

ERICSON MAKARIUS BORGES

**SAÚDE MENTAL, TRABALHO EM TURNOS E QUALIDADE DO
SONO DE FUNCIONÁRIOS DA LINHA DE PRODUÇÃO DE UMA
INDUSTRIA MOVELEIRA DE ARAPONGAS, PR**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO

CAMPO GRANDE

2006

ERICSON MAKARIUS BORGES

**SAÚDE MENTAL, TRABALHO EM TURNOS E QUALIDADE DO
SONO DE FUNCIONÁRIOS DA LINHA DE PRODUÇÃO DE UMA
INDUSTRIA MOVELEIRA DE ARAPONGAS, PR**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Dom Bosco, como parte do requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia no programa de pós-graduação em Psicologia, com área de concentração: Comportamento Social e Psicologia da Saúde, sob a orientação do Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO

CAMPO GRANDE

2006

Borges, Ericson Makarius

Saúde mental, trabalho em turnos e qualidade do sono de funcionários da linha de produção de uma indústria moveleira de Araçongas-PR. / Ericson Makarius Borges. - 2005.

129p.

Orientador: José Carlos Rosa Pires de Souza

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica Dom Bosco.

1. QSG-60. 2. IQSP. 3. Distúrbios do Sono. I. José Carlos Rosa Pires de Souza. II. Dissertação (mestrado) - Universidade Católica Dom Bosco. III. Título.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza
Orientador

Profa. Dra. Ângela Elizabeth Lapa Coêlho

Profa. Dra. Ednéia Albino Nunes Cerchiari

DATA: ___ / ___ / _____

RESUMO

O objetivo deste estudo foi verificar a correlação entre os distúrbios psiquiátricos menores, qualidade do sono e o trabalho em turnos de funcionários da linha de produção de uma indústria moveleira de Arapongas, PR. Participaram do estudo 124 funcionários do sexo masculino, sendo que 51,6% (n=64) trabalham no primeiro turno e 48,4% (n=60) no segundo turno. Após a aplicação de um Questionário sócio-demográfico, os funcionários responderam o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG-60), o qual avalia o grau da severidade de ausência de saúde mental. Os participantes também responderam o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP), que varia entre 0 e 21 pontos, com um ponto de corte igual ou superior a 5 na pontuação global, valor que indica distúrbio do sono. Neste trabalho tem-se interesse em observar se existe ou não dependência entre as variáveis: idade, remuneração, tempo de trabalho no turno, número de filhos, estado civil e escolaridade. Foi aplicado o teste Qui-quadrado e como alternativa ao teste Qui-quadrado, o teste exato de Fisher. Foi utilizado também a proc freq do software Statistical Analysis System 8.2 de 1999 (SAS). A hipótese de independência entre as variáveis será rejeitada em nível de significância de 5%. As conclusões deste estudo mostraram que os funcionários com idade entre 38 e 47 anos, casados/amigados e viúvos, que trabalham no turno matutino e com mais de três filhos apresentam um número maior de alterações do sono como sonolência diurna, sono de curta duração e dificuldade ao adormecer. Os resultados também levam a concluir que é de suma importância o uso de um questionário específico associado ao QSG-60 para avaliar sono, pois os dados apresentados pelo QSG-60 se mostraram muito acima dos resultados do IQSP e não corroborando com outras pesquisas.

Palavras-chave: QSG-60; IQSP ; Distúrbios do sono.

ABSTRACT

The objective of this study was to verify the correlation between the minor mental disorders the quality of sleep and the shift work in employees of the line of production of a moveleira industry of Arapongas, PR. They had participated of study 124 employees being 51,6% (n=64) work in first turn and 48.4% (n=60) in according to turn all of the masculine sex. After the application of a demographic questionnaire the employees had answered the Genneral Health Questionarie (GHQ), which evaluates the absence of not psychotic the psychiatric disorders called minor mental disorders. The GHQ contains 60 questions, that are subdivided in six factors: it stress psychic, desire of death, diffidence in the proper one performance, psychosomatic disorders of sleep, disorders and general health e they had answered the Pittsburgh Quality of Sleep Index (PSQI), that it varies enters 0 and 21 points, with a point of equal or superior cut the 5 in the global punctuation, value that indicates riot of sleep. The conclusions of this study, on the basis of gotten results, had shown that the employees to present greater prevalence of disorders of sleep it has as changeable influential its civil state, number of children, being the biggest prevalence in people whom only one son does not have or has, until as the complete degree as study, he works the two years more than in turn and has personal income of up to two minimum wages. The results also they lead to conclude that it is of utmost importance the use of a specific questionnaire associated to the QSG-60 to evaluate sleep.

Key Words: GHQ-60 – PSQI – Sleep Disorders.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 SAÚDE MENTAL	12
2.1 DEFINIÇÃO	12
2.2 SAÚDE MENTAL E TRABALHO	14
2.3 SAÚDE MENTAL E TRABALHO EM TURNOS	17
2.3.1 Estresse	27
2.3.2 Depressão	29
2.3.3 Desconfiança no próprio desempenho	31
2.3.4 Distúrbios psicossomáticos	33
2.4 SONO E TRABALHO EM TURNOS	35
3 TRABALHO	40
3.1 HISTÓRICO	40
3.2 TRABALHO E GLOBALIZAÇÃO	50
4 SONO	55
4.1 HISTÓRICO	55
4.2 DEFINIÇÃO	56
4.3 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DISTÚRBIOS DO SONO	58
4.4 EPIDEMIOLOGIA DOS DISTÚRBIOS DO SONO.....	60
5 A PESQUISA	63
5.1 OBJETIVOS	63
5.1.1 Geral.....	63
5.1.2 Específicos	63
5.2 ÁREA GEOGRÁFICA	64
5.2.1 A Cidade	64
5.2.2 A Economia	67
5.2.3 A Empresa	68

5.3 MATERIAIS E MÉTODOS	69
5.3.1 Hipótese	69
5.3.2 Casuística	69
5.3.3 Instrumentos	69
5.3.4 Coleta de Dados	71
5.3.5 Processamento e Análise dos Dados.....	72
5.4 RESULTADOS	73
5.4.1 Tabelas	74
5.5 DISCUSSÃO	83
5.6 CONCLUSÃO	89
REFERÊNCIA	91
ANEXOS.....	102

1 INTRODUÇÃO

Para Handy (1978 apud MORAES et al., 2000), as organizações constituem um dos principais meios de que dispõe o homem para adquirir sua identidade e buscar seu ego ideal. Segundo esse autor e outros, dentre os quais Sayles e Strauss (1977), Verdenburg e Sheridan (1979) e Khan (1984) (apud SANT'ANNA 1997), os indivíduos que não realizam trabalhos satisfatórios dificilmente terão uma vida aceitável, deixando clara a existência de relações inseparáveis entre a Qualidade de Vida no Trabalho e a Qualidade de Vida no seu sentido global.

É visível, nos dias de hoje, o aumento do desemprego, da violência e, sobretudo, da exclusão social. Isso tem provocado a deteriorização da Qualidade de Vida e o aumento dos níveis de estresse nos indivíduos, comprometendo sua saúde, bem-estar e gerando conseqüências importantes no contexto de trabalho. O estresse, segundo McEwen (1990 apud SPARRENBERGER et. al., 2003), é conceitualmente entendido como um processo complexo e multidimensional, em que atuam estressores agudos ou crônicos dos seguintes tipos: ambientais (no trabalho, em casa ou na vizinhança, por exemplo); eventos maiores (como mudança de domicílio, morte ou doença em família, separação conjugal e desemprego); trauma (por exemplo, participar de um combate, ser vítima ou presenciar crime violento ou acidente de trânsito, estar envolvido em desastres naturais ou industriais) e abuso ou negligência na infância e na velhice.

Tais estressores, de acordo com Stedman (1979 apud SPARRENBERGER et al., 2003) são percebidos pelo indivíduo como ameaça e necessidade de ajuda ou alerta, o que dá início a uma resposta, visando adapta-lo à situação. A adaptação, nesse contexto, é entendida como processo dinâmico mediante o qual os pensamentos, os sentimentos, a conduta e os

mecanismos biofisiológicos do indivíduo mudam continuamente para se ajustar a um ambiente em contínua transformação.

Quando se observam as transformações na organização do trabalho, percebe-se o mesmo agindo como estressor no indivíduo. Uma dessas mudanças é o trabalho em turnos que pode ser visto como uma forma de organização bastante comum atualmente. As empresas dão cada vez mais ênfase a turnos contínuos de 24 horas por razões meramente econômicas. Segundo Rutenfranz, Knauth e Fischer (1989), as justificativas para a organização em turnos na modernidade são: as necessidades de natureza tecnológica, que fazem com que, em determinados ramos da produção, a parada do processo produtivo (respeitando as jornadas habituais de trabalho), prejudiquem a qualidade dos produtos; as imposições econômicas, exigindo que maquinários de alto custo tenham de ser utilizados ininterruptamente para permitir o retorno do investimento em tempo hábil.

A empresa moveleira, já há alguns anos, vem cada vez mais se adaptando a esse tipo de exigência. Segundo Fischer, Castro e Rotenberg (2003), o aumento do tempo de trabalho em turnos conduz a uma cronificação de sintomas provocados pelo trabalho.

Para Range (2001 apud CUSATIS NETO; LIMA, 2003), o estresse ocupacional aparece em decorrência das tensões do trabalho, da vida profissional e pode ser gerado por fatores decorrentes do próprio indivíduo, ou pertencente às condições e ao ambiente de trabalho, dos quais os mais comuns são: ruídos, higiene, trabalho por turno, exposição a riscos e perigos, dentre outros. Entretanto, raramente um tipo de estressor é absoluto e, muitas vezes, o indivíduo estressado ocupacionalmente reage com o uso excessivo de álcool ou outras drogas com a finalidade de aliviar a ansiedade.

Tomando como referência o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1948, p.100) que a define como “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade*”, pode-se observar que o

trabalho em turnos se torna deveras prejudicial à saúde do trabalhador no que se refere a saúde mental afetada pelas relações sociais do trabalhador exposto a esse tipo de organização do trabalho.

Além dos aspectos supracitados, observa-se nos textos de Monk, Folkard e Wedderburn (1996 apud MUCHINSKY, 2004) que essa forma de organização se desenvolve em direção contrária à natureza humana, pois segundo esses autores os trabalhadores precisam enfrentar três condições constantes de biocronologia, que são: (1) seres humanos e sociedade são diurnos (despertam durante o dia e adormecem à noite); (2) a luz do dia tem um efeito sugestivo de iniciar a vigília e (3) o sistema circadiano é lento para se ajustar ao trabalho noturno.

Alguns aspectos sociais têm impacto direto na saúde dos trabalhadores em turno noturnos como mostra Koller, Kundi e Cervinka (1978 apud SPECTOR, 2000) em pesquisa realizada com trabalhadores austríacos. Nesse trabalho 62% dos trabalhadores que dormiam durante o dia e trabalhavam à noite reclamavam de ter o sono perturbado por barulho, enquanto apenas 15% dos que trabalhavam durante o dia e dormiam à noite tinham a mesma queixa.

Para Chaves (1995, p. 137)

O trabalhador noturno não tem, em absoluto, seu ritmo circadiano invertido ou ampliado, mas sim, desestruturado, uma vez que, dadas às características do horário do turno, não são todas as noites que o trabalhador permanece acordado, assim como não são todos os dias que ele dorme além disso, mesmo que a alteração temporal fosse completa, ou mesmo incompleta, mas constante, não seria possível abolir os demais sincronizadores externos aos quais está sujeito em decorrência de seu convívio social. Cabe aqui ressaltar que o funcionamento cerebral é contínuo e dinâmico, independente das convenções sociais, como férias, folga e fins de semana.

Segundo Martino, Mendez e Medeiros (2002), em estudo realizado com trabalhadores de enfermagem do Hospital de Campinas, foi constatado que os trabalhadores

do turno noturno apresentavam de duas a três vezes mais distúrbios de apetite, náuseas, ganho de peso corporal, edema, dificuldade de raciocínio e insônia.

O trabalhador noturno permanece ativo enquanto seu sistema biológico deveria estar em repouso. Por outro lado, os sincronizadores ambientais e sociais - *Zeitgebers*, também chamados de sincronizadores externos ou indicadores de tempo - impedem continuamente uma adaptação ao trabalho noturno. Os *Zeitgebers* podem ser as mais diferentes modificações no universo de um ser vivo, tais como modificações nos horários de dormir e de acordar, duração dos períodos de luz e escuridão, temperatura ambiente, entre outros.

Moreno (1993) afirma que nos sistemas de turnos fixos noturnos há uma tendência do trabalhador, nos seus dias de folga, de tentar acompanhar a sociedade, o que o obrigaria a modificar constantemente seu horário de dormir, de se alimentar, de lazer em função de seus horários de trabalho.

Vê-se que o trabalho em turno noturno não afeta unicamente a saúde física, mas também as relações sociais dos indivíduos, levando os mesmos a um isolamento social e conseqüentemente, a danos à saúde mental. Além disso, observa-se o impacto do mesmo na qualidade do sono.

O interesse em realizar o presente trabalho teve sua origem a partir da experiência prática dentro de empresas que têm esse tipo de organização de trabalho. Nas entrevistas de desligamento e através de dados fornecidos pelo Departamento de Recursos Humanos das mesmas, observa-se um alto nível de rotatividade. Um outro dado importante é que tanto o desligamento quanto o remanejamento de funcionários do turno noturno para outros turnos, ocorre por solicitação dos mesmos.

Além desses dados, percebe-se que o indivíduo, ao entrar na empresa, tem grande interesse pelo trabalho noturno em função da remuneração extra proporcionada pelo mesmo.

Porém, após um longo período trabalhando à noite, o funcionário deixa de ver o ganho maior com uma vantagem em virtude das conseqüências que esse tipo de trabalho acarreta.

Pelas razões citadas acima é de suma importância a realização da presente pesquisa, uma vez que a mesma busca identificar na empresa em questão, Nicioli Industria e Comércio de Móveis Ltda. o impacto do trabalho em turnos junto aos funcionários que o executam.

2 SAÚDE MENTAL

2.1 DEFINIÇÃO

López (1961) define saúde mental como um estado que não supõe somente o sentir-se bem disposto para o trabalho cotidiano e as dificuldades previsíveis da vida, mas também, ser capaz de manter essa boa disposição íntima quando as circunstâncias nos deprimem, irritam, desgostam ou exaltam, fazendo-nos vítimas de injustiças, frustrações, erros ou infâmias. Segundo o autor, ser ou estar mentalmente saudável supõe poder viver em paz consigo mesmo e com aqueles a sua volta, sofrendo e desfrutando normalmente das incidências da vida social, sem transpor as normas vigentes do pensar, sentir ou fazer e sem por isso recolher-se ou aferrar-se convulsamente ao egoísmo ou ao estoicismo.

Goldberg (1973) considera a necessidade de uma coleção heterogênea de síndromes clínicas e processos doentios para definir a ausência de saúde mental. Esses aspectos são importantes uma vez que existe uma variação significativa e gradativa entre o estado de saúde e doença, o que cria dificuldades em distinguir um estado do outro. Nem todos adoecem da mesma maneira ou experimentam a doença do mesmo modo.

Na visão de Bleger (1984), não interessa apenas a ausência de doenças, mas o desenvolvimento integral das pessoas e da comunidade. A ênfase, então, na saúde mental, desloca-se da doença à saúde e à observação de como os seres humanos vivem em seu cotidiano.

Para Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), a psicopatologia tradicional está alicerçada no modelo clássico da fisiopatologia das doenças que afetam o corpo. Dedicase exclusivamente, ao diagnóstico das doenças mentais, dos transtornos mentais orgânicos, da esquizofrenia, dos transtornos do humor e dos inúmeros transtornos de personalidade.

Segundo Guimarães (1992), a preocupação com os problemas do psiquismo não são adventos novos. Hipócrates no século IV a.C., apontava o cérebro como um lugar de muitas perturbações psíquicas, sem receio de reconhecer como muitos de seus contemporâneos, que também os desvios morais e passionais poderiam alterar o psiquismo. Para a autora, a saúde mental representa uma abstração do conceito global de saúde, pois este é indivisível. A saúde envolve aspectos relativos e dinâmicos da própria cultura. A OMS, na carta Magna, em 07 de abril de 1948, estabelece o conceito de saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de afecção ou doença" (p.100).

Codo et. al, (2004, p.279) afirmam

Estas são as duas grandes áreas na vida de um ser humano adulto: o amor, traduzido nos afetos, nos amigos, na família, no erotismo, e o trabalho, na profissão, no dinheiro, na classe social, na produção, no consumo, entre outros fatores.

Através de uma lógica inversa, a doença mental é a incapacidade de amar e de trabalhar, e assim, é o próprio amor e/ou trabalho que se apresenta com problemas. Será preciso então, procurar na própria dinâmica da vida os seus problemas ou distúrbios que a própria vida inventou segundo Codo et. al. (2004).

Em resumo, saúde mental é a capacidade de construir a si próprio e à espécie, produzindo e reproduzindo a si próprio e à espécie. Distúrbios psicológicos, sofrimento psicológico ou doença mental é o rompimento dessa capacidade.

Quando se observa essas duas grandes áreas da vida adulta percebe-se que a área do trabalho é a mais presente em nosso cotidiano, considerando que a grande maioria das pessoas trabalham entre 40 e 44 horas semanais dentro do local de trabalho, e outras tantas fora dele, pensando em problemas do mesmo, buscando qualificação ou simplesmente contando sobre seu dia para sua família.

A organização do trabalho refere-se à maneira como o trabalho é distribuído no tempo, estando os indivíduos em sistemas pessoas-meios de trabalho-ambiente, definindo quem faz o quê, como, quando, em que condições físicas, organizacionais, gerenciais, entre outras. Alguns aspectos abrangentes da organização do trabalho, segundo Guimarães e Andrade (2004) são: a) políticas gerais de recursos humanos; b) metas organizacionais; c) momento vivido pela organização; d) organograma; e) plano de cargos e salários; f) *status* conferido aos cargos e função; g) liderança e autoridade; h) comunicação dentro da organização; i) avaliação de desempenho; j) promoções; l) recrutamento e seleção; m) composição da mão-de-obra; n) salários e benefícios; o) forma de contratação; p) relacionamento humano na empresa.

É a partir desses aspectos que se observa o impacto na vida do trabalhador. Tais aspectos estão diretamente relacionados ao modo pelo qual o ser humano é visto, reconhecido e recompensado pelo seu investimento no trabalho. São esses os aspectos ligados ao nível de saúde mental presente na organização.

2.2 SAÚDE MENTAL E TRABALHO

As primeiras pesquisas em psicopatologia do trabalho, nos anos cinquenta, foram dedicadas ao estudo das perturbações psíquicas ocasionadas pelo trabalho. Segundo Chanlat (1996), essas pesquisas chegaram a determinar e a descrever síndromes estreitamente associadas à situação de trabalho; foi descrita também a “neurose das telefonistas” (operadoras de centrais telefônicas) e a dos “mecanógrafos”. Moscovitz (1971 apud CHANLAT, 1996) realizou um estudo no qual as referências teóricas foram mais heterogêneas. Esse trabalho trata dos problemas psicopatológicos surgidos nos mecânicos de

estradas de ferro pela introdução de um novo dispositivo de tráfego – alerta automático VCMA – que modificou sensivelmente a relação dos agentes com seu trabalho.

As transformações organizacionais e técnicas do trabalho vêm se acelerando e assumindo configurações novas não apenas em decorrência do progresso científico e dos avanços tecnológicos, mas também pelo processo da globalização, intensificado nas últimas décadas. Poderosas forças econômicas e políticas regem tais transformações. A inter-relação trabalho/saúde acompanha essas mudanças, transformando-se também. Os processos que atingem a saúde mental ocupam um importante espaço dentro dessa dinâmica (Seligman-Silva, 1997).

Dejours et. al. (1994) salientam que a organização do trabalho está relacionada à divisão técnica e social do mesmo, ou seja, a hierarquia interna da organização e de seus trabalhadores e aos aspectos administrativos que garantem o bom funcionamento, incluindo a sociabilidade interna, que terá influência sobre a saúde mental do trabalhador, já que os mais diversos fatores pessoais, ambientais e sociais são capazes de influenciar no sofrimento psíquico, doenças mentais e físicas. Atualmente, conforme o autor, o trabalho está cada vez mais direcionado à busca da satisfação das necessidades básicas, a realização dos sonhos e das fantasias. É uma forma de tentar enquadrar a maneira de ser à produtividade, à competência, ao reconhecimento e à ocupação de um espaço na sociedade. O indivíduo produtivo torna-se integrado ao que culturalmente representa adequadas condições de saúde, pois participa da elaboração necessária ao bom desenvolvimento da organização, da família, da comunidade em que vive e de sua própria vida enquanto responsável por si próprio.

Para Guimarães (1992), a influência das condições de trabalho, especialmente da organização do trabalho de modo geral, permaneceu como tema a ser evitado. Silva (1986 apud GUIMARÃES, 1992) constata de forma nítida em suas pesquisas no Brasil, o que já

havia sido constatado em outros países: a vinculação entre condições organizacionais do trabalho ligados à vida laboral de um lado, e, de outro, à saúde mental.

Segundo Jacques (2003), nos últimos anos, constata-se um interesse crescente por questões relacionadas aos vínculos entre trabalho e saúde/doença mental. Tal interesse é consequência, em parte, do número crescente de transtornos mentais e comportamentos associados ao trabalho que se constata nas estatísticas oficiais e não oficiais.

De acordo com estimativas da OMS, os chamados transtornos mentais menores acometem cerca de 30% dos trabalhadores ocupados e os transtornos mentais graves, cerca de 5 a 10%.

No Brasil, segundo estatísticas do INSS referentes apenas aos trabalhadores com registro formal, os transtornos mentais ocupam a 3ª posição entre as causas de concessão de benefício previdenciário como auxílio-doença, afastamento do trabalho por mais de 15 dias e aposentadorias por invalidez (BRASIL, 2001).

De acordo com Camargo e Neves (2004), nas classificações atuais (CID 10 e DSM IV), é possível reconhecer o trabalho como evento estressor, e a falta deste como fator determinante de um problema específico.

Schilling (1984 apud Mendez 1988) divide as doenças relacionadas ao trabalho em três grupos, sendo o primeiro grupo o que enquadra as típicas “doenças profissionais”, nas quais o trabalho é a causa necessária; o segundo grupo abrangendo as patologias em que o trabalho pode ser um fator de risco e o terceiro grupo é representado pelas enfermidades em que o trabalho é um desencadeador de um distúrbio latente.(ANEXO I)

Como se observa, tanto a presença do trabalho como a ausência dele influencia na saúde mental, em consequência de seu significado para a pessoa. Seligmann-Silva (1997) afirma que o desemprego para o jovem constitui um duro impedimento para seus projetos, colocando-o diante de um sofrimento solitário. Comenta também que o trabalho, dependendo

de sua estruturação, tanto poderá fortalecer a saúde mental quanto ocasionar distúrbios que se expressarão coletivamente em termos psicossociais e/ou individuais, em manifestações psicossomáticas ou psiquiátricas.

A saúde mental dependerá de como o trabalho é articulado e vivenciado pelos trabalhadores. No caso do jovem de classe popular que está suscetível aos trabalhos precários, pode-se pensar que ele estará sujeito a distúrbios psicossociais em uma fase em que ainda está definindo sua identidade ocupacional e pessoal.

Ludemir (2000) afirma que nas sociedades industrializadas já está estabelecido que os desempregados e suas famílias têm pior saúde mental quando comparados com os que estão trabalhando. Sem sombra de dúvidas, a saúde mental preexistente é um fator importante na determinação dos que conseguem e mantêm os seus empregos, mas os estudos longitudinais de indivíduos saudáveis, que vivenciaram o desemprego, têm confirmado os seus efeitos adversos para a saúde mental e a recuperação da saúde com a volta ao emprego.

2.3 SAÚDE MENTAL E TRABALHO EM TURNOS

Segundo White e Keith (1990), o trabalho em turnos e noturno não é um fenômeno novo; sua história pode ser traçada com a invenção do fogo, cerca de 7.000 a. C., quando o homem teve a possibilidade de permanecer fora dos abrigos até um pouco mais tarde, e desde as primeiras tribos nômades, que necessitavam que os guardas de campo e os pastores se mantivessem acordados e vigilantes durante as horas normais de sono.

Wagner (1984) apresenta os antigos gregos e romanos usando velas e tochas flamejantes para proverem luz à noite. Talvez um ou vários tipos de trabalho naqueles dias necessitassem de indivíduos que ficassem acordados durante a noite, como os soldados que precisavam guardar acampamentos militares para assegurar que os inimigos não os

surpreendessem quando adormecidos, ou os marinheiros que precisavam trabalhar no turno noturno para garantir que os navios não encalhassem.

Segundo o mesmo autor, conforme a civilização progredia, as necessidades de comunicação e transporte tornaram-se mais importantes, resultando em entregas noturnas de correio, navegação e transporte terrestre. As profissões de segurança e manutenção da lei, padarias e hospitais, exigiam cobertura em tempo integral para sociedades em crescimento.

Por volta do século XV, os relógios das cidades italianas soavam periodicamente, talvez mantendo todos os que não eram trabalhadores de turno cômicos a cada hora daqueles que trabalhavam. O crescimento do trabalho em turnos e noturno deteve-se temporariamente na Idade Média por duas razões principais: primeiro, a divisão de grandes populações citadinas em estados feudais rurais diminuiu a necessidade de comércio e segundo, o desenvolvimento de regulamentos para artesãos e demais profissões exigiu que atividades comerciais funcionassem apenas durante o dia. Essas regras permitiram aos fregueses observar e controlar a qualidade do trabalho enquanto estava sendo feito. Além disso, qualquer atividade artesanal que exigisse habilidade sendo feita à noite teria requerido iluminação barata e adequada, o que ainda não estava disponível na época.

De acordo com Wagner (1984), durante a Renascença o comércio adquiriu importância e o trabalho em turnos e noturno expandiu-se com o aumento do transporte de passageiros e de matérias primas. Em concomitância estava acontecendo a evolução cultural, que resultou numa maior conscientização do valor do tempo.

Gordon et al. (1990) relataram que em 1879 Thomas Edison inventou a lâmpada elétrica, possibilitando um pouco mais tarde, em 1882, uma fonte confiável de força/energia. Esse foi o maior evento isolado e relevante na história para o crescimento do trabalho em turnos e noturno, já que permitia a utilização de equipamentos em tempo integral e a oferta de bens e serviços por 24 horas, sem interrupção.

