa e trazê-los no dia seguinte. Os profissionais concordaram com o proposto. Ao retornar no dia seguinte para recolher os envelopes com os questionários, os profissionais verbalizaram dificuldades de compreensão em relação às questões contidas nos questionários. Percebeu-se que não seria possível entregar os questionários e aguardar a entrega dos mesmos preenchidos. Assim sendo, optou-se por

entregar e explicar os questionários individualmente a cada participante, a importância de responder a todas as questões, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE, e em caso de dúvida, solicitar o auxílio da pesquisadora que retornaria após uma hora, para recolher os questionários respondidos. Cabe ressaltar que os profissionais médicos também foram convidados a participarem do estudo, porém, recusaram-se, alegando falta de tempo. A pesquisadora prestou esclarecimentos individuais sobre as questões e realizou escuta referente as angústias do contexto de trabalho. Esta estratégia mostrou-se eficaz e houve uma adesão expressiva à participação na pesquisa.

Cabe acrescentar que apesar de o objetivo deste estudo ter sido o diagnóstico da prevalência de TMM e identificação de fatores associados ao prazer e sofrimento no trabalho, que as aplicações de instrumentos e o contato com os participantes, em alguns momentos, serviram como suporte emocional para os mesmos. A pesquisadora como psicóloga procurou conhecer o ambiente de trabalho dos profissionais sempre se colocando à disposição para a escuta sobre organização do trabalho, o significado do trabalho, condições de segurança, remuneração, possibilidades de desenvolvimento e tratamento recebido. Visitou diversos ambientes da organização como lavanderia, cozinha, varanda, esta, em situações precárias onde os auxiliares de serviços gerais preparam seus materiais para realizar a limpeza. Acompanhou os profissionais de enfermagem na realização dos procedimentos junto aos pacientes. Procurou aplicar os ensinamentos de Ramazzini que praticava e ensinava as visitas ao local de trabalho, a fim de observá-lo, e, as entrevistas com os trabalhadores, a fim de conhecê-los melhor.

Ao visitar a lavanderia e conversar com os profissionais, que apontaram o calor como um fator de cansaço no trabalho, a pesquisadora sentiu *in locu* o problema levantado. Esta prática oportunizou aos profissionais expressarem suas angústias relacionadas ao trabalho, principalmente no período noturno, onde a estagiária acompanhou o trabalho destes profissionais inclusive de madrugada. Os profissionais que trabalham no período noturno trouxeram queixas referente a não receberem adicional noturno e insalubridade. A estagiária esteve em vários momentos com eles no refeitório e muitas questões foram ali trazidas. As principais manifestas, por meio de relatos espontâneos e pessoais de alguns participantes, sobre problemas relacionados a conflitos

internos, a falta de valorização e reconhecimento profissional, baixos salários, sobrecarga, tristeza, cansaço, irritabilidade, esquecimento, ansiedade, entre outros.

Frente a algumas mobilizações emocionais a pesquisadora como profissional psicóloga interviu com orientações e encaminhamentos para atendimento psicoterápico na clínica de psicologia que coordena da Universidade na qual trabalha. A gestora do Pronto Atendimento e Hospital Municipal pontuou para a pesquisadora que os profissionais estavam comentando positivamente a atenção dispensada por esta, pois estavam sendo efetivamente ouvidos, havendo um *feedback* positivo de sua atuação durante a fase de coleta de campo. Foi possível observar e ouvir-escutar sobre vários fatores psicossociais existentes no trabalho e compreender como os profissionais sentiam e percebiam o ambiente, as políticas de trabalho e os pontos críticos que necessitam de ações reparadoras ou mesmo profundas transformações, o que pode ter contribuído para uma percepção mais acurada da pesquisadora sobre o campo de estudos.

De forma geral, a realização do estudo foi bem recebida pelos trabalhadores. Após a aplicação dos questionários, foram colocados em envelopes separados do TCLE para preservação da identidade dos participantes. A seguir, as respostas obtidas foram inseridas em planilhas EXCEL para posterior análise e interpretação estatística dos resultados obtidos.

5.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

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

As variáveis cujo teste foi significativo foram incluídas em um modelo de regressão logística e as variáveis foram selecionadas pelo método de eliminação regressiva (backwards elimination). O erro tipo 1 foi fixado em 5% e todas as análises foram executadas por meio do software *Statistical Package for the Social Science - SPSS* versão 15^a.

5.9 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Em primeiro lugar, buscou-se a autorização da Secretaria Municipal de Saúde para a realização desse estudo (Apêndice D).

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) e aprovado em 04 de dezembro de 2014, sob o parecer consubstanciado número 385.857.

Participaram deste estudo somente os entrevistados que concordaram em assinar o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (Apêndice B). Em toda a pesquisa foi mantido sigilo do nome dos participantes.

Com relação às eventuais mobilizações emocionais ocorridas na aplicação dos instrumentos, essas foram devidamente levadas em conta pela pesquisadora, que tem esse tipo de treinamento, tanto em sua formação de psicóloga quanto de pesquisadora. As principais mobilizações foram problemas de relacionamento familiar, doenças de familiares, problemas de saúde (lombalgias, depressão e ansiedade resultando em uso contínuo de medicamentos) e insegurança quanto ao futuro do trabalho no Pronto Atendimento e Hospital Municipal, em que todos os profissionais entrevistados possuem contratos temporários.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, serão apresentados somente os resultados estatisticamente significativos das análises descritivas e das associações encontradas. Em seguida, serão apresentadas, a prevalência de TMM e destacadas as questões do SRQ – 20 que apresentaram maior ocorrência.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS PESSOAIS E OCUPACIONAIS DA AMOSTRA

Dos participantes, 35% estão na faixa etária entre 26 e 32 anos, 30,1% entre 33 e 40 anos e 10,9% abaixo de 26 anos, totalizando 76% de profissionais com idade abaixo de 40 anos (Tabela 1), corroborando estudos encontrados na literatura pesquisada, em que a maioria dos profissionais de saúde é composta por adultos jovens, com até 40 anos (MENZANI, 2006;); NOGUEIRA, 2003; BORDIN; ROSA, 1998)

A análise das variáveis sócio demográficas demonstrou tratar-se de uma população predominantemente feminina (71,1%) (Tabela 1), confirmado o que ocorre na população de profissionais de saúde em nosso meio e no mundo. Conforme Araújo, Aquino, Menezes, Santos e Aguiar (2003) o trabalho de profissionais de saúde é exercido preponderantemente por mulheres e, historicamente, as atividades de cuidar, assistir, alimentar, prover elementos indispensáveis ao bom desenvolvimento do enfermo sempre estiveram afeitas às mulheres. Também Menzani (2006) em estudo com profissionais de saúde atuantes em pronto socorros das cinco regiões do país aponta que o sexo feminino predomina em 90,9% da amostra. Bordin e Rosa (1998) sinalizam como característica da força de trabalho em saúde no Brasil um aumento da população feminina no emprego em saúde, tanto entre profissionais com graduação, médicos e também entre profissionais sem graduação, sendo que estes ocupam cargos como atendentes, serviços gerais e técnicos de enfermagem.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012) a participação da mulher no mercado de trabalho aumentou de 40,5% em 2003 para 45,3% em 2011, o que demonstra a crescente participação feminina no mercado de trabalho. Martins (2003) enfatiza que a participação do sexo

feminino tem sido expressiva nas profissões voltadas para o atendimento à saúde.

A maioria dos participantes (51,8%) é casada/união estável, conforme se demonstra na Tabela 1. Tal resultado confirma os achados do estudo de Mauro *et al* (2010), de Magnago *et al* (2010 e de Araújo *et al* (2003).

Tabela 1 – Distribuição da amostra quanto a faixa etária, sexo e estado civil (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

Variáveis pessoais	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida
IDADE			
De 18 a 25 Anos	09	10,9	10,9
De 26 a 32 Anos	29	35,0	35,0
De 33 a 40 Anos	25	30,1	30,1
De 41 a 48 Anos	10	12,0	12,0
De 49 a 56 Anos	08	9,7	9,7
57 anos ou mais	02	2,4	2,4
Total válido	83	100,0	100,0
Dados faltantes	00	00,0	00,0
Total	83	100,0	100,0
SEXO			
Masculino	24	28,9	28,9
Feminino	59	71,1	71,1
Total válido	83	100,0	100,0
Dados faltantes	00	00,0	00,0
Total	83	100,0	100,0
ESTADO CIVIL			
Casado	32	38,6	38,6
Solteiro	28	33,8	33,8
União Estável	11	13,2	13,2
Separado/divorciado	10	12,0	12,0
Viúvo	02	2,4	2,4
Outros	00	00,0	00,0
Total Válido	83	100,0	100,0
Dados Faltantes	00	00,0	00,0

A seguir, será feita a caracterização dos participantes quanto ao número de filhos e escolaridade. A Tabela 1b demonstra que 76,0% deles possui 02 filhos, o que está de acordo com os dados do último censo do IBGE (2012) sobre a população geral, que em 2010 encontrou no Brasil uma taxa de fecundidade de 1,90 e no Centro-Oeste 1,92 filhos por mulher. Um estudo realizado por Darli

(2007) sobre riscos ocupacionais entre trabalhadores de Unidades de Pronto Atendimento em Uberaba/MG também demonstrou, em concordância, que a maioria possuía 2 filhos.

A maior parte da amostra em estudo tem apenas o ensino médio, (59,1%) conforme a Tabela 1b. No Brasil, segundo dados publicados pelo Serviço Social da Indústria (SESI, 2005) os trabalhadores formais com ensino fundamental somam 16,4%, ensino médio incompleto 8,7%, ensino médio completo 29,5%, ensino superior incompleto 3,8% e ensino superior completo 19,8%. Assim sendo, comparada aos trabalhadores formais brasileiros, a amostra estudada confirma os dados publicados. Também comparada aos profissionais de saúde do estudo de Schmidt *et al* (2009), que encontrou 58,3% da amostra que pesquisou com ensino médio completo, os participantes do presente estudo apresentam nível de escolaridade semelhante, dado que a maior parte dos profissionais de enfermagem é formada por técnicos de enfermagem.

TABELA 1b – Distribuição da amostra quanto ao número de filhos e escolaridade (n=83). Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

Variáveis Pessoais	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida
Nº FILHOS			
01	11	20,3	13,3
02	41	76,0	49,3
03	02	3,7	2,4
Total Válidos	54	100,0	100,0
Dados Faltantes	00	100,0	100,0
Total	83		
ESCOLARIDADE			
Fundamental-Completo	08	9,6	9,6
Médio-Completo	49	59,1	59,1
Superior-Completo	18	21,7	21,7
Especialização -Completo	08	9,6	9,6
Mestrado – Completo	00	00,0	00,0
Doutorado - Completo	00	00,0	00,0
Total Válidos	83	100,0	100,0
Dados Faltantes	00	00,0	00,0
Total	83	100,0	100,0

A tabela 1c demonstra que a renda familiar da maioria dos participantes (51,8 %) é de R\$ 1.000,00 a R\$ 3.000,00 e 20,5% apresenta renda familiar abaixo de R\$ 1.000,00. Em estudo realizado por Mauro *et al* (2010), a renda familiar dos 84 profissionais de saúde de um hospital universitário do Rio de Janeiro apresentou predominância da faixa salarial de 3 até 5 salários mínimos, se assemelhando à renda da amostra estudada. A renda familiar dos profissionais do presente estudo também é semelhante à encontrada no estudo de Magnago *et al* (2010), do hospital universitário do Rio Grande do Sul, em que 41,3% dos trabalhadores de saúde recebe menos de 02 salários mínimos.

TABELA 1c – Distribuição da renda mensal (n=83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

Variáveis pessoais	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida
RENDA FAMILIAR			
Até R\$ 1.000,00	17	20,5	20,5
De R\$ 1.000,00 a R\$ 3.000,00	43	51,8	51,8
De R\$ 3.000,00 a R\$ 5.000,00	13	15,7	15,7
De R\$ 5.000,00 a R\$ 10.000,00	07	8,4	8,4
Acima de R\$ 10.000,00	03	3,6	3,6
Total	83	100,0	100,0

A Tabela 1d demonstra que, 73,5% trabalham no Pronto Atendimento e Hospital Municipal de 0 e 03 anos, seguido de 16,9% de 03 a 06 anos, apontando para a existência de *turn over* (alta rotatividade), pois 100% dos profissionais têm vínculos contratuais temporários de 6 meses, podendo ou não ser renovados. Alerta-se para a necessidade da realização de concursos públicos ou contratos em regime de CLT, para que os profissionais tenham seus direitos trabalhistas garantidos. Também, o fator salarial é gerador da alta rotatividade, pois conforme a tabela 1c ,72,3% dos profissionais recebem até R\$ 3.000,00. Considerando que a maioria dos trabalhadores desta instituição possui entre 18 e 40 anos de idade, é esperado que a maioria exerça a profissão de 0 a 06 anos. Menzani (2006) em estudo com profissionais de saúde atuantes em pronto socorros das cinco regiões do país obteve uma mediana de 36 meses, demonstrando que a maioria dos profissionais que estudou atuava em unidade de Pronto Atendimento há aproximadamente 3 anos.

