



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

THALLES DA COSTA LOBÊ PEREIRA

**ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO E TRANSTORNOS MENTAIS
COMUNS EM TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA**

FEIRA DE SANTANA

2012

THALLES DA COSTA LOBÊ PEREIRA

**ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO E TRANSTORNOS MENTAIS
COMUNS EM TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Tânia Maria de Araújo

FEIRA DE SANTANA

2012

Ficha catalográfica: Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

P496a Pereira, Thalles da Costa Lobê
Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da atenção básica / Thalles da Costa Lobê Pereira. – Feira de Santana, 2012.
87 f. : il.

Orientadora: Tânia Maria de Araújo

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2012.

1. Atenção básica a saúde. 2. Saúde do trabalhador. 3. Pessoal da saúde. 4. Saúde mental. 5. Transtornos mentais. I. Araújo, Tânia Maria de. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Departamento de Saúde. IV. Título.

CDU: 614-057

THALLES DA COSTA LOBÊ PEREIRA

**ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO E TRANSTORNOS MENTAIS
COMUNS EM TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Epidemiologia

Feira de Santana, 30 de abril de 2012

Prof^a. Dr^a. Tânia Maria de Araújo

Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Pereira Fernandes

Universidade Federal da Bahia

Prof. Dr. Nelson Fernandes de Oliveira

Universidade Estadual de Feira de Santana

A minha família, por sempre apoiar minhas decisões.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me dar forças para persistir nos meus objetivos.

A Tânia Araújo, pela compreensão, paciência e sugestões. Sua orientação foi importante para a construção e desconstrução do meu conhecimento em Epidemiologia e Pesquisa em Saúde do trabalhador.

Ao Núcleo de Epidemiologia (NEPI), pelo acolhimento e incentivo.

A Kionna, pelo exemplo de dedicação e profissionalismo. Nossas conversas sobre Epidemiologia e Análise de dados foram úteis para o desenvolvimento deste trabalho.

A Danniela, Denise e Bete, colegas de mestrado e do NEPI. Aos bolsistas Camila, Amália, Wesley, Jaqueline e Mariana. Vocês foram meu suporte social.

A Luciana e Tânia Regina, meu suporte social no Núcleo de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES).

A Nelson Oliveira, um verdadeiro educador. Muito obrigado pelos esclarecimentos na análise dos dados.

As professoras Edna Araújo e Marinalva Lopes. Pessoas comprometidas com a formação do estudante e o retorno social das suas pesquisas.

Aos professores Fernando Martins Carvalho e Thereza Coelho. Suas contribuições na qualificação do projeto ajudaram a melhorar este trabalho.

Aos colegas “positivistas” Tatiane, Suelem, Clarice e Heloísa. O tempo passou, mas ficarão muitas recordações.

A Ana Cláudia, por me conduzir para a Saúde Coletiva e ter acreditado em meu potencial desde a iniciação científica.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Uma avaliação baseada em produtividade não pondera a formação dos estudantes como futuros professores-pesquisadores.

A professora Ada Ávila, por disponibilizar o banco de dados da pesquisa.

A equipe de Belo Horizonte pelo excelente trabalho. Eu sei o quanto foi difícil planejar e terminar a coleta de dados.

A Rose Barbosa, pela disponibilidade em responder meus emails e enviar os materiais sobre o trabalho de campo.

Aos trabalhadores da rede municipal de saúde de Belo Horizonte que participaram da pesquisa. Seus dados serão úteis para propor melhorias nas condições de trabalho nos serviços públicos de saúde.

A comunidade Zotero e a Fundação R, por desenvolver e disponibilizar instrumentos úteis e gratuitos. Muito obrigado pelo suporte.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES), pela bolsa. Ela possibilitou minha dedicação exclusiva ao mestrado.

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo financiamento da pesquisa.

RESUMO

A atenção básica é o primeiro nível de atenção e estrutura o Sistema Único de Saúde. Entretanto, o trabalho nos serviços de atenção básica apresenta demandas crescentes, repetitividade das tarefas, rapidez no atendimento e perda da autonomia. Tais características podem ser agrupadas segundo aspectos psicossociais do modelo demanda-controle. O modelo demanda-controle tem sido usado para avaliar a relação entre estresse ocupacional e agravos à saúde, entre os quais transtornos mentais. Logo, este estudo avaliou a associação entre aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da atenção básica de Belo Horizonte. Trata-se de uma investigação com delineamento transversal. A amostra foi aleatória, estratificada por áreas geográficas, setor de atuação e grupos ocupacionais. A amostra totalizou 1.808 indivíduos, dos quais 1.072 eram trabalhadores da atenção básica. Os aspectos psicossociais foram avaliados por meio das categorias do modelo demanda-controle, enquanto transtornos mentais comuns (TMC) foram avaliados pelo *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Adotou-se o ponto de corte 6/7 para mulheres e 5/6 para homens no SRQ-20. Os pontos de corte dos indicadores do JCQ foram as médias. As medidas de associações foram razões de prevalências intervalos de 95% de confiança e valores de p. A análise ajustada envolveu a construção de um modelo de regressão logística. A prevalência de TMC foi de 27,9%. Houve associação entre transtornos mentais e os aspectos de demandas ($p \leq 0,001$), controle ($p = 0,008$) e suporte social ($p \leq 0,001$). A categoria de alta exigência apresentou forte associação com TMC após ajuste por confundidores (RP=2,52, IC95%=1,55-4,08). Neste estudo, demandas psicológicas e controle tiveram influências semelhantes sobre a saúde mental. Sugerem-se mudanças no processo de trabalho na atenção básica e execução das políticas de saúde do trabalhador da saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Pessoal de Saúde. Saúde do Trabalhador. Saúde Mental. Transtornos Mentais.

ABSTRACT

Primary health care structure the Unified Health System in Brazil. However, the primary health care workers experience increasing demands, repetitive tasks, fast pace and lack of autonomy on their jobs. These are organizational factors, which can be grouped by psychosocial work characteristics of demand-control model. Demand-control model has assessed job stress and mental and physical illness. Then this study examined the association between psychosocial work characteristics and common mental disorders (CMD) in primary health care workers of Belo Horizonte, Brazil. This study examined the association between psychosocial work characteristics and common mental disorders (CMD) in primary health care workers of the city of Belo Horizonte, Southeastern Brazil. A cross-sectional study was conducted. A stratified random sampling method was used to select 1,808 health workers. A total of 1,024 participants worked in primary care services. Psychosocial work characteristics were assessed using the demand control model, while common mental disorders were evaluated with the Self-Reporting Questionnaire. The association measures were crude and adjusted prevalence ratios, 95% confidence intervals and p-values. The prevalence of CMD was 27.9% (95%CI = 25.1%-30.7%). Associations were found between common mental disorders and demands ($p < 0,001$), control ($p = 0,008$) and social support ($p < 0,001$). High strain was strongly associated with CMD after adjusting for confounders (PR = 2,52, 95%CI = 1.55-4.08). There was a high prevalence of CMD among primary health care workers. In this study, psychological demands and control had the same influence on mental health. It is recommended that changes should be made in the work characteristics of primary health care. Additionally, the quality of health services will not improve while workers' health policies are not applied.

Keywords: Primary Health Care. Health Personnel. Occupational Health. Mental Health. Mental Disorders.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Organização do setor de assistência à saúde.	17
Figura 2	Modelo demanda-Controlle.....	24
Figura 3	Regionais de Belo Horizonte.	28
Figura 4	Procedimentos para o cálculo do tamanho amostral.	31
Figura 5	Estimativa de ponto de corte do SRQ-20.....	34
Figura 6	Especificidade e sensibilidade do SRQ-20 em diferentes pontos de corte.	35
Figura 7	Área sob a curva ROC do modelo de regressão logística.	62
Figura 8	Gráfico de diagnóstico dos pontos influentes do modelo de regressão logística...	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características gerais da amostra de trabalhadores da atenção básica. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2008-2009.....	56
Tabela 2	Proporção de respostas positivas nos grupos de questões do SRQ-20. Trabalhadores da atenção básica. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2008-2009.....	59
Tabela 3	Associação entre categorias de aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da atenção básica. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2008-2009.....	60
Tabela 4	Associação entre as categorias do modelo demanda-controle e transtornos mentais comuns em trabalhadores da atenção básica. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2008-2009.....	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Categorias de aspectos psicossociais do trabalho.	23
Quadro 2	Categoria profissional para seleção da amostra e respectivo cargo do trabalhador, segundo classificação da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana. ...	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIC	Critério de Informação de Akaike
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
ESB	Estratégia de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAPEMIG	Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Minas Gerais
GHQ	General Health Questionnaire
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC 95%	Intervalo de 95% de Confiança
JCQ	Job Content Questionnaire
JCQ Center	Job Content Questionnaire Center
Km²	Quilômetro Quadrado
n	Tamanho amostral
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OR	Razão de Odds
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PASSR	Patient Self-Report Symptom Form
PSE	Present State Examination
PSF	Programa de Saúde da Família
ROC	<i>Receiver Operator Characteristic</i>
RP	Razão de Prevalência
SRQ-20	Self Reporting Questionnaire
SUS	Sistema Único de Saúde
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
2 OBJETIVO	16
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1 Setor de assistência à saúde e sistemas de saúde	17
3.2 A Atenção Primária à Saúde no Brasil.....	18
3.3 O trabalho na atenção primária.....	19
3.4 Os aspectos psicossociais do trabalho	21
<i>3.4.1 Fatores psicossociais e estresse ocupacional</i>	<i>21</i>
<i>3.4.2 Modelo demanda-controle.....</i>	<i>22</i>
3.5 Os transtornos mentais comuns	25
4 METODOLOGIA.....	27
4.1 Tipo de estudo	27
4.2 Campo de estudo.....	27
4.3 População e planejamento amostral	28
4.4 Instrumentos de coleta de dados	29
<i>4.4.1 Job Content Questionnaire.....</i>	<i>31</i>
<i>4.4.2 Self Reporting Questionnaire</i>	<i>32</i>
4.5 Procedimentos de coleta de dados.....	32
4.6 Variáveis de estudo.....	33
<i>4.6.1 Variável de exposição.....</i>	<i>33</i>
<i>4.6.2 Variável desfecho</i>	<i>34</i>
<i>4.6.3 Covariáveis.....</i>	<i>34</i>
4.7 Análise dos dados.....	36
4.8 Aspectos éticos da pesquisa.....	37
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO - ARTIGO	38
Resumo	39
Abstract	40
Introdução	41
Metodologia.....	43
Resultados	46

Discussão	48
Referências	52
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
REFERÊNCIAS	65
ANEXO A INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	75
ANEXO B TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	85
ANEXO C PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE.....	86
ANEXO D PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS.....	87

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O trabalho em saúde é um serviço essencial para a vida humana. Sua finalidade é atender as necessidades de saúde da população. Nesse segmento atuam trabalhadores com formações distintas, os quais desenvolvem um trabalho coletivo e, na maioria das vezes, institucional (PIRES, 2000; FORTUNA et al., 2002).

O trabalho institucional em saúde apresenta-se organizado em níveis de complexidade. O primeiro nível ou atenção primária é a entrada para os demais serviços de um sistema de saúde. O segundo nível ou atenção secundária envolve atendimentos por consultas de curta duração. O terceiro nível ou atenção terciária trata enfermidades por longo prazo (STARFIELD, 2002).