A Revolução Industrial, seguida pela urbanização, foi o próximo fato histórico que possibilitou o trabalho em turnos e noturno. O gás e as lâmpadas elétricas tornaram essa forma de organização temporal do trabalho mais acessível, e grandes fábricas tiraram vantagem da economia do processamento contínuo para tornar a produção mais lucrativa. Em acréscimo, pressões sociais forçaram as companhias a reduzir a duração do dia de trabalho que era de 12 a 16 horas, resultando em um fluxo de mais pessoas para o emprego e mais trabalhadores expostos a esse sistema de organização temporal do trabalho.

Segundo Moore-Ede (1983), a partir da Segunda Grande Guerra, o trabalho em turnos e noturno cresceu quase 1% ao ano, de modo que, atualmente, mais de 1/4 de todos os homens trabalhadores e 1/6 das mulheres trabalhadoras nos EUA fazem rodízio de turnos 24 horas por dia. Por outro lado, em nações industriais ao longo dos últimos 20 anos, tem havido um aumento significativo na prática de se usar dois ou mais turnos de trabalhadores em processos produtivos que excedem a duração de um dia regular de trabalho.

Gordon et al. (1990) relatam que o trabalho em turnos e noturno tornou-se comum na indústria alimentícia, cerâmica e metalúrgica e em serviços de saúde, segurança e transportes. Na França, a proporção de negócios que operam com turnos múltiplos elevou-se de 10% para 22% entre 1958 e 1974. Nos EUA, a proporção de operações manufatureiras em turnos múltiplos vem aumentando cerca de 3% a cada 5 anos, com algumas indústrias principais tendo mais do que metade dos seus trabalhadores em turnos. A partir da década de 1990 pode ser observado que 26% da força de trabalho nos EUA estava trabalhando pelo menos quatro horas fora do horário das 9h às 17h, ao passo que 15 a 19% estão trabalhando em um turno determinado.

Para Fischer (1981) e Rutenfranz et al. (1989), apesar das origens da existência do trabalho em turnos remontarem à época da separação do trabalho entre os componentes de uma determinada sociedade, as suas razões situam-se, atualmente, entre as de ordem técnica,

ou seja, processos industriais que utilizam operações contínuas. E, tornam economicamente importante o uso ininterrupto do maquinário para tornar a produção economicamente viável, tendo em vista o alto custo desses maquinários.

Os autores afirmam que o trabalho em turnos se faz necessário pela exigência do aumento da capacidade industrial. A utilização do sistema em turnos possibilita o aumento de trabalhadores empregados.

O mercado é também uma fonte de influência muito forte no trabalho em turnos, pois há uma grande demanda de produtos e serviços, tais como ferrovias, correios, aeroportos, polícia, hospitais, segurança, marinha mercante, etc., a ser atendida.

Entretanto, enquanto a industrialização supostamente reduziu o papel do trabalho na família, deixando seus membros unidos apenas por laços de afeição, os laços entre família e trabalho têm se tornado muito mais complexos.

A vida familiar existe dentro de uma rede complexa de fatores institucionais. A qualidade da vida familiar depende das propriedades dos membros e de seus relacionamentos, mas também de estruturas sociais externas tais como a economia, a educação e o estado.

White e Keith (1990) afirmam que o modelo de organização familiar passa a depender dos meios e relações de produção. A mudança de uma economia agrária, de salário familiar, para uma economia industrial de salário individual, tem sido identificada com declínios em fertilidade, com a independência econômica e social das mulheres e com relações familiares renegociadas. Não é necessário que se considere a passagem da história para observar os efeitos que a estrutura econômica alterada tem sobre a família.

O sistema de trabalho em turnos e noturno apresenta uma grande diversidade de tipos e modelos. Fischer (1981) e Rutenfranz et al. (1989) oferecem uma descrição em profundidade sobre os inúmeros arranjos que essa forma de organização temporal do trabalho pode assumir.

Para uma maior compreensão da problemática e das variáveis envolvidas, algumas definições sobre os diversos sistemas de trabalho em turnos e noturno tornam-se relevantes, o que será feito a seguir.

Para Moreno, et. al. (2003) turno é a unidade de tempo – seis , oito ou doze horas, em geral. São classificadas como turno diurno as jornadas de trabalho que correspondem a horários de trabalho usuais diurnos, ou seja, entre 5h e 18h. O turno noturno é quando o trabalhador desenvolve suas atividades em período noturno fixo. Pela legislação brasileira isto deve ocorrer a partir de 22h de um dia até, pelo menos, 5h do dia seguinte.

Os turnos podem ser classificados também como:

- a) Turnos contínuos: o trabalho na empresa é realizado durante 24 horas diárias, sete dias por semana, o ano todo. Geralmente há três ou quatro turnos diários, dependendo se as jornadas são de oito, ou seis horas, respectivamente;
- b) Turno semicontínuos: o trabalho na empresa é realizado durante 24 horas diárias, mas há uma interrupção semanal de um ou dois dias. Geralmente há três ou quatro turnos diários;
- c) Turnos descontínuos: a empresa não mantém trabalhadores 24 horas por dia. Geralmente, há um ou dois turnos diários.

Segundo Fischer et al. (2003), quanto à distribuição e à organização do tempo, os turnos podem ser classificados da seguinte forma:

- a) Turno fixo: os trabalhadores têm horários fixos de trabalho, sejam diurnos ou noturnos;
- b) Turnos alternantes ou rodízio: os trabalhadores modificam seus horários de trabalho segundo uma escala predeterminada. Ou seja, são escalados para trabalhar em determinado horário por alguns dias, semana, quinzena ou mês, e após esse período passam a trabalhar em outro horário ou período;
- c) Turno irregular: aquele em que os horários de início e fim da jornada são variáveis, sem obedecer a um esquema predeterminado.

Quando se fala de organização do trabalho e saúde mental, uma das formas de organização que apresenta maior impacto na saúde dos funcionários é, conforme visto anteriormente, o trabalho em turnos e noturno. Na visão de Fischer (1986 apud GUIMARÃES; TEIXEIRA, 2004), o sistema de trabalho em turnos é uma condição ligada à organização do trabalho que acarreta conseqüências deletérias à saúde do trabalhador. O sistema de turnos tem sido objeto de pesquisas em inúmeros estudos realizados no Brasil e em outros países.

De acordo com Montanha (1996), o trabalho em turno representa 20% a 25% da força de trabalho da população americana, sendo que os indivíduos submetidos a este modelo, quando comparados com a população em geral, apresentam propensão duas a cinco vezes maiores de adormecer durante as atividades.

Segundo Moreno et al. (2003), em 1994, levantamento da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), na área metropolitana de São Paulo, caracterizou como trabalhador em turnos ou noturno 8,6% da população. Valendo-se desses dados, estima-se haver cerca de 10% da população brasileira ativa que trabalha em turnos ou à noite. Acredita-se que essa porcentagem seja até maior, uma vez que a oferta de serviços disponíveis muitas horas por dia, durante os dias de semana e fins de semana, vem aumentando nos últimos anos. Pode-se citar como exemplo, todos os serviços de telecomunicações, de processamento bancário, de distribuição de correspondência rápida, os centros de compras (*shopping centers*, supermercados), hotéis, lazer (cinemas, restaurantes, academias de ginástica, clubes sociais e esportivos) e serviços educacionais. Em outras palavras, além dos serviços essenciais há uma quantidade cada vez maior de produção de bens e prestação de serviços que funcionam ininterruptamente. Para que esses bens sejam produzidos e os serviços prestados, vêm ocorrendo aumento da população que trabalha em turnos, em horário noturno ou em horários irregulares.

Os turnos de trabalho têm interferência em todos os aspectos da saúde do trabalhador, na medida em que perturba a homeostase fisiológica. Os turnos de trabalho afetam o ritmo circadiano, os hábitos de sono e os alimentares, diminui a eficiência do desempenho, prejudica as relações familiares e sociais e deteriora as condições de saúde, causando particularmente transtornos de sono, gastrintestinais, neuropsíquicos e cardiovasculares (COSTA et. al., 2000).

Como qualquer outro tema que tenha como objeto de estudo o ser humano, não se pode generalizar os impactos dos turnos na saúde dos funcionários, uma vez que existem variações na tolerância apresentada. Estudos realizados por Haider et al. (1988 apud COSTA et. al., 2000) mostram que cerca de 15 a 20% dos trabalhadores são forçados a deixar o trabalho em turnos em pouco tempo devido a problemas de saúde, enquanto 5 a 10% não relatam nenhuma queixa durante sua vida produtiva; a maioria tolera o trabalho em turnos com diferentes níveis de má adaptação, mostrando em diferentes épocas da vida a severidade da manifestação em termos de problemas e doenças.

As maiores influências na tolerância ao trabalho em turnos são divididas em cinco categorias de acordo com Fischer et. al. (2003). São elas:

- a) Características individuais: idade, sexo, preparo físico, traços da personalidade (tipo matutino, extroversão, neuroticismo), estrutura circadiana, hábitos alimentares e do sono;
- b) Situação familiar: estado civil, número e idade dos filhos, nível socioeconômico, turno de trabalho do (a) parceiro (a), moradia e atitudes familiares;
- c) Condições sociais: mercado de trabalho, tradições locais de trabalho em turnos, atividades de lazer, apoio social, tamanho e atitudes da comunidade, tempo e meio de transporte de/para o trabalho;
- d) Condições de trabalho: setor de trabalho, horas/horário de trabalho, ambiente de trabalho, carga de trabalho, característica do cargo, nível de renda, qualificação, satisfação no

cargo, oportunidade de carreira, relações humanas, instalações para refeição e supervisão médica;

- e) Esquema de turnos de trabalho: contínuo, semicontínuo, rodizante ou fixo, sentido de rotação (horário e anti-horário), extensão do ciclo do turno, número de noites consecutivas, número de noites por ano, fins de semana livres por ciclo de trabalho, horário de entrada/saída do turno e número de equipes.

Percebe-se que dentro de todos os aspectos que se mostram relevantes e influentes no nível de tolerância ao trabalho em turno, há a presença de vários fatores sociais. Isso porque os trabalhadores em turnos vivenciam um cotidiano essencialmente diferente do restante da comunidade em termos de distribuição temporal de suas atividades. Dados apresentados por Wedderburn (2000 apud KNAUTH, 2003) num estudo realizado sobre o valor subjetivo do tempo revelaram os horários noturnos como os mais valorizados nas 24 horas e os fins de semana como os melhores dias para usufruir a folga, sendo sábado à noite o momento mais valorizado para o tempo livre.

Para Fischer et al. (2003, p.53-54)

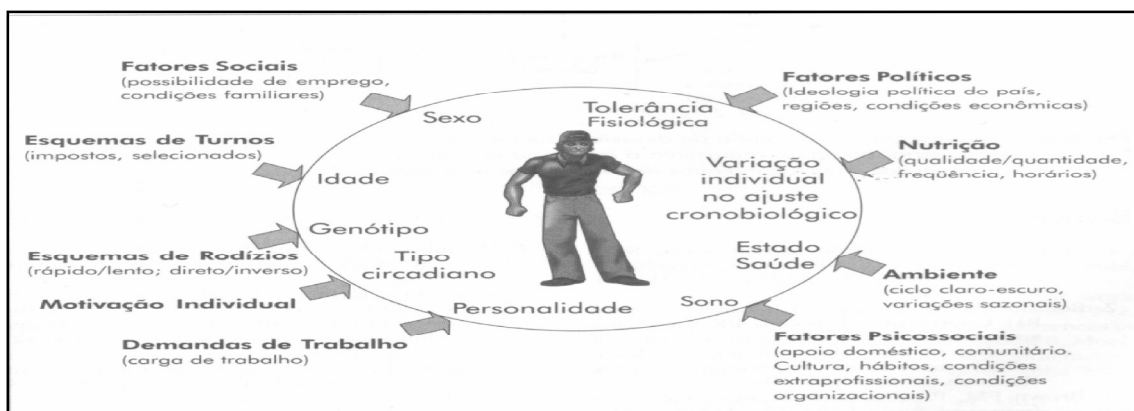
Esses dados confirmam a vantagem de o tempo livre coincidir com os momentos em que a maioria da comunidade se dedica ao lazer, o que nos remete às observações de Anderson (1961), de que o indivíduo que trabalha à noite ou no fim de semana está trocando seu tempo por dinheiro nos momentos em que a maioria dos trabalhadores troca dinheiro por lazer.

Essa modificação de vida social afeta todos os aspectos da vida da pessoa. Frequentemente, os trabalhadores em turnos acabam impossibilitados de participar de cursos, igreja, clubes, atividades familiares, atividades sociais, o que os leva a um isolamento e, por consequência a problemas psicossociais.

Segundo Santos (1993), uma pessoa que trabalha à noite de forma fixa ou alternada se vê obrigada a: 1) Submeter-se aos costumes de sua família, interrompendo seu sono diurno para almoçar; ou 2) Submeter sua família a seu próprio horário, o que, às vezes, é

impossível quando esta não é numerosa e especialmente se sua esposa não trabalha fora de casa; ou 3) Seguir seu ritmo parcialmente independente de sua família.

Figura 1 – Principais fatores determinantes da tolerância ao trabalho em turnos



·FONTE: Fischer, Frida M. **Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 73

O trabalho em turnos não afeta apenas os trabalhadores de turnos noturnos. Observa-se os impactos supracitados nos trabalhadores dos turnos diurnos, dos turnos intermediários e turnos noturnos, como afirma Muchinsky (2004) quando diz que os trabalhadores em turnos têm muitos problemas sociais e fisiológicos relacionados à adaptação. A maioria dos problemas fisiológicos está associada a interrupções do ritmo circadiano isto é, o organismo humano apresenta uma programação genética para determinado ciclo de tempo. Como o trabalho em turnos interrompe o ciclo de comer, dormir e trabalhar, em geral os empregados reclamam da insuficiência de sono, fadiga, constipação, irritabilidade e perda de apetite.

Como a sociedade, em sua grande maioria, trabalha durante o dia e dorme à noite, trabalhadores em turnos apresentam problemas sociais, como já afirmado anteriormente. Frequentemente, os mesmos apresentam dificuldades com os filhos, no relacionamento

conjugal e com seu lazer. Apresenta-se abaixo a tabela elaborada por Thierry e Meijman (1994), relacionando as características aversivas do trabalho em turnos:

Tabela 1 – Características aversivas do trabalho em turnos.

CARACTERÍSTICA	DEFINIÇÃO	INCONVENIÊNCIA
Regularidade	Número médio de mudanças nos tempos de início dos períodos de trabalho durante a semana	Agitação, queixa de nervosismo e constipação
Periodicidade	Média semanal da soma do número acumulado de turnos noturnos sucessivos, mais a metade de turnos da tarde sucessivos acumulados	Problemas de sono, queixas de fadiga, problemas digestivos e intestinais
Carga por turno	Duração média do turno em horas.	Fadiga, sensação de sobrecarga
Carga por semana	Tempo médio de trabalho semanal em horas.	Fadiga, sensação de sobrecarga
Oportunidade de descansar à noite	Número médio semanal de horas de trabalho entre 23h e 7h.	Problemas para dormir, insônia, fadiga, queixas de nervosismo
Previsibilidade	Tempo do ciclo da semana.	Problemas de planejamento/ coordenação
Oportunidade para tarefas domésticas e familiares	Número médio semanal de horas de folga de segunda a sexta-feira entre as 7h e as 19h.	Frustração no papel de parceiro/genitor, queixas quanto à limitação das tarefas domésticas
Regularidade de oportunidade para tarefas domésticas e familiares	Coefficiente de variação de oportunidade semanal para tarefas domésticas e familiares.	Frustração no papel de parceiro/genitor e em tarefas domésticas
Oportunidade de recreação noturna	Numero semanal médio de horas de folga de segunda a sexta entre as 7 e as 23 horas.	Falta de continuidade no papel de parceiro, limitação nas atividades sociais e recreacionais
Oportunidade de recreação de fim de semana	Metade do número de dias de folga durante o fim de semana por semana.	Limitação das atividades sociais e recreacionais
Regularidade de oportunidade para recreação de fim de semana	Coefficiente de variação do número de dias de folga durante o fim de semana por semana.	Falta de continuidade nas atividades sociais e recreacionais.

Fonte: Thierry, H e Meijman, T. Time and behavior at work. *Handbook of industrial and organizational psychology*. 2º ed., v.4.

2.3.1 Estresse

De acordo com Zimerman (1999), a origem da palavra *stress* se deu no século XIX, quando engenheiros anglo-saxões passaram a usar o termo para indicar a tensão resultante de uma força aplicada em um corpo, ou seja, estressava-se o objeto até seu ponto de ruptura, para testar sua resistência. A palavra passou da Física à Medicina, na qual o biólogo canadense Hans Seyle a utilizou para explicar o desequilíbrio químico que acontece no corpo humano diante de uma agressão.

Limongi França e Rodrigues (1999) vinculam o estresse a um mecanismo normal, necessário e benéfico ao organismo, pois faz com que o ser humano fique mais atento e sensível diante de situações de perigo ou de uma dificuldade, sendo vivido como um impulso de reação. Na pré-história, por exemplo, quando um homem saía para caçar um javali, era preciso certo nível de estresse para que ele pudesse enfrentar riscos. Assim, a constrição dos vasos periféricos, o aumento da pressão arterial, a respiração ofegante e a dilatação das pupilas se tornavam alterações importantes, pois ele sangraria menos ao levar um corte, teria seu corpo mais oxigenado, seus músculos enrijecidos permitiriam que corresse mais e ele enxergaria melhor no escuro. O estresse funcionava, então, como um mecanismo de sobrevivência.

Certo nível de estresse pode ser benéfico, ao estimular o corpo, melhorando sua atuação. Mas, se o nível aumenta muito, o estímulo benéfico é substituído pela fadiga e, mais adiante, pode gerar a suscetibilidade a doenças físicas e mentais. Cada um tem um nível diferente de tolerância ao estresse: algumas pessoas parecem não sofrer efeitos negativos de níveis aparentemente altos, enquanto outras suportam apenas algumas mudanças por vez em sua vida, sem se tornarem ansiosas, deprimidas ou doentes.

Segundo Siegrist (1997 apud GUIMARÃES; MAC FADDEN, 2003, p.30)

[...] conhecimentos recentes obtidos através da investigação psicobiológica do estresse e dos estudos de cunho médico-social, sob uma perspectiva epidemiológica, subestimam a importância para a saúde física e mental das situações psico-mentais e sócio-emocionais específicas das condições estressantes da vida ocupacional.

Lazarus (1995) propõe que o estresse ocupacional ocorre quando o indivíduo avalia as demandas do trabalho como excessivas para os recursos de enfrentamento que possui. O estresse não seria uma propriedade da pessoa ou do ambiente, mas poderia se desenvolver a partir da conjunção de um tipo particular de ambiente com um tipo determinado de pessoa. Pressão de tempo, sobrecarga de trabalho, falta de autonomia e conflitos com superiores certamente são estressores para um grande número de trabalhadores, mas não necessariamente para todos. Certos tipos de pessoas, como aquelas que têm tendência à depressão, por exemplo, teriam tendência a reagir mais vezes ou mais intensamente aos estressores organizacionais, o que resultaria em problemas como absenteísmo, baixo desempenho e disfunções emocionais.

Na visão de Paschoal e Tamayo (2005), a interação entre trabalho e família também é alvo do interesse de pesquisadores da área. Para alguns autores, a existência de conflito entre papéis desempenhados nessas duas dimensões pode ser tratada como um estressor organizacional (COOPER et. al. 1988). Considerando-se os estressores organizacionais como demandas do ambiente de trabalho que exigem respostas adaptativas por parte do empregado e que excedem sua habilidade de enfrentamento, aspectos da relação entre trabalho e família podem ser tratados como variáveis situacionais que influenciam o estresse ocupacional. Isso porque não se restringem à demanda do ambiente de trabalho, mas podem influenciar a percepção dos estressores. Na maioria das vezes, investigam-se quais os impactos que o estresse ocupacional pode ter na família e como se dá esse processo (PERRY-JENKINS; et. al., 2000). A direção contrária, porém, também pode ser estabelecida, ou seja,

de que modo acontecimentos na família podem ter impacto na vida profissional do indivíduo (FRONE; et. al., 1997; McEWEN; BARLING, 1994), o que tem sido menos explorado.

Os aspectos relacionados ao contexto em que vive o trabalhador se mostram diretamente ligados a sua saúde. Seu ambiente profissional, social e familiar é determinante em sua saúde. A saúde mental acaba afetada por esses aspectos e vem se tornando cada vez mais um problema de toda a população, pois cada vez mais pessoas vêm apresentando esse tipo de problema.

2.3.2 Depressão

Segundo levantamento da OMS, a depressão maior unipolar afeta cerca de 50 milhões de pessoas no mundo todo, sendo considerada a primeira causa de incapacidade entre os problemas de saúde. As síndromes depressivas são, atualmente, reconhecidas como um problema prioritário de saúde pública.

De acordo com Dalgarrondo (2000), do ponto de vista psicopatológico, os quadros depressivos têm como elemento central o humor triste. Entretanto, eles caracterizam-se por uma multiplicidade de sintomas afetivos, instintivos e neurovegetativos, ideativos e cognitivos, relativos à auto-valorização, à volição e à psicomotricidade. Também podem estar presentes sintomas psicóticos e fenômenos biológicos associados.

O autor diz:

Do ponto de vista psicológico, as síndromes depressivas surgem com muita frequência após perdas significativas: de uma pessoa muito querida, de um emprego, de um local moradia, do status socioeconômico, ou de algo puramente simbólico. (DALGALARRONDO, 2000, p. 191).

Bridi (1997) realizou um estudo no qual o total estimado da prevalência de depressão entre mulheres foi de 8,3%, comparado com 2,9% dos homens. O risco relativo para as mulheres em relação aos homens foi de 2,9: 1, sendo que esse risco aumenta para 8,7:1 entre as mulheres negras em relação aos homens negros. Em casos de depressão classificada como não-depressão maior, o risco aumenta para 11,2:1 para as mulheres em relação aos homens. Considerando-se o estado civil, as mais altas taxas foram encontradas entre viúvos, separados, e divorciados. O contexto psicossocial das depressões parece ser provocado e/ou exacerbado por eventos estressantes da vida.

Kaplan e Sadock (1990) apresentam os quadros nosográficos dos Distúrbios de Humor. O humor refere-se ao estado emocional interior do indivíduo, enquanto o afeto designaria a expressão exterior do humor. O humor pode ser normal, exaltado ou deprimido. Pacientes com humor exaltado demonstram expansividade, fugas de idéias, sono diminuído, auto-estima elevada e idéias de grandeza. Pacientes com humor deprimido demonstram perda de energia e de interesse, sentimentos de culpa, dificuldade de concentração, pensamentos de morte e suicídio, alterações no nível de atividades como a capacidade cognitiva, fala e funções vegetativas, sono, apetite, atividade sexual e outros ritmos biológicos. Pacientes que sofrem apenas de episódios de depressão maior são considerados unipolares, já aqueles que sofrem de depressão e mania são bipolares. Ciclotimia e distimia são distúrbios referidos como formas menos graves de distúrbio bipolar e depressão maior, respectivamente. Os autores reconhecem que a etiologia dos distúrbios de humor é desconhecida, incluem populações heterogêneas de pacientes com doenças diferentes.

Segundo o DSM-IV, um humor deprimido e uma perda do interesse e do prazer são os sintomas-chaves da depressão. O paciente se sente triste, inútil, liquidado ou desesperançado. Quase todos os pacientes deprimidos queixam-se de energia reduzida, dificuldade para terminar tarefas, prejuízo escolar e profissional, motivação diminuída para

colocar em prática novos projetos. Também há queixas de sono perturbado, com despertares múltiplos durante os quais ruminam sobre seus problemas.

2.3.3 Desconfiança no próprio desempenho

Para Dejours et. al. (1994), a motivação ao desempenho do trabalho busca que o mesmo signifique uma oportunidade de aprender se desenvolver na organização, para junto a ela progredir, bem como na identificação das respectivas responsabilidades sobre as causas e efeitos destes no desempenho.

Segundo Beraquet, Areias, Stroili e Teixeira (2004, p.103):

No mundo do trabalho, as contribuições do contexto organizacional onde o trabalhador está inserido, quer através de seus superiores hierárquicos, quer pelas contingências específicas da organização ou pelas influências do macro contexto, interferem de forma marcante em seu estado emocional, de forma positiva ou negativa. Pesquisas na área de saúde tem sido desenvolvidas sobre o tema, em especial na área de saúde mental do trabalhador.

De acordo com as mesmas autoras, a grande maioria das pessoas que busca ajuda psicológica e psiquiátrica expressa sentimentos de inadequação, ansiedade e de menos valia que estão relacionados à baixa auto-estima.

Branden (2000) postula que a auto-estima está associada a outros conceitos essenciais como o sentimento de competência pessoal que é a autoconfiança, a capacidade de lidar com os desafios e de resolver os problemas que aparecem. Está associada à confiança que o indivíduo tem na sua capacidade de pensar e confiança no direito de vencer e ser feliz. Corresponde ao sentimento de adequação à vida e depende de sua avaliação das experiências de sucesso e fracasso. Integra ainda as aspirações e exigências que a pessoa se coloca para

determinar o que constitui sucesso e forma de reagir frente às críticas e às rejeições. Um outro conceito ao qual a auto-estima está relacionada é o de valor pessoal que se refere ao auto-respeito e à autorização interna para defender seus interesses e necessidades, suscitando a sensação de ter valor e de ser capaz de alcançar as metas almejadas. Engloba ainda o valor percebido dos outros em direção a si mesmo, expresso em afeto, elogio e atenção.

A auto-estima não é exclusivamente dependente do julgamento do outro, mas esse julgamento pode refletir negativa ou positivamente na mesma. Do ponto de vista profissional, mais do que do pessoal, a valorização externa é muito importante. Ser reconhecido como “profissional”, como alguém que desenvolve um trabalho digno, importante para a equipe, vai, sem dúvida, contribuir para uma motivação maior e uma melhor qualidade de vida. Assim, valorizar-se e ser valorizado é um encadeamento positivo para o trabalho, contribui com a auto-estima e ajuda a manter um equilíbrio psicoemocional.

Observa-se que motivação, criatividade, comprometimento, cooperação, elevação da auto-estima e melhoria da qualidade de vida são os principais efeitos do prazer sobre o indivíduo atribuído pelos participantes. Em contrapartida, adoecimento físico e mental - raiva, ansiedade, depressão e angústia são claramente vinculados ao sofrimento.

De acordo com Brockner (1988 apud BERAQUET et. al., 2004) existem numerosos indícios do que ele chama de “hipótese plástica”, isto é, a hipótese de que pessoas com baixa auto-estima são mais vulneráveis a eventos estressores do que aquelas que possuem um nível elevado de auto-estima. Seguindo essa perspectiva, Ganster e Schaubroek (1991 apud BERAQUET et. al, 2004), em estudo realizado com 157 bombeiros norte americanos, encontraram uma correlação entre um baixo nível de auto-estima e transtornos psicossomáticos.