Stancato e Zilli (2010) realizaram uma revisão bibliográfica sobre fatores geradores da rotatividade entre profissionais da saúde demonstrando que a maioria dos estudos relatou alta taxa de rotatividade. Elencaram como causas: a má remuneração e a falta de valorização, gerando descontentamento com a profissão.

A tabela 1d demonstra o tempo de trabalho no Pronto Atendimento e Hospital Municipal e o tempo de trabalho no cargo atual.

TABELA 1d – Distribuição do tempo que trabalha no Pronto Atendimento e hospital Municipal e tempo de trabalho no cargo que ocupa hoje (n=83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

Variáveis pessoais	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida
TEMPO DE TRABALHO			
0 a 3 anos	61	73,5	73,5
3 a 6 anos	14	16,9	16,9
6 a 9 anos	05	6,0	6,0
9 a 12 anos	03	3,6	3,6
12 a 15 anos	00	0,00	0,00
Acima de 15 anos	00	0,00	0,00
Total	83	100,0	100,0
TEMPO DE TRABALHO NO CARGO QUE OCUPA HOJE			
0 a 3 anos	52	62,7	62,7
3 a 6 anos	15	18,1	18,1
6 a 9 anos	05	6,0	6,0
9 a 12 anos	07	8,4	8,4
12 a 15 anos	02	2,4	2,4
Acima de 15 anos	02	2,4	2,4
Total	83	100,0	100,0

Na Tabela 1e observa-se que, de um total de 83 profissionais de saúde, 47,0% são técnicos de enfermagem e 20,5 %, enfermeiros. Portanto, existe 67,5% de profissionais de enfermagem. Trabalham na recepção do Pronto Atendimento e Hospital Municipal 25,3 % e 7,2% de auxiliares de serviços gerais.

O dimensionamento do pessoal de enfermagem é garantido pela resolução nº293/2004 do Conselho Federal de Enfermagem e prevê para assistência mínima e intermediária: 33 a 37% de enfermeiros e os demais

auxiliares/técnicos de enfermagem; assistência semi-intensiva: 42 a 46% de enfermeiros e os demais auxiliares/técnicos de enfermagem; para assistência intensiva: 52 a 56% de enfermeiros e os demais técnicos de enfermagem. Observa-se, portanto, a falta de profissionais de enfermagem, principalmente enfermeiros, o que leva a prejuízos quanto à qualidade dos serviços prestados pela instituição e sobrecarga a outros profissionais, com repercussões à saúde e qualidade de vida dos servidores.

A seguir será apresentada a tabela 1e que contém as categorias profissionais no Pronto Atendimento e Hospital Municipal.

TABELA 1e –Distribuição de categorias profissionais do Pronto Atendimento e hospital Municipal (n=83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

Variáveis pessoais	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida
CARGO			
Enfermeiro/a	17	20,5	20,5
Técnico de enfermagem	39	47,0	47,0
Recepção	21	25,3	25,3
Auxiliar de serviços diversos	06	7,2	7,2
Total	83	100,0	100,0

6.2 PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS MENORES

A prevalência global de TMM entre os trabalhadores estudados foi de 25,3% (Tabela 2), considerada alta por tratar-se de população ativa, de trabalhadores. A prevalência global de TMM esteve acima daquela encontrada em pesquisas com grupos ocupacionais que utilizaram metodologia similar, como o estudo de Pitta (20,8%) conduzido em 1990 com população de trabalhadores de grande hospital, utilizando o mesmo instrumento. Em contrapartida, alguns estudos apresentam como resultado prevalências para TMM superiores às encontradas neste estudo, como os descritos por Rego (1992) com profissionais de saúde (29%) e aqueles referidos por Araújo *et al.* (2003) com profissionais de saúde (33,3%).

Um estudo com 80 profissionais de saúde da equipe de emergência de um hospital realizado em Feira de Santana (BA), avaliando os TMM, pesquisando os aspectos psicossociais do trabalho associados ao adoecimento observado, apontou prevalência geral de 26,3%. Entre enfermeiros a prevalência alcançou 53,3% e entre os técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem, 20,0%. A prevalência de TMM foi maior no grupo de trabalho com alta exigência (33,3%).

Cabe destacar que os estudos encontrados sobre prevalência de TMM **na população geral** (grifo nosso) de alguns municípios brasileiros, um em Pernambuco, três no Rio Grande do Sul, um em Minas Gerais e outros dois em São Paulo, estas variaram de 17% a 35%, valores abaixo daqueles obtidos em populações assistidas pelo PSF e próximos às estimativas de Almeida-Filho *et al.* (1997), Lopes *et al.* (2003) e Ludermir e Lewis (2001).

TABELA 2 - Prevalência de Transtornos Mentais Menores (n=83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015)

SRQ 20	FREQUENCIA	PORCENTAGEM
Não Suspeitos	62	74,7
Suspeitos	21	25,3
Total	83	100,0

Na análise por grupos de sintomas, a partir do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ- 20), observou-se que o mais prevalente foi o relacionado ao *humor depressivo/ansioso* (Tabela 2b) com maior percentual de respostas afirmativas à questão “sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)” (90,4 %), seguida de “tem se sentido triste ultimamente” (71,4%) e “tem chorado mais do que de costume” (62,0%). Os resultados obtidos foram superiores aos encontrados no estudo de Jesus (2012) com profissionais da saúde de um hospital oncológico do Rio de Janeiro, com 62,2% de respostas afirmativas para nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a).

O segundo grupo que concentra mais respostas afirmativas no TMM foi o de sintomas somáticos, com maior frequência de respostas às seguintes questões, em ordem decrescente: “dorme mal” (85,8%), “dores de cabeça frequente” (81,0%), “sensações desagradáveis no estômago” (66,7%) e “má-

digestão" (62,0). Estes resultados foram maiores do que os encontrados no estudo de Jesus (2012) com profissionais da saúde de um hospital oncológico do Rio de Janeiro com 60,9% para "dorme mal", 48,4% para "dores de cabeça", sensações desagradáveis no estômago" (41,8%) e "má-digestão" (36,9).

No grupo sindrômico de TMM, "decréscimo de energia vital" a questão "sente-se cansado o tempo todo" (57,1%) o resultado encontrado foi semelhante (57,3%) ao do estudo realizado por Jesus (2012).

No grupo sindrômico de TMM "pensamentos depressivos", 52,3% dos profissionais afirmam que "têm perdido o interesse pelas coisas", não sendo possíveis comparações pela ausência de dados na literatura pesquisada.

Tabela 2b Distribuição de respostas afirmativas dos grupos sindrômicos do SRQ-20, frequência e porcentagem de TMM (n=83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil (2015).

GRUPO DE SINTOMAS	N	n	%
<i>Humor Depressivo/ Ansioso</i>			
Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)	44	19	43,2
Assusta-se com facilidade	18	10	55,6
Tem se sentido triste ultimamente	27	15	55,6
Tem chorado mais do que de costume	13	13	100
<i>Sintomas somáticos</i>			
Tem dores de cabeça frequentes	27	17	62,3
Dorme mal	29	18	62,1
Tem sensações desagradáveis no estômago	26	14	53,9
Tem má-digestão	22	13	59,1
Tem falta de apetite	18	10	55,6
Tem tremores nas mãos	12	06	50,0
<i>Decréscimo de energia vital</i>			
Cansa-se com facilidade	11	08	72,7
Tem dificuldade em tomar decisões	17	10	63,0
Tem dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias	08	06	75,0
Seu trabalho é penoso	09	05	55,6
Sente-se cansada o tempo todo	16	12	75,0
Tem dificuldade de pensar com clareza	13	09	69,2
<i>Pensamentos depressivos</i>			
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida	01	01	100
Tem perdido o interesse pelas coisas	11	11	100
Tem tido a ideia de acabar com a vida	03	03	100
Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo	04	04	100

Legenda: **N** = total de profissionais que responderam sim; **n** = número de trabalhadores em suspeição para TMM; **%** frequência.

A alta prevalência de TMM encontrada (25,30%) aponta para a necessidade de elaboração de intervenções focadas nos principais sintomas encontrados nesta população. O instrumento utilizado nesta pesquisa (SRQ-20) avalia, entre outros, indícios proeminentes de queixas ou sintomas depressivos e de ansiedade, que podem produzir uma incapacidade funcional ou um funcionamento anormal dos indivíduos, embora não configurem um diagnóstico nosológico, segundo os critérios da Classificação Internacional dos Transtornos Mentais e do Comportamento (CID 10, 1993).

A seguir, serão apresentados resultados que objetivam confirmar a existência de correlação estatisticamente significativa entre as respostas dos grupos sindrômicos e suspeição para TMM.

6.3 RESULTADOS DA CORRELAÇÃO ENTRE AS RESPOSTAS DOS GRUPOS SINDRÔMICOS E SUSPEIÇÃO PARA TMM

As tabelas de 3a a 3i, demonstram como algumas respostas dadas no SRQ-20 são fundamentais para que haja a suspeição para TMM. A seguir, as mesmas são apresentadas, segundo o grupo sindrômico à qual pertence. Os resultados obtidos alertam para os sintomas que podem constituir um TMM, bem como reforçam a robustez psicométrica do SRQ-20.

A tabela 3 apresenta a correlação das respostas dadas à questão “nervoso, tenso ou preocupado” do grupo sindrômico humor depressivo/ansioso sendo 25 (40,32%) **positivas** no grupo de **não suspeitos** e 19 (90,48%) **positivas** para o grupo de **suspeitos** ($<0,001^*$).

Tabela 3 – Correlação das respostas dadas à questão “nervoso, tenso ou preocupado” com suspeição para TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

		SRQ 20		Total
		Não suspeitos	Suspeitos	
Nervoso, tenso, preocupado	Positivo	25 56,82%	19 43,18%	44 100,00%
	Negativo	37 94,87%	2 5,13%	39 100,00%
	Total	62 74,70%	21 25,30%	83 100,00%
	Estatística de teste	Valor-p		
TESTE QUI-QUADRADO	15,841	<0,001*		

A tabela 3 b apresenta a correlação das respostas dadas à questão “tem se sentido triste ultimamente” com suspeição para TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015). A tabela 3 b apresenta a correlação das respostas dadas à questão “tem se sentido triste ultimamente” com suspeição para TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

Tabela 3 b – Correlação das respostas dadas à questão “tem se sentido triste ultimamente” com suspeição para TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

		SRQ 20		Total
		Não suspeitos	Suspeitos	
Tem se sentido triste ultimamente	Positivo	12 44,44%	15 55,56%	27 100,00%
	Negativo	50 89,29%	6 10,71%	56 100,00%
	Total	62 74,70%	21 25,30%	83 100,00%
	Estatística de teste	Valor-p		
TESTE QUI-QUADRADO	19,831	<0,001*		

A tabela 3 c apresenta a correlação das respostas dadas à questão “tem chorado mais do que de costume” do grupo sindrômico humor depressivo/ansioso sendo 13 (61,90%) **positivas** para o grupo de **suspeitos** (<0,001*).

Tabela 3 c – Correlação das respostas dadas à questão “tem chorado mais do que de costume com suspeição para TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

		SRQ 20		Total
		Não suspeitos	Suspeitos	
Chora mais que costume	Positivo	0 0,00%	13 100,00%	13 100,00%
	Negativo	62 88,57%	8 11,43%	70 100,00%
	Total	62 74,70%	21 25,30%	83 100,00%
	Estatística de teste	Valor-p		
TESTE QUI-QUADRADO	45,509	<0,001*		

A tabela 3 d apresenta a correlação das respostas dadas à questão “dorme mal” do grupo sindrômico de sintomas somáticos sendo 11 (17,74%) **positivas** no grupo de **não suspeitos** e 18 (62,07%) **positivas** para o grupo de **suspeitos** (<0,001*).