A atenção primária difere dos demais níveis por lidar com agravos comuns. Seu espaço de atuação inclui consultórios, centros de saúde, escolas e domicílios. Os serviços oferecidos incluem prevenção, promoção da saúde, cura e reabilitação (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a atenção primária compreende a Estratégia de Saúde da Família (ESF), Estratégia de Saúde Bucal (ESB) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A ESF é composta por equipes multiprofissionais alocadas nas unidades básicas de saúde (UBS). Cada equipe possui médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários, os quais acompanham até 4.000 indivíduos que residem na área de abrangência da unidade. A ESB é formada por equipes com dentistas, auxiliares de consultório dentário e técnicos de saúde bucal, responsáveis pela assistência odontológica da população cadastrada (BRASIL, 2006). Os NASF incluem profissionais da saúde que não fazem parte das ESF e ESB. Cada NASF encontra-se vinculado com três ou mais equipes de saúde da família (BRASIL, 2008).

O trabalho das equipes de atenção primária envolve definição do território da unidade, mapeamento de fatores de risco, planejamento e implementação de ações de saúde. A realização dessas atividades implica no seguimento da população e dos indicadores de saúde na área (BRASIL, 2006).

O acompanhamento da população expõe o trabalhador a contextos sociais de miséria e violência. Somam-se a isto, características como: acúmulo de tarefas, baixos salários, jornadas longas, fragmentação das atividades e decisões gerenciais alheias aos trabalhadores (FORTUNA et al., 2002). Segundo Sauter et al. (2009), essas características consistem nos fatores de risco psicossociais do trabalho, os quais predisõem o trabalhador a situações de estresse, podendo levar ao aparecimento de doenças físicas e mentais.

Apesar da importância dos fatores psicossociais, sua avaliação é indireta. Todos os métodos de avaliação partem da percepção do trabalhador sobre a organização do trabalho (LEKA; GRIFFITHS; COX, 2003). Entre os métodos de avaliação está o modelo demanda-controle elaborado por Karasek (1979). Este modelo considera duas dimensões de aspectos psicossociais: as demandas psicológicas e controle sobre o trabalho. A combinação dessas duas dimensões resulta em categorias de riscos diferenciadas para o adoecimento mental, principalmente, os transtornos mentais comuns (TMC) (ARAÚJO et al., 2003; ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; SOUZA et al., 2010).

Segundo Goldberg e Huxley (1992), os TMC compreendem distúrbios de ansiedade e depressão, além de sintomas como insônia, fadiga, dificuldade de concentração, irritabilidade e queixas somáticas.

Os TMC podem causar sofrimento e incapacidades. Em revisão de literatura realizada por Tennant (2001), os trabalhadores dos serviços de saúde apresentaram prevalências de TMC mais elevadas que o restante da população. Braga, Carvalho e Binder (2010) verificaram prevalência de TMC de 42,6% nos trabalhadores da atenção primária de Botucatu. Este valor foi superior ao observado para a população residente neste município.

Em geral, os TMC estão associados com a pouca estabilidade no emprego, repetitividade das tarefas e baixa autonomia (TENNANT, 2001). Segundo Gärtner et al. (2010), há evidências de que os TMC predisõem a erros de conduta, absenteísmo e insatisfação com o trabalho.

A Organização Mundial de Saúde (2011) reconhece que o trabalho em serviços de saúde predis põe o trabalhador a fatores de riscos ocupacionais. Harnois e Gabriel (2000) afirmam que os transtornos mentais resultam em incapacidades e perdas econômicas. Entretanto, os estudos que avaliam a saúde mental dos trabalhadores da atenção primária ainda não são conclusivos.

Considerando que a atenção primária é a estratégia de reorientação do modelo de atenção em saúde no Brasil e que as condições de trabalho nesse nível de atenção são precárias, este estudo investiga a seguinte questão: há associação entre os aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da atenção primária?

A saúde mental dos trabalhadores dos serviços de saúde pode ter impacto direto sobre a qualidade da assistência prestada aos usuários (WHO, 2011). Assim, este estudo pode contribuir para o cumprimento da legislação de promoção e proteção à saúde desses trabalhadores e, conseqüentemente, para a consolidação das estratégias e ações em saúde pública propostas pelo Estado.

2 OBJETIVO

Avaliar a associação entre aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da atenção básica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura teve como objetivo contextualizar o tema do estudo. Desse modo, os assuntos abordados nesta seção foram delimitações dos conceitos do setor de assistência à saúde; organização do sistema de saúde no Brasil; processos de trabalho nos serviços de saúde; aspectos psicossociais do trabalho e saúde mental dos trabalhadores da atenção primária.

3.1 Setor de assistência à saúde e sistemas de saúde

O setor de assistência à saúde é o conjunto de valores, normas, instituições e pessoas envolvidos com a produção, distribuição e consumo de bens e serviços de saúde (OPAS, 2004). Esse setor é responsável por promover a saúde dos indivíduos e dos grupos populacionais (OPAS; OMS, 2007) e apresenta-se organizado em um complexo que envolve atividades econômicas e de regulação (Figura 1) (CORDEIRO, 1985; GADELHA, 2003; GADELHA et al., 2010).

As atividades econômicas incluem as indústrias produtoras de materiais, equipamentos, fármacos e demais insumos e a prestação de serviços que articulam o consumo da produção industrial (GADELHA et al., 2010). As atividades de regulação consistem na atuação do Estado. Este atua por meio de normas e políticas públicas que protegem bens e serviços de saúde da ação do mercado (GADELHA, 2003; ELIAS, 2004; VIANA et al., 2007) e conformam os sistemas de saúde nacionais (OPAS; OMS, 2007).

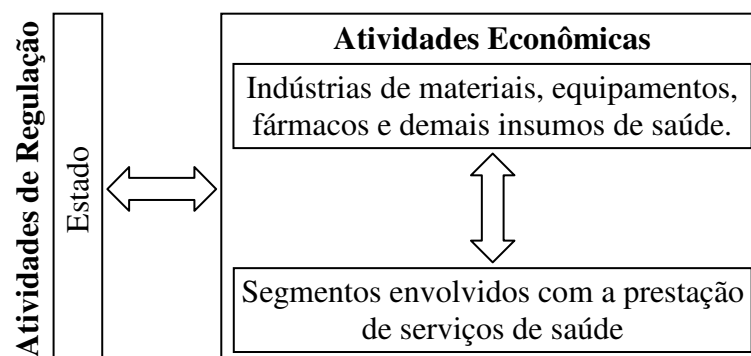


Figura 1 - Organização do setor de assistência à saúde.

Fonte: Construído pelo autor baseado em GADELHA (2003).

Um sistema de saúde representa uma das respostas sociais às necessidades, demandas e direitos da população em determinada sociedade e época (OPAS; BRASIL, 2006). Compreendem serviços e setores de planejamento, gestão e financiamento que têm a

finalidade de melhorar as condições de saúde; proteger contra fatores de riscos de adoecimento; e compensar perdas por incapacidades temporárias e permanentes (OPAS; OMS, 2007; WHO, 2010).

As funções de um sistema de saúde dependem das decisões políticas e dos interesses de determinados grupos sociais (OPAS; BRASIL, 2006). Ambos definem o modelo de atenção com base em transformações demográficas, tecnológicas, políticas e epidemiológicas de um país (MAGAJEWSKI, 2007).

3.2 A Atenção Primária à Saúde no Brasil

A atenção primária ou atenção básica é a porta de entrada do sistema de saúde, capaz de resolver a maioria dos problemas da população. Apresenta-se articulada com os níveis de média e alta complexidade e gerencia, bem como racionaliza, o uso dos bens e serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

A atenção primária lida com problemas de saúde comuns, em espaços como centros comunitários, escolas, centro de saúde e domicílios. Suas ações devem ser contínuas e incluem desde atividades de promoção da saúde até o tratamento de doenças (STARFIELD, 2002).

No Brasil, esse nível foi organizado com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, a partir de uma experiência bem sucedida no Ceará (LEVY; MATOS; TOMITA, 2004).

O PACS caracterizou-se como um programa constituído por equipes de 30 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e um enfermeiro supervisor, lotados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Teve como alvo a família e objetivou a redução dos coeficientes de mortalidades infantil e materna na Região Norte e Nordeste do Brasil (LEVY; MATOS; TOMITA, 2004). O sucesso do PACS possibilitou sua ampliação para Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 (BRASIL, 2003).

O PSF definiu o modelo de atenção primária a ser seguido pelo SUS a nível nacional. O PSF deve ser formado por uma equipe multiprofissional composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar/técnico de enfermagem e de 4 a 6 ACS alocados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios (BRASIL, 2003).

As ações do PSF visaram melhorar os principais indicadores de saúde avaliados a nível internacional. Devido sua adequação aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS),

o governo atribuiu a esse programa o caráter de estratégia capaz de substituir o modelo de atenção médico-assistencialista.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) contou com a equipe original do PSF, bem como dentistas, auxiliares de consultório dentário e técnicos de saúde bucal. Demais profissionais e técnicos de saúde poderiam ser incluídos pelo gestor conforme as demandas e necessidades da população (BRASIL, 1997).

Em 2006, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que regulamentou a ESF e redefiniu os antigos preceitos da atenção primária (BRASIL, 2006). A PNAB suscitou ações que alcançassem a integralidade nas unidades básicas de saúde. Desse modo, fomentou a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008 (BRASIL, 2008).

O NASF propôs atuar em conjunto com as ESF a partir das demandas identificadas, compartilhando conhecimentos e práticas.

De acordo com a Portaria nº 154/008, o NASF apresenta-se sob duas modalidades:

a) NASF 1: composto por Médico Acupunturista, Assistente Social, Profissional da Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Ginecologista, Homeopata, Nutricionista, Pediatra, Psicólogo, Psiquiatra e Terapeuta Ocupacional;

b) NASF 2: composto por Assistente Social, Profissional da Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional.

A composição das equipes dos NASF é definida pelo gestor municipal de saúde. Cada NASF 1 vincula-se com oito a vinte equipes de saúde da família. Cada NASF 2 vincula-se a, no mínimo, três equipes (BRASIL, 2008).

3.3 O trabalho na atenção primária

O trabalho em saúde é uma atividade essencial para a vida humana (PIRES, 2000). É um serviço com características distintas, embora compartilhe, em sua estrutura de ordenamento, semelhanças com o trabalho industrial (NOGUEIRA, 2000). Tem, como produto, a assistência à saúde, consumida no momento em que é realizada (PIRES, 2000).

A assistência à saúde desenvolve-se em instituições organizadas em redes. Nos primeiros níveis estão os serviços de atenção primária (MENDES, 2010). Estes têm como função: conhecer a realidade das famílias cadastradas; identificar os problemas prevalentes e

fatores de riscos para adoecimento; prestar cuidados integrais em saúde; e incentivar a participação popular e o autocuidado (BRASIL, 2006).

Os profissionais da atenção primária atuam em um trabalho coletivo, tendo responsabilidades diferentes. O médico deve prestar assistência integral aos indivíduos. O enfermeiro é responsável por ações, campanhas, vigilância em saúde e treinamento dos ACS. Os técnicos de enfermagem subsidiam o trabalho do enfermeiro. Os ACS realizam o mapeamento, cadastro e acompanhamento das famílias residentes na área (BRASIL, 1997).