A relação baixo nível de auto-estima e problemas referentes à saúde mental são observáveis assim como a relação baixo nível de auto-estima e trabalho em turno, uma vez

que os fatores presentes no contexto dessa forma de organização de trabalho recaem sobre o trabalhador como forma de se sentir inadequado junto ao restante da sociedade. Sua pobre participação social acaba por afetar diretamente seu sentimento de valor e de competência pessoal, tendo em vista que suas funções familiares são prejudicadas.

2.3.4 Distúrbios psicossomáticos

O termo “psicossomática” foi introduzido na área médica em 1818, por Helmholtz, e seu sentido era designar as doenças somáticas que surgiam tendo como fatores etiológicos os aspectos mentais (Zimmerman, 1999). No processo histórico o vocábulo evoluiu e passou a englobar o estudo da pessoa como um ser histórico constituído por corpo, mente e socialização, ou ainda, incitando que o ser humano é o resultado de nossa interação com o mundo, das suas experiências do passado e de suas expectativas sobre o futuro.

Mello Filho (1992) considera psicossomáticos os fatores psicológicos que afetam a condição física conseqüente de estímulos ambientais emocionalmente significativos e relacionados ao início, ou à exigência, ou a uma condição física, ou a um distúrbio específico. Atualmente, é comum frente às crises e dificuldades as pessoas apresentam um quadro clínico debilitado. Submetidas a diversos exames médicos e diagnósticos, acabam sendo encaminhadas a um psiquiatra porque a causa de sua doença é psicológica. Isso demonstra que fatores emocionais desencadeiam alterações psicológicas através do sistema nervoso e de hormônios.

O autor ainda afirma que: A incapacidade de expressar, transmitir emoções e sentimentos - inclusive de agressividade - resulta em importante mecanismo de agressão ao corpo e, por conseguinte, em causa de doenças. (MELLO FILHO, 1992, p.112).

A relação emoção e trabalho foi evidenciada por volta de 1924 e 1932 quando Elton Mayo desenvolveu os estudos na filial da Western Electrical Company, situada em Hawthorne, e as variáveis psicológicas interferiram nos resultados do experimento. A perspectiva sociotécnica defendida pelo Tavistock Institute, na Inglaterra, vem contribuir para uma visão mais ampla do trabalho, considerando a interdependência da razão e da emoção no ambiente de trabalho.

A livre organização do trabalho torna-se peça essencial do equilíbrio psicossomático e a satisfação do trabalhador, o que significa que, quanto mais rígida for a organização do trabalho, menos ela facilitará estruturas favoráveis à economia psicossomática individual (DEJOURS, 1992).

Para Coelho (1988), o trabalho em turnos é um fator de ordem psicossomática que com certeza, implica num número aumentado de úlceras pépticas. Esse número parece guardar nítida relação com a tendência prévia do indivíduo para o desenvolvimento da doença, bem como o tempo de exposição. Para o autor, embora o trabalhador em turnos e noturno altere seus horários de trabalho, os ritmos circadianos não se alteram ou se alteram parcialmente e, como conseqüência, um aumento substancial de alterações gastroduodenais são observadas, tais como: dispepsias (dificuldade na digestão), colites, diarreias, constipação intestinal, etc.

Conforme estudos de Zimerman (1999) os aspectos relacionados à psicanálise clínica mais relacionados a somatização são: potencialidade somática e sua psicoimunologia; possível estancamento da libido; elementos psíquicos ligados à agressão e pulsão de morte; gênese da predisposição psicossomática provenientes das vivências emocionais relacionadas ao vínculo do bebê e sua mãe; sistema de representações, identificações e significações internas confuso e dificuldade em conter e pensar devido a provável posição depressiva.

Os distúrbios psicossomáticos mais frequentes e relacionados com o trabalho em turnos são: distúrbios respiratórios; distúrbios do aparelho digestivo; doenças de pele; doenças das articulações e musculares; distúrbios endócrinos e doenças cardiovasculares.

A visão da psicossomática no trabalho é melhor explicitada por Danna e Griffin (1999 apud ZANELLI et al., 2004) quando adotam uma conotação mais abrangente de bem-estar que, além de abarcar o próprio conceito de saúde, também inclui aspectos afetivos como satisfações/insatisfações experimentadas pelo indivíduo em diversas áreas de sua vida (por exemplo: vida social, vida familiar, recreação e espiritualidade) e satisfações/insatisfações relativas ao trabalho (por exemplo: salário, oportunidade de promoção, colegas de trabalho, chefia e o próprio trabalho).

Complementando a visão acima, Zanelli et al. (2004) apresentam saúde como um sub-componente de bem-estar entendido em diversos estudos como que representando a combinação de indicadores psicológicos, tais como afeto, frustração e ansiedade, bem como indicadores físicos/fisiológicos: pressão sanguínea, funções cardiovasculares e condições físicas em geral, o que vem aumentar a consistência da inter-relação dos fatores supracitados e o trabalho em turnos.

2.4 SONO E TRABALHO EM TURNOS

William e Sanderson (1986 apud FURLANI, 1999) afirmam que em cada 100 trabalhadores em turnos, 70 informam algum distúrbio do sono, com a seguinte distribuição: dificuldade para iniciar o sono 87%; irritabilidade e fadiga durante o trabalho 71% e falta de restauração após o sono 52%

A ocorrência de distúrbios do sono em trabalhadores em turnos, em diferentes ramos de atividade, segundo estudos realizados por Rutenfranz et al. (1989), são: aproximadamente 4% a 7% dos trabalhadores diurnos; aproximadamente 5% a 30% dos trabalhadores em turnos sem horário de trabalho noturno; aproximadamente 1% a 95% dos trabalhadores em turnos com horário de trabalho noturno; aproximadamente 80% a 90% dos ex-trabalhadores em turnos no tempo em que exerciam suas atividades nos horários noturnos. Com a transferência para o turno diurno, suas perturbações de sono diminuíram, cerca de 20%.

De acordo com Ferreira (1988), tais alterações são atribuídas à dessincronização dos ritmos circadianos provocada pelas mudanças no ciclo atividade-reposo, em face dos esquemas de turnos utilizados. Folkard (1975) complementa que o ruído ambiental também é um fator importante, podendo determinar redução no número de horas de sono diurno.

O mesmo autor argumenta que a mais importante contribuição da cronobiologia – ramo da biologia contemporânea que se ocupa do estudo da ritmicidade biológica – ao estudo da atividade humana no trabalho é a noção de variabilidade das funções biológicas ao longo das 24 horas do dia. Isso faz com que os trabalhadores respondam ou tendam a responder diferentemente a uma mesma situação de trabalho, conforme o momento do dia em que ela ocorra. Esse fato, por si só, já traz um dado importante que se refere à variação do desempenho ao longo das 24 horas para qualquer pessoa. Quando se faz referência a turnos irregulares de trabalho, têm-se ainda outros fatores a serem associados a essas variações de desempenho. A fadiga aguda ou crônica produzida por muitas horas de trabalho, associada à privação ou redução significativa das horas de sono são os principais fatores que influenciam o desempenho do indivíduo.

Waeckerle (1994) afirma que a espécie humana, como muitas outras, organiza suas atividades segundo um ciclo de 24 horas. Oscilações da temperatura corporal, frequência

cardíaca, pressão sanguínea e respostas celulares para estímulos internos, tais como hormônios, sistemas enzimáticos, neurotransmissores, eletrólitos e substratos metabólicos, também demonstram ritmicidade circadiana. Essa organização temporal resulta da atuação de fatores endógenos – relógios biológicos ou osciladores centrais – e de fatores ambientais – os sincronizadores ou *Zeitgebers* – já visto na introdução desse estudo; para a espécie humana os sincronizadores sociais parecem ser os mais importantes, especialmente a jornada de trabalho.

Aschoff (1965) em suas pesquisas observou que a pessoa mantém seu próprio período de atividades biológicas sem perder o ritmo, demonstrando assim a presença de um sincronizador interno e outro externo, conhecidos como *Zeitgeber*, palavra de origem alemã, cuja tradução literal é doador do tempo. Eles fornecem referências internas e externas de tempo para a sincronização constante do relógio interno. *Zeitgebers* externos clássicos são as variações dia/noite ou claro/escuro. A relação atividade/repouso e a temperatura corporal são *Zeitgebers* internos, sendo o ritmo circadiano regulado pelos *Zeitgebers* internos.

De acordo com Gaspar, et. al. (1998, p. 240)

O equilíbrio entre as influências dos sincronizadores e da organização temporal interna pode ser perturbado por alterações agudas, tais como vôos transmeridianos, ou crônicas, como é o caso dos trabalhos em regime de turnos, produzindo uma quebra na sincronicidade dos diversos ritmos internos, visto que esses ritmos não têm a mesma velocidade de ajuste à nova realidade externa.

Ferreira (1988) descreve que, a grosso modo, dois grandes grupos de variáveis vinculadas a osciladores centrais distintos — o ritmo vigília/sono, a resposta a alguns testes de desempenho, o nível de adrenalina no sangue e o volume urinário — fazem parte, entre outros, daqueles que se ajustam rapidamente às mudanças, porém o ritmo da temperatura central, o sono paradoxal (sono REM), as taxas urinárias de 17- hidroxicorticosteróides se adaptam lentamente no decorrer de vários dias. Em função dessas diferentes velocidades de

ajuste, ocorre uma dessincronização temporária, que, no caso dos trabalhadores em turno, vai sofrendo novos ajustes conforme vão ocorrendo as mudanças nos horários de trabalho. As dessincronizações produzidas por mudanças abruptas em jornadas de trabalho ou vãos transmeridianos se manifestam com o surgimento de distúrbios do sono, sensação de mal-estar, complicações gastrointestinais, flutuações no humor e reduções no desempenho. (WAECKERLE, 1994)

De acordo com Rotenberg et al. (2001), as refeições com a família, os estabelecimentos comerciais e o nível de ruídos seguem os horários "normais" da sociedade, contribuindo para prejudicar o sono diurno. Fischer (1996 apud ROTENBERG et al., 2001) afirma que nesse sentido, o trabalho à noite está associado a um cotidiano essencialmente diferente do adotado pela comunidade em geral, no que concerne aos ritmos sociais e biológicos. Suas conseqüências incluem insônia, irritabilidade, sonolência de dia, sensação de "ressaca" e mau funcionamento do aparelho digestivo; tais conseqüências provocam, com o decorrer do tempo doenças relacionadas ao sistema gastrintestinal e nervoso. São ainda observados efeitos na segurança do trabalho e na qualidade de vida dos (as) trabalhadores (as) e suas famílias.

Segundo Marques e Menna-Barreto (1997), diante de uma mudança de rotina – notadamente a do ciclo vigília-sono com a mudança de turno – o organismo humano procura se adaptar. Nesse processo ocorre modificação e dessincronização interna transitória de ritmos biológicos. Para Knauth et al. (1983 apud MONK, 1989) essa dessincronização que se origina das diferentes velocidades de reajustamento de diferentes ritmos biológicos, pode durar vários dias ou mesmo se perpetuar ao longo de rodízios de horários de turnos e da alternância entre trabalho e folgas.

Colquhoun e Rutenfranz (1980 apud FISCHER, 1990) afirmam que modificação e dessincronização interna de ritmos biológicos correspondem a um estresse adicional àqueles

típicos do trabalho executado em horário fixo normal diurno. O esforço despendido para a ressincronização dos ritmos biológicos a cada variação do ciclo vigília-sono gera desgaste adicional no trabalhador em turnos, que pode afetar sua saúde física e psicológica, seu bem-estar geral, seu relacionamento familiar e social e sua eficiência no trabalho.

As três fontes principais de dificuldades advindas do trabalho em turnos são: 1) a adaptação dos ritmos biológicos às inversões dos períodos de atividade e repouso, 2) as perturbações do sono, 3) os fatores domésticos e sociais(MONK, 1989).

3 TRABALHO

3.1 HISTÓRICO

Vê-se, no início da história da humanidade, a relação homem – trabalho presente a partir do momento em que o homem busca meios de satisfazer suas necessidades, provenientes de um instinto de sobrevivência.

Para Oliveira (2003), é no período Pré-Histórico, que abrange toda a época anterior a 4000 a.C., desde o aparecimento dos primeiros seres humanos, que podem ser encontrados os primeiros vestígios do que hoje se define como trabalho, mais precisamente no período Neolítico, nas chamadas "comunidades tribais", consideradas como a última etapa das sociedades sem classes, dotadas de formas primitivas de economia (caça, pesca, criação, formas rudimentares de agricultura).

Na concepção de Nagles (1974), as formas de trabalho foram criadas quinze a vinte milênios antes desse período quando o autor considera o trabalho como uma atividade própria do homem. Segundo o ele, há milhões de anos, no começo do período Pleistoceno, viveram os australopitecos, os mais antigos tipos de *homo faber* conhecidos. O autor sustenta seu argumento a partir dos desenhos encontrados em grutas da África austral, que podem ser associados aos mais antigos utensílios do mundo e às mais antigas formas de trabalho. Nagles argumenta, ainda, que a transição do estado de animalidade ao de homem ocorre no momento em que o australopiteco atrita duas pedras entre si, com o fim de romper uma delas, fazendo-a mais afiada ou cortante.

O homem, desde o seu surgimento, teve um comportamento nômade, vagando pelas terras em busca de uma farta fauna e flora, vivendo apenas da caça, pesca e coleta de

frutos silvestres para se alimentar. Essa forma de subsistir perdurou por longos anos. Somente a partir de 8.000 a.C., como conseqüência de alterações climáticas, desenvolveu-se no Oriente a agricultura e a domesticação de animais, o que contribuiu para a fixação do homem na terra.

Alguns estudiosos, entre eles Albornoz (1988), Durant (1955) e Nagles (1974), dividem a história econômica mundial em três etapas: a sociedade primitiva, a agrícola e a industrial, às quais correspondem, respectivamente, três tipos básicos de organização econômica e, conseqüentemente, do trabalho: caçadora, primitiva e industrial. Os autores comentam que a agricultura contribuiu para a superação do nomadismo dos povos caçadores, superação essa decorrente, principalmente, das atividades realizadas pelas mulheres nos arredores da "caverna". Há registros históricos que confirmam que os seres humanos nesse período viviam em cavernas (ou grutas). Exemplo disso são as ruínas do Mediterrâneo.

A divisão sexual do trabalho se deu no momento em que o homem assumiu como atividade predominante a caça e a mulher ficou responsável pela agricultura, pois através dessa atividade esperava-se que a mulher gerasse o alimento assim como gerava a vida, além de mantê-la próxima a caverna e do cuidado da prole. (NAGLES, 1974)

É evidenciado pelos fatos históricos o contexto do trabalho ligado apenas a uma economia de subsistência, na qual o homem, em comunidades primitivas, se organizava-se em prol da sobrevivência coletiva, sem a produção de excedentes.

No período que vai de 1200 a.C. a 200 a.C., segundo Oliveira (2003), surgem e se desenvolvem as propriedades privadas da terra como privilégio de classe. Esse período é considerado pelo autor como Formações Antigas.

Nesse momento origina-se também a divisão conceitual do trabalho, bem como a discriminação das atividades públicas e privadas. Os gregos apontavam distinções entre o esforço do trabalho na terra, a fabricação do artesão e a atividade livre do cidadão que discutia os problemas da comunidade. O trabalho na terra possuía, originalmente, para eles, valor e

prestígio, pois estabelecia um elo com a divindade que regia a fertilidade da terra e os ciclos naturais.

Para os gregos, a vida humana e suas atividades desenvolviam-se em dois espaços diferenciados: na esfera da vida privada e na esfera da vida pública. Havia uma separação entre os trabalhos realizados no espaço privado (doméstico) e os praticados no espaço público (o trabalho da polis). Daí advém a distinção entre os diferentes esforços despendidos e os diferentes entendimentos sobre o trabalho.

As atividades realizadas na esfera da vida privada eram atividades específicas do labor e aproximavam o homem dos animais. Embora fossem atividades de manutenção da vida, tudo o que era gerado era imediatamente consumido. O labor mantinha os homens circunscritos diante de sua mortalidade biológica. De acordo com a linha de raciocínio delineada acima, o que o homem produzia pelo labor não lhe permitia inscrever-se na ordem da imortalidade. Isso era conquistado pela realização de atividades próprias, que conduziam à sua plenitude humana, plenitude de sua dignidade de homem. Por essa razão, a casa era compreendida como a esfera na qual o homem, sujeito à preservação da vida e ao atendimento de necessidades vitais, não podia expressar sua excelência humana. Esse era o sentido de vida privada, compreendido e empreendido pelos gregos antigos, que não tem correlação com vida particular, propriedade particular ou riqueza (ARENDDT, 1983).

Superar a sujeição à vida biológica e, simultaneamente, transcender a atividade de labor era o ideal grego para a vida humana. Nessa superação da sujeição, às necessidades vitais realizava-se a liberdade, não como um fim em si mesma, mas como um passaporte ou salvo-conduto para o ingresso no direito de participação na esfera da vida pública, da *pólis*. Em outras palavras, a liberdade era um meio para que o homem se tornasse cidadão.

Na antigüidade greco-romana vigorou o modo de produção escravagista. No ano 310 a.C., havia, em Atenas, 400.000 escravos para 21.000 cidadãos. As propriedades cresciam

e, cada vez mais trabalhos eram feitos por escravos, fiscalizados por feitores, também escravos, em proveito do senhor ausente. "Aos poucos, o trabalho do camponês foi substituído pelo escravo, já que era mais conveniente comprar um indivíduo inteiramente submetido ao seu dono do que contratar um homem livre" (DURANT, 1955, p.273).

Para Oliveira (2003), ser escravo significa que um homem é propriedade jurídica de outro homem. O mesmo se torna obrigado a trabalhar para seu dono produzindo riquezas como um prestador de serviços. A escravidão nesse período não ocorre como forma de baratear a mão de obra, mas constitui-se numa tentativa de excluir o labor das condições da vida humana, uma vez que se considerava que tudo o que o homem tinha em comum com as outras formas de vida animal era inumano.

Os escravos foram fundamentais para a economia antiga no período clássico grego. Mas é bom lembrar que o escravo grego é escravo por condição política, e não por condição econômica. Eram consideradas superiores as atividades exercidas por homens livres, independentes, pois, na base da opinião que os gregos e romanos tinham da riqueza, estava a convicção de que entre as condições necessárias à liberdade estavam a independência pessoal e o lazer (FINLEY, 1980).

Nos séculos IV e V da Era Cristã, a escravatura, no seu sentido preciso, tinha perdido o lugar central, mesmo nas velhas áreas clássicas: nas cidades, recuou em favor do trabalho, na sua maior parte, independente; no campo, em favor de camponeses. Essa expansão e diversificação nas sociedades antigas contribuiu para que o trabalho se universalizasse, lançando raízes nos diferentes povos e civilizações, ainda que com concepções e atividades que diferem substancialmente daquelas em vigor nos dias atuais, nos quais predomina a economia de mercado.

Após a instalação do Império Romano, apesar de as atividades agrícolas continuarem sendo a ocupação predominante, o comércio foi fortalecido, tornando-se Roma o

centro do comércio internacional. Houve, então, uma diversificação de atividades que perdurou até o final da Idade Antiga.

O cristianismo, segundo Oliveira (2003), teve uma participação importante na história do trabalho, aonde observamos desde a significação dada por ela a ele até as encíclicas papais que vêm como formas rudimentares de regulamentação do trabalho. Na tradição judaico-cristã, o trabalho associa-se também à noção de punição, maldição. Na Bíblia, o trabalho é apresentado como uma necessidade que leva à fadiga e que resulta de uma maldição: "comerás o pão com o suor de teu rosto" (Gênesis. 3,19). Decorre desse princípio bíblico o sentido de obrigação, dever e responsabilidade que se impregnou à noção de trabalho.

As Santas Regras de São Bento também tiveram grande influência na concepção do trabalho; baseavam-se na necessidade de salvação do homem e sua aproximação com Deus por meio do trabalho e como forma de não cair em tentação. É dessa forma que os beneditinos, colocando em prática seu lema "*ora et labora*" (reza e trabalha), tiveram papel decisivo na reconstrução da Europa após a queda do Império Romano. As encíclicas papais *Rerum Novarum* e *Populorum Progressio* demonstram que as preocupações da Igreja com as questões do trabalho possuem uma correlação direta com os contextos sócio-econômico-políticos, embora historicamente mantenham estreitas relações com o poder dominante.

Outra concepção de trabalho é proveniente da revolução protestante. Os muitos escândalos e abusos da Igreja eram públicos e notórios muitos séculos antes que Martinho Lutero pregasse a Reforma Protestante, que, em essência, constituiu a primeira batalha decisiva da nova classe média contra o Feudalismo. Com o advento da Reforma Protestante, o trabalho foi uma vez mais fortalecido como forma de conquistar seus objetivos pessoais. Manter-se por meio dele era um modo de servir a Deus. Para Huberman (1981), as profissões passaram a ser vistas como fruto de uma vocação, e o trabalho, o caminho religioso para a

salvação. Para a ética do trabalho protestante de Martinho Lutero, trabalhar de forma árdua, diligente e abnegada equivalia a cultivar a virtude.

Em decorrência do crescimento populacional, surgiu a necessidade do aumento da produção de excedentes e de desenvolver-se tecnologias de produção. De acordo com Ramos (1983), surge então o comércio nos “mercados” – o local, o espaço físico, onde, semanalmente, realizava-se a troca de produtos excedentes – Esses locais não poderiam ser freqüentados por mulheres e crianças pois eram lugares nos quais “enganavam pessoas”.

Segundo Huberman (1981), os motivos para o baixo nível de comércio nos mercados feudais locais foram: a) as péssimas condições das estradas, que eram inadequadas às viagens; b) a presença de salteadores, bandidos comuns e também de senhores feudais que freqüentavam as estradas, faziam parar os mercadores e exigiam que pagassem pelo direito de trafegar, já que, naquele período, a prática de cobrança de pedágio era comum; c) a escassez de moedas, que variavam de local para local, e a diversidade dos pesos e medidas, que também se modificavam de região para região. O transporte de mercadorias para longas distâncias, sob tais circunstâncias, tornava-se perigoso, difícil e extremamente oneroso.

Mesmo com essas dificuldades, observa-se a organização dos trabalhadores e o surgimento de organizações de classes a fim de transpor as barreiras impostas pelas políticas públicas e pelas situações geográficas e culturais. Essa luta de “classes” gerou o desenvolvimento do comércio e a mudança na forma de negociação. O uso de moeda e a busca por modificações políticas dentro dos feudos incentivou que as pessoas abandonassem a agricultura a fim de viver seu ofício e, também, para atender a uma demanda. Esses artesãos se instalavam nas pequenas oficinas, unidades industriais da época e trabalhavam lado a lado com o empregador, tendo como retorno de seu trabalho o produto. Eram pagos por esse produto, tendo, inclusive, a possibilidade de, após um determinado tempo e disponibilidade de recursos, abrir sua própria oficina.

Segundo Oliveira (2003), a cronologia da transição entre o feudalismo e o capitalismo corresponde ao período entre os séculos XIV-XV e XVIII-XIX. O autor afirma que, vários são os traços que definem essa transição. A forma dominante de coerção no período feudal foi extra-econômica; nessa transição, a forma de dominação passa a ser econômica. Com a Revolução Industrial, profundas transformações tecnológicas e sociais são promovidas: o surgimento da máquina a vapor em substituição às antigas fontes de energia, o surgimento de um caráter liberal assentado na livre-concorrência, a produção automatizada, a queda da Inglaterra como hegemonia mundial e a ascensão dos Estados Unidos.

O trabalhador, antes dono de sua produção, passa a ser livre, obrigado a vender sua força de trabalho para sobreviver. O trabalho passa às mãos do burguês capitalista, que troca à força de trabalho pelo dinheiro, pelo salário. A isso Marx (1966) denomina de preço do trabalho.

Dentre todas essas mudanças no contexto do trabalho é, a partir de 1889 que se observa uma tentativa de buscar soluções para o processo de produção iniciado a partir da Revolução Industrial. Fredrick Winslow Taylor, buscou estudar o problema de produção nos seus mínimos detalhes, na tentativa de encontrar formas de tornar mais eficiente esses processos.

Na visão de Morgan (1996), as organizações raramente são propostas com um fim em si mesmas. São instrumentos criados para atingir fins organizacionais como metas de produção, lucratividade, etc. O termo organização deriva do grego *organon* que significa ferramenta ou instrumento. Nesse processo de mudança observa-se que muitas pessoas que trabalhavam por conta própria abandonaram a autonomia para trabalhar nos ambientes fabris. Esses mesmos indivíduos passaram a trabalhar em uma realidade pautada no controle exercido pelas máquinas e pelos supervisores, que buscavam uma maior produtividade.

A contribuição de Taylor para esse contexto se deu através de sua crença em que a administração deveria ser estudada e tratada cientificamente e não empiricamente como ocorria até então. Ele via o homem sem capacidade, formação ou meios para analisar seu trabalho. Acreditava na necessidade de supervisão, pois dessa forma a atividade do trabalhador se tornaria mais eficaz, evitando assim, desperdícios de tempo com movimentos inúteis feitos pelo mesmo. Daí se originou o estudo de tempo e de movimentos em uma busca de adaptar o homem à máquina.

Segundo Carmo (1992), Taylor acreditava que o homem era compelido ao trabalho não porque gostasse, mas por ser ele um recurso à sobrevivência. Assim o homem era motivado ao trabalho apenas pelo dinheiro, vendo o trabalho como um exercício de sobrevivência e não como um ato existencial.

Para o autor,

Ao reduzir-se a complexidade do saber do operário, introduz-se o desinteresse pela atividade, a monotonia, o tédio e, em consequência a idiotização do trabalhador. Antes, os ofícios qualificados eram passados, na prática e oralmente, do operário para o aprendiz, o que requeria destreza, tempo e habilidade. Retirando-se-lhe o saber, retira-se-lhe o poder de força na luta pela conquista de melhores condições de trabalho.(CARMO, 1992, p. 43)

A partir de Taylor surgem vários outros teóricos da administração, pautados no militarismo e na engenharia, em busca de sistematizar os processos de planejamento, organização, coordenação e controle dos processos administrativos. Suas preocupações se centravam na estrutura formal das organizações, ainda uma visão microscópica de homem, na qual Chiavenato (1997), o empregado era visto individualmente, sendo desconsiderado o contexto social. Os indivíduos eram tidos como preguiçosos e ineficientes, sendo a principal virtude da estrutura administrativa, a obediência a ordens.