Tabela 3 d – Correlação das respostas dadas à questão “dorme mal” com suspeição para TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

		SRQ 20		Total
		Não Suspeitos	Suspeitos	
Dorme mal	Positivo	Frequência absoluta % dorme mal	11 37,93%	18 62,07% 29 100,00%
	Negativo	Frequência absoluta % dorme mal	51 94,44%	3 5,56% 54 100,00%
	Total	Frequência absoluta % dorme mal	62 74,70%	21 25,30% 83 100,00%
	Estatística de teste	Grau de liberdade	Valor-p	
TESTE QUI-QUADRADO	31,883	1	<0,001*	

A tabela 3 e apresenta a correlação das respostas dadas à questão “dores de cabeça frequente” do grupo sindrômico de sintomas somáticos sendo 10 (16,12%) **positivas** no grupo de **não suspeitos** e 17 (80,95%) **positivas** para o grupo de **suspeitos** (<0,001*).

Tabela 3 e – Correlação das respostas dadas à questão “dores de cabeça frequente” com suspeição para TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

			SRQ 20		Total
			Não Suspeitos	Suspeitos	
Dores de Cabeça	Positivo	Frequência absoluta % dores de cabeça	10 37,04%	17 62,96%	27 100,00%
	Negativo	Frequência absoluta % dores de cabeça	52 92,86%	4 7,14%	56 100,00%
	Total	Frequência absoluta % dores de cabeça	62 74,70%	21 25,30%	83 100,00%
	Estatística de teste	Grau de liberdade	Valor-p		
TESTE QUI-QUADRADO	30,033	1	<0,001*		

A tabela 3 f apresenta a correlação das respostas dadas à questão “sensações desagradáveis no estômago” do grupo sindrômico de sintomas somáticos sendo 12 (19,35%) **positivas** no grupo de **não suspeitos** e 14 (66,66%) **positivas** para o grupo de **suspeitos** (<0,001*).

Tabela 3 f – Correlação das respostas dadas à questão “sensações desagradáveis no estômago” com suspeição para TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

			SRQ 20		Total
			Não suspeitos	Suspeitos	
Sensações desagradáveis no estomago	Positivo		12 46,16%	14 53,84%	26 100,00%
	Negativo		50 87,78%	7 12,28%	57 100,00%
	Total		62 74,70%	21 25,30%	83 100,00%
	Estatística de teste	Valor-p			
TESTE QUI-QUADRADO	16,322	<0,001*			

A tabela 3 g apresenta a correlação das respostas dadas à questão “má digestão” do grupo sindrômico de sintomas somáticos sendo 9 (14,51%) **positivas** no grupo de **não suspeitos** e 13 (61,90%) **positivas** para o grupo de **suspeitos** (<0,001*).

Tabela 3 g – Correlação das respostas dadas à questão “má digestão” com suspeição para TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

		SRQ 20		Total
		Não suspeitos	Suspeitos	
Má digestão	Positivo	9 40,91%	13 59,09%	22 100,00%
	Negativo	53 86,89%	8 13,11%	61 100,00%
	Total	62 74,70%	21 25,30%	83 100,00%
	Estatística de teste	Valor-p		
TESTE QUI-QUADRADO	18,084	<0,001*		

A tabela 3 h apresenta a correlação das respostas dadas à questão “sente-se cansado(a) o tempo todo” do grupo sindrômico de decréscimo de energia vital sendo 4 (6,45%) **positivas** no grupo de **não suspeitos** e 12 (57,14%) **positivas** para o grupo de **suspeitos** (<0,001*).

Tabela 3 h – Correlação das respostas dadas à questão “cansado o tempo todo” com suspeição para TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

		SRQ 20		Total
		Não Suspeitos	Suspeitos	
Cansado o tempo todo	Positivo	4 25,00%	12 75,00%	16 100,00%
	Negativo	58 86,57%	9 13,43%	67 100,00%
	Total	62 74,70	21 25,30%	83 100,00%
	Estatística de teste	Valor-p		
TESTE QUI-QUADRADO	25,904	<0,001*		

A tabela 3 i apresenta a correlação das respostas dadas à questão “tem perdido o interesse pelas coisas” do grupo sindrômico de pensamentos depressivos sendo 11 (52,38) **positivas** para o grupo de **suspeitos** ($<0,001^*$)

Tabela 3 i – Correlação das respostas dadas à questão “tem perdido interesse pelas coisas” com suspeição para TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

		SRQ 20		Total
		Não suspeitos	Suspeitos	
Perdido interesse pelas coisas	Positivo	0 0,00%	11 100,00%	11 100,00%
	Negativo	62 86,11%	10 13,89%	72 100,00%
	Total	62 74,70%	21 25,30%	83 100,00%
	Estatística de teste	Valor-p		
TESTE QUI- QUADRADO	37,438	$<0,001^*$		

6.4 RESULTADOS DA ESCALA DE INDICADORES DE PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO (EIPST)

Serão apresentados os resultados dos quatro fatores da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho, sendo dois para avaliar o prazer, realização profissional e liberdade de expressão, e dois para avaliar o sofrimento, esgotamento emocional e falta de reconhecimento.

Segundo a Tabela 4, os participantes avaliam os seguintes itens como os mais importantes para a sua *realização profissional*: o “orgulho” pela profissão ($\mu = 5,45$) e a “identificação” com as atividades ($\mu = 4,82$). Por outro lado, os itens mais importantes para sua avaliação negativa são a “valorização” ($\mu = 3,25$) e “reconhecimento” ($\mu = 3,01$). Os achados indicam que a amostra, possivelmente não se perceba valorizada e reconhecida, embora sinta orgulho e identificação com a profissão, apresentando um resultado geral ($\mu = 4,20$) considerado mais positivo e satisfatório, segundo critérios da EIPST

Na revisão bibliográfica feita para a realização da presente pesquisa não foram encontrados estudos que permitissem comparações dos resultados encontrados nesta pesquisa com os de outros profissionais de saúde, utilizando o mesmo instrumento.

TABELA 4 - Média do fator realização profissional segundo os seus itens (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

ITEM	MÉDIA
Satisfação	4,04
Motivação	3,77
Orgulho pelo que faço	5,45
Bem-estar	4,28
Realização profissional	4,50
Valorização	3,25
Reconhecimento	3,01
Identificação com as minhas tarefas	4,82
Gratificação pessoal com as minhas atividades	4,69
Resultado geral	4,20

Conforme a Tabela 4b, a amostra considera os seguintes itens como os mais importantes para a *liberdade de expressão*: a “liberdade para falar do trabalho com os colegas” e a “solidariedade entre colegas”, dado que ambos apresentaram a maior média ($\mu = 4,07$). Por outro lado, os participantes consideram não ter “liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho” e “liberdade para falar sobre meu trabalho com as chefias”, dado que estes itens apresentaram as menores médias ($\mu = 3,28$). Os achados encontrados indicam que a amostra, possivelmente, não consegue expressar suas opiniões no local de trabalho e falar sobre seu trabalho com a chefia, embora tenha liberdade para falar sobre o trabalho com os colegas, apresentando um resultado geral ($\mu = 3,60$) considerado moderado, mas satisfatório, segundo os critérios do EIPST.

TABELA 4 b - Média do fator liberdade de expressão e itens (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

ITEM	MÉDIA
Liberdade com a chefia para negociar o que precisa	3,48
Liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas	4,07
Solidariedade entre colegas	4,07
Confiança entre colegas	3,28
Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho	3,28
Liberdade para usar a criatividade	3,35
Liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias	3,28
Cooperação entre os colegas	3,95
Resultado Geral	3,60

Conforme a tabela 4c, os participantes consideram, em ordem decrescente, os seguintes itens como mais importantes para uma avaliação negativa do *esgotamento profissional*: o “esgotamento emocional” ($\mu = 2,30$), o “estresse” ($\mu = 2,21$), a “sobrecarga” ($\mu = 2,18$) e a “insatisfação” ($\mu = 2,16$). Os achados obtidos indicam que, possivelmente, os participantes percebiam com esgotamento profissional e estresse, porém o resultado geral ($\mu = 1,99$), mostra que o fator esgotamento profissional ainda não se mostra preocupante, segundo os critérios do EIPST

TABELA 4 c - Média do fator esgotamento profissional e itens (n=83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

ITEM	MÉDIA
Esgotamento emocional	2,30
Estresse	2,21
Insatisfação	2,16
Sobrecarga	2,18
Frustração	1,95
Insegurança	1,66
Medo	1,45
Resultado geral	1,99

Conforme a Tabela 4d, a amostra considera como itens mais importantes para uma avaliação negativa do fator *falta de reconhecimento*: “falta de reconhecimento do meu esforço” ($\mu = 2,18$) e “desvalorização” ($\mu = 2,17$), porém

o resultado geral para o fator falta de reconhecimento ($\mu = 1,81$) não é preocupante, segundo critérios da EIPST

TABELA 4 d - Média do fator falta de reconhecimento e itens (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

ITEM	MEDIA
Falta de reconhecimento do meu esforço	2,18
Falta de reconhecimento do meu desempenho	2,05
Desvalorização	2,17
Indignação	1,88
Inutilidade	0,90
Desqualificação	0,96
Injustiça	1,67
Discriminação	0,89
Resultado Geral	1,81

6.5 RESULTADOS DA CORRELAÇÃO DOS ITENS DA ESCALA DE INDICADORES DE PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO COM SUSPEIÇÃO DE TMM

Dos participantes, (76,19 %) que não se percebem valorizados e (81,00 %) que não se percebem reconhecidos apresentam suspeição para TMM ($<0,01$) (Tabelas 5 e 5b). Nesta direção, Beck, Prestes, Tavares, Silva, Prochonow, Nonnenmacher, (2009) afirmam que a valorização e o reconhecimento podem interferir na identidade profissional dos enfermeiros, bem como, na autoestima e percepção destes acerca da sua profissão. Silveira, Funck, Lunardi, Silveira, Avila, Lunardi Filho, Vidal, (2012) destacam que ao ser reconhecido, o profissional de saúde pode sentir-se satisfeito com o trabalho, motivando-se para desenvolver suas atividades com maior qualidade. Segundo os autores, o trabalho ocupa um papel central na vida do ser humano, conferindo-lhe identidade profissional, representando o provimento do sustento e expressão como sujeito.

Sprandel e Vaghett (2012) em estudo sobre “Valorização e motivação de enfermeiros na perspectiva da humanização do trabalho nos hospitais” afirmam que o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAN) passou em 2003 por uma revisão e o Ministério da Saúde lançando a Política

Nacional de Humanização para toda a rede do SUS, tendo como objetivo principal os processos de gestão e de trabalho. Porém, mesmo diante das políticas públicas voltadas à humanização, verifica-se que em muitas instituições de saúde existe a desvalorização dos profissionais de saúde, a precarização das relações de trabalho e pouca participação na gestão dos serviços. Este cenário conduz os trabalhadores a refletirem e agirem sobre sua relação com o trabalho, o que pode leva-los a se (des)organizarem mental e fisicamente no enfrentamento dos desafios diários.

Nesta direção, Dejours (1992) destaca que com a organização inadequada do trabalho, o equilíbrio psicossomático dos trabalhadores pode ser comprometido e os efeitos patogênicos das más condições físicas, químicas e biológicas do ambiente do trabalho, potencializados.

Segundo Pagliari (2008) o sofrimento psíquico é decorrente da organização do trabalho, do não reconhecimento da instituição ou organização diante do trabalho realizado e das relações conflituosas e como decorrência podem ser desencadeados condições tais como estresse e ansiedade. Tais condições, se cronificadas, podem afetar a saúde mental do profissional, ocasionando sua incapacidade para o trabalho.