Os demais profissionais e técnicos de saúde desenvolvem práticas clínicas ou educativas com vistas à integralidade das ações (BRASIL, 2008). Os trabalhadores administrativos organizam a demanda e o ambiente dos serviços (BIANCHESSI; TITTONI, 2009).

O trabalho na atenção primária tem características distintas do segmento hospitalar. Os trabalhadores lidam com os agravos à saúde por meio de tecnologias como o vínculo, acolhimento e acompanhamento da população (MERHY, 2002; SCHOLZE; DUARTE-JUNIOR; SILVA, 2009). Cuidados terapêuticos, como diagnóstico, prevenção e tratamento, também são desenvolvidos. No entanto, o usuário deve ser direcionado para os serviços de referências quando o problema não for solucionado (JULIANI; CIAMPONE, 1999; MENDES, 2010).

Em geral, os estudos apontam que o trabalho em saúde possui demanda imprevisível e irregular, tomadas de decisões em momentos de sofrimento para pacientes e familiares e incertezas quanto aos resultados (CAMPOS; ALBUQUERQUE, 1999; ARROW, 2004).

Os interesses políticos, as tecnologias disponíveis e o caráter da instituição, se pública ou privada, influenciam nas características do ambiente e do processo de trabalho (PIRES, 2000). Para Merhy (2002), as mudanças nos segmentos de serviços de saúde tiveram origem na reestruturação produtiva após as crises políticas e econômicas das décadas de 80 e 90. A reestruturação produtiva orientou a redução dos custos da produção por meio da inserção de tecnologias como a informática e novas formas de trabalho. Nos serviços de saúde, os profissionais tiveram que dominar novos equipamentos, práticas e conhecimentos organizacionais. Entretanto, as relações e condições de trabalho pioraram após o estabelecimento de contratos temporários e terceirizações (MERHY, 2002; LIMA, 2010).

Cotta et al. (2006) observaram que a maior parte dos trabalhadores das ESF de um município de Minas Gerais eram contratados. As atividades desenvolvidas não condiziam com as funções estabelecidas legalmente. Além disso, muitos classificaram as cobranças do gestor em saúde como excessiva e a remuneração entre razoável e baixa.

As contradições entre o trabalho prescrito e o realizado foram observadas por Schmidt e Neves (2010) entre ACS da Zona Oeste de São Paulo, e por Rocha e Araújo (2009) nos cirurgiões dentistas das ESB de um distrito sanitário de Natal, Rio Grande do Norte.

Situações como baixa remuneração e excesso de burocracia também foram descritas por Pedrosa e Teles (2001) e David et al. (2009). A baixa remuneração levou os profissionais, principalmente as enfermeiras, a buscarem renda extra em outros empregos nos finais de semana e em plantões noturnos. O excesso de burocracia é outro fator que dificulta as atividades técnicas dos profissionais de saúde.

Entre os ACS de Londrina, Paraná, a baixa remuneração e a quantidade de atribuições contribuíram para a insatisfação com o trabalho, porém não houve influência na percepção da qualidade de vida, a qual teve avaliação positiva (URSINE; TRELHA; ALMEIDA, 2010).

Em revisão de literatura realizada por Chiodi e Marziale (2006), as condições e características do trabalho na atenção primária geraram fatores de riscos físicos, biológicos e psicossociais para os profissionais da saúde e demais trabalhadores. Os fatores de risco psicossociais estiveram presentes nos resultados das três dissertações, duas teses e seis artigos identificados pelos autores.

3.4 Os aspectos psicossociais do trabalho

3.4.1 Fatores psicossociais e estresse ocupacional

Os fatores de risco psicossociais dizem respeito à organização do trabalho. Incluem características como pressão do tempo, repetitividade, complexidade das tarefas e relações de trabalho tensas. A interação desses fatores com demandas externas e características individuais, como personalidade e atitudes, contribui para o desenvolvimento de estresse ocupacional (SAUTER et al., 2009).

Situações de estresse são respostas adaptativas do organismo frente a um problema, podendo ser fisiológicas, emocionais, cognitivas e de conduta. As respostas fisiológicas envolvem aumento da frequência cardíaca, pressão arterial e secreção dos hormônios adrenalina e cortisol. As emocionais referem ao estado de ansiedade e irritação. As cognitivas consistem em redução da atenção e percepção, além das falhas de memória. E as de conduta abrangem a impulsividade e agressividade (HOUTMAN et al., 2008).

No trabalho, o estresse surge quando as demandas, processos e organização da produção não se adequam ao conhecimento e habilidade do trabalhador. Nesse caso, existirão

dois desfechos. No primeiro, o trabalhador ficará alerta, motivado e disposto a aprender coisas novas. No segundo, estará sujeito a comportamento de risco e sintomatologia física e mental, sendo frequentes quando o estresse persiste por tempo prolongado (LEKA; GRIFFITHS; COX, 2003).

Entre os comportamentos de risco, Schmidt et al. (2010) citam a dependência de nicotina, enquanto Crum et al. (1995) e Hiro et al. (2007) relatam o alcoolismo. Brito (2007) refere que o estresse predispõe a acidentes de trabalho.

Quanto aos sintomas mentais, são comuns as alterações de humor, falta de concentração, dificuldade de tomar decisões, descaso com o trabalho, distúrbios do sono e sensações de fadiga, cansaço e ansiedade. Já os sintomas físicos abarcam problemas cardíacos, hipertensão, desordens do sistema digestivo, dores de cabeça e distúrbios musculoesqueléticos (LEKA; GRIFFITHS; COX, 2003).

A importância dos fatores psicossociais no ambiente de trabalho e do caráter múltiplo da etiologia do estresse possibilitou a elaboração de diferentes instrumentos e modelos de avaliação desses fatores (REIS; FERNANDES; GOMES, 2010).

Entretanto, nenhum modelo é capaz de avaliar esses fatores diretamente. Todos partem da percepção do trabalhador sobre uma ou mais categorias e subcategorias de aspectos psicossociais citadas na literatura (LEKA; GRIFFITHS; COX, 2003) (Quadro 1).

3.4.2 Modelo demanda-controle

O modelo demanda-controle foi elaborado por Karasek (1979) a partir das limitações das teorias sobre estresse ocupacional vigentes na década de 70. Tais teorias tinham abordagem voltada para organização e o ambiente de trabalho, mas desconsideravam aspectos relativos ao trabalhador. Diante disso, o modelo demanda-controle propôs inovações ao incluir características relacionadas às demandas psicológicas e controle do trabalho (THEORELL, 2000).

As demandas psicológicas referem-se a todos os aspectos capazes de influenciar a realização das atividades. Compreendem prazos e tarefas inesperadas ou contraditórias; nível de concentração e atenção elevados; relações de trabalho tensas; e preocupações quanto à estabilidade no emprego. Já o controle, diz respeito à possibilidade do trabalhador organizar o próprio trabalho e participar das decisões administrativas (KARASEK, 2009).

Quadro 1 - Categorias de aspectos psicossociais do trabalho.

Conteúdo do trabalho	- Monotonia - Estímulos insuficientes - Pouca variabilidade das tarefas - Tarefas sem sentido, desagradáveis e aversivas.
Carga e ritmo de trabalho	- Quantidade de trabalho - Pressão de tempo para execução
Horário de trabalho	- Rigoroso e inflexível - Longo e fora dos limites estabelecidos - Imprevisível - Sistemas de turnos mal planejados
Participação e controle	- Falta de participação em tomadas de decisões - Falta de controle sobre os métodos, ritmo, horário e ambiente de trabalho.
Carreira, status e salário	- Insegurança no trabalho - Falta de perspectivas de promoção - Pagamento por produtividade - Injustiças na avaliação de desempenho - Qualificação para o trabalho
Papel na organização	- Sem clareza quanto às responsabilidades - Papeis conflitantes dentro de uma mesma função - Responsabilidade pelo atendimento de pessoas e seus problemas
Relações interpessoais	- Supervisão e apoio inadequados - Relação de trabalho tensa com colegas e supervisor - Inexistência de procedimentos para lidar com problemas e queixas
Cultura Organizacional	- Pouca comunicação - Liderança fraca - Falta de clareza sobre os objetivos e estrutura organizacional
Interface entre trabalho e lar	- Demandas conflitantes no lar e no trabalho - Falta de apoio dos familiares quanto aos problemas no trabalho - Falta de apoio no trabalho quanto aos problemas no lar

Fonte: Adaptado pelo autor a partir de Leka, Griffiths e Cox (2003).

A estrutura do modelo demanda-controle é simples. Após mensuração, as demandas psicológicas e o grau de controle são classificados segundo as categorias “alto” e “baixo”, cuja combinação resulta em quatro situações de trabalho: alta exigência (alta demanda e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle), baixa exigência (baixa demanda e alto controle) e trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle) (KARASEK, 1979; ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003) (Figura 2).

A disposição em quadrantes permite distinguir duas diagonais. A diagonal A representa o risco de adoecimento físico e psíquico. Esse risco cresce com o aumento da demanda psicológica e com a redução do controle. A diagonal B mostra que a motivação para

aprender novos padrões de comportamento surge quando a demanda e o controle sobre o trabalho são altos. Embora situações de trabalho passivo, em geral, não estejam associadas a elevados níveis de estresse ocupacional e adoecimento, podem reduzir a capacidade do trabalhador em resolver problemas, podendo gerar, também, efeitos negativos sobre a saúde (KARASEK, 1979).

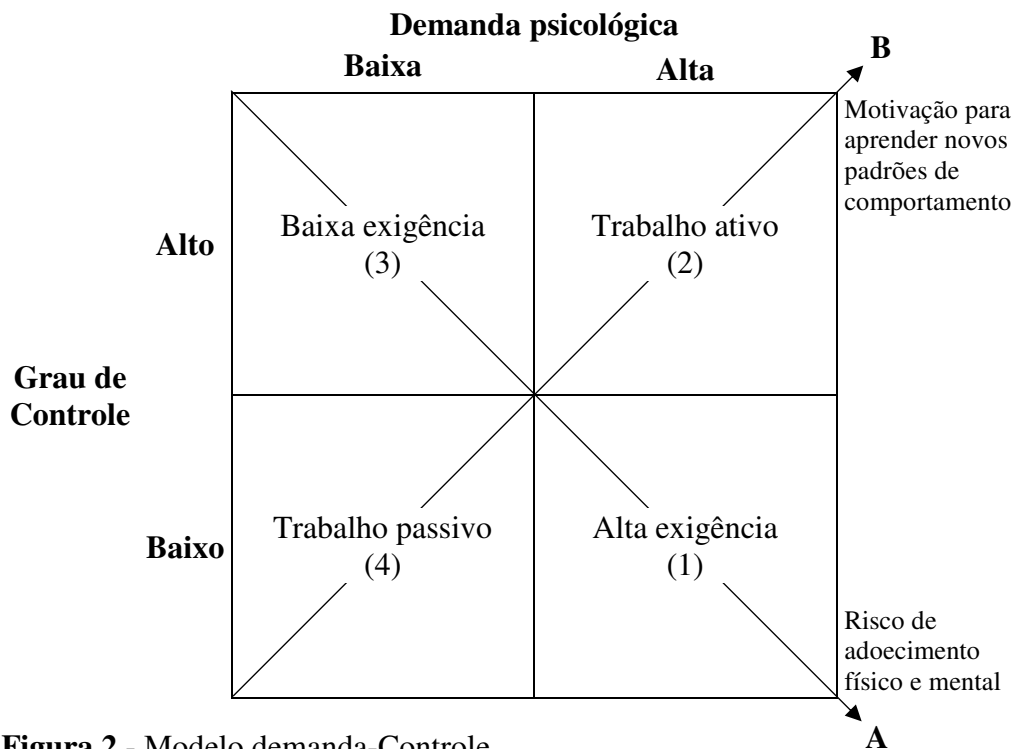


Figura 2 - Modelo demanda-Controle.