Em contribuição à visão de Taylor, tem-se Henri Fayol e suas cinco premissas fundamentais para o sucesso da administração: prever, organizar, comandar, coordenar e

controlar. E também Henry Ford que, na busca de uma maior eficiência, cria as linhas de montagem. Essas, segundo Carmo (1992), elevam o grau de mecanização no trabalho, reduzindo ainda mais a iniciativa e a autonomia dos operários, ditando a cadência do trabalho e permitindo, assim, um alto grau de padronização da mão-de-obra. Ford, em sua obra, fixa o funcionário em seu posto de trabalho, fazendo com que as peças e componentes venham até ele. Tal fato gerou um índice de rotatividade de mão-de-obra de, aproximadamente, 380%. Buscando diminuir esse impacto Ford triplicou o salário dos funcionários, o que acabou por servir de medida paliativa, pois fez com que: “os funcionários (principalmente os mais inteligentes) não suportassem por muito tempo essa atividade”.(CARMO, 1992, p. 44)

Com as críticas que sofriam as teorias administrativas vigentes, as contribuições dos estudos das Ciências Humanas e a crise social e política vivida na época, surgem novos estudos sobre as organizações e o trabalho, em especial as pesquisas de Elton Mayo (CHIAVENATO, 1997), psicólogo norte-americano que começa a perceber a "interferência" de variáveis psicológicas em suas pesquisas sobre a relação ambiente de trabalho e produtividade. A partir dessas descobertas, começam a ser considerados dentro das organizações os processos grupais e o homem; este antes visto como *economicus* (motivado pelo dinheiro), passa a ser visto como um ser social.

Segundo Chiavenato (1997), pode parecer que os autores da Escola das Relações Humanas tenham se preocupado exclusivamente com o bem-estar dos trabalhadores. Porém essa mesma teoria tem sido fortemente criticada por seu caráter manipulativo, visando modificar o comportamento do empregado em favor dos objetivos da administração, trazendo à voga as dimensões esquecidas por Taylor em seus trabalhos.

Para Meininger (1973 apud CHIAVENATO, 1997, p.65)

Com a Escola das Relações Humanas, principalmente a partir de 1946 verificou-se que o fator humano ajuda na compreensão e controle da situação de trabalho: há uma confrontação inevitável entre as organizações

e os problemas humanos. A noção de produtividade (mais ampla) substitui a de rendimento (mais estreita), a otimização substitui a maximização e os organizadores passam a considerar os fatores humanos (motivações, reações afetivas, etc.) em todas as situações. A resistência à mudança é reconhecida, identificada e explorada. Porém, essa tomada de consciência que podia ser positiva, ao tentar apenas contornar as dificuldades em vez de saná-las, tornou-se negativa e exploratória.

Nos últimos cinquenta anos, a visão de organização evoluiu em decorrência dos problemas levantados pela visão mecanicista vigente até então. Muitos teóricos organizacionais abandonaram as ciências exatas e passaram a se inspirar nas ciências biológicas, vendo as mesmas como organismos mais complexos e em constante interação com o meio. As necessidades da organização, anteriormente pautadas nas Ciências Exatas e com uma visão simplista se modificam, passando a adotar uma perspectiva mais humana e, conseqüentemente, mais complexa.

Começa, a partir dessa perspectiva, a se pensar na relação satisfação do trabalhador - produtividade. Segundo Morgan (1996), os pesquisadores em administração e organização foram muito atentos ao conceber o planejamento do trabalho como um meio de aumentar a produtividade e a satisfação no mesmo, melhorando sua qualidade, reduzindo o absenteísmo e o *turnover*. As organizações passam, então, a serem vistas como sistemas abertos, como organismos em constante interação com seu habitat, considerando a interação da organização com os aspectos sociais, econômicos, políticos e tecnológicos.

Essa visão ecológica das organizações retoma a ideologia do darwinismo social que ressaltou que a vida social está baseada em leis da natureza a que só os mais adaptados sobrevivem. Esse aspecto leva a um fato socialmente observado que é a busca pela adaptação contínua, uma competitividade muito estimulada atualmente na busca por sobrevivência. Assim como as organizações, os homens vivem uma competitividade desenfreada na tentativa de se manterem "empregáveis". Isso vem cada vez mais influenciando o modo de vida das

pessoas, as políticas administrativas e a interação organização - homem, na busca por uma melhor adaptação às demandas emergentes.

A queda das barreiras comerciais entre os países, dentro de um processo conhecido como globalização, vem tornando a capacidade de mudança uma característica cada vez mais valorizada no mundo do trabalho. Esse processo será discutido mais detalhadamente na próxima parte deste capítulo.

3.2 TRABALHO E GLOBALIZAÇÃO

Globalização é o conjunto de transformações na ordem política e econômica mundial que vem acontecendo nas últimas décadas. O ponto central da mudança é a integração dos mercados numa "aldeia-global", explorada pelas grandes corporações internacionais. Os Estados abandonam gradativamente as barreiras tarifárias para proteger sua produção da concorrência dos produtos estrangeiros e abrem-se ao comércio e ao capital internacional. Esse processo tem sido acompanhado de uma intensa revolução nas tecnologias de informação. A Grande Depressão e a Segunda Guerra Mundial, ao acarretarem uma relativa desarticulação da economia mundial, como apresentados nos estudos de Corsi (2000), abriram novas possibilidades de desenvolvimento para alguns países em desenvolvimento que já tinham alcançado certo patamar de desenvolvimento capitalista.

Corsi (2000) afirma que a reorganização da economia mundial no pós-guerra, sob a hegemonia dos EUA, não fechou essas possibilidades. As dificuldades dos EUA em levar a cabo seu projeto de reorganizar a economia mundial sob a égide do livre comércio e da livre circulação de capital, forçaram-no a aceitar a permanência, por longo tempo, dos controles de câmbio e dos fluxos de capital, especialmente os de curto prazo. As dificuldades das

economias destruídas pela guerra, as lições da Grande Depressão, a correlação de forças favorável aos trabalhadores no centro e o avanço dos movimentos de descolonização, muitos deles de inspiração marxista, no contexto da Guerra Fria, abriram espaço para a economia mundial organizar-se com base em fortes economias nacionais, sendo que nos países desenvolvidos contribuíram para o florescimento do Estado de Bem-Estar Social. A grande finança internacional, enfraquecida pela Depressão, teve que se adaptar à nova situação.

Segundo Gorender (1995), a Globalização e a Revolução Tecnológica são processos objetivos e conjugados. A Globalização caracteriza o atual período de desenvolvimento do sistema capitalista. Representa a continuidade do crescimento mundializante, originariamente inerente ao capitalismo. Continuidade que é, contudo, acentuação e aceleração, com manifestações na economia, na política, nas atividades culturais e nos comportamentos sociais.

A Globalização tem sua base material na terceira Revolução Tecnológica. Essa vem avançando através da informática (computação e microeletrônica), das telecomunicações, da biotecnologia e da engenharia genética, da invenção de novos materiais, dentre outros.

A Revolução Tecnológica e a globalização projetam para o futuro a possibilidade de uma sociedade planetária unificada. Compreensivelmente, trata-se de um futuro a longo prazo, indefinido no surgimento e indeterminado nos traços concretos. Contudo, vários aspectos atinentes a tal futuro já se evidenciam no presente.

Tais aspectos que suscitam reflexões dizem respeito à criação da cultura mundial, capaz de congruar os povos mais diversos, unindo-os na mesma atividade criativa; à superação dos particularismos agressivos e das hostilidades manifestas ou latentes entre nacionalidades, etnias e raças; à abordagem das questões ecológicas como temário intrinsecamente carente de visão global. A partir desse contexto, observa-se o surgimento do conceito “vantagem competitiva”. Todas as empresas, nos dias de hoje, buscam vantagens

competitivas, seja através da capacitação de seus funcionários, de formas mais eficazes de gerenciamento, de tecnologias inovadoras para se manter vivas no mercado, atendendo demandas de mercado cada vez mais exigentes através de estratégias de competitividade.

Segundo Porter (2000), a estratégia competitiva é a busca de uma posição competitiva favorável e visa estabelecer uma posição lucrativa e sustentável contra as forças que determinam a concorrência na indústria. Dessa maneira, a vantagem competitiva surge a partir do valor de mercado que uma empresa consegue agregar ao seu produto, ultrapassando o seu custo de produção; o valor é aquilo que o consumidor está disposto a pagar pelo produto.

De acordo com o autor, o estado de competição de um setor depende de cinco forças básicas: ameaça de novos entrantes, poder de negociação dos clientes, poder de negociação dos fornecedores, ameaça de produtos e serviços substitutos e manobras pelo posicionamento entre os atuais concorrentes. Através da interação dessas cinco forças, as empresas se mobilizam em prol de inovações, o que as leva a uma reestruturação organizacional, afeta diretamente a forma de organização do trabalho.

Essas novas exigências vêm atingindo mercados e empresas antes predominantemente artesanais, que é o caso da indústria moveleira. Exigências impostas pelo mercado interno bem como pelo mercado externo criam uma necessidade de inovações tanto nos meios de produção quanto nos produtos.

Atualmente, a indústria moveleira no Brasil divide sua produção entre métodos artesanais e industrializados, sendo que as empresas que possuem um maior nível de industrialização estão agregadas aos chamados “Pólos Moveleiros”. Tais empresas, através do cooperativismo, formação de sindicatos regionais fortes, obtenção de incentivos governamentais e desenvolvimento tecnológico, conseguiram alcançar maior nível de competitividade e agregar maior valor a seus produtos.

A indústria de móveis no Brasil, de acordo com o último censo realizado em 1996 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é formada por 13.500 empresas, sendo 10.000 microempresas, 3.000 pequenas empresas e 500 médias empresas, que empregam 185 mil pessoas. Entretanto, segundo estimativa da Associação Brasileira das Indústrias do Mobiliário – ABIMÓVEL (2002), atualmente existe no Brasil, entre empresas formais e informais, 50 mil unidades produtoras de móveis.

Essas empresas encontram-se dispersas por todo o território nacional e absorvem as características culturais pertinentes a cada região, o que resulta em formas estruturais distintas, com volumes bem variados.

Em 2001, de acordo com dados do IBGE, a indústria brasileira de móveis faturou R\$ 9,7 bilhões de reais, sendo que 60% referem-se a móveis residenciais, 25%, a móveis de escritório e 15% a móveis institucionais, escolares, médico-hospitalares, móveis para restaurantes, hotéis e similares.

De acordo com a ABIMÓVEL (2002), as unidades industriais localizam-se, em sua maioria, na região centro-sul do Brasil, respondendo por 90% da produção nacional e 70% da mão-de-obra empregada pelo setor. Em alguns estados, estão implantados “Pólos Moveleiros” consolidados e tradicionais, como o de Bento Gonçalves (Rio Grande do Sul), São Bento (Santa Catarina), Arapongas (Paraná), Mirassol, Votuporanga e São Paulo (São Paulo), Ubá (Minas Gerais) e Linhares (Espírito Santo). Dentro desse contexto, um grande número de empresas possui tecnologia de ponta, com máquinas automatizadas e com Comando Numérico Computadorizado (CNC), o que lhes permite alta produtividade e grande competitividade no mercado.

Com relação ao desenvolvimento tecnológico, cabe ressaltar que os fornecedores de equipamentos para a indústria de móveis de linhas não-integradas são predominantemente nacionais, ou seja, para a produção artesanal ou semi-artesanal, e para as linhas integradas que

possuem máquinas automatizadas e com comando CNC, os equipamentos são oriundos de empresas estrangeiras, especialmente provenientes da Itália e Alemanha.

Dentro de todo o contexto tecnológico que se modifica, encontram-se também as mudanças na organização do trabalho dentro das empresas moveleiras; conseqüentemente, o impacto na saúde do trabalhador apresenta-se de diversas maneiras.

4 SONO

4.1 HISTÓRICO

As investigações sobre sono não são recentes, elas remontam à história do interesse humano sobre seu próprio comportamento. Segundo Chokroverty (1994), desde o começo da civilização e da criação do mundo, os mistérios do sono tem intrigado poetas, artistas, filósofos e mitólogos. O que resultou em diversos documentos escritos acerca. Segundo Timo-Iaria (1985), o sono foi objeto de análise subjetiva, observativa e, sobretudo discursiva durante milhares de anos em todas as civilizações.

As primeiras teorias relacionando o sono a processos funcionais orgânicos datam do século VI a.C. e são atribuídas a Alcmenon. Aristóteles considerou o sono como uma necessidade do organismo e relatou sua maior duração na infância, embora, nesta época, o coração, e não o cérebro, fosse tido como o centro do movimento e da senso-percepção. Desde então, e até o século XIX, os avanços realizados no conhecimento do sono restringiram-se quase que exclusivamente às doutrinas desenvolvidas com base em outros sistemas que não o nervoso.

Berger (1930) obteve um grande avanço no estudo dos mecanismos de sono e vigília quando registrou a atividade elétrica encefálica, por meio de eletrodos de agulhas introduzidos no couro cabeludo, o eletroencefalograma ou EEG. Nos primeiros EEGs registrados durante o sono, Berger descreveu os fusos e as ondas delta, que caracterizam as fases II, III e IV do sono humano, descritas mais adiante.

Até o presente momento, a função do sono ainda não está completamente esclarecida, mas sabe-se que serve para restaurar os níveis normais de atividade e o

“equilíbrio” normal entre as diferentes partes do sistema nervoso central (GUYTON; HALL, 1997), além de estar envolvido com a conservação do metabolismo energético, com a cognição, com a termorregulação, com a maturação neural e a saúde mental (KANDEL et. al., 2003).

De acordo com Souza e Guimarães (1999), as histórias das pesquisas relacionadas ao sono na América Latina ocorrem da seguinte forma:

Na América Latina, completou-se um século de pesquisa de sono. Considera-se como primeira a publicação anônima de 1895, em Buenos Aires, que discorria sobre insônia, seguida pela tese de Gap Almeida, de 1902, denominada “Do Somno Natural”, no Rio de Janeiro (Reimão, 1993). Nas décadas seguintes, outros estudiosos se dedicaram ao tema, como Raul Hernández Peón do México. Seus discípulos e colegas por ele influenciados estão em vários pontos do continente, como Argentina, Brasil, Chile, México e Uruguai. (SOUZA; GUIMARÃES, 1999, p.26)

Nos dias atuais, o sono tem se tornado objeto de constante preocupação para pesquisadores e população em geral, uma vez que o impacto do mesmo tem uma relação direta com a saúde geral da população. O impacto do sono na saúde humana será discutido posteriormente, porém cabe aqui ressaltar que o mesmo tem se mostrado, de longa data, influência direta sobre a funcionalidade da vida cotidiana. Observa-se sua relação com diferentes transtornos físicos e psicológicos, tendo esses reflexos imediatos na vida social, familiar e profissional do ser humano.

4.2 DEFINIÇÃO

Define-se o sono como um estado de inconsciência do qual a pessoa pode ser despertada por estímulos sensoriais ou outros; deve ser distinguido do coma, que é um estado de inconsciência que não permite que a pessoa seja despertada (GUYTON; HALL, 1997). Segundo Montanha (1996), o sono, do ponto de vista comportamental, pode ser definido

como um estado de não-responsividade ao meio ambiente. Esses são descritos através de padrões de ondas, obtidos por eletroencefalograma ou eletrocorticograma, que descrevem, do ponto de vista neurofisiológico, os estados de sono e vigília.

De acordo com Borbely (1984 apud SOUZA; GUIMARÃES, 1999), Paracelsus, um médico do século XIV, escreveu que o sono “natural” duraria 6 horas, eliminaria o cansaço e relaxaria o dormidor. Discutiu também sobre a duração do sono e sugeriu que as pessoas não dormissem bastante nem pouco, mas levantassem quando o sol surgisse e fossem para a cama no pôr do sol. Essa concepção de Paracelsus é surpreendentemente similar às modernas instruções sobre sono.

O sono é uma das mais importantes e talvez a principal manifestação fisiológica. Ele possui várias funções e uma delas diz respeito à coincidência entre o sono e certas atividades orgânicas, como a secreção de diversos hormônios em mamíferos. O sono não é responsável pela produção desses hormônios, mas sem dúvida os modifica. Tal constatação caracteriza seu papel como facilitador de alguns deles. Segundo Ykeda (2005), o hormônio do crescimento (GH) aumenta caracteristicamente durante estágios mais profundos do sono: é secretado de forma rítmica pela hipófise a cada 2 horas. Gaspar et al. (1998) relata que os valores do hormônio liberado da corticotropina (CRH), hormônio adrenocorticotrópico (ACTH) e cortisol apresentam alterações cíclicas durante as 24 horas, e quando uma pessoa desorganiza seus hábitos de sono pode haver uma modificação também nessas alterações.

Gaspar et al. (1998) ainda afirma que o sono está ligado à capacidade do cérebro de adquirir e resgatar informações. Além de dificultar a aprendizagem, a privação de sono induz modificações importantes nas funções cognitivas das pessoas. As alterações apresentadas por problemas do sono não causam alterações somente fisiológicas ou cognitivas, causam alterações de humor, de comportamento, aumentam o risco de acidentes no trabalho e no trânsito, comprometendo a funcionalidade cotidiana.

4.3 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DOS DISTÚRBIOS DO SONO

A primeira classificação internacional dos distúrbios do sono foi publicada no número 1, volume 2 da revista *Sleep*, em 1979 nos Estados Unidos. Tal publicação pertence à Associação para o Estudo Psicofisiológico do Sono. Os distúrbios, assim como outras doenças, são agrupados de acordo com o esquema que relacione entre si certas características comuns ou sintomas similares.

É necessário classificar as alterações já conhecidas através de descrições precisas em quadros que lhes dêem uma identidade. Além disso, uma classificação adequada facilita o enquadramento e a compreensão do código físico que relatam os pacientes (SOUZA; GUIMARÃES, 1999).

Para Dalgarrondo (2000), há uma grande variabilidade individual em relação ao padrão e à necessidade de sono. Algumas pessoas sentem-se descansadas e ativas durante o dia dormindo cinco horas por noite; outros necessitam de 10 a 12 horas de sono para sentirem-se bem durante o dia.

As alterações do sono normal são traduzidas como “transtornos” pela breve e esquemática Classificação Internacional de Doenças versão 10 – CID-10, da OMS (1993) e como “distúrbios” pela mais completa e revisada classificação Internacional de Distúrbios do Sono da Associação Americana de Medicina do Sono (AAMS), em conjunto com outras entidades internacionais (ASDA, 1997). O Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais, 4ª edição – DSM-IV, da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 1995), adota os critérios desta última, tendo um capítulo denominado “Relacionamento com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono”.

De acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), os distúrbios do sono, nos quais as causas emocionais são consideradas como sendo um fator primário, são: (F51) Transtornos não-orgânicos do sono devido a fatores emocionais; (F51.0) Insônia não-orgânica; (F51.1) Hipersonia não-orgânica; (F51.2) Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos; (F51.3) Sonambulismo; (F51.4) Terrors noturnos; (F51.5) Pesadelos; (F51.8) Outros transtornos do sono devidos a fatores não-orgânicos; (F51.9) Transtornos do sono devido a fatores não-orgânicos não especificados (ANEXO II).

Ao observar as classificações apresentadas acima é necessário ter cautela em sua utilização, pois de acordo com Paim (1998)

A rigor, não se trata de uma classificação heurística ou científica, nos moldes das célebres classificações de Linneu ou de Mendeleiev, tão úteis para o desenvolvimento da biologia e da química como ciências modernas. A CID-10 não é uma nosologia (Estudo Classificatório e Classificação das Enfermidades), mas uma nosografia (Classificação de Diagnósticos). As categorias da CID-10 se destinam ao registro de diagnósticos (função nosográfica) e não a fazer diagnósticos (função nosológica), ainda que possam ser empregados neste sentido, isto não é recomendável, pelo menos em psiquiatria. (PAIM, 1998).

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais é uma publicação da *American Psychiatric Association* (APA), Washington D.C.. Sua 4ª edição, conhecida pela designação “DSM-IV”, traz que os transtornos do sono são organizados em quatro seções principais, de acordo com a suposta etiologia: Transtornos Primários do Sono; Dissonias; Parassonias; Transtorno do Sono Relacionado a Outro Transtorno Mental; Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral e; Transtorno do Sono Induzido por Substância. (ANEXO III)

Para Souza e Guimarães (1999), o manual da APA de 1994 tem uma relação direta com a CID-10 e com a classificação internacional dos distúrbios do sono de 1990.

Dalgalarrondo (2000) relata que o diagnóstico dos transtornos do sono é realizado por meio de anamnese detalhada referente aos comportamentos relacionados ao sono. Nos casos de diagnóstico mais difícil, é conveniente utilizar-se o laboratório do sono, onde é feita uma avaliação global, fisiológica e comportamental do sono, utilizando-se por exemplo: eletroencefalograma, eletrocardiograma, eletrooculograma, polissonografia, fluxo respiratório bucal e nasal, monitoramento de movimentos torácicos e abdominais.

4.4 EPIDEMIOLOGIA DOS DISTÚRBIOS DO SONO

Segundo Danda et al. (2005), na sociedade moderna, os distúrbios do sono, especialmente a insônia e a sonolência diurna excessiva, são queixas comuns na população em geral. Estima-se que os diversos distúrbios do sono afetam até um terço da população adulta, existindo, no Brasil, pelo menos 10 a 20 milhões de pessoas com problemas intermitentes relacionados ao sono.

Os distúrbios do sono são muito comuns. Estudos epidemiológicos feitos com a população geral mostram sua alta prevalência e incidência. Bixler et al. (1979 apud OHAYON, 2002) encontraram, numa amostra de 1.006 indivíduos da região metropolitana de Los Angeles, 42,5% com história de insônia, 32,5% com insônia no momento da entrevista e 7,1% dos indivíduos com sonolência diurna. Números semelhantes são vistos em outros estudos, inclusive em populações não-ocidentais.

Johns (1991, p.542) relata que

Existem algumas alterações específicas do sono com o decorrer da idade, como um aumento da atividade autonômica (Guilleminault, 1994), que podem predispor o idoso a um sono de pouca qualidade, como também o ritmo circadiano pulsátil, como evidenciado no aumento dos cochilos diurnos, da fadiga e da tendência ao sono no teste de latência múltipla do sono e outros testes de sonolência diurna, como o teste de manutenção da vigília, em que a latência inicial do sono é medida com o sujeito sentado,

em um quarto silencioso, tentando se manter acordado (Johns, 1991). Outros testes de sonolência são baseados na pupilometria e no potencial evocado cerebral, os quais são onerosos em demasia. Há testes de desempenho psicomotor e escalas como a Escala de Sonolência de Stanford (SSS), que é rápida, simples e avalia os sintomas e as sensações em um período em particular, e as escalas analógicas visuais, que medem o nível geral de sonolência diurna e podem estar relacionadas mais ao sono.

Chokroverty (1994) afirma que de todas as queixas relacionadas ao sono, a insônia é a mais prevalente, afetando mais que 60 milhões dos adultos americanos a cada ano. Aproximadamente 30 a 35% dos adultos se referem a dificuldade de dormir, e 10 a 15% relatam problemas crônicos ou severos em seu sono. A Conferência Nacional de Saúde Mental, divulgou que 35% de uma amostra nacional dos Estados Unidos, queixou-se de problemas para dormir em 1998. Metade do grupo, 17%, consideram isso como um sério problema. Desses indivíduos, 47% tinham níveis elevados de distúrbios psíquicos, ansiedade, depressão e doenças médicas em geral, comparados com somente 11% de indivíduos assintomáticos. Obviamente, a insônia não é somente uma queixa relativamente comum, mas também pode estar associada a outros problemas.

Lucchesi et. al. (2005) relata que, cerca de 80% dos pacientes com depressão, queixam-se de mudanças nos padrões do sono. Desses, a maioria apresenta insônia terminal, despertando horas antes do necessário (despertar precoce). Nos casos de sintomas ansiosos associados, a insônia inicial também é freqüente, apresentando o paciente dificuldade para iniciar o sono. Em estudos epidemiológicos longitudinais, a insônia é um importante preditor do aumento do risco de depressão no seguimento de um a três anos. Além disso, a persistência de insônia é associada ao aparecimento de um novo episódio depressivo.

De acordo com Benca (1992 apud LUCCHESI et. al, 2005), queixas específicas podem incluir despertares noturnos freqüentes, sono não restaurador, redução do sono total e sonhos perturbadores. Embora queixas de hipersonolência diurna sejam raras na depressão

maior, alguns pacientes com insônia relatam aumento da fadiga e tentam compensar com cochilos diurnos.

Wooten (1999 apud LUCCHESI et al, 2005), afirma que uma pequena porcentagem de pacientes com depressão maior tem queixas de sonolência excessiva, sendo a maioria destes adultos jovens. Grande parte dos pacientes com doença bipolar também relata insônia quando em depressão, mas uma significativa porcentagem de pacientes diz ter sintomas de hipersonia, com alargamento do período noturno, dificuldade de despertar e sonolência excessiva diurna. Os pacientes com doença afetiva sazonal e com depressão atípica também relatam hipersonia.

O autor também diz que as queixas mais comuns de pacientes com transtorno do pânico, em relação ao sono, incluem insônia inicial ou de manutenção (aproximadamente 70% dos pacientes) e sono não restaurador, fragmentado. Os ataques de pânico podem ocorrer durante o sono. Nos pacientes que têm ataques noturnos de pânico, os níveis de ansiedade e a duração dos ataques parecem ser maiores; há maior presença de sintomas somáticos e maior ocorrência de comorbidades com outras doenças psiquiátricas, principalmente depressão. Sintomas similares àqueles associados com ataques de pânico durante o sono podem ser encontrados em pacientes com arritmias, refluxo gastroesofágico, apnéia do sono, terror noturno e distúrbios comportamentais do sono REM. É necessário levar isso em conta na avaliação diagnóstica diferencial.

5 PESQUISA

5.1 OBJETIVOS

5.1.1 Geral

Detectar a prevalência de distúrbios do sono, trabalhos em turnos e transtornos mentais nos trabalhadores da indústria moveleira de Arapongas-PR.

5.1.2 Específicos

- ✓ Avaliar e comparar a saúde mental dos trabalhadores, no geral e por turnos;
- ✓ Avaliar a qualidade do sono e a presença dos distúrbios do sono;
- ✓ Comparar a presença dos transtornos mentais menores entre os funcionários em relação às variáveis sócio-demográficas (idade, remuneração, tempo de trabalho no turno, número de filhos, estado civil e escolaridade).

5.2 ÁREA GEOGRÁFICA

5.2.1 A Cidade

O município de Arapongas, situado na região do Norte do Paraná, é uma resultante da iniciativa da Companhia de Terras Norte do Paraná, pioneira do progresso e desbravamento de toda uma região.