Tabela 5 – Correlação do item valorização da (EIPST) e suspeição de TMM (n=83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

			SRQ 20		Total
			Não suspeitos	Suspeitos	
Valorização	1 Negativo	Frequência absoluta % em Valorização	10,00 52,38	10,00 47,62	20,00 100,00
	2 Negativo	Frequência absoluta % em valorização	6,00 85,71	3,00 14,29	9,00 100,00
	3 Negativo	Frequência absoluta % em valorização	14,00 85,71	3,00 14,29	17,00 100,00
	4	Frequência absoluta % em valorização	7,00 85,71	3,00 14,29	10,00 100,00
	5	Frequência absoluta % em valorização	9,00 100,00	0,00 0,00	9,00 100,00
	6	Frequência absoluta % em valorização	16,00 90,48	2,00 9,52	18,00 100,00
Total		Frequência absoluta % em valorização	62 74,70%	21 25,30%	83 100,0%
	Estatística de teste	Grau de liberdade	Valor-p		
TESTE QUI-QUADRADO	20,12	5	<0,01		

Tabela 5 b – Correlação do item reconhecimento da (EIPST) e suspeição de TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

			SRQ 20		Total
			Não suspeitos	Suspeitos	
Reconhecimento	1 Negativo	Frequência absoluta % em reconhecimento	10,00 45,00	11,00 55,00	20,00 100,00
	2 Negativo	Frequência absoluta % em reconhecimento	6,00 66,67	3,00 33,33	9,00 100,00
	3 Negativo	Frequência absoluta % em reconhecimento	14,00 82,35	3,00 17,65	17,00 100,00
	4	Frequência absoluta % em reconhecimento	7,00 70,00	3,00 30,00	10,00 100,00
	5	Frequência absoluta % em reconhecimento	9,00 88,89	1,00 11,11	9,00 100,00
	6	Frequência absoluta % em reconhecimento	16,00 100,00	0,00 0,00	18,00 100,00
Total		Frequência absoluta % em reconhecimento	62 74,70%	21 25,30%	83 100,0%
	Estatística de teste	Grau de liberdade	Valor-p		
TESTE QUI-QUADRADO	23,83	5	<0,001*		

Dos participantes, 43,00 % que têm dificuldades em expressar sua opinião no local de trabalho e também falar do trabalho com a chefia, apresentam suspeição para TMM (<0,01) (Tabelas 5c e 5d). Segundo Sprandel e Vaghett (2012) a Política Nacional de Humanização PNH orienta que a organização do trabalho nos hospitais precisa ter por base metas discutidas coletivamente e com definição de eixos avaliativos, que avancem na implementação de contratos internos de gestão. Ao contrário, estas instituições de saúde vêm se

caracterizando pela rigidez hierárquica, controle, ausência de direito ou recurso das decisões superiores, forma de circulação da comunicação apenas descendente, descaso pelos aspectos humanísticos e disciplina autoritária.

Fontana e Siqueira (2009) enfatizam que a enfermagem e os profissionais de saúde em geral utilizam a comunicação para desenvolver seu trabalho, sendo que a mesma precisa ser essencialmente interativa, seja com a equipe ou com o usuário e clientela. De forma semelhante, os gestores precisam estar atentos à comunicação com sua equipe para compreender e atender suas necessidades. As autoras ainda destacam alguns fatores geradores de satisfação no trabalho, tais como, políticas adequadas de gestão de pessoas, processos de comunicação e relacionamento interpessoal satisfatório. É fato que, oferecer oportunidade aos profissionais de saúde para que contribuem com seu potencial criativo, poderá favorecer a satisfação profissional. As condições ambientais e a organização do processo de trabalho, se adequadas, tendem a favorecer a individualidade do profissional, garantindo uma produção com qualidade e satisfação por meio de uma gestão e co-gestão participativa.

Tabela 5 c – Correlação do item liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho (*) do (EIPST) e suspeição de TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

		SRQ 20			
		Não suspeitos	Suspeitos	Total	
Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho	1 Negativo	Frequência absoluta % em (*)	10,00 90,00	2,00 10,00	20,00 100,00
	2 Negativo	Frequência absoluta % em (*)	6,00 88,89	1,00 11,11	9,00 100,00
	3 Negativo	Frequência absoluta % em (*)	14,00 64,71	6,00 35,29	17,00 100,00
	4	Frequência absoluta % em (*)	7,00 90,00	1,00 10,00	10,00 100,00
	5	Frequência absoluta % em (*)	9,00 77,78	2,00 22,22	9,00 100,00
	6	Frequência absoluta % em (*)	16,00 50,00	9,00 50,00	18,00 100,00
Total		Frequência absoluta % em (*)	62 74,70%	21 25,30%	83 100,00%
	Estatística de teste	Grau de liberdade	Valor-p		
TESTE QUI-QUADRADO	26,64	5	<0,001*		

Tabela 5 d– Correlação do item liberdade para falar do meu trabalho com a chefia (*) (EIPST) e suspeição de TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

			SRQ 20		Total
			Não suspeitos	Suspeitos	
Liberdade para falar do meu trabalho com a chefia	1 Negativo	Frequência absoluta % em (*)	10,00 65,00	7,00 35,00	20,00 100,00
	2 Negativo	Frequência absoluta % em (*)	6,00 88,89	1,00 11,11	9,00 100,00
	3 Negativo	Frequência absoluta % em (*)	14,00 94,12	1,00 5,88	17,00 100,00
	4	Frequência absoluta % em (*)	7,00 60,00	4,00 40,00	10,00 100,00
	5	Frequência absoluta % em (*)	9,00 88,89	1,00 11,11	9,00 100,00
	6	Frequência absoluta % em (*)	16,00 61,11	7,00 38,89	18,00 100,00
Total		Frequência absoluta % em (*)	62 74,70%	21 25,30%	83 100,00%
	Estatística de teste	Grau de liberdade	Valor-p		
TESTE QUI-QUADRADO	17,75	5	<0,01		

Mais da metade da amostra de estudo (57,14 %), que percebe esgotamento emocional e estresse apresenta suspeição para TMM (<0,01) (Tabelas 5e e 5f). Conforme coloca Guimarães (2013) os fatores psicossociais de risco, caracterizados pela urgência de maior produtividade, redução de contingente de trabalhadores, pressão do tempo e complexidade das tarefas, aliados a expectativas irrealizáveis e relações de trabalho tensas e precárias,

podem gerar tensão, fadiga e esgotamento profissional, constituem-se em fatores responsáveis por situações de estresse relacionado ao trabalho e consequente prejuízo à saúde mental. A mesma autora afirma ainda, que o desempenho no trabalho pode, muitas vezes, ser mais prejudicado pelos fatores psicossociais de risco, do que por problemas físicos.

Também, segundo Botti (2008) os profissionais de saúde convivem com situações extremas como estresse, dor, sofrimento, risco de vida e proximidade com a morte. Estas situações podem desencadear angústia, medo, raiva, limitações, sendo emoções e sentimentos geradores de disfunções tanto psicológicas como biológicas.

Para Corrêa (2008), os profissionais de saúde e em especial, aqueles que se dedicam a trabalhar em unidades de emergência do Sistema Único de Saúde (SUS) e em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI's) estão submetidos a um estresse fora de seu controle, podendo ocorrer inúmeras repercussões em sua saúde física e mental que, por sua vez, acabam poderão ser repassados aos pacientes. De acordo com Dalri (2007) nos Pronto Atendimentos, em geral, são realizadas triagens e acolhimentos de pessoas com diversos tipos de problema: algias, acidentes, problemas mentais em crise, usuários de drogas, entre outros. O primeiro contato com o usuário é com os profissionais de saúde que orientam, encaminham, verificam sinais vitais, medicam após prescrição médica, sendo que estes profissionais se deparam com o inesperado e consequentemente com agentes de riscos ocupacionais. Espera-se das Unidades de Pronto Atendimento, disponibilidade e resolutividade. As portas precisam estar abertas 24 horas e não se pode negar atendimento. Outros fatores de risco podem estar associados ao mal estar emocional e estresse do profissional, tais como: problemas de comunicação, papéis indefinidos, competições, condições ergonômicas entre outros.

Tabela 5 e – Correlação do item esgotamento da (EIPST) e suspeição de TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

			SRQ 20		Total
			Não suspeitos	Suspeitos	
Esgotamento	1	Frequência absoluta % em esgotamento	10,00 80,00	4,00 20,00	20,00 100,00
	2	Frequência absoluta % em esgotamento	6,00 88,89	1,00 11,11	9,00 100,00
	3	Frequência absoluta % em Valorização	14,00 76,47	4,00 23,53	17,00 100,00
	4 Negativo	Frequência absoluta % em esgotamento	7,00 80,00	2,00 20,00	10,00 100,00
	5 Negativo	Frequência absoluta % em esgotamento	9,00 77,78	2,00 22,22	9,00 100,00
	6 Negativo	Frequência absoluta % em Valorização	16,00 55,56	8,00 44,44	18,00 100,00
Total		Frequência absoluta % em esgotamento	62 74,70%	21 25,30%	83 100,00%
	Estatística de teste	Grau de liberdade	Valor-p		
TESTE QUI-QUADRADO	17,69	5	<0,01		

Fontana e Siqueira (2009) afirmam serem vários os fatores geradores de esgotamento e estresse no ambiente de trabalho do profissional de saúde: (i) excesso de carga horária e atividades, pois desempenha múltiplas funções como coordenar uma equipe, envolver-se com o tratamento, diagnóstico; (ii) vivencia a falta de recursos e está exposto continuamente a situações críticas (iii) a desvalorização profissional, (iv) o preconceito, entre outros. A sobrecarga de trabalho pode ser desencadeadora de esgotamento físico e mental. Em

contextos ocupacionais deletérios os trabalhadores tendem a desenvolver sintomas de estresse, podendo ocorrer comprometimento da saúde e da qualidade de vida e do trabalho. Acrescente-se que condições precárias dos serviços públicos são desencadeadoras de sofrimento, pois despertam o sentimento de impotência quanto à possibilidade de prestação de uma assistência de qualidade ao usuário.

Tabela 5 f – Correlação do item estresse da (EIPST) e suspeição de TMM (n=83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

			SRQ 20			
			Não suspeitos	Suspeitos	Total	
Estresse	1	Frequência absoluta % em estresse	10,00 80,00	4,00 20,00	20,00 100,00	
	2	Frequência absoluta % em estresse	6,00 88,89	1,00 11,11	9,00 100,00	
	3	Frequência absoluta % em estresse	14,00 76,47	4,00 23,53	17,00 100,00	
	4	Frequência absoluta % em estresse	7,00 100,00	0,00 0,00	10,00 100,00	
	5 Negativo	Frequência absoluta % em estresse	9,00 88,89	1,00 11,11	9,00 100,00	
	6 Negativo	Frequência absoluta % em estresse	16,00 38,89	11,00 61,11	18,00 100,00	
Total		Frequência absoluta % em estresse	62 74,70%	21 25,30%	83 100,00%	
	Estatística de teste	Grau de liberdade	Valor-p			
TESTE QUI-QUADRADO	27,30	5	<0,001*			

Dos participantes, (52,38 %) que percebem falta de reconhecimento apresentam suspeição para TMM ($<0,02$) (Tabela 5g). A discussão pertinente desta tabela é a mesma das tabelas 5 e 5b.

Tabela 5 g – Correlação do item falta de reconhecimento (*) da (EIPST) e suspeição de TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

			SRQ 20		Total
			Não suspeitos	Suspeitos	
Falta de reconhecimento	1	Frequência absoluta % em (*)	10,00 65,00	7,00 35,00	20,00 100,00
	2	Frequência absoluta	6,00	2,00	9,00
		% em (*)	77,78	22,22	100,00
	3	Frequência absoluta % em (*)	14,00 94,12	1,00 5,88	17,00 100,00
	4 Negativo	Frequência absoluta % em (*)	7,00 60,00	4,00 40,00	10,00 100,00
	5 Negativo	Frequência absoluta % em (*)	9,00 66,67	3,00 33,33	9,00 100,00
Total	6 Negativo	Frequência absoluta % em (*)	16,00 77,78	4,00 22,22	18,00 100,00
		Frequência absoluta % em (*)	62 74,70%	21 25,30%	83 100,00%
	Estatística de teste	Grau de liberdade	Valor-p		
TESTE QUI-QUADRADO	14,72	5	<0,02		

Dos participantes, (47,61 %) que percebem desvalorização apresentam suspeição para TMM ($<0,02$) (Tabela 5h). A discussão pertinente desta tabela é a mesma das tabelas 5 e 5b.

Tabela 5 h – Correlação do item desvalorização da (EIPST) e suspeição de TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

			SRQ 20		
			Não suspeitos	Suspeitos	Total
Desvalorização	1	Frequência absoluta % em desvalorização	10,00 65,00	7,00 35,00	20,00 100,00
	2	Frequência absoluta % em desvalorização	6,00 77,78	2,00 22,22	9,00 100,00
	3	Frequência absoluta % em desvalorização	14,00 88,24	2,00 11,76	17,00 100,00
	4 Negativo	Frequência absoluta % em Valorização	7,00 30,00	7,00 70,00	10,00 100,00
	5	Frequência absoluta % em desvalorização	9,00 100,00	0,00 0,00	9,00 100,00
	6 Negativo	Frequência absoluta % em Valorização	16,00 83,33	3,00 16,67	18,00 100,00
Total		Frequência absoluta % em desvalorização	62 74,70%	21 25,30%	83 100,00%
	Estatística de teste	Grau de liberdade	Valor-p		
TESTE QUI-QUADRADO	23,59	5	<0,001*		

A prevalência de Transtornos Mentais Menores nos profissionais de saúde do Pronto Atendimento e Hospital Municipal de Rondonópolis foi de 25,30%, valor considerado alto por tratar-se de população ativa, de trabalhadores, confirmado a hipótese 1 de que existiria uma alta prevalência de suspeição para TMM. Cabe destacar que não foi realizado diagnóstico de “caso” de transtorno mental, por meio de entrevista clínico-psiquiátrica, considerada o “gold standard” (padrão ouro) para fazer o diagnóstico nosológico psiquiátrico.