Fonte: Construído pelo autor a partir de Karasek (1979).

O modelo demanda-controle tem sido avaliado ao longo dos anos (JONGE et al., 2010; SHULTZ et al., 2010). Recentemente, Häusser, Mojzisch e Schulz-Hardt (2011) submeteram uma amostra de 77 indivíduos a situações de trabalho ativo e de alta exigência. Em seguida, mensuraram seus níveis de cortisol salivar e compararam com os resultados do *Job Content Questionnaire* (JCQ), instrumento usado no modelo demanda-controle. Os resultados revelaram maiores níveis de cortisol nos indivíduos submetidos a atividades de alta exigência. Os autores destacaram que os vieses foram controlados nesse estudo.

Alderling et al. (2006) investigaram os níveis de cortisol salivar numa amostra de 529 indivíduos em quatro momentos diários: ao acordar, meia hora depois, no horário de almoço e antes de dormir. Os níveis de cortisol foram menores nas mulheres com situação de trabalho de baixa exigência. Contudo, as diferenças de médias dos níveis de cortisol entre mulheres com trabalho de baixa exigência e mulheres com trabalho ativo/passivo/de alta exigência foram significativas apenas no período de meia hora após acordar.

As críticas ao modelo demanda-controle destacam a pouca capacidade em detectar estressores ocupacionais específicos. Citam-se ainda o enfoque superficial na interação entre indivíduo e ambiente de trabalho e a abordagem de múltiplos aspectos psicossociais (REIS; FERNANDES; GOMES, 2010).

Söderfeldt et al. (1996) relatam que o modelo demanda-controle precisa ser revisto, uma vez que tem fundamento nas teorias clássicas sobre processo de trabalho. Segundo esses autores, o foco das teorias clássicas no processo de trabalho industrial não abrange o setor de serviços.

Mesmo diante das limitações, esse modelo foi usado com sucesso em pesquisas que verificaram a associação de estresse com doenças cardiovasculares, problemas reprodutivos, dores musculoesqueléticas e transtornos mentais (STANSFELD; CANDY, 2006; MARTÍN-ARRIBAS, 2007).

3.5 Os transtornos mentais comuns

Os transtornos mentais abrangem uma variedade de agravos à saúde de prevalência elevada na população. Seus sinais e sintomas compreendem anormalidades de pensamentos, emoções e comportamentos. Nessa categoria de doenças estão incluídas a esquizofrenia, depressão, retardo mental, demência e o alcoolismo (USTUN, 1998; WHO, 2006).

Segundo Ustun (1998), o diagnóstico dos transtornos mentais varia de acordo com a gravidade dos sintomas. Casos graves tendem a ser identificados com maior frequência nos serviços de saúde, enquanto casos leves e moderados passam despercebidos.

Entre os casos leves e moderados, Goldberg e Huxley (1992) distinguem os transtornos mentais comuns (TMC). Estes abrangem distúrbios de ansiedade e depressão, além de sintomas como insônia, fadiga, dificuldade de concentração, irritabilidade e queixas somáticas.

Apesar de comuns, os TMC causam sofrimento e incapacidades, sendo responsáveis por prejuízos sociais e econômicos (GOLDBERG; HUXLEY, 1992). Seus determinantes envolvem fatores como classe social, condições de vida, gênero e trabalho (PATEL; KLEINMAN, 2003; LUDERMIR, 2008; FUNK et al., 2010).

No Brasil, as prevalências de TMC oscilaram entre 17% e 35% nos inquiridos com populações de centros urbanos. Tais agravos apresentaram associação com sexo feminino, faixas etárias acima de 30 anos, baixa escolaridade, baixa renda, comorbidades, situações de

trabalho informal e desemprego (LUDERMIR; MELO-FILHO, 2002; MARAGNO et al., 2006; MARÍN-LEÓN et al., 2007; ROCHA et al., 2010).

Harnois e Gabriel (2000) afirmam que condições de trabalho precárias têm impacto significativo sobre a saúde mental. Estudos em diferentes segmentos do setor de serviços verificaram associação dos TMC com o ambiente de trabalho e fatores relativos à organização (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2006; ROCHA, 2010; SOUZA, et al., 2010).

Nos serviços de saúde hospitalares, Araújo, et al. (2003) encontraram prevalência de TMC de 33,3% em trabalhadoras de enfermagem. Cabana et al. (2007) observaram que a frequência desses agravos foi de 23,4% entre médicos do setor de emergência e da UTI. Por sua vez, Pinho e Araújo (2007) verificaram prevalências de TMC de 26,3% em enfermeiras de uma unidade de emergência.

Na atenção primária, Braga, Carvalho e Binder (2010) verificaram TMC em 42,6% dos trabalhadores das ESF de Botucatu. A prevalência foi elevada entre aqueles que não tinham nível superior e nas situações de trabalho de alta exigência, conforme o modelo demanda-controle. Os autores atribuem os resultados às condições em que o trabalho é desenvolvido e ao acúmulo de demandas.

Segundo Feliciano, Kovacs e Sarinho (2010), a sobreposição de atividades de assistência e administração foram responsáveis por sensações de ansiedade e impotência entre enfermeiras das ESF de Recife. Conforme os autores, a perpetuação do modelo médico-assistencialista limitava a autonomia dessas trabalhadoras.

Outras condições de saúde mental, como a síndrome de *Burnout*, também têm sido investigadas. Em estudos com agentes comunitários de saúde, Silva e Menezes (2008), observaram que sintomas como exaustão emocional, despersonalização e decepção foram frequentes em 24,1% dos trabalhadores estudados.

Os TMC são reflexos de características sociais, condições de vida e de trabalho. Quando esses agravos acometem trabalhadores da atenção básica, há impactos na prestação dos serviços de saúde, relações pessoais, economia e no planejamento em saúde. Portanto, os TMC representam um importante problema de saúde pública, sendo necessária a adoção de medidas de promoção e proteção à saúde entre esses profissionais.

4 MÉTODOS

Esta dissertação é um recorte da pesquisa “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde”. O projeto foi elaborado pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em parceria com o Núcleo de Epidemiologia da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal. Este tipo de estudo investiga a exposição e o desfecho em um mesmo momento, permitindo avaliações instantâneas da situação de saúde.

Os estudos transversais possibilitam detectar estratos na população que são mais afetados por determinados fatores de riscos. Apresentam como vantagens: baixo custo, simplicidade analítica, rapidez na execução, facilidade para obter amostra representativa e objetividade na coleta de dados. Entretanto, as principais limitações incluem: possíveis erros de classificação dos indivíduos quanto ao desfecho; pouca capacidade de detectar os casos de remissão rápida ou que resultaram em óbitos; dificuldade na determinação cronológica entre período de exposição ao fator de risco e desfecho; e impossibilidade de calcular medidas diretas de risco (ALMEIDA-FILHO; ROUQUAYROL, 2003).

4.2 Campo de estudo

O campo de estudo foi Belo Horizonte, maior cidade e capital do Estado de Minas Gerais.

Belo Horizonte possui área total de 331,4 Km² e apresentou população residente de 2.375.151 habitantes em 2010 (IBGE, 2010). A cidade tem influência na maior parte do Estado de Minas Gerais, exceto em localidades das mesorregiões da Zona da Mata e do Triângulo Mineiro. Em conjunto com 33 municípios vizinhos, forma uma das regiões metropolitanas mais importantes do Brasil (IBGE, 2008).

Belo Horizonte se destaca por sua localização geográfica privilegiada. Sua malha viária e ferroviária dá acesso aos principais centros urbanos e portos do país. A presença de órgãos de administração pública, sedes e filiais de empresas, serviços de saúde e instituições

de ensino tornam intenso o fluxo de pessoas e veículos e movimentam a economia municipal, baseada no comércio, prestação de serviços e indústrias (IBGE, 2008, 2009).

A divisão político-administrativa e financeira de Belo Horizonte considera nove regionais (Figura 3). Cada regional tem administração própria, responsável por descentralizar os serviços oferecidos pela prefeitura, entre os quais educação, limpeza urbana, políticas sociais e saúde (BELO HORIZONTE, 1983, 1985).

Quanto ao setor público de assistência à saúde, o município tem 147 centros de saúde (unidades básicas), 25 unidades especializadas, 14 unidades com serviços de urgência e emergência, setores de regulação, hospitais de referência e vigilância epidemiológica. A atenção básica conta com 523 equipes de saúde da família e cobre 77% da população (BELO HORIZONTE, 2008).

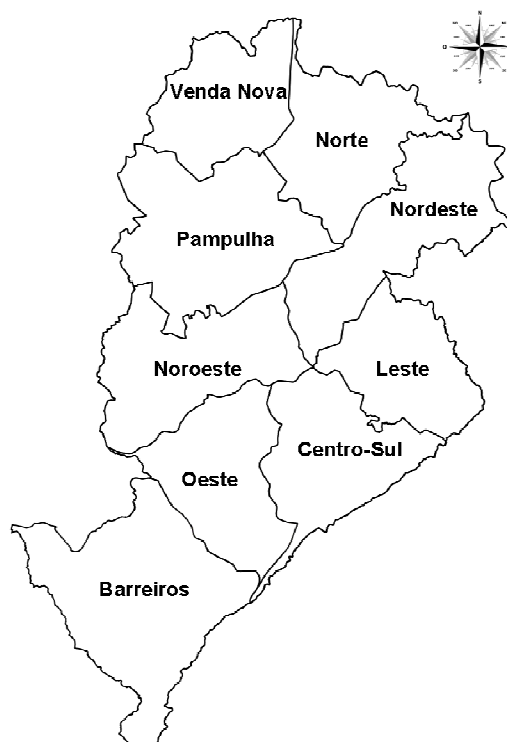


Figura 3 - Regionais de Belo Horizonte.
Fonte: Adaptado de Belo Horizonte (2000).

4.3 População e planejamento amostral

De acordo com os dados da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, existiam 13.602 trabalhadores distribuídos nas unidades básicas de saúde, unidades de referência/urgências, gerências e agentes sanitários no ano de 2008.

A coleta de dados aconteceu em uma amostra da população-alvo. Para a seleção dos indivíduos, utilizou-se um processo de amostragem aleatória estratificada em três estágios: regionais, nível de complexidade e categoria profissional, conforme classificação da OMS (2006) (Quadro 2).