Figura 2 – Fotografia panorâmica da cidade de Arapongas, PR

Como as demais idealizadas, planejadas e fundadas pela requerida companhia, a cidade de Arapongas não surgiu por acaso nem foi construída sem um plano diretor previamente elaborado. Seu idealizador e fundador foi William da Fonseca Brabason Davids, Diretor da Companhia de Terras Norte do Paraná, que na época da fundação da cidade, exercia o cargo de Prefeito Municipal de Londrina.

No ano de 1935, o comerciante francês René Cellot e sua filha Geanine Cellot compraram os primeiros lotes de terrenos destinados à construção urbana. Assim, em 28 de setembro de 1935, Cellot e sua filha se estabeleceram com uma casa comercial no mesmo

local onde ainda hoje se encontra o prédio do Banco Brasileiro de Descontos, rua das Andorinhas, esquina com avenida Arapongas, antiga avenida Presidente Vargas. No mesmo ano, foi aberto e vendido o primeiro lote agrícola ao agricultor brasileiro Floriano Freire. Imediatamente, diversos outros lavradores de diferentes nacionalidades fixaram residência no lugar e se estabeleceram com casas de comércio.

Nos anos seguintes foram povoadas as glebas destinadas às colônias formadas por imigrantes japoneses e eslavos, surgindo, assim, em 1937, as Colônias Esperança e Orle contribuíram para o progresso e expansão do novo patrimônio.

Arapongas continuou a fazer parte do território do município de Londrina até o ano de 1943, quando foi criado o de Rolândia. Passou então a pertencer ao mesmo, já agora como distrito judiciário, criado pela Lei nº 199 de 30 de dezembro de 1943, que aprovou a nova divisão administrativa do Paraná para vigorar no quinquênio 1943-1947. Devido à falta de transportes, o distrito crescia vagarosamente. Esse problema ainda se agravou em decorrência das restrições motivadas pela Segunda Grande Guerra. Nessas condições, até o ano de 1945, a sede distrital possuía umas 600 casas e era servida pela então Estrada de Ferro São Paulo-Paraná, que logo depois foi incorporada, passando a integrar o patrimônio da Rede de Viação Paraná - Santa Catarina. Não obstante, o povo de Arapongas continuou a lutar pela emancipação do município, chegando a constituir uma entidade com a designação da Sociedade dos Amigos de Arapongas, para pugnar pela sua autonomia, progresso e desenvolvimento. Assim, virtude desses esforços, o Governo Estadual, através da Lei nº 2 de 10 de outubro de 1947, criou o município de Arapongas, desmembrando-o de Rolândia e elevando a sua sede à categoria de cidade.

Naquela época, o município possuía uma área total de 2007 quilômetros quadrados e se compunha dos distritos administrativos da sede municipal, Astorga e Sabáudia.

Poucos dias após a publicação da lei, foi empossado no cargo de prefeito interino o Sr. José Simonetti, que permaneceu até a posse do primeiro prefeito eleito, o Dr. Julio Junqueira, em 09 de novembro de 1947, por uma coligação de partidos da oposição. A posse do Dr. Julio Junqueira realizou-se trinta dias após a eleição.

O primeiro prefeito enfrentou vários problemas políticos, tendo, inclusive sofrido um processo de cassação de mandato, do qual se livrou através de manobras políticas. Em 16 de janeiro de 1948 foi instalada a comarca, criada pouco antes, na categoria de primeira entrância, sendo que dois anos depois foi elevada diretamente à categoria de terceira entrância. O primeiro Juiz de Direito foi o Dr. Ismael Dorneles de Freitas, e o primeiro Promotor Público foi o Dr. Marcolino Leite de Paula e Silva. Em 22 de julho de 1951 foi eleito Prefeito Municipal o Sr. João Cernichiaro, que como seu antecessor enfrentou problemas de ordem política. Mesmo assim, Arapongas continuou progredindo.

Nesse período foi iniciado o calçamento dos logradouros da cidade construído o conjunto do Paço Municipal, abertas diversas rodovias e criadas numerosas escolas municipais.

Por duas vezes João Cernichiaro teve decretada a cassação de mandato, e por duas vezes dois Presidentes da Câmara Municipal tentaram assumir as funções do Prefeito Municipal, não conseguindo pois o Prefeito resistiu até pela força às manobras da Câmara Municipal. Finalmente, recorrendo à instância superior. João Cernichiário, ganhou a causa e continuou no poder até o fim do seu mandato. Em 1952 Arapongas perdeu o território do distrito de Astorga, que foi desmembrado e transformado em município autônomo.

Arapongas, nos últimos anos (1959), sofreu grande impulso por parte dos administradores. A cidade progrediu muito e hoje está entre os maiores e mais importantes centros urbanos do Norte do Paraná.

5.2.2 Economia

Localizada no norte do Paraná, Arapongas está entre os municípios de Londrina e Maringá, local que é considerado o eixo econômico mais importante do interior do Estado. O município tem cerca de 90 mil habitantes.

Arapongas têm clima subtropical úmido, de verões quentes com tendência de concentração de chuvas. Sua temperatura média varia entre a máxima de 32 e a mínima de 8 graus centígrados. Localiza-se num dos mais importantes pólos industriais do Paraná que reúne cerca de quinhentos e cinquenta indústrias. Dentre essas, três setores destacam-se: o alimentício, o de confecções e o moveleiro.

O Parque Moveleiro de Arapongas é o maior do Paraná e o segundo maior da América do Sul. A industrialização mudou o perfil econômico da cidade por meio da geração de empregos e renda e colocou-a numa privilegiada posição de destaque no Paraná e no Brasil.

São atualmente 476 indústrias, sendo 162 do setor moveleiro. Arapongas possui 1.743 estabelecimentos comerciais e 2.182 prestadores de serviços, dentre eles: 3 hospitais, 11 agências bancárias, 47 escolas públicas e particulares, 20 unidades de saúde, 15 centros educacionais infantis (antigas creches), 1 cinema, 1 universidade, 2 teatros, 1 museu histórico, além de várias atrações ambientais e de lazer como o Parque dos Pássaros, Usina de Conhecimento e Espaço Cultural Ruínas.

5.2.3 A empresa

A Nicioli Indústria e Comércio de Móveis Ltda. foi fundada no dia 23 de dezembro de 1961. No ano de 1986 duplicou sua produção e ganhou espaço no mercado nacional, tendo como atividade mercantil “indústria de móveis de madeira”.

Em 1998, após um ano de trabalhos contínuos, a empresa obteve a certificação de seus processos mediante os requisitos da norma ISO 9002:1994, tornando-se a primeira empresa do Paraná e a terceira empresa Moveleira do Brasil a obter tal certificação.

No último semestre do ano de 2000, a empresa iniciou a ampliação de seu espaço fabril, aumentando de 6.634,24 m² para 10.234,24m² de área construída. Também houve uma reestruturação do *layout* e a aquisição de novos maquinários. Em janeiro de 2001, após quase três anos de certificação pela ISO 9002:1994, a empresa implementou a versão mais atualizada da série ISO 9000, a norma ISO 9001:2000, que se deferência das anteriores por ter um foco de visão na melhoria contínua de seus processos. A sua situação no mercado de vendas abrange todo o território nacional, Mercosul, Estados Unidos e México.

A empresa oferece a seus funcionários escola de 1º e 2º grau; descontos sobre planos de saúde; convênio odontológico; gratificação por assiduidade e uma Associação Atlética Cultural, onde, constantemente, são realizados eventos comemorativos.

5.3 MATERIAIS E MÉTODO

5.3.1 Hipóteses

Há diferença na prevalência de transtornos mentais menores e qualidade do sono entre os funcionários que trabalham no turno matutino (primeiro turno) e no turno vespertino (segundo turno).

Os funcionários que trabalham no primeiro turno, das cinco horas da manhã às quatorze horas e quarenta e oito minutos, apresentam melhor saúde mental e qualidade do sono do que os funcionários que trabalham no segundo turno, que se inicia às quinze horas e termina às zero hora e trinta e seis minutos.

5.3.2 Casuística

Participaram da pesquisa cento e vinte e dois funcionários do setor de produção da Nicioli Indústria e Comércio de Móveis Ltda. de um total proposto inicialmente de cento e oitenta funcionários. Não houve a participação de todos, pois dezessete funcionários se encontravam de férias, duas funcionárias do sexo feminino não eram estatisticamente representativas e os outros trinta e nove empregados haviam se desligado da empresa por diversos motivos.

5.3.3 Instrumentos

Para a realização desta pesquisa, o instrumento empregado foi um Questionário sócio-demográfico (ANEXO IV), com objetivo de identificar alguns dados considerados

importantes para a pesquisa sendo eles idade, turno, grau de escolaridade, remuneração, tempo de trabalho no turno, número de filhos e estado civil e dois questionários auto-aplicáveis. Foram utilizados o Questionário de Saúde Geral de Goldberg – QSG-60 itens (criado e validado por Goldberg em 1972, denominado "*General Health Questionnaire*") (ANEXO V) e o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (ANEXO VI) para avaliar a presença de distúrbios do sono.

O Questionário de Saúde Geral de Goldberg – QSG-60 itens, foi desenvolvido com o objetivo de detectar o grau de severidades de ausência de saúde mental do entrevistado.

A proposta de Goldberg pode ser sintetizada em quatro pontos fundamentais: a) que fosse auto-aplicável; b) que não fosse tomado como uma forma de caracterizar psicoses relacionadas a distúrbios extremos de saúde mental; c) os itens devem demonstrar índices de comportamento ressaltando "a severidade da ausência de saúde mental"; d) a pessoa deve responder com base no presente e não no que normalmente sente, a fim de que se possa realizar um comparativo entre o estado atual e o estado usual.

O instrumento foi validado no Brasil por Pasquali no ano de 1997. A utilização do mesmo deve-se ao fato dele focalizar aspectos sobre o estresse psíquico (FATOR I) (destaca experiências de tensão, irritação, impaciência, cansaço e sobrecarga); desejo de morte (FATOR II) (evidencia o desejo de acabar com a própria vida); falta de confiança na capacidade de desempenho (FATOR III) (expressa a consciência de ser capaz de desempenhar ou realizar as tarefas diárias de forma satisfatória); distúrbio do sono (FATOR IV) (problemas relacionados com o sono, tais como insônia e pesadelos); distúrbios psicossomáticos (FATOR V) (denominação para problemas de ordem orgânica tais como sentir-se mal, dores de cabeça, fraqueza, calafrios) e saúde geral (FATOR GERAL) (severidade da ausência de saúde mental).

Foi utilizada também a versão em português do questionário *Pittsburgh Quality of Sleep Index* (PSQI) - Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh, que varia entre 0 e 21 pontos, com um ponto de corte igual ou superior a 5 na pontuação global, valor que indica distúrbio do sono.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Católica Dom Bosco, em Campo Grande, MS, a fim de defender os interesses dos sujeitos da pesquisa, sua integridade, dignidade, e garantir o desenvolvimento da pesquisa com base em padrões éticos. A composição, organização e funcionamento do CEP obedecem a normas específicas do Conselho Nacional de Saúde.

5.3.4 Coleta de dados

A coleta de dados deu-se através de solicitação aos funcionários de cada setor com a autorização prévia da diretoria da empresa. Foram realizadas aplicações dos questionários em uma sala de treinamentos, onde os mesmos foram informados dos objetivos da pesquisa e da liberdade que teriam em participar ou não. Caso concordassem deveriam assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO VII), seguindo as exigências da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O documento foi recolhido e colocado em envelope lacrado antes de começarem a responder ao questionário sócio-demográfico. Logo após foi aplicado o Questionário de Saúde Geral de Goldberg e a versão em português do questionário *Pittsburgh Quality of Sleep Index* (IQSP). A coleta de dados foi realizada em um prazo de quinze dias, nos períodos matutino e noturno, com duração de uma hora e trinta minutos. A aplicação dos questionários foi realizada pelo próprio pesquisador com os dois grupos, para garantir uma maior fidedignidade dos procedimentos.

Os funcionários foram divididos aleatoriamente em oito grupos, sendo quatro grupos do primeiro turno e quatro grupos do segundo turno, em virtude do espaço na sala de treinamento, local onde foi realizada a coleta de dados.

5.3.5 Processamento e Análise dos Dados

Neste trabalho tem-se interesse em observar se existe ou não dependência entre a saúde mental, a qualidade do sono e as variáveis sócio-demográficas (idade, remuneração, turno, tempo de trabalho no turno, número de filhos, estado civil e escolaridade). Para resolução desse problema foram construídas tabelas de freqüência de dupla entrada cruzando as variáveis de interesse. Com as tabelas em mãos foi aplicado o teste Qui-quadrado de independência com o intuito de resolver o problema proposto. Contudo, sabe-se através da literatura, que a estatística do teste Qui-quadrado se torna vulnerável quando o valor esperado de alguma célula da tabela é menor ou igual a 5. Nesse caso pode-se usar, como alternativa ao teste Qui-quadrado, o teste exato de Fisher. Quando se aplica esse teste é necessário encontrar o valor da estatística e o seu Valor de p; para a obtenção desses resultados foi utilizado a proc freq do software *Statistical Analysis System* 8.2 de 1999 (SAS). A mesma retorna o valor da estatística Qui-quadrado com seu respectivo valor de p, e para o teste exato de Fisher ela retorna apenas o valor de p.

A hipótese de independência entre as variáveis foi rejeitada em nível de significância de 5% se valor de $p < 5\%$. Ou seja, se valor de $p < 0.05$, conclui-se que as duas variáveis estão relacionadas. Por outro lado, se valor de $p > 0.05$, conclui-se que as duas variáveis não estão relacionadas.

5.4 RESULTADOS

Na tabela 1 apresentam-se os dados sócio-demográficos onde se observa 51,6% dos funcionários no primeiro turno. Quanto ao tempo de trabalho no turno 49,2% tem mais de dois anos. A grande maioria dos funcionários apresenta idade entre 18 e 37 anos (80,6%) sendo 44,3% entre 18 e 27 e 36,3% entre 28 e 37.

Com relação ao estado civil dos participantes da pesquisa, os grupos predominantes são casados/amigados (54,8%) e solteiros (40,3%). A renda mensal bruta dos participantes se apresentou concentrada em dois salários mínimos com 75,8% dos participantes.

Em relação aos demais dados sócio-demográficos, observa-se uma população que, em sua maioria não tem filhos (46%) e tem o segundo grau completo (60,5%).

Os resultados encontrados se distribuem da seguinte forma junto a população estudada: 96,8% não apresentam indicativos de estresse, 99,2% não apresentam desejo de morte, 97,6% (n=121) não apresentam falta de confiança na capacidade de desempenho, 98,4% (n=122) não apresentam indicativos de distúrbios psicossomáticos.

Na variável distúrbio do sono avaliada pelo QSG, 58,1% (n=72) não tem indicativos. Quanto à variável qualidade do sono, avaliada pelo IQSP, 25,8% (n=32) apresentaram indicativos de distúrbios do sono.

Quanto à saúde geral, a população estudada apresentou ausência de casos de severidades de distúrbios psiquiátricos não psicóticos em 98% (n=121) dos casos.

A seguir serão apresentadas as tabelas referentes ao perfil sócio-demográfico, resultados em relação à população geral do QSG-60 e do IQSP. Serão apresentadas também as tabelas referentes ao cruzamento das variáveis que apresentaram correlação estatística, as que não apresentaram se encontram em anexo (ANEXO VIII).

5.4.1 Tabelas

Tabela 1 – Distribuição das frequências das variáveis sócio-demográficas

Variável	Categorias	n	(%)
Idade	18 a 27 Anos	56	44.4
	28 a 37 Anos	45	36.3
	38 a 47 Anos	20	16.1
	48 a 54 Anos	4	3.2
Estado Civil	Casado ou Amigado	68	54.8
	Solteiro	50	40.3
	Divorciado	5	4.0
	Viúvo	1	0.8
Renda	1 Salário Mínimo	10	8.1
	2 Salários Mínimos	94	75.8
	3 Salários Mínimos	16	12.9
	4 Salários Mínimos	4	3.2
Número de Filhos	Nenhum Filho	54	46.0
	1 Filho	21	17.0
	2 Filhos	30	24.2
	3 Filhos	12	9.7
	Mais de 3 Filhos	4	3.2
Escolaridade	1º Grau Completo	15	12.1
	1º Grau Incompleto	13	10.5
	2º Grau Completo	75	60.5
	2º Grau Incompleto	15	12.1
	Superior Completo	1	0.8
	Superior Incompleto	5	4.0
Tempo de Trabalho no Turno	6 Meses a 1 Ano	32	25.8
	1 Ano a 1 Ano e 6 Meses	17	13.7
	1 Ano e 6 Meses a 2 Anos	14	11.3
	Mais de 2 Anos	61	49.2

Como se observa na Tabela 2, no primeiro turno, os funcionários apresentam maior concentração com idade variando entre 18 e 37 anos, solteiros, com uma renda *per capita* maior, com um menor número de filhos, com um grau de escolaridade mais alto, porém com o mesmo tempo de trabalho que os funcionários do segundo turno.

Tabela 2 – Distribuição da frequência das variáveis sócio-demográficas e turno de trabalho

		Turno de trabalho	
		1º Turno %	2º Turno %
Idade	18 a 27	56,4	43,6
	28 a 37	53,3	46,7
	38 a 47	40,0	60,0
	48 a 57	25,0	75,0
Estado Civil	Solteiro	60,0	40,0
	Casado/Amigado	51,7	48,3
	Separado/Divorciado	40,0	60,0
	Viúvo	100,0	-
Renda em SM	Um	30,0	70,0
	Dois	51,1	48,9
	Três	62,5	37,5
	Quatro	75,0	25,0
Nº de Filhos	Não tem	57,9	42,1
	Um	61,9	38,1
	Dois	46,7	53,3
	Três	25,0	75,0
	Mais de três	25,0	75,0
Escolaridade	1º Grau Completo	40,0	60,0
	1º Grau Incompleto	30,8	69,2
	2º Grau Completo	54,7	45,3
	2º Grau Incompleto	60,0	40,0
	Superior Completo	100,0	-
	Superior Incompleto	60,0	40,0
Tempo de trabalho no turno	6 meses a 1 ano	46,9	53,1
	1 ano a 1 ano e 6 meses	52,9	47,0
	1 ano e 6 meses a 2 anos	50,0	50,0
	Mais de 2 anos	54,1	45,9

Quanto aos resultados encontrados pelo QSG-60, observam-se índices percentuais abaixo de 4 para todos os fatores avaliados, com exceção de distúrbios do sono que se apresenta em 42% da população estudada. (Tabela 3)

Tabela 3 – Distribuição da frequência dos funcionários em relação aos fatores avaliados pelo QSG-60 com indicativo de presença de distúrbio.

Instrumento		n	(%)
QSG-60	Estresse psíquico (Fator 1)	Presença	4 3.23
	Desejo de morte (Fator 2)	Presença	1 0.81
	Desconfiança no desempenho (Fator 3)	Presença	3 2.42
	Distúrbio do sono (Fator 4)	Presença	52 41.94
	Distúrbio psicossomático (Fator 5)	Presença	2 1.61
	Ausência de severidade de doença mental (Fator Geral)	Presença	3 2.42

Funcionários com renda igual a dois salários mínimos e quatro salários mínimos são os que apresentaram distúrbios psicossomáticos porém por serem representantes de apenas 0.8% se tornam estatisticamente sem representatividade. Foi encontrada dependência entre a presença de distúrbios psicossomáticos (fator 5) avaliado pelo QSG-60 ($p=0,0024$), e a variável renda em salários mínimos. Foi utilizado o teste exato de Fisher, pois em algumas casas o valor esperado encontrado foi menor ou igual a 5. (Tabela 8)

Tabela 8 – Distribuição da frequência dos funcionários em relação aos fatores avaliados pelo QSG-60 com indicativo de presença de distúrbio e a variável renda em salários mínimos

Instrumento			Renda				P*
			1 Salário Mínimo %	2 Salários Mínimos %	3 Salários Mínimos %	4 Salários Mínimos %	
QSG-60	Estresse psíquico (Fator 1)	Presença	-	2.4 (n=3)	0.8 (n=1)	-	0.8168
	Desejo de morte (Fator 2)	Presença	-	0.8 (n=1)	-	-	0.9559
	Desconfiança no desempenho (Fator 3)	Presença	-	1.6 (n=2)	0.8 (n=1)	-	0.7113
	Distúrbio do sono (Fator 4)	Presença	4.0 (n=5)	30.6 (n=38)	5.6 (n=7)	1.6 (n=2)	0.9225
	Distúrbio psicossomático (Fator 5)	Presença	-	0.8 (n=1)	-	0.8 (n=1)	0.0024
	Ausência de severidade de doença mental (Fator Geral)	Presença	-	1.6 (n=2)	0.8 (n=1)	-	0.7113

* O valor de p em relação aos que apresentaram distúrbios.

Em relação aos fatores avaliados pelo IQSP pode-se observar a ausência de distúrbios do sono em 74% dos avaliados, 93% consideram sua qualidade do sono com razoavelmente boa ou muito boa. Em relação a latência do sono, 57% não apresentam dificuldades para adormecer em menos de trinta minutos. A duração do sono entre os funcionários é, predominantemente de 6h a 7h e 30 minutos (56%). A utilização de medicação para dormir se mostra ausente em 96% dos entrevistados e a presença de sonolência diurna e distúrbios do sono durante o dia se mostra ausente em 56% da população estudada. (Tabela 11)

Tabela 11 – Distribuição da frequência dos funcionários em relação aos fatores avaliados pelo IQSP

Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh		n	%
Distúrbio do Sono (Fator Geral)	Presença	32	26
	Ausência	92	74
Qualidade subjetiva do sono	Muito Bom	58	46
	Muito mau	2	2
	Razoavelmente bom	58	47
	Razoavelmente mau	6	5
Latência do sono	Uma ou duas vezes por semana	8	6
	Três ou mais vezes por semana	7	6
	Menos de uma vez por semana	39	31
	Não durante o último mês	70	57
Duração do sono	4 a 5,5 hs	21	17
	6 a 7,5 hs	70	56
	8 a 9,5 hs	28	23
	Acima de 10 hs	5	4
Uso de Medicação para dormir	Menos de uma vez por semana	2	2
	Não durante o último mês	120	96
	Três ou mais vezes por semana	2	2
Sonolência diurna e Distúrbios do sono durante o dia	Menos de uma vez por semana	39	31
	Não durante o último mês	68	56
	Três ou mais vezes por semana	4	3
	Uma ou duas vezes por semana	13	10

Entre aqueles que apresentam dificuldade para adormecer em 30 minutos, estão com maior frequência em relação a cada categoria sócio-demográfica, funcionários do

primeiro turno, com menos tempo de trabalho no turno, a partir de um ano, diminuindo gradativamente a frequência dessa dificuldade, com idade entre 38 e 47 anos, separados/divorciados, com renda igual a quatro salários mínimos, com um filho e com o primeiro grau completo. O fator latência do sono avaliado pelo IQSP apresenta dependência das variáveis sócio-demográficas turno ($p=0,042$), estado civil ($p=0,001$) e renda em salários mínimos ($p=0,008$). Foi utilizado o teste exato de Fisher, em casos onde o valor esperado encontrado foi menor ou igual a 5 e utilizado o teste Qui-Quadrado nos demais casos. Nas demais variáveis sócio-demográficas foram obtidos valores de $p > 0,05$, considerando um nível de significância de 5%. (Tabela 14)

Tabela 14 – Distribuição da frequência dos funcionários em relação ao fator latência do sono avaliado pelo IQSP e às variáveis sócio-demográficas

Variáveis Sócio-Demográficas		Latência do sono			
		1 ou 2 vezes por semana %	3 ou mais vezes por semana %	Menos de 1 vez por semana %	Não durante o último mês %
Turno de trabalho p=0,042	1º Turno	10,9	1,6	29,7	57,8
	2º Turno	1,7	10,0	33,3	55,0
Tempo de trabalho no turno p=0,195	1 ano a 1 ano e 6 meses	5,9	11,8	41,2	41,2
	1 ano e 6 meses a 2 anos	7,1	7,1	28,6	57,1
	6 meses a 1 ano	-	-	46,9	53,1
	mais de 2 anos	9,8	6,6	21,3	62,3
Idade p=0,870	18 a 27	5,5	5,5	36,4	52,7
	28 a 37	6,7	6,7	22,2	64,4
	38 a 47	10,0	5,0	40,0	45,0
	48 a 57	-	-	25,0	75,0
Estado Civil p=0,001	Solteiro	10,0	2,0	30,0	58,0
	Casado/Amigado	5,0	1,7	33,3	60,0
	Separado/Divorciado	-	40,0	40,0	20,0
	Viúvo	-	-	-	100,0
Renda em SM p=0,008	Um	-	10,0	30,0	60,0
	Dois	7,4	4,3	30,9	57,4
	Três	-	-	43,8	56,3
	Quatro	25,0	50,0	-	25,0
Nº de Filhos p=0,570	Não tem	7,0	3,5	31,6	57,9
	Um	9,5	14,3	33,3	42,9
	Dois	6,7	6,7	23,3	63,3
	Três	-	-	33,3	66,7
	Mais de três	-	-	75,0	25,0
Escolaridade p=0,440	1º Grau Completo	6,7	13,3	53,3	26,7
	1º Grau Incompleto	-	7,7	23,1	69,2
	2º Grau Completo	8,0	5,3	29,3	57,3
	2º Grau Incompleto	6,7	-	33,3	60,0
	Superior Completo	10,9	1,6	29,7	57,8
	Superior Incompleto	1,7	10,0	33,3	55,0

A duração do sono se apresenta variando entre 4h e 5,5h com predominância em funcionários do primeiro turno, com mais de dois anos de trabalho no turno, com idade entre 38 e 47 anos, viúvos (n=1) , seguidos de solteiros, com mais de três filhos, e com curso superior completo como se observa na tabela 15. Quanto à duração do sono avaliada pelo IQSP houve dependência das variáveis sócio-demográficas turno ($p=0,001$), idade ($p=0,015$), número de filhos ($p=0,008$) e grau de escolaridade ($p=0,019$). Nas demais variáveis sócio-demográficas foram obtidos valores de $p > 0,05$, considerando um nível de significância de 5%.