As variáveis sócio demográficas não apresentaram uma relação estatisticamente significativa com a prevalência de TMM e com itens da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho.

Como fatores associados aos TMM foram identificados os seguintes itens relacionados ao sofrimento no trabalho: falta de valorização e reconhecimento, dificuldades em expressar sua opinião no local de trabalho e também falar do trabalho com a chefia, esgotamento emocional e estresse.

Nesta investigação, foi constatado ainda que, entre os aspectos negativos de trabalho na instituição estão a falta de infraestrutura física e material para desenvolvimento do trabalho de maneira digna e satisfatória, vínculos contratuais temporários de 6 meses, podendo ou não serem renovados, ausência de direitos trabalhistas como insalubridade e adicional noturno e baixos salários.

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

Outro fator que deve ser levado em consideração na análise das limitações deste estudo é a possibilidade de ter havido viés de seleção. Os procedimentos de constituição da amostra não foram aleatórios, podendo facilitar a ocorrência do denominado “efeito do trabalhador sadio”, ou seja, só estarem presentes os servidores saudáveis, embora com o conhecimento que se tem na atualidade sobre o presenteísmo, está hipótese seja improvável. De

qualquer maneira, para atenuar esta possível tendência, buscou-se realizar a coleta de dados nos cinco turnos das cinco equipes de profissionais, com o objetivo de reduzir o percentual de perdas dos indivíduos elegíveis em cada unidade amostral. Os resultados obtidos parecem não ter sido afetados pelos possíveis vieses amostrais que poderiam ter ocorrido.

Outra limitação do presente estudo foi a de não terem sido separados os resultados obtidos por categoria profissional: profissionais enfermeiros, técnicos de enfermagem, recepção e auxiliares de serviços gerais, o que poderá ser feito em próximos estudos.

Com relação à aferição dos efeitos do trabalho à saúde mental, vista por meio dos Transtornos Mentais Menores, prazer e sofrimento no trabalho, cabe destacar que o instrumento de pesquisa empregado para mensurá-los (SRQ-20), foi adequado e tem sido largamente utilizado no país em estudos populacionais gerais e com trabalhadores e revelado bom desempenho deste na avaliação e triagem de morbidade o mesmo se dando com a EIPST que tem sido utilizada com trabalhadores e também revela bom desempenho psicométrico na avaliação de prazer e sofrimento no trabalho.

Apesar das limitações apontadas, o estudo avaliou um contingente expressivo de profissionais da clínica médica do Pronto Atendimento e Hospital Municipal de Rondonópolis/MT, o que permitiu estimar a prevalência de TMM e identificar os fatores associados à sua ocorrência.

Minimizar o sofrimento dos trabalhadores envolvidos implica em discussões relacionadas à organização e ambiente do trabalho. A eliminação ou a redução da exposição às condições de risco e a melhoria dos ambientes de trabalho para promoção e proteção da saúde do trabalhador constituem um desafio que ultrapassa o âmbito de atuação dos serviços de saúde, exigindo soluções técnicas, às vezes complexas e de elevado custo. Em certos casos, medidas simples e pouco onerosas podem ser implementadas, com impactos positivos e protetores para a saúde do trabalhador e o meio ambiente. Há necessidade de discussão sobre a criação de novos meios de ações e intervenções no ambiente de trabalho e a organização das tarefas para promoção da saúde mental e bem-estar do trabalhador.

Pesquisas envolvendo a saúde dos profissionais de saúde devem ser intensificadas, para que medidas de promoção e prevenção possam ser tomadas

pelas instituições a fim de diminuir ou combater possíveis agravos à saúde física e mental destes profissionais. Isto possivelmente resultará em uma assistência com qualidade e que propicie bem estar à clientela por eles atendida.

Espera-se que a apresentação dos resultados do presente estudo possa contribuir para aumentar o conhecimento sobre a prevalência de TMM, sofrimento e prazer no exercício profissional de profissionais da saúde proporcionando informação útil para os gestores da secretaria de saúde e do pronto atendimento e hospital municipal para a criação de programas de promoção e de intervenção e de saúde mental junto aos servidores.

REFERÊNCIAS

ALBORNOZ, Suzana. **O que é trabalho.** 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1988.

ALVES M.; GODOY S. C. B.; SANTANA D. M. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. **Rev. Bras. Enferm.** Vol.59 no.2 Brasília Mar./Apr.2006

ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho.** São Paulo: Cortez, 1998.

ANTUNES, R. **Os Sentidos do Trabalho:** ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2003.

ANTUNES, R. **O caracol e sua concha:** ensaios sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo: Bomtempo, 2005.

AQUINO E.M.L. **Gênero, trabalho e hipertensão arterial: um estudo de trabalhadoras em enfermagem em Salvador/Ba.** 1996, [tese de doutorado]. Salvador (BA): Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 1996.

AQUINO E.M.L.; ARAÚJO M.J.; MENEZES G.M. Saúde e trabalho de mulheres profissionais de enfermagem em um hospital público de Salvador, Bahia. **Rev. Bras Enfermagem.** 1993 julho/dezembro; 46(3/4): 245-57.

ARAÚJO T. AQUINO E. MENEZES G. SANTOS C. AGUIAR L. Aspectos psicosociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev. Saúde Pública.** 2003; 37 (4): 424-33.

BATISTA, K.M; BIANCHI, E.R.F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Rev Latino-am Enfermagem.** 2006; 14(4):534-9.

BÁRBARO, A. M. et al. Transtornos mentais relacionados ao trabalho: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 5, n. 2, p. 1-16, 2009.

Beck C.L.C.; Prestes F.C.; Tavares J.P.; Silva R.M.; Prochonow A.G.; Nonnenmacher C.Q. Identidade profissional de enfermeiros de serviços de saúde municipal. **Cogitare Enferm.** 2009; 14:114-9

BERGAMINI C. W. TASSINARI R. **Psicopatologia do Comportamento Organizacional: organizações desorganizadas, mas produtivas.** São Paulo: Cengage Learning, 2008.

BERNAL, O. A. **Psicologia do trabalho em um mundo globalizado:** como enfrentar o assédio psicológico e o estresse no trabalho. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BORSOI, I. C. F. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 103-111, 2007.

BORDIN, R.; ROSA, R.S. Médicos: quem somos. In: AGOSTO, F.M.; PEIXOTO, R.; BORDIN, R. (orgs) **Riscos da prática médica**. Porto Alegre: Dacasa Editora, 1998.

BORGES, L. O. As concepções do trabalho: um estudo de análise de conteúdo de dois periódicos de circulação nacional. **RAC - Revista de Administração Contemporânea**, 1999, v.3, n.3, p.81-107.

BORGES, L. O.; TAMAYO, A. A estrutura cognitiva do significado do trabalho. **Revista Psicologia: organizações e trabalho**, v. 1, n. 2, p. 11-44, Jul./Dez. 2001.

BORGES, O. L. ; GUIMARÃES, L. A. M. ; SILVA S. S. – (2013). **Diagnóstico e promoção da saúde psíquica no trabalho**. In: BORGES O. L. ; MOURÃO L. O **Trabalho e as Organizações: atuações a partir da psicologia**. Porto Alegre: Artmed, SBPOT, pp. 581-618.

BORGES, L. O. MOURÃO, L. **O Trabalho e as Organizações: atuações a partir da Psicologia**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BORGES, Livia de Oliveira; YAMAMOTO, Osvaldo Hajime. **O mundo do trabalho**. In: ZANELLI, José Carlos; BORGES-ANDRADE, Jairo E.; BASTOS. Virgilio B. (orgs.) **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004

BRUSCHINI, C. Trabalho doméstico: inatividade econômica ou trabalho não-remunerado? **R. bras. Est. Pop.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 331-353, jul./dez. 2006

BRAGA, L.C.D. **Condições de trabalho e saúde dos profissionais da rede básica de saúde de Botucatu-SP, 2007, (138 f.)** Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina Botucatu, Botucatu-SP.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto brasileiro de geografia e estatística. **Pesquisa nacional por amostra de domicílio: tabagismo 2008**. Rio de Janeiro, 2009, 128 p.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto brasileiro de geografia e estatística. **Mulher no mercado de trabalho**: perguntas e respostas. Rio de Janeiro, 2012, 24p.

CAMARGO, D. A. NEVES, S. N. H. Transtornos mentais, saúde mental e trabalho. In: L.A. M. Guimarães & S. Grubits (Eds.). Saúde mental e trabalho (Vol. 3, pp. 23-40). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

CAMPOS. G.W.S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. 3rd ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

CARDOSO, W. D. **Saúde Mental, Trabalho e Qualidade de Vida - Interações**, 2001 – Interações-ISMT.

CARLOTTO, M. S. (2010). O papel do psicólogo frente ao adoecimento e sofrimento ocupacional. *Pessoas e Sintomas*, 11, 49-54.

CODA, Roberto; FONSECA, Gláucia F. Em busca do significado do trabalho: relato de um estudo qualitativo entre executivos. **Revista brasileira de gestão de negócios**. v. 6, n. 14, p.7-18, Abr./ 2004.

CODO, W. Um diagnóstico do trabalho (em busca do prazer). In: A. TAMAYO, J. BORGES-ANDRADE; W. CODO (Eds.), **Trabalho, organizações e cultura**. São Paulo, SP: Cooperativa de Autores Associados, p. 21-40, 1997.

Corrêa, R. Z. **A. Estresse laboral e qualidade de vida na equipe de enfermagem: Evidências de validade**. (Dissertação de Mestrado). Universidade São Francisco, Itatiba, 2008.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. **A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas**. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, v.13(Supl. 2):21-32, 1997.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Oboré, 1987.

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

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYNET, C. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, Jean-François (Org.). **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1996. p. 150-173.

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

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, 2004 14 (3), 27-34.

DEJOURS, C. A metodologia em psicodinâmica do trabalho. In: S. LANCMAN & L. SZNELWAR (Org.). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 105-126.

DEJOURS, C. Psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In: A. M. Mendes, S. LIMA & E. P. FACAS (Orgs.). **Diálogos em psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo 15, 2007. p. 13-26

DIAS, E. C. Aspectos atuais da saúde do trabalhador. In: BUCHINELLI J. T. (Org). **Isto é trabalho de gente?** Petrópolis:Vozes, p.. 138 -156, 1994.

DSM-IV – Manual diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ENRIQUEZ, E. Perda do trabalho, Perda da Identidade. In.: NABUCO, Maria Regina; CARVALHO NETO, Armando (Orgs.). **Relações de Trabalho Contemporâneas**. Belo Horizonte: IRT da PUC de MG, p. 69-83, 1999.

FARIAS, A. F. M. R. **Vivências de sofrimento e prazer no trabalho: a dor e a delícia de ser trabalhador da saúde da família em Campina Grande**. Campina Grande, 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual da Paraíba/UEPB. Campina Grande, PB

FALAVIGNA A.; CARLOTTO, M. S. Tendência Temporal de Afastamento do Trabalho por Transtornos Mentais e Comportamentais em Enfermeiros (1998-2008). **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, 13(3), set-dez 2013, pp. 363-372

FERNANDES, K. B.; ZANELLI, J. C. O processo de construção e reconstrução das identidades dos indivíduos nas organizações. **Revista de Administração Contemporânea**, v.10, n.1, p. 55-72, Jan./Mar. 2006.

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

FERREIRA, L. L. Apresentação. In: DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5. ed. São Paulo: Cortez-Aboré, 1992. p. 9 - 10.

FERREIRA, M. C. MENDES, A. M. Só de pensar em vir trabalhar já fico de mau humor: Atividade de atendimento público e prazer-sofrimento no trabalho. **Revista Estudos de Psicologia**, v. 6, n.3, p. 93-105, 04/2001.

FERREIRA, M. C. MENDES, A. M. **Trabalho e riscos de adoecimento:** o caso dos auditores fiscais da previdência social Brasileira. Brasília: Edições Ler, Pensar, Agir (LPA), 2003.

FONTANA R.T.; SIQUEIRA K. I. O trabalho do enfermeiro em saúde coletiva e o estresse: análise de uma realidade. **Cogitare Enferm** 2009 Jul/Set;14(3):491-8

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

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

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder.** Ed. Graal, Rio de Janeiro, págs.: 79-98, 1993.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país-2001. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, n. 13, p. 888-895, set./out. 2005. Número especial.