O cálculo do tamanho amostral considerou a fórmula para população finita e sem reposição dos indivíduos investigados:

$$n = \frac{Nz_{(1-\frac{\alpha}{2})}^2 pq}{d^2(N-1) + z_{(1-\frac{\alpha}{2})}^2 pq} \quad (1)$$

No primeiro momento, o cálculo definiu o tamanho da amostra a partir das estimativas de cinco desfechos relacionados ao trabalho nos serviços de saúde: vacinação, vivência de atos de violência, exposição a riscos, saúde mental e acidentes de trabalho.

O cálculo considerou proporção de 34,2% para exposição a riscos biológicos (frequência que teve o maior N), nível de confiança de 95% e precisão de 3%, que resultou em um tamanho inicial de 897 indivíduos. Para suprimir potenciais erros de preenchimento, recusas e perdas, além de aumentar o poder do estudo, o valor obtido foi duplicado, totalizando 1.808 trabalhadores.

A seleção dos indivíduos para compor a amostra foi realizada por meio do sorteio de números aleatórios atribuídos a cada trabalhador da saúde. Nesse procedimento foi utilizado o *software* Epi Info[®], versão 6.04d (DEAN et al., 2001). Todos os trabalhadores sorteados foram elegíveis para participar do estudo. A coordenação da pesquisa de campo forneceu uma relação nominal dos indivíduos a serem investigados. Os trabalhadores afastados, transferidos, aposentados, ausentes ou que rejeitaram participar do estudo foram substituídos por outros da mesma área geográfica, nível de complexidade e ocupação.

Na análise foram considerados 1.072 indivíduos, total de trabalhadores da atenção básica na amostra (Figura 4).

4.4 Instrumentos de coleta de dados

O instrumento de coleta tinha oito blocos de questões (ANEXO A). O bloco I tratou sobre os dados gerais e sociodemográficos. Os blocos II, III, IV, V e VI abordaram características relativas ao trabalho, inclusive o doméstico e hábitos de vida. Os blocos VII e VIII investigaram os problemas de saúde e situações de violência.

Quadro 2 - Categoria profissional para seleção da amostra e respectivo cargo do trabalhador, segundo classificação da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana.

Categoria profissional	Cargo do trabalhador
Médico	Médico
Enfermeiro	Enfermeiro Técnico de Enfermagem Auxiliar de Enfermagem
Dentistas e Técnicos da Odontologia	Odontólogo Auxiliar de Consultório Dentário Assistente de Odontologia Técnico de Saúde Bucal Protético
Bioquímicos e Técnicos de Laboratório	Bioquímico Farmacêutico Técnico de Radiologia Técnico de Laboratório Técnico de Patologia
Profissionais de Nível Superior Envolvidos com a Vigilância	Agente da Vigilância Epidemiológica
Agentes Comunitários	Agentes Comunitários de Saúde
Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais, Psicólogos e Afins	Artista Plástico Assistentes Sociais Educador Físico Fisioterapeuta Fonoaudiólogo Nutricionista Psicólogo Serviço Social Terapeuta Ocupacional
Profissionais de Nível Superior	Advogado Pedagogo
Profissionais de Nível Médio	Agentes de Endemias Avaliador Físico Cuidador Estagiário da Área de Saúde Profissionais de Coleta de Leite Humano Técnico de Segurança do Trabalho
Administrativo, Serviços Gerais e Outros	Assistente Administrativo Agente de Portaria Auxiliar de Serviços Gerais Estagiário Motorista Operador de Sistema Posso Ajudar Vigilante
Gerentes	Gerente Coordenador

Fonte: Construído pelo autor baseado nas categorias profissionais definidas pela OMS (2006).

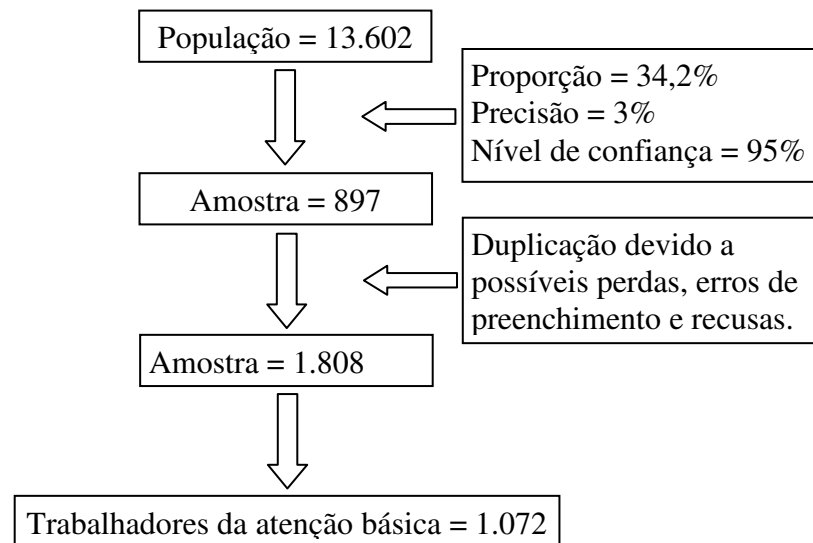


Figura 4 - Procedimentos para o cálculo do tamanho amostral.

Neste estudo foram analisados os blocos I, II, IV, V e VII, os quais tinham instrumentos de pesquisa já validados, como o *Job Content Questionnaire* (JCQ), para avaliação dos aspectos psicossociais do trabalho, e o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), para verificar a presença dos transtornos mentais comuns (ANEXO A).

4.4.1 *Job Content Questionnaire*

O *Job Content Questionnaire* é um instrumento que avalia o conteúdo do trabalho. Sua elaboração data da década de 70 a partir do questionário *Quality of Employment Survey*. As primeiras aplicações do JCQ aconteceram nas pesquisas sobre estresse ocupacional e doenças cardiovasculares, realizadas nos Estados Unidos e Suécia (KARASEK et al., 1985).

Ao longo dos anos, a versão original do JCQ foi difundida. Os problemas e limitações existentes no questionário possibilitaram mudanças que reduziram seu tempo de aplicação e aumentaram a eficiência e objetividade (JCQ CENTER, 2004).

Atualmente, a versão recomendada desse instrumento possui 49 questões. As questões permitem construir indicadores para cinco categorias de aspectos psicossociais: controle sobre as atividades, demandas psicológicas, suporte social, demandas físicas e insegurança no trabalho. Os indicadores permitem analisar a exposição a estressores ocupacionais capazes de provocar problemas cardiovasculares, mentais, musculoesqueléticos e reprodutivos; e testar hipóteses sobre motivação, absenteísmo e satisfação no trabalho (KARASEK et al., 1998; JCQ CENTER, 2004).

A versão recomendada do JCQ foi traduzida para 22 idiomas e tem sido validada continuamente. No Brasil, o uso do JCQ tem evidências de ser um bom instrumento para

identificação de aspectos psicossociais do trabalho e sua relação com processos de saúde-doença (ARAÚJO; KARASEK, 2008).

4.4.2 *Self Reporting Questionnaire*

O SRQ-20 é um instrumento desenvolvido pela OMS para triagem de transtornos mentais na atenção primária, especialmente em países em desenvolvimento. Possui 20 questões dicotômicas que avaliam sintomas depressivos, somáticos, neuróticos e de ansiedade que ocorreram nos últimos 30 dias.

O SRQ-20 teve origem a partir de cinco questionários que avaliam a saúde mental: *Patient Self-Report Symptom Form* (PASSR), desenvolvido e testado na Colômbia; *Post Graduate Institute Health Questionnaire N2*, usado na Índia, porém o escore não tinha boa confiabilidade; *General Health Questionnaire* (GHQ), criado na Inglaterra e validado nos Estados Unidos, Austrália, Jamaica e Alemanha; *Present State Examination* (PSE), testado em diferentes contextos culturais; e *Symptom Sign Inventory*, do qual retirou-se uma das questões sobre sintomas neuróticos (BEUSENBERG; ORLEY, 1994).

As vantagens do SRQ-20 são: objetividade e simplicidade das questões, fácil compreensão e interpretação rápida. Esse instrumento não fornece diagnóstico de TMC, porém indica sua suspeição (BEUSENBERG; ORLEY, 1994).

Na avaliação realizada por Santos, Araújo e Oliveira (2009), o SRQ-20 obteve desempenho aceitável para avaliar a saúde mental de trabalhadores no Brasil.

4.5 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados aconteceu entre agosto de 2008 e abril de 2009. Uma equipe previamente treinada visitou os serviços de saúde e as unidades de gerências em busca dos trabalhadores. A equipe foi instruída a realizar até três visitas nos estabelecimentos. As rejeições e os casos de trabalhadores afastados, aposentados ou que não compareceram ao trabalho deveriam ser comunicados aos coordenadores da pesquisa de campo responsáveis pela substituição.

O procedimento de coleta envolveu, inicialmente, uma explicação sobre a pesquisa, o sigilo dos dados, sua utilização exclusiva para os fins do estudo e a não maleficência pessoal e profissional das respostas. Após a explicação, foi questionado sobre a disponibilidade de tempo para responder aos instrumentos. Caso as condições fossem aceitas, o participante

deveria ler e assinar o termo de consentimento livre-esclarecido (ANEXO B) em duas vias.

A aplicação do instrumento de coleta aconteceu por meio do autopreenchimento e por entrevistas. Na primeira, o próprio participante preencheu o questionário. Na segunda, as questões foram lidas pelo entrevistador.

Ressalta-se que o autopreenchimento foi adotado apenas para as categorias profissionais de nível superior, enquanto a entrevista foi realizada nas categorias de níveis médio e fundamental de ensino.

Os questionários preenchidos foram entregues à coordenação da pesquisa. As incoerências, campos em brancos e respostas em duas ou mais alternativas foram comunicadas ao entrevistador, o qual deveria retornar a unidade para resolver as pendências.

4.6 Variáveis de estudo

Para fins de análise de dados, as variáveis deste estudo foram classificadas em exposição, desfecho e covariáveis.

4.6.1 Variável de exposição

A variável de exposição foi os aspectos psicossociais do trabalho. Essa variável resultou de questões relativas às demandas psicológicas e controle sobre as atividades. Quando agrupadas, as questões permitiram construir os respectivos indicadores propostos pelo *Job Content Questionnaire Center* (JCQ CENTER).

Neste estudo, os indicadores de controle sobre as atividades e de demandas psicológicas foram dicotomizados nos graus alto e baixo. O ponto de corte foi a média, critério usado por Araújo e Karasek (2008).

A combinação das variáveis graus de controle e demanda psicológica resultou nas quatro categorias do modelo demanda-controle: baixa exigência (baixa demanda e alto controle), trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle), e alta exigência (alta demanda e baixo controle). A categoria de referência foi baixa exigência, enquanto a alta exigência representou o grau mais alto de exposição a fatores psicossociais do trabalho.

4.6.2 Variável desfecho

A variável desfecho foi os transtornos mentais comuns avaliados pelo SRQ-20.

O ponto de corte para a suspeição de TMC foi 6/7 para mulheres e 4/5 para homens (Figura 5). Na análise de desempenho, Santos et al. (2010) verificou que o ponto de corte 6/7 apresentou sensibilidade de 68,0% e especificidade de 70,7%. Observaram ainda que a área sob a curva ROC (*Receiver Operator Characteristic curve*) foi 0,789, com desvio-padrão de 0,48 e intervalo de 95% de confiança entre 0,696 a 0,882 (Figura 6). Esses valores demonstraram capacidade razoável do SRQ-20 em discriminar casos e não casos.