Tabela 15 – Distribuição da frequência relativa dos funcionários em relação ao fator duração do sono avaliado pelo IQSP e às variáveis sócio-demográficas

Variáveis Sócio-Demográficas		Duração do sono			
		4 a 5,5 hs %	6 a 7,5 hs %	8 a 9,5 hs %	acima de 10 hs %
Turno de trabalho p=0,001	1º Turno	23,4	64,1	12,5	-
	2º Turno	10,0	48,3	33,3	8,3
Tempo de trabalho no turno p=0,805	6 meses a 1 ano	12,5	56,3	25,0	6,3
	1 ano a 1 ano e 6 meses	11,8	52,9	29,4	5,9
	1 ano e 6 meses a 2 anos	14,3	50,0	35,7	-
	Mais de 2 anos	21,3	59,0	16,4	3,3
Idade p=0,015	18 a 27	16,4	47,3	29,1	7,3
	28 a 37	8,9	73,3	15,6	2,2
	38 a 47	40,0	35,0	25,0	-
	48 a 57	-	100,0	-	-
Estado Civil p=0,205	Solteiro	22,0	44,0	28,0	6,0
	Casado/Amigado	13,3	65,0	20,0	1,7
	Separado/Divorciado	-	60,0	20,0	20,0
	Viúvo	100,0	-	-	-
Renda em SM p=0,550	Um	10,0	50,0	30,0	10,0
	Dois	19,1	52,1	24,5	4,3
	Três	12,5	75,0	12,5	-
	Quatro	-	100,0	-	-
Nº de Filhos p=0,004	Não tem	24,6	42,1	28,1	5,3
	Um	-	95,2	4,8	-
	Dois	6,7	66,7	20,0	6,7
	Três	25,0	33,3	41,7	-
	Mais de três	50,0	50,0	-	-
Escolaridade p=0,019	1º Grau Completo	13,3	33,3	40,0	13,3
	1º Grau Incompleto	-	69,2	23,1	7,7
	2º Grau Completo	18,7	60,0	18,7	2,7
	2º Grau Incompleto	6,7	66,7	26,7	0,0
	Superior Completo	23,4	64,1	12,5	-
	Superior Incompleto	10,0	48,3	33,3	8,3

O uso de medicação para dormir ocorre três ou mais vezes em funcionários do segundo, porém com uma diferença pouco significativa para o primeiro turno, com um ano e seis meses a dois anos de trabalho no turno, com idade entre 38 e 47 anos, casado/amigado, com renda de 2 salários mínimos, com três filhos e segundo grau incompleto. Como se observa na tabela 16, existe dependência da variável sócio-demográfica idade ($p=0,039$) em relação ao uso de medicação para dormir. Nas demais variáveis sócio-demográficas foram obtidos valores de $p > 0,05$, considerando um nível de significância de 5%.

Tabela 16 – Distribuição da frequência relativa dos funcionários em relação ao fator uso de medicação para dormir avaliado pelo IQSP e às variáveis sócio-demográficas

Variáveis Sócio-Demográficas		Uso de Medicação para dormir		
		Menos de uma vez por semana %	Não durante o último mês %	Três ou mais vezes por semana %
Turno de trabalho $p=0,337$	1º Turno	-	98,4	1,6
	2º Turno	3,3	95,0	1,7
Tempo de trabalho no turno $p=0,617$	1 ano a 1 ano e 6 meses	-	100,0	-
	1 ano e 6 meses a 2 anos	-	92,9	7,1
	6 meses a 1 ano	3,1	96,9	-
Idade $p=0,039$	Mais de 2 anos	1,6	96,7	1,6
	18 a 27	-	100,0	-
	28 a 37	-	97,8	2,2
	38 a 47	10,0	85,0	5,0
Estado Civil $p=0,964$	48 a 57	-	100,0	-
	Solteiro	2,0	98,0	-
	Casado/Amigado	1,7	95,0	3,3
	Separado/Divorciado	-	100,0	-
Renda em SM $p=0,473$	Viúvo	-	100,0	-
	Um	10,0	90,0	-
	Dois	1,1	96,8	2,1
	Três	-	100,0	-
Nº de Filhos $p=0,168$	Quatro	-	100,0	-
	Não tem	-	100,0	-
	Um	-	95,2	4,8
	Dois	3,3	96,7	-
	Três	8,3	83,3	8,3
Escolaridade $p=0,444$	Mais de três	-	100,0	-
	1º Grau Completo	6,7	93,3	-
	1º Grau Incompleto	7,7	92,3	-
	2º Grau Completo	-	98,7	1,3
	2º Grau Incompleto	-	93,3	6,7
	Superior Completo	-	98,4	1,6
	Superior Incompleto	3,3	95,0	1,7

A presença de sonolência diurna e distúrbios do sono durante o dia são mais frequentes em funcionários do primeiro turno, entre 1 ano e 6 meses e dois anos de tempo de trabalho no turno, com idade entre 38 e 47 anos tendo uma pequena superioridade dos que tem idade entre 18 e 27 anos, solteiros e separados/divorciados, com renda de dois salários mínimos, com mais de três filhos e com o segundo grau completo. A tabela 17, apresenta o cruzamento das variáveis sócio-demográficas e sonolência diurna e distúrbios do sono durante o dia. Foi encontrada dependência da variável sócio-demográfica idade ($p=0,048$).

Tabela 17 – Distribuição da frequência dos funcionários em relação ao fator sonolência diurna e distúrbios do sono durante o dia avaliado pelo IQSP e às variáveis sócio-demográficas

Variáveis Sócio-Demográficas		Sonolência diurna e Distúrbios do sono durante o dia			
		Menos de uma vez por semana %	Não durante o último mês %	Três ou mais vezes por semana %	Uma ou duas vezes por semana %
Turno de trabalho $p=0,265$	1º Turno	37,5	46,9	4,7	10,9
	2º Turno	25,0	63,3	1,7	10,0
Tempo de trabalho no turno $p=0,204$	6 meses a 1 ano	21,9	68,8	3,1	6,3
	1 ano a 1 ano e 6 meses	41,2	41,2	-	17,6
	1 ano e 6 meses a 2 anos	28,6	35,7	7,1	28,6
	Mais de 2 anos	34,4	55,7	3,3	6,6
Idade $p=0,048$	18 a 27	32,7	47,3	3,6	16,4
	28 a 37	42,2	53,3	-	4,4
	38 a 47	10,0	70,0	10,0	10,0
	48 a 57	-	100,0	-	-
Estado Civil $p=0,361$	Solteiro	38,0	42,0	2,0	18,0
	Casado/Amigado	30,0	60,0	5,0	5,0
	Separado/Divorciado	-	80,0	-	20,0
	Viúvo	-	100,0	-	-
Renda em SM $p=0,594$	Um	40,0	50,0	-	10,0
	Dois	29,8	54,3	3,2	12,8
	Três	43,8	50,0	6,3	-
	Quatro	-	100,0	-	-
Nº de Filhos $p=0,088$	Não tem	36,8	45,6	1,8	15,8
	Um	42,9	52,4	-	4,8
	Dois	23,3	70,0	3,3	3,3
	Três	8,3	66,7	8,3	16,7
	Mais de três	25,0	50,0	25,0	-
Escolaridade $p=0,104$	1º Grau Completo	26,7	66,7	6,7	-
	1º Grau Incompleto	15,4	76,9	7,7	-
	2º Grau Completo	29,3	56,0	1,3	13,3
	2º Grau Incompleto	53,3	26,7	-	20,0
	Superior Completo	37,5	46,9	4,7	10,9
	Superior Incompleto	25,0	63,3	1,7	10,0

5.5 DISCUSSÃO

Na população estudada: 96,77% (n=120) não apresentam indicativos de estresse (FATOR 1), enquanto 3,23% (n=4) apresentam, dado este que não corrobora com pesquisas recentes que apontam para uma prevalência de 29% em trabalhadores em turno (PAOLI; MERLLIÉ, 2001), 10% em trabalhadores em geral (LEVI; LUNDE-JENSEN, 1996) e 24,12% na população masculina avaliada no estudo de validação do instrumento (PASQUALI et al., 1996). Acredita-se que o baixo índice apresentado na população estudada deva-se a estrutura das afirmações referentes ao estresse psíquico e o ambiente de trabalho. O estresse, avaliado pelo QSG-60 não apresentou correlação com as variáveis sócio-demográficas consideradas pelo presente estudo.

Quanto ao desejo de morte (FATOR 2), 0,81% apresentam indicativos, sendo que 99,19% (n=123) não apresentam. Este dado encontrado junto a população estudada não corrobora com pesquisas realizadas anteriormente. Pasquali et al. (1996), identificaram a prevalência de 10,54% em participantes do sexo masculino, em pesquisa de validação do instrumento no Brasil, já Cerchiari (2004) em pesquisa com universitários identificou a prevalência de 19%, em funcionários de agências da Previdência Social, do sexo masculino, uma prevalência de 40% (MARTINS, 2004) e em funcionários da indústria siderúrgica uma prevalência de 7% (GODINHO, 2003), sendo este último o percentual mais baixo encontrado e, mesmo assim, estando muito acima do identificado na população estudada.

Em relação ao item falta de confiança na capacidade de desempenho (FATOR 3) avaliado pelo QSG-60, 2,42% (n=3) apresentam, enquanto 97,58% (n=121) não apresentam, sendo este um percentual bem abaixo de médias apresentadas em pesquisas anteriores, Cerchiari, (2004) em estudo realizado com estudantes universitários identificou a prevalência de 26%, enquanto Godinho (2003) em pesquisa realizada com trabalhadores da indústria

siderúrgica identificou a prevalência de 40% em sua amostra, Martins (2004), em pesquisa com trabalhadores de agências da Previdência Social, encontrou prevalência de 75% na população masculina estudada.

Tanto o item desejo de morte (FATOR 2), quanto o item desconfiança na capacidade de desempenho (FATOR 3) avaliados pelo QSG-60 não apresentaram correlação com nenhuma das variáveis sócio-demográficas e turno de trabalho.

Quanto à presença de distúrbios psicossomáticos (FATOR 5), 1,61% (n=2) apresentam indicativos de distúrbios, estando este índice muito abaixo dos apresentados em outras pesquisas, variando entre 16,45% para Pasquali et al. (1994), 25% para Martins, (2004), 29% para Cerchiari (2004) e 30% para Godinho (2003), não havendo correlação entre a presença de distúrbios psicossomáticos com as variáveis turno, idade, tempo de trabalho, estado civil, número de filhos e escolaridade, corroborando com a pesquisa realizada por Martins (2004) não encontrando correlação entre as variáveis sócio-demográficas e distúrbios psicossomáticos em trabalhadores de agências da Previdência Social, apresentando dependência apenas com a variável renda pessoal em salários mínimos (2 salários mínimos (50%) e 4 salários mínimos (50%)).

A presença de distúrbios do sono avaliado pelo QSG-60 (FATOR 4) se apresentou acima (41,19%) da prevalência de distúrbios do sono se comparado com pesquisas com caminhoneiros brasileiros (35,4%) e portugueses (21,5%) (SOUZA, 2004), com universitários 19% (CERCHIARI, 2004), em funcionários da indústria siderúrgica 25% (GODINHO, 2003), e na população geral 9,14% (PASQUALI et al., 1996). Os resultados não corroboram com estudos anteriores, que demonstraram a influência de fatores sócio-demográficos como o desemprego, os baixos níveis de instrução e situação socioeconômica na predisposição para a insônia (KARACAN et al., 1983; FORD; KAMEROW, 1989; OHAYON, 1996).

Quanto ao grau de severidade de ausência de saúde mental (FATOR

GERAL), a população estudada apresentou ausência de casos de severidades de distúrbios psiquiátricos não psicóticos em 98% (n=121) dos casos, tendo os mesmos presentes em 2% dos participantes da pesquisa, um índice baixo se comparado com outras pesquisas brasileiras em estudos populacionais que variam entre 22,6% para Coutinho (1995), 14,5% para Santana (1978) e variando entre 8% e 18% para Almeida Filho et al., (1992), significativamente mais baixo se comparado a pesquisas realizadas com trabalhadores da indústria siderúrgica apresentado 71% de prevalência (GODINHO, 2003) e com a estimativa da OMS que estima que os Transtornos Mentais Menores acometem 30% da população trabalhadora. As variáveis sócio-demográficas (estado civil, turno, tempo de trabalho no turno, idade, número de filhos, qualidade do sono, renda pessoal em salários mínimos) não se correlacionaram com o item saúde geral, corroborando resultados de estudos nacionais (BENVEGNÚ et al., 1996; FACUNDES, 2002).

Em relação aos dados encontrados através do QSG-60, observa-se que todos, com exceção de distúrbios do sono se apresentam muito inferiores às demais pesquisas com o mesmo instrumento. Uma hipótese para a realidade encontrada se refere a estrutura do questionário em relação à população estudada. Apesar de a pesquisa de validação para o Brasil contar com pessoas com o primeiro e segundo graus, tem como população predominante estudantes do terceiro grau o que torna a população diferente das demais. Em relação aos índices apresentados nos fatores 1, 2, 3, 5 e 7 podem ser reflexo da estrutura das afirmações que se referem a avaliação de cada fator, uma vez que as mesmas podem gerar em funcionários de uma empresa certo receio de se considerar com medo de desmaiar em público, incapaz de superar

suas dificuldades, se considerando inútil ou infeliz e deprimido, situações que podem criar certa resistência a responder de maneira fidedigna, diferente das afirmações que compõem o fator 4 estando as mesmas mais ligadas a situações da vida familiar como sonhos, dificuldade para adormecer, ou permanecer dormindo.

Segundo Pasquali et al (1996, p. 27) “Seria de interesse verificar se a mesma configuração fatorial aparece invariante com uma amostra de sujeitos mais maduros e que já se encontram na labuta e desgastes diários para ganhar a vida para si e seus dependentes.” Ao mesmo tempo em que faz uma ressalva a importância dessa investigação não desqualifica o uso do mesmo instrumento para uma população de trabalhadores.

O presente questionário foi validado para o Brasil em uma população predominantemente universitária, solteira, situada na faixa etária dos 20 a 29 anos e do sexo feminino.

Quanto aos dados encontrados pelo IQSP, observa-se uma diferença entre a presença de distúrbio do sono avaliada pelo IQSP (26%), sendo esta menor que a mesma avaliação feita pelo fator 4 do QSG-60 (41,94%) e estando mais próxima da realidade encontrada nas pesquisas com caminhoneiros brasileiros (35,4%) e portugueses (21,5%) (SOUZA, 2004), com universitários 19% (CERCHIARI, 2004), em funcionários da indústria siderúrgica 25% (GODINHO, 2003), e na população geral 9,14% (PASQUALI et al., 1997). O resultado não apresentou correlação com as variáveis sócio-demográficas, não corroborando com as pesquisas citadas anteriormente, o que pode ser reflexo das variáveis consideradas. Como citado anteriormente, fatores como o desemprego, baixa escolaridade e situação sócio-econômica são fatores de predisposição a insônia, sendo a mesma o distúrbio do sono mais comum na população mundial. A população estudada apresenta-se empregada,

com um grau de escolaridade de nível mediano mas possivelmente distorcido pela presença de cursos supletivos, sem considerarmos outras formas de renda além da pessoal o que pode interferir na realidade sócio-econômica, como a renda familiar e o custo de vida.

Em relação ao item qualidade subjetiva do sono, avaliado pelo IQSP 7% dos funcionários, avaliaram a qualidade de seu sono como razoavelmente má (5%) e má (2%). Esse item se não apresentou correlação com nenhuma variável sócio-demográfica no presente estudo, dados esses que não corroboram com pesquisas anteriores, tanto em relação às variáveis sócio-demográficas quanto com o índice bem inferior à média. No que se refere ao turno de trabalho, entre os trabalhadores do turno da manhã, 10% relatam não dormir bem, já no turno da tarde 7,5% relatam o mesmo, no caso do turno da noite 50% relatam não dormir bem (FERREIRA, 1985). William e Sanderson (1986 apud FURLANI, 1999) relata que 52% dos trabalhadores em turnos se queixam de falta de restauração após o sono, índice muito superior ao encontrado na população estudada.

Quanto ao item latência do sono, o grupo de funcionários estudados mostra-se apresentando dificuldades para dormir em menos de trinta minutos com uma frequência de três ou mais vezes em 6%. Essa variável apresentou dependência das variáveis turno, estado civil e renda. A dificuldade para adormecer em menos de trinta minutos apresentou-se em 3 ou mais vezes, com maior frequência em trabalhadores do turno vespertino (segundo turno - 10%), entre casados/amigados (37,5%) e viúvos (40%) e em pessoas que tem renda de 4 salários mínimos (50%). William e Sanderson (1986 apud FURLANI, 1999) em sua pesquisa com trabalhadores em turnos relatam que 87% dos mesmos apresentam dificuldades para iniciar o sono. Os dados encontrados corroboram com as afirmações apresentadas por Santos (1993) que afirma que fatores sociais e familiares interferem em seu sono, por essa razão esse fator se mostra mais presente em casados/amigados e viúvos.

Os dados obtidos quanto a duração do sono na população estudada apresentaram

dependência das variáveis turno, sendo menor a duração entre os funcionários do turno matutino (1º turno), em pessoas com idade entre 38 a 47 anos, com mais de três filhos e com o ensino superior concluído. Esses dados corroboram com a pesquisa de Monk (1989) que afirma que alguns dos principais fatores de dificuldades advindas do trabalho em turno são os fatores domésticos e sociais, porém não se pode afirmar que a duração seja determinante de distúrbios do sono uma vez que, segundo Dalgarrondo (2000) há uma grande variabilidade em relação ao padrão e à necessidade de sono.

Quanto ao uso de medicação para dormir, apenas 4% dos funcionários fizeram uso de medicação para dormir no último mês, sendo que 2% usaram menos de uma vez por semana e os outros 2% fizeram uso três ou mais vezes por semana. Este item apresentou correlação apenas com a variável idade, sendo mais comum o uso em funcionários entre 38 e 47 anos de idade. DeLucia, Planeta, Simões et al. (1988) encontraram 11% de consumo de ansiolíticos entre os trabalhadores do turno noturno, sendo que as queixas mais frequentes eram irritação nervosa e distúrbios de sono, já Régis Filho (1998) identificou o uso de medicamentos em 5,56% dos trabalhadores em turnos.

O item sonolência diurna e distúrbios do sono durante o dia se apresentam uma ou duas vezes por semana em 10% dos funcionários e três ou mais vezes por semana em 3%. Essa variável apresenta correlação com a variável idade, sendo mais comum em pessoas entre 38 e 47 anos. Souza (2004) encontrou uma prevalência de Sonolência diurna de 32.% dos caminhoneiros que trabalham em turnos no Brasil e 21% em Portugal. Em pesquisa realizada com indivíduos da região metropolitana de Los Angeles, o mesmo encontrou uma prevalência de 7,1% de sonolência diurna, corroborando com os dados encontrados na presente pesquisa. Guilleminaut (1994) apresenta uma correlação das alterações do sono, como a sonolência diurna com o decorrer da idade, dados esses que corroboram os resultados encontrados.

5.6 CONCLUSÃO

A população estudada apresentou uma boa prevalência de ausência da severidade de saúde mental, estresse psíquico, desejo de morte, distúrbios psicossomáticos e desconfiança na capacidade de desempenho, avaliados pelo QSG-60, em relação a demais pesquisas realizadas. A presença de distúrbios do sono obteve uma maior prevalência dentre os itens avaliados, sem apresentar correlação com as variáveis sócio-demográficas estudadas na presente pesquisa.

Quanto ao trabalho em turnos, não houve correlação com a severidade de ausência de saúde mental e distúrbios do sono, isso se deve a forma de organização dos turnos de trabalho na referida empresa. Percebe-se na literatura que o turno noturno se mostra mais nocivo a saúde mental e a qualidade do sono do que os demais, estando esse ausente da organização do trabalho nesta empresa. Dentre os dados avaliados pelos fatores do QSG-60, o único a apresentar correlação com as variáveis sócio-demográficas foi a presença de distúrbios psicossomáticos (fator 5), em relação a renda, porém com um resultado inexpressivo (1,61%/ n=2).

Quanto aos itens avaliados pelo IQSP, a presença de distúrbios do sono também foi o item com incidência mais expressiva, porém sem apresentar correlação com as variáveis sócio-demográficas. Os funcionários que trabalham no turno matutino apresentam mais dificuldade de adormecer do que os funcionários do turno vespertino, dentre eles os mais afetados são os casados/amigados e viúvos.

Os funcionários com sono de curta duração se concentram, em sua grande maioria no turno matutino, com idade entre 38 e 47 anos sendo os funcionários que dormem entre 4h e 5h e meia e os funcionários com idade entre 28 e 37 anos os que dormem entre 6h e 7h e meia. Quanto ao número de filhos, a classe com menor tempo de duração está entre aqueles

que tem mais de três filhos.

O grupo de funcionários com idade entre 38 e 47 anos aparecem como a categoria com maior número de alterações do sono, sendo a classe que apresenta maior uso de medicação para dormir e sonolência diurna e distúrbios do sono durante o dia.

A partir dos resultados obtidos na pesquisa vê-se a necessidade da utilização de um questionário específico associado ao QSG-60 no que se refere a presença de distúrbios do sono (Fator 4), uma vez que os resultados apresentados pelo IQSP se mostram mais próximos da literatura mundial se comparado com os resultados obtidos através do Fator 4 do QSG-60.

Cabe ressaltar a necessidade de estudos sobre trabalho em turnos matutinos e vespertinos e seus impactos no trabalhador, uma vez que a literatura referente ao tema é mais voltada aos impactos do turno noturno. Mostra-se a importância também de pesquisas em relação a gênero nesses turnos de trabalho uma vez que o presente estudo foi realizado com uma população masculina. É de suma importância que se considere a impossibilidade de generalização dos resultados dessa pesquisa pois a mesma foi realizada com funcionários de uma única empresa do ramo moveleiro, sendo a amostra constituída apenas de homens.

REFERÊNCIAS

ALBORNOZ, S. **O que é trabalho**. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 2000.

ALMEIDA FILHO, N.; MARI, J. J.; COUTINHO, E.; et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). **Revista ABP-APAL**, v. 14, n. 3, p. 93-104, 1992.

AMERICAN SLEEP DISORDERS ASSOCIATION. **The International Classification of Sleep Disorders**. revised. 1. ed. Rochester: ASDA, 1997.

ARENDDT, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1983.

ASCHOFF, J. **Circadian clocks: proceedings of the Feldafing Summer School**. Amsterdam: North Holland, 1965.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA - APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS INDÚSTRIAS DO MOBILIÁRIO – ABIMÓVEL. **Como preparar sua empresa para o desafio da exportação**. São Paulo: ABIMÓVEL, 2002.

BENVEGNÚ, L. A.; DEITOS, F.; COPETTE, F. R. Problemas Psiquiátricos Menores em Estudantes de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil. **Revista de Psiquiatria, RS**, v. 18, n. 2, p. 229-233, 1996.

BERAQUET, M. I. G.; AREIAS, M. E. Q.; STROILI, M. H. M.; TEIXEIRA, L.N. **A importância do autoconceito e da auto-estima nas organizações** In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. **Saúde Mental e trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. v. III

BERGER, H. Ueber das elektrenkephalogramm des menschen. **J Physiol Neurol**, n. 40, p. 160-179, 1930.

BIXLER, E.O.; KALES, A.; SOLDATOS, C.R.; KALES, J.D.; HEALEY, S. Prevalence of sleep disorders: a survey of the Los Angeles metropolitan area. **Am J Psychiatry**, v. 136, n. 10, p. 1257-62, 1979.

BLEGER, J. **Psico-Higiene e Psicologia Institucional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

BRANDEN, N. **Auto-estima**. São Paulo: Saraiva, 1993.

_____. **Auto-estima, Liberdade e Responsabilidade**. São Paulo: Saraiva, 2000.

BRIDI, V. L. **Organização do Trabalho e Psicopatologia: Um estudo de caso envolvendo o trabalho em telefonia**. 1992. 130 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção e Sistemas) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC. 1992.

CABRAL, A. P. T.; LUNA, J. F.; SOUZA, L. M.; GOMES, R. M. Estresse e doenças psicossomáticas. Laboratório de Psicofisiologia, Departamento de Fisiologia e Biofísica, Instituto de Ciências Biológicas da UFMG. **Revista de Psicofisiologia**, v.1, n.1, 1997.

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

CARMO, P. S. **A Ideologia do trabalho**. São Paulo: Moderna, 1992.

CERCHIARI, E. A. N. **Saúde mental e qualidade de vida em estudantes universitários**. 2004. 259 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2004.

CHANLAT, J. F. **O indivíduo nas organizações: dimensões esquecidas**. São Paulo: Atlas, 1996. v. I, II e III.

CHAVES, E. C. O trabalho noturno. *In*: VIEIRA, S. I. (ed). **Medicina Básica do Trabalho**. Curitiba: Genesis, 1995. p.129-140.

CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. 5. ed. São Paulo: Makron Books, 1997.

CHOKROVERTY, S. **Sleep Disorders Medicine: Basic Sciese Considerations, and Clinical Aspects**. Washington-USA: Butterworth-Heinemann, 1994.

CODO, W. SORATTO, L. VASQUEZ-MENEZES, I. **Saúde Mental e Trabalho. In:** ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J.; BASTOS, A. V. B. **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

COELHO, P. R. L. **Estudo da doença gastroduodenal nos trabalhadores de turno em indústria de papel.** Serviço da Indústria do Papel, Papelão e Cortiça do Estado de São Paulo. São Paulo, 1988. p. 92-113.

COOPER, C. L.; SLOAN, S. J.; WILLIAMS, S. **Occupational Stress Indicator Management Guide.** NFER-Nelson: Windsor, 1988.

CORSI, F. L. **Estado novo - política externa e projeto nacional.** São Paulo: UNESP/FAPESP, 2000.

COSTA, E. S.; MORITA, I.; MARTINEZ, M. A. R. Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social em funcionários da enfermagem em um hospital universitário do Estado de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v.16, n. 2, p. 553-555, abr./jun. 2000.

COUTINHO, E. S. F. **Fatores Sócio-Demográficos e Morbidade Psiquiátrica Menor: Homogeneidade ou Heterogeneidade de Efeitos?** 1995. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador,

CUSATIS NETO, R.; LIMA, J. L. M. Nível de Estresse na Polícia Militar. **Fisioterapia Brasil**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, mar./abr., 2003.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** Porto Alegre: Artmed, 2000.

DANDA, G. J. N.; FERREIRA, G. R.; AZENHA, M.; SOUZA, K. F. R.; BASTOS, O. Padrão do ciclo sono-vigília e sonolência excessiva diurna em estudantes de medicina. **J Bras Psiquiatr**, v. 54, n. 2, p. 102-106, 2005.

DeLUCIA, R., PLANETA, C. da S., SIMÕES, N. A. et al. **Trabalho em turno: consumo de medicamentos, bebidas alcoólicas e tabaco por operários de Cubatão - SP.** R. Bras. Sau. Ocu., São Paulo, v. 16, n. 64, p.51-3, Out./Dez. 1988.