GATTI M.F.Z.; LEÃO E.R; SILVA M.J.P.; PUGGINA A.C.G. Comparação entre os níveis de ansiedade e estresse apresentados e percebidos pela equipe de enfermagem. **Enfermería Global** [periódico en la Internet] 2004 [citado 2006 dec 6];(5). Disponible en: <http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/article/view/540/593>

GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. (Org.). **Saúde mental no trabalho: desafios e soluções.** São Paulo: Editora VK,2000.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. RAE: **Revista de Administração de Empresa**, v. 35, n. 2, 1995.

GUIMARÃES, L. A. M. **Saúde mental e trabalho em um segmento do operariado da indústria extractiva de mineração de ferro.** 1992, (Tese de Doutorado). Campinas- SP, 1992.

GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Org.). **Saúde mental e trabalho**, v.1. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. 276 p.

GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Org.). **Saúde mental e trabalho**, v.2. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 278 p.

GRUBITS, S.; GUIMARÃES, L. A. M. (Org.). **Saúde mental e trabalho**, v.4. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. 210 p.

GUIMARÃES. L. A. M. **Fatores psicossociais de risco no trabalho.** In: FERREIRA, J. J.; PENIDO, L. O. (coords). **Saúde mental no trabalho:**

coletânea do fórum de saúde e segurança no trabalho do Estado de Goiás. Goiás: Cir Gráfica, 2013, p. 273-282.

HACKMAN J.; OLDHAN, G. Development of job diagnostic survey. *J Appl Psychol.* 1975;60(2):159-70.

KIRCHHOF A.L.C; MAGNAGO T.S.B.S; CAMPONOGARA S.; GRIEP R.H; TAVARES J.P; PRESTES F.C; et al. Condições de trabalho e características sócio demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2009 Abr/Jun; 18(2): 215-23

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

LANCMAN, S.; SZNELWAR. L.I. (Orgs). Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. ISBN: 85-7541-044-X. 3^a edição (revista e ampliada) FIOCRUZ: R.J. 2011

LAURELL, A C.; NORIEGA, M. **Processo de Produção e Saúde:** trabalho e desgaste operário. Tradução: Amélia Cohn et. al. São Paulo: HUCITEC, 1989.

LAUTERT L. O desgaste profissional: uma revisão da literatura e implicações para a enfermeira. **Revista Gaúcha de Enfermagem** 1997;18(2):83-93

LAUTERT L; E. H. B. CHAVES; G. M. S. S. MOURA. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro, **Rev Panam Salud Publica, Pan Am J Public Health**, v. 06 n.06, 1999.

LEOPARDI, M.T.; GELCKE, F.; RAMOS, F. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto Contexto Enferm**. 2001;10(1):32-49.

LUDMILA, C. B.; CARVALHO, L. R.; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciênc. saúde coletiva**, vol.15 suppl.1 Rio de Janeiro Jun. 2010.

MAGNAGO, T. S. B. S. et al. Condições de trabalho de profissionais de enfermagem: avaliação baseada no modelo demanda- controle. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 23, n.6, p. 811-817, 2010.

MALVEZZI, S. Prefácio. In: ZANELLI, J. C. et al. **Psicologia Organizacional e do Trabalho no Brasil**. Porto Alegre, Artmed, 2004.

MARSHALL, John C. **The new organology. Behavioral and Brian Sciencer**, V. 3, Issue 01, March 1980, p. 23-25.

MARTINS, L. A. N. Saúde mental dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Medicina no Trabalho**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 56-68, jul./set. 2003.

MAURO, M. Y. C. et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 13-18, jan./mar. 2010.

MARX, K. **O capital**. São Paulo: Difel; 1984.

MENDES, R.; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador, **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, 25 (5) : 341-9, 1991.

MENDES, A. M. **Valores e vivências de prazer – sofrimento no contexto organizacional**, 1999. Tese de doutorado não-publicada. Universidade de Brasília, Brasília, (1999).

MENDES, A. M. **Cultura Organizacional e Prazer-sofrimento no Trabalho: uma abordagem psicodinâmica**. In: TAMAYO, Álvaro e col. Cultura e Saúde nas Organizações. Porto Alegre: Aramed, 2004. p. 60-76.

MENDES, A. M. Pesquisa em Psicodinâmica: a clínica do trabalho. In: MENDES, A. M. (org). **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2007. p.65-87.

MENDES, A. M. Prazer, Reconhecimento e transformação do sofrimento no trabalho. In: MENDES, A. M. (org). **Trabalho e Saúde: o sujeito entre emancipação e servidão**. Curitiba: Juruá, 2008. p.13-25.

MENDES, A. M; FERREIRA, M. C. 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. 368 p.

MERHY, E. E. **Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção**. In: MERHY, E. E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 15-36.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Trabalho em saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – FIOCRUZ. Dicionário de educação do profissional de saúde. Rio de Janeiro; 2005 [acesso 23 abr 2015] Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/>

MERLO, A. R. C. Psicodinâmica do trabalho. In: M. G. Jacques & W. Codo (Orgs.). **Saúde mental e trabalho: leituras**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 130-142.

MERLO, Á. R. C. Mendes, A. M. B. **Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil:** teoria, pesquisa e ação. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 2009, vol. 12, n. 2, pp. 141-156.

MINISTÉRIO DO TRABALHO. **Política nacional de segurança e saúde do trabalhador.** Brasília, 29 dez. 2004. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/empregador/segsau/conteudo/7307.pdf>.

MIROWSKY, J. ROSS; C. E. Reviewed Work: Social Causes of Psychological Distress. **Social Service Review** Vol. 65, No. 2 Jun., 1991, pp. 331-333.

MORIN, E.M.. Os Sentidos do Trabalho. **Revista de Administração de Empresas**, v. 41, n. 3, p. 8-19, Jul./Set. 2001.

NEVES, M. Y. R.; SELIGMANN-SILVA, E.; ATHAYDE, M. Saúde mental e trabalho: um campo em construção. In: ARAÚJO, A. M. F. et al. (Orgs). **Cenários do trabalho:** subjetividade, movimento e enigma. Rio de Janeiro: DP&A, p. 19-49. 2004

NOGUEIRA-MARTINS, L A. Saúde mental dos profissionais de saúde. **Rev Bras Med Trab**, v. 1, n. 1, p. 56-68, 2003.

OLIVEIRA, S. **Os sentidos do trabalho para os dentistas filiados à UNIODONTO.** 2004 (205 f). Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

OLIVEIRA, B.R.G.; LOPES T.A.; VIEIRA, C.S.; COLLET, N. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI Neonatal e o cuidar humanizado. **Texto Contexto Enferm.** 2006;15(spe):105-13.

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

PANIZZON C.; LUZ A.M.H.; FENSTERSEIFER L.M. Estresse da equipe de enfermagem de emergência clínica. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2008 set;29(3):391-9.

PEIRÓ, J.M; PRIETO, F. Tratado de psicología del trabajo, Vol 1. **La actividad laboral en su contexto.** Madrid: Síntesis, 1996.

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS – PNAD: síntese metodológica. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 15, n. 2, 1998

PIRES, D.E.P. **Reestruturação produtiva e trabalho em Saúde no Brasil.** 2nd ed. São Paulo: Annablume; 2008.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo (SP): Editora Hucitec; 1991.

RAMAZZINI, B. **As doenças dos trabalhadores**. São Paulo: Fundacentro, 1985. 163 p.

RIGOTTO, R. M. **Investigando a relação entre saúde e trabalho**. In: ROCHA, L. E. RIGOTTO, R. M., BUSCHINELLI, J. T. P. **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo: Vozes, 1994.

RIOS, I. C. Humanização e ambiente de trabalho na visão de profissionais da saúde. **Saúde soc.** Vol.17 no.4 São Paulo Oct/Dec. 2008.

SANTOS, G. D. **Significados atribuídos ao trabalho: uma análise comparativa entre professores do ensino superior em diferentes regimes de trabalho**, 2010 (93 f) Dissertação (Mestrado). Universidade FUMEC - Faculdade de Ciências Empresariais – FACE. Belo Horizonte – MG, 2010.

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

SCHMIDT, D. R. C. et al. Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 330-337, abr./jun. 2009.

SELIGMANN-SILVA, E. et al. **Crise, trabalho e saúde mental no Brasil**. São Paulo: Traço Editora, 1986.

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

SELIGMANN-SILVA, E. **Uma história de crise de nervos: saúde mental e trabalho**. In: ROCHA, L. E., RIGOTTO, R. M., BUSCHINELLI, J. T. P. **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo: Vozes, 1994.

SILVA, J.L.L.; MELO, E.C.P. Estresse e implicações para o trabalhador de enfermagem. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>>. Acessado em: 25/05/2015.

SILVA, J. L. L. et al. **Estresse, trabalho e ambiente: prevalência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores de enfermagem de um hospital federal no município do Rio de Janeiro**. In: SEMANA CIENTÍFICA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA, 15.2008, Niterói, RJ. Anais eletrônicos. Niterói: UFF, 2008.

SILVA, A. T. C.; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Rev. Saúde Pública** 2008;42(5):92

SILVEIRA R.S.; FUNCK C.R.; LUNARDI V.L.; SILVEIRA J.T.; AVILA L.I.; LUNARDI FILHO W.D.; VIDAL D.A.S. Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca da satisfação no contexto do trabalho na UTI. **Enferm Foco**. 2012; 3:93-6

SILVINO, Z. R. O desgaste mental no trabalho dos enfermeiros: entre o real e o prescrito. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: UFRJ – EEAN, 2002.112p

SOUZA, H. M. M. R. **Análise experimental dos níveis de ruído produzido por peça de mão de alta rotação em consultórios odontológicos: possibilidade de humanização do posto de trabalho do cirurgião dentista** 1998 (107 f). Tese [Doutorado Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1998.

SOUZA, S.S.; COSTA, R.; SHIROMA, L.M.B.; MALISKA, I.C.A.; AMADIGI, F.R.; PIRES, D.E.P. *et al.* Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2010;12 (3):449-55. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.6855>.

TOLFO, S., PICCININI, V. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. **Psicologia & Sociedade**, v.19, Edição Especial, n. 1, p. 38-46, 2007.

ZANELLI, C. BORGES -, J. E. VIRGILIO, A. (Org). **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed 2014.

ZANELLI, C. **Estresse nas organizações de trabalho: compreensão e intervenção baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ZANELLI, J. C.; SILVA, N.; TOLFO, S. D. R. (Org.). **Processos psicossociais nas organizações e no trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

VAISSMAN, M. **Alcoolismo no trabalho**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

VALLES, R. Q., Jr. How successful high school students cope with bullying: A qualitative study. Unpublished doctoral dissertation, Faculty of the Rossier School, Education University of Southern California, Los Angeles, CA, 2007.

VILELA, E. F. **Vivências de prazer-sofrimento no trabalho docente: um estudo em uma IES pública de Belo Horizonte – Minas Gerais**, 2010 (95 f) Dissertação (Mestrado) – Faculdades Novos Horizontes, Belo Horizonte, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Campo Grande, 18 de novembro de 2014

À Senhora Marildes Ferreira

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Rondonópolis.

Apresento a mestranda Neide Izabel Johann Kappel, Psicóloga, graduada pela UNOESC, docente da Universidade de Rondonópolis, aluna do Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Psicologia da Saúde, na Universidade Católica Dom Bosco (UCDB-2013/2014).

A referida mestranda tem por objetivo, desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “Prevalência de Transtornos Mentais Menores, Prazer e Sofrimento, em Profissionais da Área da Saúde, do Pronto Atendimento e Hospital Municipal de Rondonópolis/MT” vinculado à linha de pesquisa “Práticas de Saúde e Qualidade de Vida”, tendo em vista a elaboração de sua dissertação de Mestrado, sob minha orientação.

Assim, solicito a sua autorização e colaboração para a participação dos servidores que exercem sua profissão no Pronto Atendimento e Hospital Municipal de Rondonópolis na presente pesquisa, sejam eles técnico-administrativos ou enfermeiros, tendo em vista que aquele que aceitar participar deverá responder voluntariamente a alguns instrumentos (questionários), respeitando-se os preceitos éticos em pesquisa, não havendo em nenhum momento a citação do nome do participante.

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

Atenciosamente,

Prof^a Dr^a Liliana Andolpho Magalhães Guimarães.