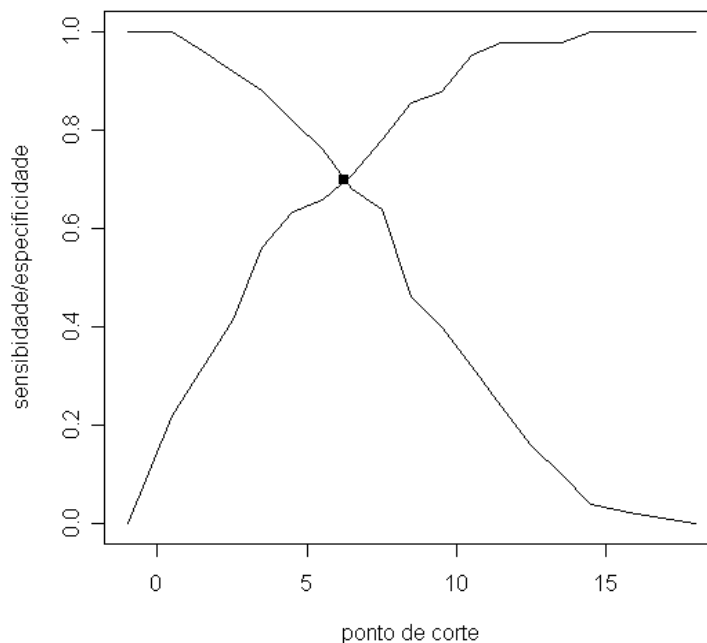


Figura 5 - Estimativa de ponto de corte do SRQ-20.

Fonte: Santos et al. (2010).

O ponto de corte 6/7 também teve bom desempenho no estudo de Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008), apesar de não ter sido o melhor para a população de um município do Rio Grande do Sul. Em geral, o ponto de corte para o SRQ-20 varia de acordo com as características sociodemográficas e culturais, além do nível de instrução da população (HARPHAM et al., 2003).

4.6.3 Covariáveis

A escolha das covariáveis considerou os achados da literatura sobre estresse e TMC, os quais apresentam associação com gênero, classe social, condições de vida, suporte social e

trabalho (LUDERMIR; MELO-FILHO, 2002; PATEL; KLEINMAN, 2003; LUDERMIR, 2008).

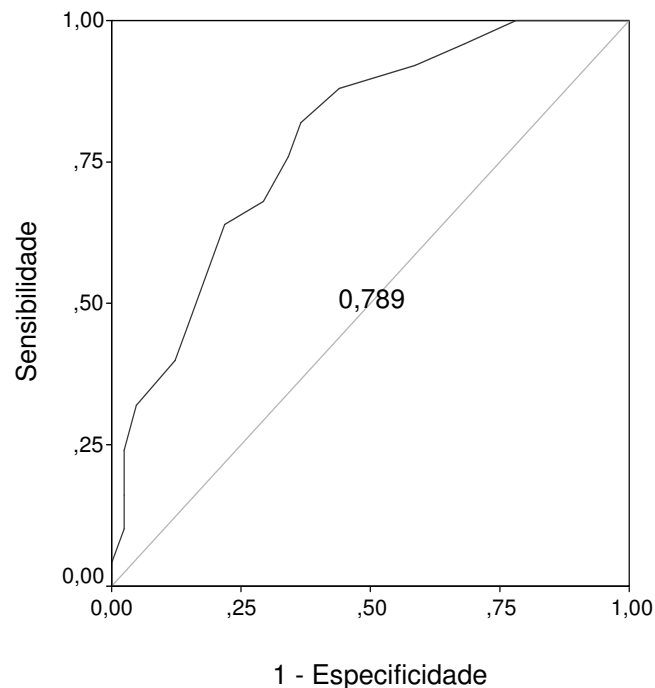


Figura 6 - Especificidade e sensibilidade do SRQ-20 em diferentes pontos de corte.
Fonte: Santos et al. (2010).

As variáveis sociodemográficas foram: sexo; idade; número de filhos (sem filhos, 1 filho, 2 filhos, 3 ou mais filhos); situação conjugal (solteiro, casado, união consensual/estável, viúvo, divorciado/separado/desquitado); nível de escolaridade (ensino fundamental ou médio, ensino superior incompleto, ensino superior completo); raça/cor da pele (branca, amarela/indígena, preta/parda); e renda (até R\$ 500,00, R\$ 501,00 a R\$ 1.000, R\$ 1.001,00 a R\$ 2.000,00, R\$ 2.001,00 a R\$ 5.000,00, acima de R\$ 5000,00).

As variáveis relativas ao trabalho foram: cargo (médico, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, ACS, demais profissionais de nível superior, demais profissionais de nível médio e administrativos); tempo de trabalho; tempo na unidade; vínculo empregatício (efetivo, contrato, estágio); jornada de trabalho semanal (≤ 12 horas, 20 a 24 horas, 30 a 36 horas, 40 horas, mais de 44 horas); outros empregos; e sobrecarga doméstica (avaliados quanto a responsabilidade sobre as atividades limpar, lavar, cozinhar e passar, ponderada pela quantidade de pessoas no domicílio com exceção do entrevistado).

As variáveis relacionadas aos hábitos de vida e comorbidades incluíram: prática de atividades físicas (nunca, 1 ou 2 vezes por semana, mais de 3 vezes na semana); atividades de lazer; problemas com o consumo de álcool (duas ou mais respostas positivas no questionário

CAGE (EWING, 1984); e comorbidades (hipertensão, diabetes, doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho, lombalgia e gastrite).

4.7 Análise dos dados

A primeira etapa da análise envolveu descrição de frequências absolutas e proporções das variáveis de interesse do estudo, além do cálculo da prevalência geral de TMC na amostra.

A segunda etapa teve o objetivo de avaliar a associação entre aspectos psicossociais do trabalho e TMC. As técnicas envolvidas foram análises bruta e multivariada. Estimou-se razões de prevalências (RP), intervalos de confiança de 95% e os valores de p em cada categoria do modelo demanda controle. Valores de $p \leq 0,05$ e intervalos de 95% de confiança que não incluíam o valor 1 foram critérios para associação estatisticamente significativa.

A análise multivariada teve o propósito de avaliar a associação por meio de um modelo de regressão logística. Segundo Hosmer e Lemeshow (2000), esse método permite prever o comportamento de uma variável desfecho segundo múltiplas variáveis de exposição.

A construção do modelo de regressão envolveu, a princípio, a criação de três variáveis *dummy*. As variáveis *dummy* assumem valores binários e são necessárias quando a exposição não é dicotômica, ou seja, apresenta mais de duas categorias. Para este estudo, a categoria de referência foi situação de baixa exigência.

Em seguida, as variáveis de exposição, desfecho e as covariáveis foram inseridas no modelo. A escolha do modelo final aconteceu por seleção *stepwise backward*. O procedimento utilizado foi a menor estimativa do Critério de Informação de Akaike (AIC).

O AIC tem fundamento no conceito de entropia e na função de verossimilhança. Esta medida permite escolher, dentre um grupo de modelos, aquele que minimiza a divergência de Kullback-Leibber. O AIC penaliza modelos com muitos parâmetros, portanto atende ao princípio da simplicidade/parcimônia (AKAIKE, 1981).

A modificação de efeito foi avaliada pelo teste de razão de verossimilhança. O nível de significância utilizado foi $p \leq 0,10$. Os termos produtos foram retirados individualmente, considerando maior valor de p no teste de Wald.

O modelo final poderá prever a associação entre aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns, ajustada segundo os potenciais confundidores. O modelo também será aplicado em cada categoria das variáveis modificadoras da associação.

Ressalta-se que, a regressão logística produz medidas de razão de odds (OR). Como a prevalência de TMC na população é maior que 10%, a OR não será medida adequada. Portanto, as RP, intervalos de 95% de confiança de e valores de p foram estimados pelo método delta (OLIVEIRA; SANTANA; LOPES, 1997).

A adequação do modelo final de regressão foi avaliada pelo teste de bondade de ajuste (Le Cessie-van Houwelingen-Copas-Hosmer) (HOSMER et al., 1997) e a área sob a curva ROC. Valor de $p \geq 0,10$ no teste de Le Cessie-van Houwelingen-Copas-Hosmer indica bom ajuste dos dados; área sob a curva ROC $\geq 0,7$ mostra boa capacidade de discriminação dos casos com o desfecho em estudo.

O modelo final também foi avaliado quanto aos pontos influentes. As medidas de associações do modelo original foram comparadas com as medidas dos modelos sem um ou mais padrões de covariáveis potencialmente influentes. A exclusão dos registros aconteceu quando a magnitude das diferenças das medidas foi maior que 10%.

Na análise dos dados foi utilizado o *software* R, versão 2.14.1 (R DEVELOPMENT CORE TEAM, 2010).

4.8 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto de pesquisa “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde” foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (ANEXO C) e da Universidade Federal de Minas Gerais (ANEXO D). Todas as etapas deste estudo atenderam a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa com seres humanos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO - ARTIGO

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BRASIL

PSYCHOSOCIAL WORK CHARACTERISTICS AND COMMON MENTAL DISORDERS AMONG BRAZILIAN PRIMARY HEALTH CARE WORKERS

Thalles da Costa Lobê Pereira

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde. Universidade Estadual de Feira de Santana.

Tânia Maria de Araújo

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde. Universidade Estadual de Feira de Santana.

Ada Ávila Assunção

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Departamento de Medicina Preventiva e Social. Universidade Federal de Minas Gerais.

Correspondências

Thalles da Costa Lobê Pereira.

Universidade Estadual de Feira de Santana, Centro de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Núcleo de Epidemiologia. Av. Transnordestina, s/n, Bairro Novo Horizonte, Feira de Santana, Bahia - CEP: 44031-460. Email: lobepereira@yahoo.com.br

Financiamento

Este estudo recebeu financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG – EDT 3339-2006) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (bolsa de mestrado).

Conflito de Interesses

Não há conflito de interesses.

Resumo

A atenção básica é o primeiro nível de atenção e estrutura o Sistema Único de Saúde. Entretanto, o trabalho nos serviços de atenção básica apresenta demandas crescentes, repetitividade das tarefas, rapidez no atendimento e perda da autonomia. Tais características podem ser agrupadas segundo aspectos psicossociais do modelo demanda-controle. O modelo demanda-controle tem sido usado para avaliar a relação entre estresse ocupacional e agravos à saúde, entre os quais transtornos mentais. Logo, este estudo avaliou a associação entre aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da atenção básica de Belo Horizonte. Trata-se de uma investigação com delineamento transversal. A amostra foi aleatória estratificada e totalizou 1.808 indivíduos, dos quais 1.072 eram trabalhadores da atenção básica. Aspectos psicossociais foram avaliados por meio das categorias do modelo demanda-controle, enquanto transtornos mentais comuns (TMC) foram avaliados pelo *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). As medidas de associações foram razões de prevalências brutas e ajustadas, intervalos de 95% de confiança e valores de p. A prevalência de TMC foi de 27,9%. Houve associação entre transtornos mentais e os aspectos de demandas ($p \leq 0,001$), controle ($p = 0,008$) e suporte social ($p \leq 0,001$). A categoria de alta exigência apresentou forte associação com TMC após ajuste por confundidores (RP=2,52, IC95%=1,55-4,08). Neste estudo, as prevalências de TMC foram elevadas. Demandas psicológicas e controle influenciaram a saúde mental. Sugerem-se mudanças no processo de trabalho na atenção básica e execução das políticas de saúde do trabalhador da saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Pessoal de Saúde. Saúde do Trabalhador. Saúde Mental. Transtornos Mentais.