DEJOUR, C. **A loucura do trabalho.** São Paulo: Cortez, 1992.

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

DURANT, W. **História da civilização**. São Paulo: Nacional, 1955.

FACUNDES, V. L. D. **Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em Estudantes de Área de Saúde da Universidade de Pernambuco e sua Associação com Algumas Características do Processo Ensino-Aprendizagem**. 2002. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2002.

FERREIRA, L.L. Sono de trabalhadores em turnos alternantes. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 13, n. 51, p.25-27, ago./set.1985.

FERREIRA, L. L. Aplicações de cronobiologia na organização do trabalho humano. In: CIPOLLA-NETO, J.; MARQUES, N.; MENNA-BARRETO, L. S. (Orgs.). **Introdução ao Estudo da Cronobiologia**. São Paulo: Ícone Ed. Ltda/Edusp, 1988, p.233-252.

FINLEY, M. I. **A economia antiga**. Porto: Edições Afrontamento, 1980.

FIORAVANTI, E. **El concepto de modo de producción**. Barcelona: Península, 1974.

FISCHER, F. M. Trabalho em Turnos: alguns aspectos econômicos, médicos e sociais. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 9, n. 36, out./dez., 1981.

_____. **Condições de Trabalho e de Vida em Trabalhadores de Setor Petroquímico**. 1990. 225 f. Tese (de Livre Docência) – Faculdade de Saúde Pública – USP, São Paulo, 1990.

_____; LIEBER, R. R.; BROWN, F. M. Trabalho em turnos e as relações com a saúde-doença. In: MENDEZ, R. (Org.). **Patologia do trabalho**. 1. ed. Rio de Janeiro, 1995, p. 547-572.

_____; CASTRO, C. R.; ROTENBERG, L. **Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas**. São Paulo: Atheneu, 2003, p. 73.

_____. **Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas**. São Paulo: Atheneu, 2003, p. 73

FOLKARD, S. Diurnal variation in logical reasoning. **Br J Psychol Leicester**, v. 66, p.1-8, 1975.

FORD, D.; KAMEROW, D. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: an opportunity for prevention? **JAMA**, v. 262, p. 1479-1484, 1989.

FRONE, M. R.; YARDLEY, J. K.; MARKEL, K. S. Developing and testing an integrative model of the work-family interface. **Journal of Vocational Behavior**, v. 50, n. 2, p. 145-167, 1997.

FURLANI, D. **As necessidades humanas básicas de trabalhadores noturnos permanentes de um hospital geral frente ao não atendimento da necessidade sono**. 1999. 122 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 1999.

GASPAR, S.; MORENO, L.; MENNA-BARRETO, L. Plantões médicos, o sono e a ritimicidade biológica. **Rev Assoc Med Brasil**, v. 44, n. 3, p. 239-245, 1998.

GODINHO, A. L. de A.. **Avaliação de Saúde Mental de trabalhadores de uma siderúrgica**. 2003. 120 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção – ênfase em ergonomia) – Faculdade de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

GOLDBERG, D. **The detection of psychiatric illness by questionnaire**. London: Oxford University Press, 1973.

GORDON, N. P.; CLEARY, P. D.; PARKER, C. E.; et al. The prevalence and health impact of shiftwork. **American Journal of Public Health**, v. 76, Issue 10, p. 1225-1228, 1990.

GORENDER, J. Estratégias dos Estados nacionais diante do processo de globalização. **Revista Estudos Avançados**, São Paulo, v. 9, n. 25, p. 93-112, set./dez., 1995.

GUIMARÃES, Líliliana Andolpho Magalhães. **Saúde mental e trabalho em um segmento do operariado da indústria extrativa de mineração de ferro**. 1992. 321 f. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, 1992.

GUIMARÃES, L. A. M. MAC FADEN, M. A. J. **Validação para o Brasil do SWS Survey – Questionário sobre estresse, saúde mental e trabalho**. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. **Saúde Mental e trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. v. I

GUIMARÃES, L. A. M. TEIXEIRA, L. N. **Efeitos do trabalho em turnos na saúde mental do trabalhador** In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. **Saúde Mental e trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. v. III

GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. **Saúde Mental e trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. v. I.

GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. **Saúde Mental e trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. v. II, III.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

HUBERMAN, L. **História da riqueza do homem**. 17. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

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

JOHNS, M.W. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale. **Sleep**, v. 14, p. 540-545, 1991.

KANDEL, E. R.; SCHWARTZ, J. H.; JESSELL, T. M. 4. ed. **Princípios da neurociência**. São Paulo: Manole, 2003.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. **Compêndio de Psiquiatria**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

KARACAN, I.; THORNBY, J. I.; WILLIAMS, R. L. Sleep Disturbance: A Community Survey. In: GUILLEMINAULT, C.; LUGARESI, E., ed. **Sleep-wake disorders: natural history, epidemiology and long-term evolution**. New York: Raven Press, 1983, p.37-60.

KNAUTH, P. **Modelos e tendências de jornadas de trabalho flexíveis em setores de produção e serviços: o caso da europa**. In: FISHER et. al. **Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas**. São Paulo: Atheneu, 2003, p. 73

KUPPERMANN, M.; LUBECK, D.P.; MAZONSON, P.D. Sleep problems and their correlates in a working population. **J Gen Intern Med**, v. 10, p. 25-32, 1995.

LAZARUS, A. A. Multimodal therapy. In: CORSINI, R.; WEDDING, D. (Eds.). **Current psychotherapies**. 5th ed. Itasca, IL: F.E. Peacock, 1995, p.322-355.

LEVI, L.; LUNDE-JENSEN, P. **Socio-Economic Costs of Work Stress in Two EU Member States. A Model for Assessing the Costs of Stressors At National Level.** Dublin: Fundación Europea, 1996.

LIMONGI FRANÇA, A. C.; RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática.** São Paulo: Atlas, 1999.

LÓPEZ, M. E. **Guia da Saúde Mental:** normas práticas de higiene psíquica. 2. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1961.

LUCCHESI, L. M.; PRADELLA-HALLINAN, M.; LUCCHESI, M. et al. O sono em transtornos psiquiátricos. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 27, suppl. 1, p.27-32, Maio 2005.

LUDEMIR, A. B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. **Cad Saúde Pública**, v.16, n.3, p. 647-659, jul./set. 2000.

McEWEN, K. E.; BARLING, J. Daily consequences of work interference with family and family interference with work. **Work and Stress**, v. 8, p. 244-254, 1994.

MARQUES, N.; MENNA-BARRETO, L. **Cronobiologia:** Princípios e Aplicações. São Paulo: EDUSP, 1997.

MARTINO, M. M. F.; MENDES, M. G. A.; MEDEIROS, P. A. et al. Estudo comparativo de padrões de sono em trabalhadores de enfermagem dos turnos diurnos e noturnos. **Rev Panam Salud Pública**, v. 12, n. 2, p. 95-100, 2002.

MARTINS, M B. R. **As condições de saúde e de trabalho nos novos postos de atendimento do ministério da previdência e assistência social.** 2004. 122 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2004.

MARX, K. **Oeuvres choisies.** Paris, Gallimard, 1966.

MELLINGER, G.D.; BALTER, M.B.; UHLENHUTH, E.H. Insomnia and its treatment: prevalence and correlates. **Arch Gen Psychiatry**, v. 42, p. 225-32, 1985.

MENDEZ, R. **O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde dos trabalhadores. I. Morbidade.** Revista Saúde Pública, São Paulo, V. 22, n. 4 p: 311-26, 1988.

MELLO FILHO, J. **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Doenças relacionadas ao trabalho; manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: MS, 2001.

MONK, T.H. **Human factors implications of shiftwork**. International Review of Ergonomics. London: Taylor e Francis, 1989.

MONTANHA, E. V. dos S. **Distúrbios do sono em funcionários de um hospital universitário**. 1996. 286 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Interna) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 1996.

MOORE-EDE, M. C. The circadian timing system in mammals: Two pacemakers preside over many secondary oscillators. **Fedn Proc**, v. 42, p. 2783-2789, 1983.

MORAES, L. F. R.; et. al. **Diagnóstico de Qualidade de Vida e Estresse no Trabalho da Polícia Militar do Estado de Minas Gerais**. (Relatório de pesquisa). Belo Horizonte: CEPEAD/UFMG, 2000.

MORENO, C. R. C.; FISCHER, F. M.; ROTENBERG, L. A saúde do trabalhador na sociedade 24 horas. **Perspec**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 34-46, jan./mar. 2003.

MORENO, C. R. de C.. **Critérios cronobiológicos na adaptação ao trabalho em turnos alternantes. validação de um instrumento de medida**. 1993, 70 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

MORGAN, G. **Imagens da Organização**. Tradução de Cecília Withaker Bergamini e Roberto Coda. São Paulo: Atlas, 1996.

MUCHINSKY, P. M. **Psicologia Organizacional**. São Paulo: Pioneira, 2004.

NAGLES, J. **Travail collectif et travail productif dans l'évolution de la pensée marxiste**. Bruselas: Éditions de l'Université de Bruxelles, 1974.

OHAYON, M. Epidemiological study on insomnia in the general population. **Sleep**, v. 19, n. 3, S7-S15, 1996.

OHAYON, M.M. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. **Sleep Med Rev**, v. 6, n. 2, p.97-111, 2002.

OLIVEIRA, C. R. **História do trabalho**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, 351p.

PAIM, I. **Tratado de clínica psiquiátrica**. 3. ed., rev. e amp. São Paulo: Pedagógica e universitária, 1991.

PAOLI, P.; MERLLIÉ, D. **Third European Survey on Working Conditions 2000**. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. 2001. Disponível em: <http://www.eurofound.ie/publications/EF0121.htm>. Acesso em 30.10.02.

PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Impacto dos valores laborais e da interferência família: trabalho no estresse ocupacional. **Psic Teor e Pesq**, v. 21, n. 2, p. 173-180, maio/ago. 2005.

PASQUALI, L. Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG): Adaptação Brasileira (1974). **Psic: Teor e Prat Brasília**, v. 10, n. 3, p. 411-20, 1994.

PASQUALI, L. **Questionário de Saúde Geral - QSG**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

PERRY-JENKINS, REPETTI, R.; CROUTER, A. Work and family in the 1990s. **Journal of Marriage and the Family**, v. 62, n. 4, p. 981-998, 2000.

PORTER, M. A nova era da estratégia. **HSM Management**, São Paulo: HSM Cultura e Desenvolvimento, ed. Especial, p. 17-28, mar-abr, 2000.

RAMOS, A. G. **Administração e contexto brasileiro**: esboço de uma teoria geral de administração. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 1983.

RÉGIS FILHO, G. I. **Síndrome de maladaptação ao trabalho em turnos - uma abordagem ergonômica**. 1998. 153f. Dissertação (Mestrado Engenharia de Produção) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 1998.

ROCHA, F. GUERRA, H. L.; LIMA E COSTA, M. F. F. Padrões de sono e prevalência de insônia na comunidade: resultados do inquérito de saúde de Bambuí. **J Bras Psiquiatr**, v. 7, p. 229-38, 2000.

ROTENBERG, L.; PORTELA, L. F.; MARCONDES, W. B.; et al. Gênero e trabalho noturno: sono, cotidiano e vivências de quem troca a noite pelo dia. **Cad Saúde Pública**, v. 17, n. 3, p.639-649, maio/jun. 2001.

RUTENFRANZ, J.; KNATH, P.; FISCHER F. M. **Trabalho em turnos e noturno**. São Paulo: HUCITEC, 1989.

SANT'ANNA, A. S. **Fatores de pressão e insatisfação em áreas de atendimento ao público**: um estudo de caso em empresa mineira do setor de serviços. 1997. 321 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – CEPEAD/FACE/UFMG, Belo Horizonte, 1997.

SANTANA, V. S.. **Estudo Epidemiológico das Doenças Mentais em um Bairro de Salvador – Nordeste de Amaralina**. 1978. 92 f. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1978.

SANTOS, L. Considerações sobre o trabalho noturno. **Eletróbrás Temas de Saúde Ocupacional**, n. 22, 1993.

SELIGMAN-SILVA, E. **Saúde Mental e Automação**: a propósito de um estudo de caso no setor ferroviário. **Cad Saude Publ**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 95-109, 1997.

SIMON, G. E.; VONKORFF, M. Prevalence, burden, and treatment of insomnia in primary care. **Am J Psychiatry**, v. 154, n. 10, p. 1417-23, 1997.

SOUZA, J. C. **Sono, hábitos, qualidade de vida e acidentes em caminhonistas do Brasil e de Portugal**. 2004. 52 f. Tese (Pós-Doutorado em Saúde Mental) – Instituto de Medicina Molecular/Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal, 2004.

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

SPARRENBERGER, F.; SANTOS, I. dos; LIMA, R. C. Epidemiologia do distress psicológico: estudo transversal de base populacional. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 434-439, ago. 2003.

SPECTOR, Paul E. **Psicologia nas organizações**. São Paulo: Saraiva, 2000.

ÜSTÜN, T.; PRIVETT, M.; LECRUBIER, Y. Form, frequency, and burden of sleep problems in general health care. **Eur J Psychiatry**, v. 11, suppl.1, 5S-10S, 1996.

THIERRY, H.; MEIJMAN, T. **Time and behavior at work. Handbook of industrial and organizational psychology**. 2. ed. Palo Alto, CA:Consulting Psychologists Press, v.4., 341-413, 1994.

TIMO-IARIA, C. O sono. **Ciência Hoje**, v. 4, p. 66-67, 1985.

WAECKERLE, J.F. Circadian rhythm, shiftwork, and emergency physicians. *Ann Emerg Med*, v. 24, n. 5, p. 959-62, 1994.

WAGNER, J. **Shiftwork and mining. An overview of history and development**. Minneapolis, MN: Bureau of Mines, Twin Cities Research Center, Sept. 1984.

WHITE, L., KEITH, B. The effect of shift work on the quality and stability of marital relations. **J Marriage Family**, v. 52, May., 1990.

YKEDA, D. S. **Estudo do sono em crianças portadoras de doenças cardíacas**. 2005. 118 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

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

ZIMERMAN, D. E. **Manual de técnica psicanalítica**. Porto Alegre: Atmed, 1999.

ANEXOS

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.

ANEXO I – Três grupos de classificação de Schilling

- ✓ Grupo I – enquadram as típicas “doenças profissionais”, onde o trabalho é a causa necessária e, portanto, o nexó evidente, como nas neurointoxicações ocupacionais, provocadas pelo mercúrio, chumbo, manganês e outros produtos.
- ✓ Grupo II – neste item encontram-se as patologias em que o trabalho pode ser um fator de risco, que contribui, mas não é necessário, sendo mais encontradas em determinadas categorias profissionais. É o caso do alcoolismo crônico (F. 10.2) e dos transtornos do ciclo sono-vigília devido a fatores não orgânicos (F 51.2), onde o nexó causal é de natureza epidemiológica.
- ✓ Grupo III – representadas pelas enfermidades em que o trabalho é um desencadeador de um distúrbio latente, melhor explicado pela concausalidade. Encontramos, aqui, os seguintes transtornos mentais: os episódios depressivos (F32); as reações ao estresse grave e aos transtornos de adaptação (F43), como é o caso do transtorno de estresse pós-traumático (F43.1); a neurastenia (F48.8) e também a síndrome do esgotamento profissional ou *burnout* (Z73.0).

ANEXO II – Classificação dos Distúrbios do Sono segundo a CID-10

✓ F51 Transtornos não-orgânicos do sono devidos a fatores emocionais

Em numerosos casos uma perturbação do sono é um dos sintomas de um outro transtorno mental ou físico. Saber se, num dado paciente, um transtorno de sono é uma perturbação independente ou simplesmente uma das manifestações de outro transtorno classificado em outra parte no Capítulo V ou em outros capítulos da CID-10 deve ser determinado com base nos elementos clínicos e da evolução, assim como a partir de considerações e de prioridades terapêuticas no momento de consulta. Como regra geral, este código deve ser utilizado juntamente com outros diagnósticos pertinentes que descrevem a psicopatologia e a fisiopatologia implicadas num dado caso, quando a perturbação do sono é uma das queixas preponderantes e quando é vista como uma afecção per si. Esta categoria compreende unicamente os transtornos do sono que são essencialmente imputáveis a fatores emocionais não-orgânicos, e que não são devidos a transtornos físicos identificáveis classificados em outra parte. Exclui: transtornos de sono (de origem orgânica) (G47.-)

✓ F51.0 Insônia não-orgânica

Na insônia, o sono é de quantidade e de qualidade não satisfatórias; o transtorno de sono persiste durante um período prolongado; pode se tratar de uma dificuldade de adormecer, de uma dificuldade de permanecer adormecido ou de um despertar matinal precoce. A insônia é um sintoma comum a muitos transtornos mentais ou físicos e só deve ser aqui codificada (paralelamente ao diagnóstico principal) se domina o quadro clínico. Exclui: insônia (de origem orgânica) (G47.0)

✓ F51.1 Hipersonia não-orgânica

A hipersonia é definida como uma afecção com estado de sonolência diurna excessiva e ataques de sono (não explicados por uma quantidade inadequada de sono) e, por outro lado, por períodos de transição prolongados, até o estado de vigília completo após o despertar. Na ausência de um fator orgânico que explica a ocorrência de uma hipersonia, este estado habitualmente se associa a um transtorno mental. Exclui: hipersonia (de origem orgânica) (G47.1) narcolepsia (G47.4)

✓ **F51.2 Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos**

Uma ausência de sincronicidade entre o horário de vigília-sono e o horário vigília-sono apropriado ao ambiente de um indivíduo, resultando em queixas ora de insônia, ora de hipersonia. Inversão psicogênica do ciclo (de): circadiano, nictemeral, sono. Exclui: transtornos do ciclo vigília-sono (de origem orgânica) (G47.2)

✓ **F51.3 Sonambulismo**

O sonambulismo é uma alteração do estado de consciência, associando fenômenos de sono e de vigília. Durante um episódio de sonambulismo, o indivíduo se levanta do leito, em geral no primeiro terço do sono noturno, e deambula; estas manifestações correspondem a um nível reduzido de percepção do ambiente, reatividade e habilidade motora. Quando desperta, o sujeito comumente não se recorda do que aconteceu.

✓ **F51.4 Terrores noturnos**

Constituem episódios noturnos de terror e pânico extremos associados a uma vocalização intensa, agitação motora e hiperfuncionamento neurovegetativo. O indivíduo se senta ou se levanta, comumente no primeiro terço do sono noturno, com um grito de pânico. Frequentemente corre até à porta como se quisesse fugir; mas raramente deixa seu quarto. A lembrança do evento, se existe, é muito limitada (reduzindo-se em geral a uma ou duas imagens mentais fragmentárias).

✓ **F51.5 Pesadelos**

O pesadelo é uma experiência de sonho carregada de ansiedade ou de medo que se acompanha de uma lembrança muito detalhada do conteúdo do sonho. Esta experiência de sonho é muito intensa e comporta em geral temas como ameaças à existência, a segurança ou à auto-estima. É freqüente que os pesadelos tenham tendência a se repetir com temas idênticos ou similares. Os episódios típicos comportam certo grau de hiperatividade neurovegetativa, mas sem atividade verbal ou motora notável. Ao despertar, o sujeito se torna rapidamente alerta e bem orientado. Transtorno de angústia ligado ao sonho.

✓ **F51.8 Outros transtornos do sono devidos a fatores não-orgânicos**

✓ **F51.9 Transtornos do sono devido a fatores não-orgânicos não especificados.**

Transtorno emocional do sono SOE.

Anexo III – Classificação dos distúrbios do sono segundo DSM-IV

- ✓ **Transtornos Primários do Sono:** são aqueles pelos quais não é responsável nenhuma das etiologias listadas adiante (isto é, um outro transtorno mental, uma condição médica geral ou uma substância). Decorrem de anormalidades endógenas nos mecanismos de geração ou nos horários de sono/vigília e freqüentemente são complicados por fatores de condicionamento.
- ✓ **Dissonias:** (caracterizadas por anormalidades na quantidade, qualidade ou tempo de sono). Insônia Primária, Hipersonia Primária, Narcolepsia, Transtorno do Sono Relacionado à Respiração, Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono, Dissonia Sem Outra Especificação, Transtorno de Pesadelo, Transtorno de Terror Noturno, Transtorno de Sonambulismo.
- ✓ **Parassonias:** (caracterizadas por eventos comportamentais ou fisiológicos anormais ocorrendo em associação com o sono, estágios específicos do sono ou transições de sono/vigília).
- ✓ **Transtorno do Sono Relacionado a Outro Transtorno Mental:** envolve uma queixa proeminente de distúrbio do sono resultante de um transtorno mental diagnosticável (freqüentemente Transtorno do Humor ou Transtorno de Ansiedade), que, no entanto, é suficientemente severa para indicar uma atenção clínica independente. Presumivelmente, os mecanismos fisiopatológicos responsáveis pelo transtorno mental também afetam a regulação do ciclo de sono-vigília. Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental. Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental

- ✓ **Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral:** envolve uma queixa proeminente de distúrbio do sono resultante dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral sobre o sistema de sono-vigília.
- ✓ **Transtorno do Sono Induzido por Substância:** envolve queixas proeminentes de distúrbio do sono resultantes do uso atual ou descontinuação recente do uso de uma substância (inclusive medicamentos).

ANEXO IV – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Idade em anos:_____

Renda em salários mínimos _____

Estado Civil:

- Solteiro
- Casado/Amigado
- Separado/Divorciado
- Viúvo
-

Escolaridade:

- 1º Grau Incompleto
- 1º Grau Completo
- 2º Grau Incompleto
- 2º Grau Completo
- 3º Grau Incompleto
- 3º Grau Completo
- Pós-Graduação

Turno de Trabalho

- 1º Turno (05:00h às 14:48h)
- 2º Turno (14:48 às 00:36h)

Tempo de Trabalho no turno

- 6 meses a 1 ano
- 1 ano a 1 ano e 6 meses
- 1 ano e 6 meses a 2 anos
- Mais de 2 anos

Número de filhos:

Nenhum

Um

Dois

Três

Mais de três

CADERNO DE APLICAÇÃO

Q S G

(Adaptação Brasileira)

Por favor,
leia com atenção

Neste questionário é apresentada uma série de 60 (sessenta) afirmações sobre o estado de saúde das pessoas em geral. Sua tarefa consiste em dizer se as afirmações se aplicam ou não a você. RESPONDA, por obséquio, A TODAS AS PERGUNTAS nas páginas que se seguem, **escrevendo**, no quadrinho da **Folha de Respostas** correspondente à questão que está sendo respondida, o número que corresponde à alternativa que você acha que se aplica a você.

É NECESSÁRIO QUE VOCÊ RESPONDA A TODAS AS QUESTÕES. Se porventura nenhuma das quatro alternativas corresponderem à resposta que você gostaria de dar, mesmo assim escolha aquela que mais se aproxime de você. Mas lembre-se que o interesse está em saber como você tem se sentido ultimamente e não como você se sentia no passado.

É importante que você procure responder a todas as perguntas.

PODE COMEÇAR

Você ultimamente:

- 1-Tem se sentido perfeitamente bem e com boa saúde?
 1. Melhor que de costume
 2. Como de costume
 3. Pior que de costume
 4. Muito pior do que de costume
- 2-Tem sentido necessidade de tomar fortificantes (vitaminas)?
 1. Não, absolutamente
 2. Não mais do que de costume
 3. Um pouco mais do que de costume
 4. Muito mais do que de costume
- 3-Tem se sentido cansado (fatigado) e irritadiço?
 1. Não, absolutamente
 2. Não mais do que de costume
 3. Um pouco mais do que de costume
 4. Muito mais do que de costume
- 4-Tem se sentido mal de saúde?
 1. Não, absolutamente
 2. Não mais do que de costume
 3. Um pouco mais que de costume
 4. Muito mais do que de costume
- 5-Tem sentido dores de cabeça?
 1. Não, absolutamente
 2. Não mais do que de costume
 3. Um pouco mais que de costume
 4. Muito mais do que de costume
- 6-Tem sentido dores na cabeça?
 1. Não, absolutamente
 2. Não mais do que de costume
 3. Um pouco mais que de costume
 4. Muito mais do que de costume
- 7-Tem sido capaz de se concentrar no que faz?
 1. Melhor que de costume
 2. Como de costume
 3. Menos do que de costume
 4. Muito menos do que de costume
- 8-Tem sentido medo de que você vá desmaiar num lugar público?
 1. Não, absolutamente
 2. Não mais do que de costume
 3. Um pouco mais do que de costume
 4. Muito mais do que de costume
- 9-Tem sentido sensações (ondas) de calor ou de frio pelo corpo?
 1. Não, absolutamente
 2. Não mais do que de costume
 3. Um pouco mais do que de costume
 4. Muito mais do que de costume

Você ultimamente:

10-Tem suado (transpirado) muito?

1. Não, absolutamente
2. Não mais do que de costume
3. Um pouco mais do que de costume
4. Muito mais do que de costume

11-Tem acordado cedo (antes da hora) e não tem conseguido dormir de novo?

1. Não, absolutamente
2. Não mais do que de costume
3. Um pouco mais do que de costume
4. Muito mais do que de costume

12-Tem levantado sentindo que o sono não foi suficiente para lhe renovar as energias?

1. Não, absolutamente
2. Não mais do que de costume
3. Um pouco mais do que de costume
4. Muito mais do que de costume

13-Tem se sentido muito cansado e exausto, até mesmo para se alimentar?

1. Não, absolutamente
2. Não mais do que de costume
3. Um pouco mais do que de costume
4. Muito mais do que de costume

14-Tem perdido muito sono por causa de preocupações?

1. Não, absolutamente
2. Não mais do que de costume
3. Um pouco mais do que de costume
4. Muito mais do que de costume

15-Tem se sentido lúcido e com plena disposição mental?

1. Melhor que de costume
2. Como de costume
3. Menos lúcido do que de costume
4. Muito menos do que de costume

16-Tem se sentido cheio de energia (com muita disposição)?

1. Melhor que de costume
2. Como de costume
3. Com menos energia do que de costume
4. Com muito menos energia do que de costume

17-Tem sentido dificuldade em conciliar o sono (pegar no sono)?

1. Não, absolutamente
2. Não mais do que de costume
3. Um pouco mais do que de costume
4. Muito mais do que de costume

18-Tem tido dificuldade em permanecer dormindo após ter conciliado o sono (após ter pego no sono)?