Orientadora

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto de Pesquisa: “Prevalência de Transtornos Mentais Menores, Prazer e Sofrimento, em Profissionais da Área da Saúde, do Pronto Atendimento e Hospital Municipal de Rondonópolis/MT”

Pesquisadora: Neide Izabel Johann Kappel
Telefone: Cel. 66 96676362

E-mail: n260375@hotmail.com

Orientadora: Profª. Dr. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães- UCDB/MS

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

Seu objetivo é avaliar a prevalência de TMM e as vivências de prazer e sofrimento no trabalho, dos profissionais da área da saúde, do Pronto Atendimento e Hospital Municipal de Rondonópolis

O procedimento de coleta de dados será por meio da aplicação conjunta dos seguintes instrumentos de pesquisa: 1) Questionário sociodemográfico-ocupacional; 2) o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), para rastreamento de transtornos não psicóticos. Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST) que apresenta uma descrição do sentido do trabalho: as representações relativas às vivências de prazer e de sofrimento no trabalho

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

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

1. A participação na pesquisa é voluntária e não implica em quaisquer tipos de despesa e/ou ressarcimento financeiro;
2. É garantida a liberdade de retirada do consentimento e da participação no respectivo estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosa;
3. É garantido o anonimato;

4. Os dados coletados só serão utilizados para fins de pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em livros, ensaios e/ou artigos científicos em revistas especializadas e/ou em eventos científicos e os resultados solicitados pela internet para a pesquisadora;
5. A pesquisa aqui proposta foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), que a referenda.
6. O presente termo está assinado em duas vias.

Campo Grande/MS, _____ de _____ de 2015.

APÊNDICE C

QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO E OCUPACIONAL

Nº _____ **Nome do Participante** _____

Cargo _____

Deseja receber por email particular seus resultados _____

Email pessoal para envio de resultados individuais _____

Tempo de duração da aplicação _____

1. Sexo

- a) Feminino ()
- b) Masculino ()

2. Faixa etária

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

3. Maior Titulação acadêmica?

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

4. Estado Civil?

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| a) Casado () | d) Separado/Divorciado () |
| b) Solteiro () | e) Viúvo () |
| c) União estável () | f) Outros: _____ |

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

- a) Pais () d) Sobrinho ()
 b) Cônjuge () e) Filhos ()
 c) Irmãos () f) Outros: _____

6. Tem filhos?

- a) Sim, quantos? _____
 b) Não

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

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

7. Religião

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

7.1 É praticante?

- a) Sim ()
 b) Não ()

8. É fumante?

- a) Sim ()
 b) Não ()

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

- a) Sim ()
 b) Não ()

10. Renda familiar

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

11. Excede carga horária?

- a) Sim ()
- b) Não ()

11.1 Se sim, com qual frequência?

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

12. Há quanto tempo trabalha no Pronto Atendimento?

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

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

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

14. Turno de trabalho

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

15. Aspectos positivos no seu exercício profissional no Pronto Atendimento:

16. Aspectos negativos no seu exercício profissional no Pronto Atendimento: _____

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

- a) Sim ()
- b) Não ()

17.1 Se sim, qual. (is)?

18. Avalie sua qualidade de vida:

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

19. Toma alguma medicação?

- a) Sim ()
- b) Não ()

19.1 Se sim, qual e com que frequência? _____

19.2 Com receita médica?

- a) Sim ()
- b) Não ()

20. O que costuma fazer nas horas vagas? _____

21. Quantas horas em média costuma dormir a noite?

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

22. Pratica atividades físicas?

a) Sim ()

b) Não ()

22.1 Se sim, qual. (is)?

22.2 Frequência semanal:

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

a) Excelente () b) Bom () c) Regular ()

d) Ruim () e) Péssimo ()

APÊNDICE D

Tabelas geradas pelo estudo

Tabela 1 – Distribuição da amostra quanto a faixa etária, sexo e estado civil (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

Variáveis pessoais	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida
IDADE			
De 18 a 25 Anos	09	10,9	10,9
De 26 a 32 Anos	29	35,0	35,0
De 33 a 40 Anos	25	30,1	30,1
De 41 a 48 Anos	10	12,0	12,0
De 49 a 56 Anos	08	9,7	9,7
57 anos ou mais	02	2,4	2,4
Total válido	83	100,0	100,0
Dados faltantes	00	00,0	00,0
Total	83	100,0	100,0
SEXO			
Masculino	24	28,9	28,9
Feminino	59	71,1	71,1
Total válido	83	100,0	100,0
Dados faltantes	00	00,0	00,0
Total	83	100,0	100,0
ESTADO CIVIL			
Casado	32	38,6	38,6
Solteiro	28	33,8	33,8
União Estável	11	13,2	13,2
Separado/divorciado	10	12,0	12,0
Viúvo	02	2,4	2,4
Outros	00	00,0	00,0
Total Válido	83	100,0	100,0
Dados Faltantes	00	00,0	00,0

TABELA 1b – Distribuição da amostra quanto ao número de filhos e escolaridade (n=83). Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

Variáveis Pessoais	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida
Nº FILHOS			
01	11	20,3	13,3
02	41	76,0	49,3
03	02	3,7	2,4
Total Válidos	54	100,0	100,0
Dados Faltantes	00	100,0	100,0
Total	83		
ESCOLARIDADE			
Fundamental-Completo	08	9,6	9,6
Médio-Completo	49	59,1	59,1
Superior-Completo	18	21,7	21,7
Especialização -Completo	08	9,6	9,6
Mestrado – Completo	00	00,0	00,0
Doutorado - Completo	00	00,0	00,0
Total Válidos	83	100,0	100,0
Dados Faltantes	00	00,0	00,0
Total	83	100,0	100,0

TABELA 1c – Distribuição da renda mensal, tabagismo e consumo de bebida alcoólica (n=83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

Variáveis pessoais	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida
RENDAS FAMILIAR			
Até R\$ 1.000,00	17	20,5	20,5
De R\$ 1.000,00 a R\$ 3.000,00	43	51,8	51,8
De R\$ 3.000,00 a R\$ 5.000,00	13	15,7	15,7
De R\$ 5.000,00 a R\$ 10.000,00	07	8,4	8,4
Acima de R\$ 10.000,00	03	3,6	3,6
Total	83	100,0	100,0

TABELA 1d – Distribuição do tempo que trabalha no Pronto Atendimento e hospital Municipal e tempo de trabalho no cargo que ocupa hoje (n=83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

Variáveis pessoais	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida
TEMPO DE TRABALHO			
0 a 3 anos	61	73,5	73,5
3 a 6 anos	14	16,9	16,9
6 a 9 anos	05	6,0	6,0
9 a 12 anos	03	3,6	3,6
12 a 15 anos	00	0,00	0,00
Acima de 15 anos	00	0,00	0,00
Total	83	100,0	100,0
TEMPO DE TRABALHO NO CARGO QUE OCUPA HOJE			
0 a 3 anos	52	62,7	62,7
3 a 6 anos	15	18,1	18,1
6 a 9 anos	05	6,0	6,0
9 a 12 anos	07	8,4	8,4
12 a 15 anos	02	2,4	2,4
Acima de 15 anos	02	2,4	2,4
Total	83	100,0	100,0

TABELA 1e –Distribuição de categorias profissionais do Pronto Atendimento e hospital Municipal (n=83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

Variáveis pessoais	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida
CARGO			
Enfermeiro/a	17	20,5	20,5
Técnico de enfermagem	39	47,0	47,0
Recepção	21	25,3	25,3
Auxiliar de serviços diversos	06	7,2	7,2
Total	83	100,0	100,0

TABELA 2 - Prevalência de Transtornos Mentais Menores (n=83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015)

SRQ 20	FREQUENCIA	PORCENTAGEM
Não Suspeitos	62	74,7
Suspeitos	21	25,3
Total	83	100,0

Tabela 2b Distribuição de respostas afirmativas dos grupos sindrômicos do SRQ-20, frequência e porcentagem de TMM (n=83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil (2015).

GRUPO DE SINTOMAS	N	n	%
Humor Depressivo/ Ansioso			
Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)	44	19	43,2
Assusta-se com facilidade	18	10	55,6
Tem se sentido triste ultimamente	27	15	55,6
Tem chorado mais do que de costume	13	13	100
Sintomas somáticos			
Tem dores de cabeça frequentes	27	17	62,3
Dorme mal	29	18	62,1
Tem sensações desagradáveis no estômago	26	14	53,9
Tem má-digestão	22	13	59,1
Tem falta de apetite	18	10	55,6
Tem tremores nas mãos	12	06	50,0
Decréscimo de energia vital			
Cansa-se com facilidade	11	08	72,7
Tem dificuldade em tomar decisões	17	10	63,0
Tem dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias	08	06	75,0
Seu trabalho é penoso	09	05	55,6
Sente-se cansada o tempo todo	16	12	75,0
Tem dificuldade de pensar com clareza	13	09	69,2
Pensamentos depressivos			
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida	01	01	100
Tem perdido o interesse pelas coisas	11	11	100
Tem tido a ideia de acabar com a vida	03	03	100
Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo	04	04	100

Legenda: **N** = total de profissionais que responderam sim; **n** = número de trabalhadores em suspeição para TMM; **%** frequência.

Tabela 3 – Correlação da resposta dada à questão “nervoso, tenso ou preocupado” com suspeição para TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

		SRQ 20		Total
		Não suspeitos	Suspeitos	
Nervoso, tenso, preocupado	Positivo	25 56,82%	19 43,18%	44 100,00%
	Negativo	37 94,87%	2 5,13%	39 100,00%
	Total	62 74,70%	21 25,30%	83 100,00%
	Estatística de teste	Valor-p		
TESTE QUI-QUADRADO	15,841	<0,001*		

Tabela 3 b – Correlação da resposta dada à questão “tem se sentido triste ultimamente” com suspeição para TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

		SRQ 20		Total
		Não suspeitos	Suspeitos	
Tem se sentido triste ultimamente	Positivo	12 44,44%	15 55,56%	27 100,00%
	Negativo	50 89,29%	6 10,71%	56 100,00%
	Total	62 74,70%	21 25,30%	83 100,00%
	Estatística de teste	Valor-p		
TESTE QUI-QUADRADO	19,831	<0,001*		

Tabela 3 c – Correlação da resposta dada à questão “tem chorado mais do que de costume com suspeição para TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

		SRQ 20		Total
		Não suspeitos	Suspeitos	
Chora mais que costume	Positivo	0 0,00%	13 100,00%	13 100,00%
	Negativo	62 88,57%	8 11,43%	70 100,00%
	Total	62 74,70%	21 25,30%	83 100,00%
	Estatística de teste	Valor-p		
TESTE QUI-QUADRADO	45,509	<0,001*		

Tabela 3 d – Correlação da resposta dada à questão “dorme mal” com suspeição para TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

		SRQ 20		Total
		Não Suspeitos	Suspeitos	
Dorme mal	Positivo	Frequência absoluta % dorme mal	11 37,93%	18 62,07% 29 100,00%
	Negativo	Frequência absoluta % dorme mal	51 94,44%	3 5,56% 54 100,00%
	Total	Frequência absoluta % dorme mal	62 74,70%	21 25,30% 83 100,00%
	Estatística de teste	Grau de liberdade	Valor-p	
TESTE QUI-QUADRADO	31,883	1	<0,001*	

Tabela 3 e – Correlação da resposta dada à questão “dores de cabeça frequente” com suspeição para TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

			SRQ 20		Total
Dores de Cabeça	Positivo	Frequência absoluta % dores de cabeça	10 37,04%	17 62,96%	27 100,00%
	Negativo	Frequência absoluta % dores de cabeça	52 92,86%	4 7,14%	56 100,00%
	Total	Frequência absoluta % dores de cabeça	62 74,70%	21 25,30%	83 100,00%
	Estatística de teste	Grau de liberdade	Valor-p		
TESTE QUI-QUADRADO	30,033	1	<0,001*		

Tabela 3 f – Correlação da resposta dada à questão “sensações desagradáveis no estômago” com suspeição para TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

			SRQ 20		Total	
Sensações desagradáveis no estômago	Positivo	12 46,16%	14 53,84%	26 100,00%		
	Negativo	50 87,78%	7 12,28%	57 100,00%		
	Total	62 74,70%	21 25,30%	83 100,00%		
	Estatística de teste	Valor-p				
TESTE QUI-QUADRADO	16,322	<0,001*				

Tabela 3 g – Correlação da resposta dada à questão “má digestão” com suspeição para TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

		SRQ 20		Total
		Não suspeitos	Suspeitos	
Má digestão	Positivo	9 40,91%	13 59,09%	22 100,00%
	Negativo	53 86,89%	8 13,11%	61 100,00%
	Total	62 74,70%	21 25,30%	83 100,00%
	Estatística de teste	Valor-p		
TESTE QUI-QUADRADO	18,084	<0,001*		

Tabela 3 h – Correlação da resposta dada à questão “cansado o tempo todo” com suspeição para TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