Abstract

Primary health care structure the Unified Health System in Brazil. However, the primary health care workers experience increasing demands, repetitive tasks, fast pace and lack of autonomy on their jobs. These are organizational factors, which can be grouped by psychosocial work characteristics of demand-control model. Demand-control model has assessed job stress and mental and physical illness. Then this study examined the association between psychosocial work characteristics and common mental disorders (CMD) in primary health care workers of Belo Horizonte, Brazil. This study examined the association between psychosocial work characteristics and common mental disorders (CMD) in primary health care workers of the city of Belo Horizonte, Southeastern Brazil. A cross-sectional study was conducted. A stratified random sampling method was used to select 1,808 health workers. A total of 1,024 participants worked in primary care services. Psychosocial work characteristics were assessed using the demand control model, while common mental disorders were evaluated with the Self-Reporting Questionnaire. The association measures were crude and adjusted prevalence ratios, 95% confidence intervals and p-values. The prevalence of CMD was 27.9% (95%CI = 25,1%-30,7%). Associations were found between common mental disorders and demands ($p < .001$), control ($p = 0,008$) and social support ($p < 0,001$). High strain was strongly associated with CMD after adjusting for confounders (PR = 2,52, 95%CI = 1,55-4,08). There was a high prevalence of CMD among primary health care workers. In this study, psychological demands and control had the same influence on mental health. It is recommended that changes should be made in the work characteristics of primary health care. Additionally, the quality of health services will not improve while workers' health policies are not applied.

Keywords: Primary Health Care. Health Personnel. Occupational Health. Mental Health. Mental Disorders.

Introdução

Os aspectos psicossociais do trabalho dizem respeito ao conteúdo das tarefas e a estrutura organizacional. A avaliação desses aspectos é útil para investigar estresse e agravos à saúde do trabalhador (LEKA; GRIFFITHS; COX 2003).

As teorias sobre estresse ocupacional explicam a relação entre uma ou mais categorias de aspectos psicossociais e o adoecimento (LEKA; GRIFFITHS; COX, 2003). Nesse sentido, o modelo demanda-controle considera que a interação entre grau de controle sobre o trabalho e a percepção de demandas psicológicas influencia o surgimento de doenças físicas e psíquicas (KARASEK, 1979; ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

O modelo demanda-controle reconhece quatro tipos de trabalho de acordo com a combinação dos dois principais aspectos psicossociais: alta exigência (alta demanda/baixo controle), baixa exigência (baixa demanda/alto controle), trabalho ativo (alta demanda/alto controle) e trabalho passivo (baixa demanda/baixo controle). Situação de trabalho de alta exigência resulta em maior risco para doenças psíquicas, enquanto o inverso ocorre no trabalho de baixa exigência (KARASEK, 1979; ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

A associação entre aspectos psicossociais do trabalho e adoecimento psíquico tem sido observada em diferentes grupos ocupacionais (STANSFELD; CANDY, 2006; NIEUWENHUIJSEN; BRUINVELS; FRINGS-DRESEN, 2010). Em trabalhadores dos serviços de saúde, o relato de demandas crescentes, repetitividade das tarefas, rapidez no atendimento e perda da autonomia têm sido associados a alterações emocionais e de comportamento (NORIEGA et al., 2004; VILLELA et al., 2009). Estudos evidenciam que a combinação de demandas psicológicas excessivas e baixo controle sobre as atividades resultaram em prevalências elevadas da síndrome de *Burnout* em médicos (LE BLANC et al., 2001; NASCIMENTO-SOBRINHO et al., 2010) e de transtornos mentais comuns (TMC) em enfermeiras (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; YANG; PAN; YANG, 2004; PINHO; ARAÚJO, 2007; MALINAUSKIENE; LEISYTE; MALINAUSKAS, 2009).

O termo TMC abrange transtornos como depressão e ansiedade, e sintomas como irritação, queixas somáticas e fadiga. Os TMC podem causar sofrimento, incapacidade, diminuição da produção e faltas ao trabalho (GOLDBERG; HUXLEY, 1992). Trabalhadores da saúde com TMC também podem experimentar sentimentos de insatisfação com o trabalho, comprometendo sua prática profissional (KLEIN et al., 2011). Além disso, estão propensos a cometerem erros de conduta (GÄRTNER et al., 2010).

O trabalho em saúde integra o setor de serviços e o sistema de proteção social

(FORTUNA et al., 2002). Uma parcela expressiva da força de trabalho em saúde no Brasil atua no Sistema Único de Saúde (SUS) (ALMEIDA-FILHO, 2011). O SUS centraliza as políticas de saúde nacionais e regionaliza a rede de prestação de assistência e vigilância, Desse modo, garante atenção gratuita e integral a grande parte da população brasileira (PAIM et al., 2011).

O trabalho nos serviços públicos de saúde apresentam demandas irregulares e imprevisíveis, fragmentação das atividades, racionalização de recursos e incerteza dos resultados (ARROW, 2004; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004). Na atenção básica, o trabalhador também tem que lidar com tecnologias leves, porém de difícil manejo, como vínculo e acolhimento da população (VILLELA et al., 2009).

A atenção básica no Brasil estrutura o Sistema Único de Saúde e racionaliza gastos e atendimentos mais complexos (BRASIL, 2006). Apesar da sua importância, trabalhadores desse nível de atenção vivenciam condições de sobrecarga e conflitos de interesses de atores sociais e gestores (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004). O impacto da organização do trabalho da atenção básica na saúde mental dos trabalhadores ainda é pouco conhecido.

O objetivo deste estudo foi avaliar a associação entre aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal em uma amostra de trabalhadores da atenção primária de Belo Horizonte, Minas Gerais, região Sudeste do Brasil.

A seleção dos trabalhadores para o inquérito foi feita por amostragem aleatória, estratificada por área geográfica (distrito), setor de atuação (unidades básicas, unidades de emergência/urgência e gerências distritais) e por grupos ocupacionais, conforme classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) (2006).

O cálculo da amostra considerou população de 13.602 indivíduos, nível de confiança de 95%, precisão de 3% e proporção de 24% para transtornos mentais comuns, frequência que resultou no tamanho amostral de 737 pessoas. Este valor foi duplicado devido a possíveis erros de preenchimento, perdas e recusas. A amostra final foi de 1.808 indivíduos. Deste total, 1.072 eram trabalhadores das unidades básicas de saúde.

A coleta de dados aconteceu no período entre setembro de 2008 e janeiro de 2009. Todos os entrevistadores receberam treinamento para as atividades de campo. A busca pelos trabalhadores sorteados ocorreu após agendamento e visita às unidades de saúde. Os indivíduos não encontrados durante as três tentativas feitas foram considerados como perdas.

A abordagem dos trabalhadores envolveu explicações sobre o estudo e suas questões éticas. Após o consentimento, o entrevistador mediou a aplicação de um instrumento com oito blocos, contendo questões sobre características sociodemográficas, características do trabalho, condições de saúde, vacinação, hábitos de vida, atividades domésticas e exposição à violência. Os trabalhadores não encontrados nos locais de trabalho, afastados ou demitidos foram substituídos por outro da mesma região, setor de atuação e categoria profissional.

Neste estudo, a variável preditora principal foi aspectos psicossociais do trabalho, enquanto a variável desfecho foi TMC.

Os aspectos psicossociais do trabalho foram mensurados por meio do *Job Content Questionnaire* (JCQ). Este instrumento foi traduzido para o português e validado por Araújo e Karasek (2008). O JCQ é uma escala do tipo *likert*, cujas opções de respostas variam de 1 (discordo fortemente) a 4 (concordo fortemente). Os itens foram usados no cálculo das variáveis do modelo demanda-controle.

Os indicadores de demandas psicológicas e controle sobre o trabalho resultaram das fórmulas descritas pelo JCQ Center (2004). Os indicadores foram dicotomizados nas categorias alto e baixo, tendo a média como ponto de corte. Em seguida, foram combinados para formar as categorias de alta exigência (alta demanda e baixo controle), baixa exigência

(baixa demanda e alto controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle) e trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle). O grupo composto por trabalhadores da atenção básica em situação de baixa exigência foi o grupo de referência para a análise.

Verificou-se suspeição de TMC pelo Self Reporting Questionnaire (SRQ-20). O SRQ-20 possui vinte questões com respostas dicotômicas. Este instrumento foi desenvolvido pela OMS para rastrear transtornos neuróticos, depressão, ansiedade e sintomas somáticos que ocorreram nos últimos trinta dias (BEUSENBERG; ORLEY, 1994). Para esta pesquisa, adotou-se os pontos de corte 6/7 para mulheres e 4/5 para homens, os quais tiveram bom desempenho nas avaliações realizadas no Brasil (SANTOS et al., 2010).

As covariáveis do estudo foram classificadas em sociodemográficas, relativas ao trabalho, hábitos de vida e condições de saúde.

As variáveis sociodemográficas foram sexo, idade, raça/cor, número de filhos, escolaridade, situação conjugal e renda. As variáveis relativas ao trabalho foram cargo, vínculo empregatício, jornada semanal, tempo de trabalho, tempo na unidade atual, outros empregos e suporte social. As variáveis sobre hábitos de vida foram prática de atividades físicas, atividades de lazer e sobrecarga doméstica. Condições de saúde incluíram avaliação do consumo abusivo de bebidas alcoólicas (duas ou mais respostas positivas no questionário CAGE (EWING, 1984), comorbidades (autorrelato de diabetes, hipertensão arterial, gastrite, lombalgia e doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho) e uso de medicamentos antidepressivos/ansiolíticos e para transtornos do sono.

A variável cargo consistiu no agrupamento das ocupações quanto a função nos serviços de atenção básica. Os grupos constituídos foram: médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, demais profissionais de nível superior, demais profissionais de nível médio e administrativos.

A variável suporte social resultou do somatório das questões do JCQ sobre suporte do chefe e dos colegas (JCQ CENTER, 2004). O suporte social foi dicotomizado pela média nas categorias alto e baixo.

A construção do indicador de sobrecarga doméstica levou em conta as atividades de limpar, cozinhar, lavar e passar, ponderadas pela quantidade de pessoas que residiam no domicílio com exceção do entrevistado (AQUINO, 1996). A sobrecarga doméstica foi categorizada por tercís em alta, média e baixa.

A análise dos dados foi executada com o pacote estatístico R, versão 2.14.1 (R DEVELOPMENT CORE TEAM, 2011). Inicialmente, foram descritas as características da amostra. Após, estimou-se a prevalência de TMC e a proporção de respostas positivas nos

grupos de questões do SRQ-20. Ao final, verificou-se a associação entre aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns por meio das razões de prevalências (RP), respectivos intervalos de 95% de confiança e valores de p.