1. Não, absolutamente
2. Não mais do que de costume
3. Um pouco mais do que de costume
4. Muito mais do que de costume

Você ultimamente:

- 19-Tem tido sonhos desagradáveis ou aterrorizantes?
1. Não, absolutamente
 2. Não mais do que de costume
 3. Um pouco mais do que de costume
 4. Muito mais do que de costume
- 20-Tem tido noites agitadas e mal dormidas?
1. Não, absolutamente
 2. Não mais do que de costume
 3. Um pouco mais do que de costume
 4. Muito mais do que de costume
- 21-Tem conseguido manter-se em atividades e ocupado?
1. Mais do que de costume
 2. Como de costume
 3. Um pouco menos do que de costume
 4. Muito menos do que de costume
- 22-Tem gasto mais tempo para executar seus afazeres?
1. Mais rápido do que de costume
 2. Como de costume
 3. Mais tempo do que de costume
 4. Muito mais tempo do que de costume
- 23-Tem sentido que perde o interesse nas suas atividades normais diárias?
1. Não, absolutamente
 2. Não mais do que de costume
 3. Um pouco mais do que de costume
 4. Muito mais do que de costume
- 24-Tem sentido que está perdendo interesse na sua aparência pessoal?
1. Não, absolutamente
 2. Não mais do que de costume
 3. Um pouco mais do que de costume
 4. Muito mais do que de costume
- 25-Tem tido menos cuidado com sua roupas?
1. Mais cuidado do que de costume
 2. Como de costume
 3. Menos cuidado do que de costume
 4. Muito menos cuidado do que de costume
- 26-Tem saído de casa com a mesma frequência de costume?
1. Mais do que de costume
 2. Como de costume
 3. Menos do que de costume
 4. Muito menos do que de costume

Você ultimamente:

27-Tem se saído tão bem quanto acha que a maioria das pessoas se sairiam se estivesse em seu lugar?

1. Melhor que de costume
2. Mais ou menos igual
3. Um pouco pior
4. Muito pior

28-Tem achado que de um modo geral tem dado boa conta de seus afazeres?

1. Melhor que de costume
2. Como de costume
3. Pior do que de costume
4. Muito pior do que de costume

29-Tem se atrasado para chegar ao trabalho ou para começar seu trabalho em casa?

1. Não, absolutamente
2. Não mais atrasado do que de costume
3. Pouco mais atrasado do que de costume
4. Muito mais atrasado do que de costume

30-Tem se sentido satisfeito com a forma pela qual você tem realizado suas atividades (tarefa ou trabalho)?

1. Mais satisfeito do que de costume
2. Como de costume
3. Menos satisfeito do que de costume
4. Muito menos satisfeito do que de costume

31-Tem sido capaz de sentir calor humano e afeição por aqueles que o cercam?

1. Mais do que de costume
2. Como de costume
3. Menos do que de costume
4. Muito menos do que de costume

32-Tem achado fácil conviver com outras pessoas?

1. Mais fácil do que de costume
2. Tão fácil como de costume
3. Mais difícil do que de costume
4. Muito mais difícil do que de costume

33-Tem gasto muito tempo batendo papo?

1. Mais tempo do que de costume
2. Tanto quanto de costume
3. Menos do que de costume
4. Muito menos do que de costume

34-Tem tido medo de dizer alguma coisa às pessoas e passar por tolo (parecer ridículo)?

1. Não, absolutamente
2. Não mais do que de costume
3. Um pouco mais do que de costume
4. Muito mais do que de costume

Você ultimamente:

35-Tem sentido que está desempenhando uma função útil na vida?

1. Mais do que de costume
2. Como de costume
3. Menos útil do que de costume
4. Muito menos do que de costume

36-Tem se sentido capaz de tomar decisões sobre suas coisas?

1. Mais do que de costume
2. Como de costume
3. Menos do que de costume
4. Muito menos do que de costume

37-Tem sentido que você não consegue continuar as coisas que começa?

1. Não, absolutamente
2. Não mais do que de costume
3. Um pouco mais do que de costume
4. Muito mais do que de costume

38-Tem se sentido com medo de tudo que tem que fazer?

1. Não, absolutamente
2. Não mais do que de costume
3. Um pouco mais do que de costume
4. Muito mais do que de costume

39-Tem se sentido constante mente sob tensão?

1. Não, absolutamente
2. Não mais do que de costume
3. Um pouco mais do que de costume
4. Muito mais do que de costume

40-Tem se sentido incapaz de superar suas dificuldades?

1. Não, absolutamente
2. Não mais do que de costume
3. Um pouco mais do que de costume
4. Muito mais do que de costume

41-Tem achado a vida uma luta constante?

1. Não, absolutamente
2. Não mais do que de costume
3. Um pouco mais do que de costume
4. Muito mais do que de costume

42-Tem conseguido sentir prazer nas suas atividades diárias?

1. Mais do que de costume
2. Como de costume
3. Um pouco menos do que de costume
4. Muito menos do que de costume

43-Tem tido pouca paciência com as coisas?

1. Não, absolutamente
2. Não mais do que de costume
3. Menos paciência do que de costume
4. Muito menos paciência do que de costume

Você ultimamente:

- 44-Tem se sentido irritado e mal humorado?
1. Não, absolutamente
 2. Não mais do que de costume
 3. Um pouco mais do que de costume
 4. Muito mais do que de costume
- 45-Tem ficado apavorado ou em pânico sem razões justificadas para isso?
1. Não, absolutamente
 2. Não mais do que de costume
 3. Um pouco mais do que de costume
 4. Muito mais do que de costume
- 46-Tem se sentido capaz de enfrentar seus problemas?
1. Mais capaz do que de costume
 2. Como de costume
 3. Menos capaz do que de costume
 4. Muito menos capaz do que de costume
- 47-Tem sentido que suas atividades tem sido excessivas para você?
1. Não, absolutamente
 2. Não mais do que de costume
 3. Um pouco mais do que de costume
 4. Muito mais do que de costume
- 48-Tem tido sensação de que as pessoas olham para você?
1. Não, absolutamente
 2. Não mais do que de costume
 3. Um pouco mais do que de costume
 4. Muito mais do que de costume
- 49-Tem se sentido infeliz e deprimido?
1. Não, absolutamente
 2. Não mais do que de costume
 3. Um pouco mais do que de costume
 4. Muito mais do que de costume
- 50-Tem perdido a confiança em si mesmo?
1. Não, absolutamente
 2. Não mais do que de costume
 3. Um pouco mais do que de costume
 4. Muito mais do que de costume
- 51-Tem se considerado como uma pessoa inútil (sem valor)?
1. Não, absolutamente
 2. Não mais do que de costume
 3. Um pouco mais do que de costume
 4. Muito mais do que de costume
- 52-Tem sentido que a vida é completamente sem esperanças?
1. Não, absolutamente
 2. Não mais do que de costume
 3. Um pouco mais do que de costume
 4. Muito mais do que de costume

Você ultimamente:

- 53-Tem se sentido esperançoso quanto ao seu futuro?
1. Mais do que de costume
 2. Como de costume
 3. Menos do que de costume
 4. Muito menos do que de costume
- 54-Considerando-se todas as coisas, tem se sentido razoavelmente feliz?
1. Mais do que de costume
 2. Assim como de costume
 3. Menos do que de costume
 4. Muito menos do que de costume
- 55-Tem se sentido nervoso e sempre tenso?
1. Não, absolutamente
 2. Não mais do que de costume
 3. Um pouco mais do que de costume
 4. Muito mais do que de costume
- 56-Tem sentido que a vida não vale a pena?
1. Não, absolutamente
 2. Não mais do que de costume
 3. Um pouco mais do que de costume
 4. Muito mais do que de costume
- 57-Tem pensado na possibilidade de dar um fim em você mesmo?
1. Definitivamente, não
 2. Acho que não
 3. Passou-me pela cabeça
 4. Definitivamente, sim
- 58-Tem achado algumas vezes que não pode fazer nada por que está muito mal dos nervos?
1. Não, absolutamente
 2. Não mais do que de costume
 3. Um pouco mais do que de costume
 4. Muito mais do que de costume
- 59-Já se descobriu desejando estar morto e longe (livre) de tudo?
1. Não, absolutamente
 2. Não mais do que de costume
 3. Um pouco mais do que de costume
 4. Muito mais do que de costume
- 60-Tem achado que a idéia de acabar com a própria vida tem-se mantido em sua mente?
1. Definitivamente, não
 2. Acho que não
 3. Passou-me pela cabeça
 4. Definitivamente, sim

ANEXO VI - PSQI

Instruções: As seguintes questões relacionam-se com os seus hábitos de sono apenas no último mês. As suas respostas devem indicar a opção mais correta para a maioria dos dias e das noites do último mês. Por favor responda a todas as questões.

Durante o último mês:

1. A que horas foi normalmente para a cama? _____
2. Quanto tempo, em minutos, demorou a adormecer em cada uma? _____
3. A que horas se levantou de manhã? _____
4. Quantas horas dormiu mesmo? (Isto pode ser diferente do número de horas que passou na cama) _____

5. Durante o último mês quantas vezes teve dificuldade em dormir porque...	Não durante o último mês(0)	Menos do que uma vez por semana (1)	Uma a duas vezes por semana (2)	Três ou mais vezes por semana (3)
a. não conseguiu dormir em 30 minutos				
b. acordou a meio da noite ou de manhã muito cedo				
c. teve de se levantar para ir ao banheiro				
d. não conseguiu respirar confortavelmente				
e. tossiu ou ressonou alto				
f. teve muito frio				
g. teve muito calor				
h. teve pesadelos				
i. teve dores				
j. outra razão/razões, por favor descreva, incluindo o nº de vezes que teve dificuldades em dormir por estas razões				
6. Durante o último mês, quantas vezes tomou medicamentos (prescritos por médico ou não) para o ajudar a dormir?				
7. Durante o último mês, quantas vezes teve dificuldade em manter-se				

acordado enquanto conduzia, durante as refeições ou em atividades sociais?				
8. Durante o último mês, quantas vezes teve dificuldade em manter o entusiasmo na realização das suas tarefas?				
	Muito bom (0)	Razoavelmente bom (1)	Razoavelmente mau (2)	Muito mau (3)
9. Durante o último mês, como avaliaria a qualidade do seu sono no geral?				

PONTUAÇÃO DO PSQI

-Componente 1: Qualidade subjectiva do sono

9 Score **C1** _____

-Componente 2: Latência do sono

2 Score (até 15min (0), 16-30min (1), 31-60min (2), maior que 60min (3))

+ # 5a Score (se soma igual a 0=0; 1-2=1; 3-4=2; 5-6=3) **C2** _____

-Componente 3: Duração do sono

4 Score (maior que 7(0), 6-7(1), 5-6(2), menor que 5(3) **C3** _____

-Componente 4: Eficiência habitual do sono

((# 4, total de horas dormidas) / (# 3-1)) x 100 = %

(maior ou = 85%=0, 75%-84%=1, 65%-74%=2, menor que 65%=3 **C4** _____

-Componente 5: Distúrbios do sono

soma dos scores 5b a 5j (0=0); 1-9=1; 10-18=2; 19-27=3) **C5** _____

-Componente 6: Uso de medicação para dormir

6 Score **C6** _____

-Componente 7- Sonolência Diurna e Distúrbios durante o dia

7 score + # 8 score (0=0; 1-2=1; 3-4=2; 5-6=3) **C7** _____

-PONTUAÇÃO GLOBAL DO PSQI (soma de todos os componentes) = _____

ANEXO VII - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ fui informado (a) que está sendo realizada uma pesquisa para avaliar a saúde mental dos funcionários da Nicioli Industria e Comércio de Móveis Ltda. O nome do projeto é: “SAÚDE MENTAL, TRABALHO EM TURNOS E DISTÚRBIOS DO SONO EM FUNCIONÁRIOS DE UMA INDÚSTRIA MOVELEIRA”, pesquisa que está sendo conduzida por Ericson Makarius Borges sob a orientação do Profº Drº José Carlos Rosa Pires de Souza. Minha participação constituirá em responder questões do Questionário de Saúde Geral (QSG-60) e a versão em português do questionário Pittsburgh Quality of Sleep Index (PSQI), que já estão previamente impressos e que deverão levar uns 90 minutos para serem aplicados. Tenho a garantia de que essas informações serão confidenciais e que o meu nome será mantido em sigilo. Também fui informado(a) que tenho o direito de não aceitar participar, que poderei não responder a qualquer pergunta que deseje, ou interromper a entrevista, sem que isso prejudique ou interfira no meu trabalho junto à Nicioli. Li ou me foi lido a informação acima e tive a oportunidade de fazer perguntas, e o que perguntei me foi respondido satisfatoriamente. Por esse motivo, aceito voluntariamente colaborar com informações.

ASSINATURA

CPF Nº

ANEXO VIII

Demais Tabelas

A Tabela 4 apresenta a distribuição de frequência das variáveis avaliadas pelo QSG-60 sem apresentar dependência da variável turno sendo aplicado o teste exato de Fisher. Pode-se afirmar que não existe relação estatisticamente significativa entre o turno e os fatores do QSG-60. Quanto à presença de distúrbios psiquiátricos menores, não houve diferença estatisticamente significativa em relação aos dois turnos.

Tabela 4 – Distribuição da frequência dos funcionários em relação aos fatores avaliados pelo QSG-60 com indicativo de presença de distúrbio e a variável turno.

Instrumento			Turno		p*
			1° Turno %	2° Turno %	
QSG-60	Estresse psíquico (Fator 1)	Presença	1.6 (n=2)	1.6 (n=2)	0.3804
	Desejo de morte (Fator 2)	Presença	0.8 (n=1)	-	0.5161
	Desconfiança no desempenho (Fator 3)	Presença	2.4 (n=3)	-	0.1343
	Distúrbio do sono (Fator 4)	Presença	21.8 (n=27)	20.2 (n=25)	0.9532
	Distúrbio psicossomático (Fator 5)	Presença	0.8 (n=1)	0.8 (n=1)	0.5035
	Ausência de severidade de doença mental (Fator Geral)	Presença	2.4 (n=3)	-	0.1343

* O valor de p em relação aos que apresentaram distúrbios.

Observa-se pela tabela 5 que a classe menos afetada é a com menos tempo de trabalho no turno, variando entre seis meses e um ano de trabalho no turno. A Tabela 5 descreve o tempo de trabalho no turno e os fatores avaliados pelo QSG-60 não havendo dependência encontrada. Foi utilizado o teste exato de Fisher, pois em algumas casas o valor esperado encontrado foi menor ou igual a 5.

Tabela 5 – Distribuição da frequência dos funcionários em relação aos fatores avaliados pelo QSG-60 com indicativo de presença de distúrbio e a variável tempo de trabalho no turno

Instrumento		Tempo de Trabalho no Turno				p*
		6 meses a 1 ano %	1 Ano a 1 Ano e 6 Meses %	1 Ano e 6 Meses a 2 Anos %	Mais de 2 Anos %	
QSG-60	Estresse psíquico (Fator 1)	-	1.6 (n=2)	0.8 (n=1)	0.8 (n=1)	0.1015
	Desejo de morte (Fator 2)	-	0.8 (n=1)	-	-	0.0960
	Desconfiança no desempenho (Fator 3)	-	0.8 (n=1)	0.8 (n=1)	0.8 (n=1)	0.3709
	Distúrbio do sono (Fator 4)	9.7 (n=12)	6.4 (n=8)	4.0 (n=5)	21.8 (n=27)	0.8495
	Distúrbio psicossomático (Fator 5)	-	0.8 (n=1)	-	0.8 (n=1)	0.4390
	Ausência de severidade de doença mental (Fator Geral)	-	0.8 (n=1)	0.8 (n=1)	0.8 (n=1)	0.3709

* O valor de p em relação aos que apresentaram distúrbios.

Em relação a tabela 12, observa-se a relação distúrbios do sono (FATOR Geral – IQSP) e as variáveis sócio-demográficas, não foi encontrada dependência. Foi utilizado o teste exato de Fisher, em casos onde o valor esperado encontrado foi menor ou igual a 5 e utilizado o teste Qui-Quadrado nos demais casos.

Tabela 12 – Distribuição da frequência dos funcionários em relação ao fator distúrbio do sono (fator geral) avaliado pelo IQSP e às variáveis sócio-demográficas

Variáveis Sócio-Demográficas		Distúrbio do sono (IQSP)	
		Presença	
		%	n=
Turno p= 0.843	1º Turno	26,6	17
	2º Turno	25,0	15
Tempo de trabalho no turno p= 0.162	1 ano a 1 ano e 6 meses	11,8	2
	1 ano e 6 meses a 2 anos	42,8	6
	6 meses a 1 ano	18,7	6
	mais de 2 anos	29,5	18
Idade p= 0.078	18 a 27	27,3	15
	28 a 37	17,8	8
	38 a 47	45,0	9
	48 a 57	-	0
Estado Civil p= 0,877	Solteiro	24,0	12
	Casado/Amigado	27,9	19
	Separado/Divorciado	20,0	1
	Viúvo	-	0
Renda em SM p= 0.992	Um	30,0	3
	Dois	25,5	24
	Três	25,0	4
	Quatro	25,0	1
Nº de Filhos p= 0.326	Não tem	26,3	15
	Um	33,3	7
	Dois	13,3	4
	Três	33,3	4
	Mais de três	50,0	2
Escolaridade p= 0.589	1º Grau Completo	26,7	4
	1º Grau Incompleto	23,1	3
	2º Grau Completo	25,3	19
	2º Grau Incompleto	20,0	3
	Superior Completo	-	0
	Superior Incompleto	60,0	3

Entre os que consideram seu sono como razoavelmente mau e muito mal se observa uma predominância dos funcionários do segundo turno, com tempo de trabalho

entre 6 meses e 1 ano, com idade de 38 a 47 anos, casados/amigados, com renda de 2 salários mínimos e com o segundo grau completo. Em relação a qualidade subjetiva do sono avaliada pelo IQSP e as variáveis sócio-demográficas, não foi encontrada dependência. Foi utilizado o teste exato de Fisher, em casos onde o valor esperado encontrado foi menor ou igual a 5 e utilizado o teste Qui-Quadrado nos demais casos.

Tabela 13 – Distribuição da frequência dos funcionários em relação ao fator qualidade subjetiva do sono avaliado pelo IQSP e às variáveis sócio-demográficas

Variáveis Sócio-Demográficas	Qualidade Subjetiva do Sono				
	Muito Bom %	Muito mau %	Razoavelmente bom %	Razoavelmente mau %	
	1º Turno	43,8	1,6	50,0	4,7
	2º Turno	50,0	1,7	43,3	5,0
Tempo de trabalho no turno p=0,678	6 meses a 1 ano	53,1	-	40,6	6,3
	1 ano a 1 ano e 6 meses	41,2	-	52,9	5,9
	1 ano e 6 meses a 2 anos	64,3	7,1	28,6	-
	Mais de 2 anos	41,0	1,6	52,5	4,9
Idade p=0,642	18 a 27	43,6	1,8	50,9	3,6
	28 a 37	46,7	-	46,7	6,7
	38 a 47	50,0	5,0	40,0	5,0
	48 a 57	75,0	-	25,0	-
Estado Civil p=0,986	Solteiro	50,0	2,0	46,0	2,0
	Casado/Amigado	43,3	1,7	46,7	8,3
	Separado/Divorciado	60,0	-	40,0	-
	Viúvo	-	-	100,0	-
Renda em SM p=0,996	Um	50,0	-	50,0	-
	Dois	46,8	2,1	45,7	5,3
	Três	50,0	-	43,8	6,3
	Quatro	25,0	-	75,0	-
Nº de Filhos p=0,277	Não tem	45,6	1,8	50,9	1,8
	Um	42,9	-	47,6	9,5
	Dois	53,3	-	40,0	6,7
	Três	50,0	8,3	33,3	8,3
	Mais de três	25,0	-	75,0	-
Escolaridade p=0,218	1º Grau Completo	53,3	-	46,7	-
	1º Grau Incompleto	38,5	-	53,8	7,7
	2º Grau Completo	45,3	1,3	46,7	6,7
	2º Grau Incompleto	53,3	-	46,7	-
	Superior Completo	43,8	1,6	50,0	4,7
	Superior Incompleto	50,0	1,7	43,3	5,0

Observa-se na tabela 6 que a classe com uma predominância de presença de distúrbio em todos os fatores do QSG-60 foi a classe com idade entre 18 e 27 anos. A variável idade, quando cruzada com os fatores avaliados pelo QSG-60 apresentou independência. Foi utilizado o teste exato de Fisher, pois em algumas casas o valor esperado encontrado foi menor ou igual a 5. Após a aplicação do teste, foi obtido um Valor de $P > 0.05$, considerando um nível de significância de 5%.

Tabela 6 – Distribuição da frequência dos funcionários em relação aos fatores avaliados pelo QSG-60 com indicativo de presença de distúrbio e a variável idade (em anos)

Instrumento			Idade				P*
			18 a 27 Anos %	28 a 37 Anos %	38 a 47 Anos %	48 a 54 Anos %	
QSG-60	Estresse psíquico (Fator 1)	Presença	2.4 (n=3)	-	0.8 (n=0)	-	0.4385
	Desejo de morte (Fator 2)	Presença	0.8 (n=1)	-	-	-	0.7375
	Desconfiança no desempenho (Fator 3)	Presença	1.6 (n=2)	0.8 (n=1)	-	-	0.8140
	Distúrbio do sono (Fator 4)	Presença	22.6 (n=28)	11.3 (n=14)	7.3 (n=9)	0.8 (n=1)	0.2094
	Distúrbio psicossomático (Fator 5)	Presença	0.8 (n=1)	0.8 (n=1)	-	-	0.9160
	Ausência de severidade de doença mental (Fator Geral)	Presença	1.6 (n=2)	0.8 (n=1)	-	-	0.8140

* O valor de p em relação aos que apresentaram distúrbios.

A tabela 7 mostra uma maior presença de distúrbios como desejo de morte (fator 2), desconfiança na capacidade de desempenho (fator 3) e presença de severidade de doença mental (fator Geral), apresenta o mesmo percentual de presença solteiros e casados/amigados em relação ao estresse psíquico (fator 1) e distúrbios psicossomáticos (fator 5) sendo predominante nos casados apenas os distúrbios do sono (fator 4). Os fatores avaliados pelo QSG-60, em relação ao estado civil, não apresentou dependência. Foi utilizado o teste exato de Fisher, pois em algumas casas o valor esperado encontrado foi menor ou igual a 5. Após a aplicação do teste, foi obtido um Valor de P >0.05, considerando um nível de significância de 5%.

Tabela 7 – Distribuição da frequência dos funcionários em relação aos fatores avaliados pelo QSG-60 com indicativo de presença de distúrbio e a variável estado civil

Instrumento		Estado Civil				p*	
		Casado ou Amigado %	Solteiro %	Divorciado %	Viúvo %		
QSG-60	Estresse psíquico (Fator 1)	Presença	1.6 (n=2)	1.6 (n=2)	0.0 (n=0)	0.0 (n=0)	0.9574
	Desejo de morte (Fator 2)	Presença	-	0.8 (n=1)	-	-	0.6841
	Desconfiança no desempenho (Fator 3)	Presença	0.8 (n=1)	1.6 (n=2)	-	-	0.8164
	Distúrbio do sono (Fator 4)	Presença	21.0 (n=26)	18.5 (n=23)	2.4 (n=3)	-	0.5491
	Distúrbio psicossomático (Fator 5)	Presença	0.8 (n=1)	0.8 (n=1)	-	-	0.9846
	Ausência de severidade de doença mental (Fator Geral)	Presença	0.8 (n=1)	1.6 (n=2)	-	-	0.8164

* O valor de p em relação aos que apresentaram distúrbios.

Observa-se na tabela 9 uma predominância de presença de distúrbios em todos os fatores avaliados pelo QSG-60 em pessoas que não tem filhos. Não foi encontrada dependência em relação aos fatores avaliados pelo QSG-60 e a variável número de filhos. Foi utilizado o teste exato de Fisher, pois em algumas casas o valor esperado encontrado foi menor ou igual a 5. Após a aplicação do teste, foi obtido um Valor de P >0.05, considerando um nível de significância de 5%.

Tabela 9 – Distribuição da frequência dos funcionários em relação aos fatores avaliados pelo QSG-60 com indicativo de presença de distúrbio e a variável número de filhos

Instrumento			Número de Filhos					p*
			Nenhum Filho %	1 Filho %	2 Filhos %	3 Filhos %	Mais de 3 Filhos %	
QSG-60	Estresse psíquico (Fator 1)	Presença	1.61% (n=2)	-	0.8 (n=1)	0.8 (n=1)	-	0.7630
	Desejo de morte (Fator 2)	Presença	0.81% (n=1)	-	-	-	-	0.8806
	Desconfiança no desempenho (Fator 3)	Presença	1.61% (n=2)	0.8 (n=1)	-	-	-	0.7514
	Distúrbio do sono (Fator 4)	Presença	20.97% (n=26)	9.7 (n=12)	6.4 (n=8)	3.2 (n=4)	1.6 (n=2)	0.2264
	Distúrbio psicossomático (Fator 5)	Presença	0.81% (n=1)	-	0.8 (n=1)	-	-	0.8825
	Ausência de severidade de doença mental (Fator Geral)	Presença	1.61% (n=2)	0.8 (n=1)	-	-	-	0.7514

* O valor de p em relação aos que apresentaram distúrbios.

A categoria com maior percentual de presença de distúrbios em todos os fatores avaliados pelo QSG-60 foram os que têm o segundo grau completo como se observa na tabela 10. Quanto ao grau de escolaridade em relação aos fatores avaliados pelo QSG-60 não houve dependência encontrada. Foi utilizado o teste exato de Fisher, pois em algumas

casas o valor esperado encontrado foi menor ou igual a 5. Após a aplicação do teste, foi obtido um Valor de $P > 0.05$, considerando um nível de significância de 5%.

Tabela 10 – Distribuição da frequência dos funcionários em relação aos fatores avaliados pelo QSG-60 com indicativo de presença de distúrbio e a variável escolaridade

Instrumento		Escolaridade						p*	
		1º Grau Completo %	1º Grau Incompleto %	2º Grau Completo %	2º Grau Incompleto %	Superior Completo %	Superior Incompleto %		
QSG-60	Estresse psíquico (Fator 1)	Presença	-	0.8 (n=1)	2.4 (n=3)	-	-	-	0.8245
	Desejo de morte (Fator 2)	Presença	-	-	0.8 (n=1)	-	-	-	0.9852
	Desconfiança no desempenho (Fator 3)	Presença	-	-	2.4 (n=3)	-	-	-	0.8480
	Distúrbio do sono (Fator 4)	Presença	5.6 (n=7)	3.2 (n=4)	28.2 (n=35)	4.0 (n=5)	-	0.8 (n=1)	0.5995
	Distúrbio psicossomático (Fator 5)								
Ausência de severidade de doença mental (Fator Geral)	Presença	0.8 (n=1)	-	0.8 (n=1)	-	-	-	0.6987	

* O valor de p em relação aos que apresentaram distúrbios.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.