		SRQ 20		Total
		Não Suspeitos	Suspeitos	
Cansado o tempo todo	Positivo	4 25,00%	12 75,00%	16 100,00%
	Negativo	58 86,57%	9 13,43%	67 100,00%
	Total	62 74,70	21 25,30%	83 100,00%
	Estatística de teste	Valor-p		
TESTE QUI-QUADRADO	25,904	<0,001*		

Tabela 3 i – Correlação da resposta “tem perdido interesse pelas coisas” com suspeição para TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

		SRQ 20		Total
		Não suspeitos	Suspeitos	
Perdido interesse pelas coisas	Positivo	0 0,00%	11 100,00%	11 100,00%
	Negativo	62 86,11%	10 13,89%	72 100,00%
	Total	62 74,70%	21 25,30%	83 100,00%
	Estatística de teste	Valor-p		
TESTE QUI-QUADRADO	37,438	<0,001*		

TABELA 4 - Média do fator realização profissional (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

ITEM	MÉDIA
Satisfação	4,04
Motivação	3,77
Orgulho pelo que faço	5,45
Bem-estar	4,28
Realização profissional	4,50
Valorização	3,25
Reconhecimento	3,01
Identificação com as minhas tarefas	4,82
Gratificação pessoal com as minhas atividades	4,69
Resultado geral	4,20

TABELA 4 b - Média do fator liberdade de expressão (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

ITEM	MÉDIA
Liberdade com a chefia para negociar o que precisa	3,48
Liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas	4,07
Solidariedade entre colegas	4,07
Confiança entre colegas	3,28
Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho	3,28
Liberdade para usar a criatividade	3,35
Liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias	3,28
Cooperação entre os colegas	3,95
Resultado Geral	3,60

TABELA 4 c - Média do fator esgotamento profissional (n=83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

ITEM	MÉDIA
Esgotamento emocional	2,30
Estresse	2,21
Insatisfação	2,16
Sobrecarga	2,18
Frustração	1,95
Insegurança	1,66
Medo	1,45
Resultado geral	1,99

TABELA 4 d - Média do fator falta de reconhecimento da amostra (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

ITEM	MEDIA
Falta de reconhecimento do meu esforço	2,18
Falta de reconhecimento do meu desempenho	2,05
Desvalorização	2,17
Indignação	1,88
Inutilidade	0,90
Desqualificação	0,96
Injustiça	1,67
Discriminação	0,89
Resultado Geral	1,81

Tabela 5 – Correlação do item valorização da (EIPST) e suspeição de TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

			SRQ 20		Total
			Não suspeitos	Suspeitos	
Valorização	1 Negativo	Frequência absoluta % em Valorização	10,00 52,38	10,00 47,62	20,00 100,00
	2 Negativo	Frequência absoluta % em valorização	6,00 85,71	3,00 14,29	9,00 100,00
	3 Negativo	Frequência absoluta % em valorização	14,00 85,71	3,00 14,29	17,00 100,00
	4	Frequência absoluta % em valorização	7,00 85,71	3,00 14,29	10,00 100,00
	5	Frequência absoluta % em valorização	9,00 100,00	0,00 0,00	9,00 100,00
	6	Frequência absoluta % em valorização	16,00 90,48	2,00 9,52	18,00 100,00
Total		Frequência absoluta % em valorização	62 74,70%	21 25,30%	83 100,0%
	Estatística de teste	Grau de liberdade	Valor-p		
TESTE QUI-QUADRADO	20,12	5	<0,01		

Tabela 5 b – Correlação do item reconhecimento da (EIPST) e suspeição de TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

			SRQ 20		Total
			Não suspeitos	Suspeitos	
Reconhecimento	1 Negativo	Frequência absoluta % em reconhecimento	10,00 45,00	11,00 55,00	20,00 100,00
	2 Negativo	Frequência absoluta % em reconhecimento	6,00 66,67	3,00 33,33	9,00 100,00
	3 Negativo	Frequência absoluta % em reconhecimento	14,00 82,35	3,00 17,65	17,00 100,00
	4	Frequência absoluta % em reconhecimento	7,00 70,00	3,00 30,00	10,00 100,00
	5	Frequência absoluta % em reconhecimento	9,00 88,89	1,00 11,11	9,00 100,00
	6	Frequência absoluta % em reconhecimento	16,00 100,00	0,00 0,00	18,00 100,00
Total		Frequência absoluta % em reconhecimento	62 74,70%	21 25,30%	83 100,0%
	Estatística de teste	Grau de liberdade	Valor-p		
TESTE QUI-QUADRADO	23,83	5	<0,001*		

Tabela 5 c – Correlação do item liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho (*) do (EIPST) e suspeição de TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

		SRQ 20			
		Não suspeitos	Suspeitos	Total	
Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho	1 Negativo	Frequência absoluta % em (*)	10,00 90,00	2,00 10,00	20,00 100,00
	2 Negativo	Frequência absoluta % em (*)	6,00 88,89	1,00 11,11	9,00 100,00
	3 Negativo	Frequência absoluta % em (*)	14,00 64,71	6,00 35,29	17,00 100,00
	4	Frequência absoluta % em (*)	7,00 90,00	1,00 10,00	10,00 100,00
	5	Frequência absoluta % em (*)	9,00 77,78	2,00 22,22	9,00 100,00
	6	Frequência absoluta % em (*)	16,00 50,00	9,00 50,00	18,00 100,00
Total		Frequência absoluta % em (*)	62 74,70%	21 25,30%	83 100,00%
	Estatística de teste	Grau de liberdade	Valor-p		
TESTE QUI-QUADRADO	26,64	5	<0,001*		

Tabela 5 d– Correlação do item liberdade para falar do meu trabalho com a chefia (*) (EIPST) e suspeição de TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

			SRQ 20		Total
			Não suspeitos	Suspeitos	
Liberdade para falar do meu trabalho com a chefia	1 Negativo	Frequência absoluta % em (*)	10,00 65,00	7,00 35,00	20,00 100,00
	2 Negativo	Frequência absoluta % em (*)	6,00 88,89	1,00 11,11	9,00 100,00
	3 Negativo	Frequência absoluta % em (*)	14,00 94,12	1,00 5,88	17,00 100,00
	4	Frequência absoluta % em (*)	7,00 60,00	4,00 40,00	10,00 100,00
	5	Frequência absoluta % em (*)	9,00 88,89	1,00 11,11	9,00 100,00
	6	Frequência absoluta % em (*)	16,00 61,11	7,00 38,89	18,00 100,00
Total		Frequência absoluta % em (*)	62 74,70%	21 25,30%	83 100,00%
	Estatística de teste	Grau de liberdade	Valor-p		
TESTE QUI-QUADRADO	17,75	5	<0,01		

Tabela 5 e – Correlação do item esgotamento da (EIPST) e suspeição de TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

			SRQ 20		Total
			Não suspeitos	Suspeitos	
Esgotamento	1	Frequência absoluta % em esgotamento	10,00 80,00	4,00 20,00	20,00 100,00
	2	Frequência absoluta % em esgotamento	6,00 88,89	1,00 11,11	9,00 100,00
	3	Frequência absoluta % em Valorização	14,00 76,47	4,00 23,53	17,00 100,00
	4 Negativo	Frequência absoluta % em esgotamento	7,00 80,00	2,00 20,00	10,00 100,00
	5 Negativo	Frequência absoluta % em esgotamento	9,00 77,78	2,00 22,22	9,00 100,00
	6 Negativo	Frequência absoluta % em Valorização	16,00 55,56	8,00 44,44	18,00 100,00
Total		Frequência absoluta % em esgotamento	62 74,70%	21 25,30%	83 100,00%
	Estatística de teste	Grau de liberdade	Valor-p		
TESTE QUI-QUADRADO	17,69	5	<0,01		

Tabela 5 f – Correlação do item estresse da (EIPST) e suspeição de TMM (n=83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

			SRQ 20			
			Não suspeitos	Suspeitos	Total	
Estresse	1	Frequência absoluta % em estresse	10,00 80,00	4,00 20,00	20,00 100,00	
	2	Frequência absoluta % em estresse	6,00 88,89	1,00 11,11	9,00 100,00	
	3	Frequência absoluta % em estresse	14,00 76,47	4,00 23,53	17,00 100,00	
	4	Frequência absoluta % em estresse	7,00 100,00	0,00 0,00	10,00 100,00	
	5 Negativo	Frequência absoluta % em estresse	9,00 88,89	1,00 11,11	9,00 100,00	
	6 Negativo	Frequência absoluta % em estresse	16,00 38,89	11,00 61,11	18,00 100,00	
Total		Frequência absoluta % em estresse	62 74,70%	21 25,30%	83 100,00%	
	Estatística de teste	Grau de liberdade	Valor-p			
TESTE QUI-QUADRADO	27,30	5	<0,001*			

Tabela 5 g – Correlação do item falta de reconhecimento (*) da (EIPST) e suspeição de TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

			SRQ 20		Total
			Não suspeitos	Suspeitos	
Falta de reconhecimento	1	Frequência absoluta % em (*)	10,00 65,00	7,00 35,00	20,00 100,00
	2	Frequência absoluta	6,00	2,00	9,00
		% em (*)	77,78	22,22	100,00
	3	Frequência absoluta % em (*)	14,00 94,12	1,00 5,88	17,00 100,00
	4 Negativo	Frequência absoluta % em (*)	7,00 60,00	4,00 40,00	10,00 100,00
		Frequência absoluta % em (*)	9,00 66,67	3,00 33,33	9,00 100,00
	6 Negativo	Frequência absoluta % em (*)	16,00 77,78	4,00 22,22	18,00 100,00
Total		Frequência absoluta % em (*)	62 74,70%	21 25,30%	83 100,00%
	Estatística de teste	Grau de liberdade	Valor-p		
TESTE QUI-QUADRADO	14,72	5	<0,02		

Tabela 5 h – Correlação do item desvalorização da (EIPST) e suspeição de TMM (n= 83) Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, (2015).

			SRQ 20		
			Não suspeitos	Suspeitos	Total
Desvalorização	1	Frequência absoluta % em desvalorização	10,00 65,00	7,00 35,00	20,00 100,00
	2	Frequência absoluta % em desvalorização	6,00 77,78	2,00 22,22	9,00 100,00
	3	Frequência absoluta % em desvalorização	14,00 88,24	2,00 11,76	17,00 100,00
	4 Negativo	Frequência absoluta % em Valorização	7,00 30,00	7,00 70,00	10,00 100,00
	5	Frequência absoluta % em desvalorização	9,00 100,00	0,00 0,00	9,00 100,00
	6 Negativo	Frequência absoluta % em Valorização	16,00 83,33	3,00 16,67	18,00 100,00
Total		Frequência absoluta % em desvalorização	62 74,70%	21 25,30%	83 100,00%
	Estatística de teste	Grau de liberdade	Valor-p		
TESTE QUI-QUADRADO	23,59	5	<0,001*		

ANEXO

ANEXO 1

Nº da entrevista: _____ Entrevistador: _____
 Data ____/____/____ Sexo: _____ Idade: _____ Tempo de serviço _____
 Estado civil: _____ Escolaridade do entrevistado: _____
 Já esteve afastado por doença? () Sim () Não Quantas vezes? _____
 Qual o tempo máximo de afastamento? _____ Por quais doenças? _____

SRQ 20 - Self Report Questionnaire

Esse questionário avalia o sofrimento mental. Por favor, leia estas instruções antes de preencher as questões abaixo.

Instruções

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos **30 dias**.

Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda **SIM**.

Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda **NÃO**.

OBS: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.

PERGUNTAS

RESPOSTAS

1- Você tem dores de cabeça frequentes?	Sim () Não ()
2- Tem falta de apetite?	Sim () Não ()
3- Dorme mal?	Sim () Não ()
4- Assusta-se com facilidade?	Sim () Não ()
5- Tem tremores nas mãos?	Sim () Não ()
6- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	Sim () Não ()
7- Tem má digestão?	Sim () Não ()
8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	Sim () Não ()
9- Tem se sentido triste ultimamente?	Sim () Não ()
10- Tem chorado mais do que costume?	Sim () Não ()
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	Sim () Não ()
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	Sim () Não ()
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	Sim () Não ()
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	Sim () Não ()
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	Sim () Não ()
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	Sim () Não ()
17- Tem tido ideia de acabar com a vida?	Sim () Não ()

18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?	Sim (<input type="checkbox"/>)	Não (<input type="checkbox"/>)
19- Você se cansa com facilidade?	Sim (<input type="checkbox"/>)	Não (<input type="checkbox"/>)
20- Têm sensações desagradáveis no estomago?	Sim (<input type="checkbox"/>)	Não (<input type="checkbox"/>)

Total: _____