Um modelo de regressão logística foi construído para avaliar a associação principal em estudo ajustada pelos demais confundidores. A seleção das covariáveis para o modelo final seguiu o procedimento *stepwise backward*. O modelo escolhido foi aquele com menor estimativa do critério de informação de Akaike (AIC).

O AIC é uma medida baseada na função de verossimilhança e no conceito de entropia. O AIC penaliza modelos com maior número de parâmetros, portanto, modelos com menores estimativas AIC apresentam-se parcimoniosos e com melhor ajuste (AKAIKE, 1974; 1981).

A modificação de efeito foi investigada por meio do teste de razão de verossimilhança com significância $\leq 0,10$. Os termos produtos foram retirados em sequência do modelo tendo em vista maior valor de p no teste de Wald.

O modelo final foi avaliado quanto à bondade de ajuste pelo teste de Le Cessie-van Houwelingen-Copas-Hosmer (HOSMER et al., 1997), e quanto à capacidade de discriminar trabalhadores com TMC e sadios por meio da curva ROC.

O modelo também foi avaliado quanto ao diagnóstico dos pontos influentes. Nesse procedimento, as medidas de associações do modelo original foram comparadas às medidas dos modelos sem um ou mais padrões de covariáveis potencialmente influentes. A retirada dos padrões de covariáveis aconteceu quando as diferenças das medidas de associações do modelo original e dos alternativos foram maiores que 10%.

Neste estudo, o desfecho teve prevalência elevada na população. As razões de odds obtidas com a regressão logística não foram medidas de associações apropriadas. Portanto, as razões de prevalências ajustadas, intervalos de 95% de confiança e valores de p foram estimados pelo método delta (OLIVEIRA; SANTANA; LOPES, 1997).

O inquérito sobre condições de trabalho e emprego no setor saúde teve aprovação dos comitês de ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (protocolo nº 024/2006) e da Secretaria Municipal de Saúde (parecer nº ETIC 542/07).

Resultados

A amostra de trabalhadores da atenção básica teve predomínio de indivíduos do sexo feminino, casados e da raça/cor preta e parda. A mediana da idade foi de 42,0 anos (1º quartil = 32,0 e 3º quartil = 49,0). A maioria estudou até o ensino médio, tinha um ou dois filhos e recebia até R\$ 1.000 por mês (Tabela 1).

A maior parte dos trabalhadores era agentes comunitários de saúde, administrativos e demais profissionais de nível médio. Mais da metade eram efetivos, trabalhavam em jornadas de 40 horas semanais e não tinham outros empregos (Tabela 1). A mediana do tempo de trabalho nos serviços públicos foi de 8,3 anos (1º quartil = 4,5 e 3º quartil = 16,0) e na unidade atual de 5,5 anos (1º quartil = 2,0 e 3º quartil = 9,3).

Situação de alta sobrecarga doméstica foi verificada em 30,9% dos indivíduos; 71,0% dos trabalhadores tinham alguma atividade de lazer; 48,5% praticavam atividades físicas uma a duas vezes por semana. O relato de comorbidades foi de 41,7%. Cerca de 8,0% dos entrevistados apresentaram consumo abusivo de bebidas alcoólicas; 13,7% faziam uso de antidepressivos/ ansiolíticos; 5,8% usavam medicamentos para transtornos do sono (Tabela 1).

A prevalência de TMC na amostra de trabalhadores da atenção básica foi de 27,9%. As respostas positivas no SRQ-20 concentraram-se no grupo de questões de decréscimo da energia vital, sintomas somáticos e humor depressivo (Tabela 2).

Houve associação entre TMC e os aspectos psicossociais do trabalho estudados: demandas psicológicas, controle e suporte social (Tabela 3).

As prevalências de TMC foram significativamente maiores em trabalhadores com trabalho de alta exigência e trabalho ativo. Após o ajuste pelos potenciais confundidores, a prevalência de TMC no grupo de alta exigência foi 2,52 vezes mais elevada que no grupo de baixa exigência. As frequências de TMC e RP ajustadas foram semelhantes nos trabalhadores em situação de trabalho ativo e passivo. Nos dois casos, os intervalos de 95% de confiança e valores de p foram limítrofes (Tabela 4).

As medidas de associações ajustadas foram superiores às medidas brutas. Porém, o confundimento mostrou-se relevante nas RP das categorias de alta exigência e trabalho passivo (Tabela 4).

O modelo final de regressão logística manteve as variáveis do modelo demanda-controle (agrupadas em *dummies*), idade, cargo, vínculo de trabalho, tempo de trabalho, atividades de lazer, problemas com o consumo de álcool, comorbidades e uso de

medicamentos antidepressivos/ansiolíticos e para transtornos do sono. Não houve modificadores de efeito, conforme avaliação dos termos produtos pelo teste de razão de verossimilhança.

O modelo apresentou bom ajuste dos dados no teste de Le Cessie-van Houwelingen-Copas-Hosmer ($p=0,177$) e boa capacidade de discriminação dos trabalhadores com TMC (área sob a curva ROC = 0,779) (Figura 7). Na avaliação do diagnóstico, seis padrões de covariáveis foram identificados como potencialmente influentes (Figura 8). A retirada de cada padrão de covariável não alterou as medidas de associações. Portanto, nenhum registro foi excluído.

Discussão

Este estudo avaliou a associação entre aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns. A população-alvo consistiu de trabalhadores da atenção básica de Belo Horizonte. A investigação concentrou-se nos aspectos de demandas psicológicas e controle sobre o trabalho ajustados por preditores cuja literatura evidenciou associação com estresse e adoecimento psíquico.

As limitações deste trabalho devem-se ao delineamento transversal e aos instrumentos de coleta usados.

Estudos transversais avaliam exposição e desfecho em um único momento. Por esse motivo, não permitem estabelecer relação causal para agravos de origem multidimensional. Este tipo de estudo também é suscetível ao efeito de causalidade reversa, o qual pode superestimar as medidas de associações.

O instrumento usado para investigar TMC não possibilitou diagnóstico de transtornos mentais específicos. Ressalta-se que a suspeição desses transtornos pode estar subestimada, visto que o SRQ-20 é mais específico que sensível (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008; SANTOS et al., 2010). Quanto ao JCQ, a pouca quantidade de questões para cada aspecto psicossocial reduz seu desempenho frente a outros instrumentos para avaliação de estressores ocupacionais (MAINA et al., 2009; GRIEP et al., 2011). Neste estudo, o uso de variáveis sociodemográficas foi estratégia usada para contornar tal problema.

As demais limitações não foram relevantes. O viés de seleção foi controlado com os procedimentos de amostragem e sorteio aleatório dos indivíduos. As características da amostra (meia-idade, efetivos e maior tempo de trabalho) indicaram que o efeito sobrevivência do trabalhador sadio foi mínimo. Descartou-se a influência sazonal sobre o desfecho, apesar do longo período de coleta de dados.

A prevalência geral de TMC foi elevada, porém diferente de outros estudos com trabalhadores da atenção básica. Estudo com agentes comunitários de saúde da cidade de São Paulo encontrou prevalência de TMC de 43,3% (SILVA; MENEZES, 2008). Estudo com trabalhadores das unidades básicas das regiões nordeste e sul do Brasil observou prevalência de 16,0% (DILÉLIO et al., 2012).

A amostra incluiu indivíduos de meia-idade com vínculos de trabalho estáveis, perfil distinto do trabalhador da atenção primária no Brasil. Em geral, o trabalho nesse nível de atenção é exercido por mulheres jovens, contratadas e com único emprego (TOMASI et al.,

2008). Estabilidade e maior tempo no serviço podem explicar as diferentes medidas de frequências encontradas (VIRTANEN; JANLERT; HAMMARSTRÖM, 2011).

Houve associação entre TMC e os aspectos de demandas, controle e suporte social. A força da associação entre TMC e trabalho de alta exigência corroborou a hipótese de que trabalho com alta demanda e baixo controle traz prejuízos à saúde psíquica (KARASEK, 1979; ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

Tanto demanda quanto controle estavam associados, de modo separado e combinado aos TMC. Entretanto, não se pôde afirmar a existência de interação entre essas duas categorias de aspectos psicossociais. A literatura mostra evidências que o controle sobre o trabalho não reduz os efeitos negativos da percepção de demandas elevadas de trabalho (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; STANFELD; CANDY, 2006). Mesmo assim, os resultados obtidos confirmam o efeito aditivo entre alta demanda e baixo controle sobre o desfecho investigado (STANFELD; CANDY, 2006).

No trabalho em saúde, demandas excessivas e pouco controle sobre as atividades representam os principais fatores de risco para adoecimento psíquico. Estudo com enfermeiras de hospitais da Finlândia verificou aumento do número de licenças médicas por doenças mentais nos períodos de superlotação dos leitos (KIVIMÄKI et al., 2010). Na China, a prevalência de sintomas depressivos foi de 70,9% em enfermeiras com alta sobrecarga de trabalho (GAO et al., 2012). Situação de alta exigência foi responsável por prevalências de TMC de 64,4% em trabalhadores da atenção primária de Botucatu (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

No contexto da atenção básica, é comum o excesso de demandas por insuficiência de profissionais e sobrecarga de atividades. Trabalhadores dos sistemas municipais de saúde vivenciam o dilema de atender uma maior quantidade de pessoas com qualidade, porém, com menos tempo e acesso aos recursos (ASSUNÇÃO; JACKSON-FILHO, 2011). Os problemas são maiores quando há dificuldades de planejar tarefas, mudanças constantes na gestão, conflitos com usuários dos serviços e baixo suporte social (RIBEIRO, PIRES BLANK, 2004).

Suporte social apresentou associação com TMC, porém foi pouco expressivo na análise. A avaliação do suporte social pelo JCQ focaliza, com maior destaque, os relacionamentos interpessoais no trabalho, dando pouca ênfase a fatores como emoção. Balassiano, Tavares e Pimenta (2011) afirmam que fatores emocionais têm maior impacto sobre o estresse psicológico que fatores sociais e de mobilidade. Portanto, aspectos relativos aos fatores emocionais (demandas emocionais) deveriam ser melhor avaliados para seu dimensionamento mais específico.

A percepção do suporte social no trabalho pode apresentar-se associada ao suporte familiar e problemas domésticos (KOSSEK et al., 2011). Elias e Navarro (2006) também citam a ambiguidade das relações pessoais nos serviços de saúde, as quais variam desde empatia até disputas internas, rivalidades e indiferenças. Portanto, a limitação do indicador de suporte social pode justificar, ao menos em parte, sua reduzida capacidade de modificação de efeito na relação entre demandas psicológicas e controle sobre o trabalho e TMC.

Condições de saúde mental e aspectos psicossociais adversos comprometem o bem-estar e satisfação no trabalho. Como consequências, prejudicam a qualidade de vida e as atividades ocupacionais (STANFELD; CANDY, 2006). Na atenção básica, fatores relativos à organização e ao contexto do trabalho diminuem a qualidade da assistência e alteram os princípios das estratégias de atenção. Muitas vezes, também desfiguram o trabalho prescrito de cada profissional, reduzindo a autonomia e o poder decisório (VILLELA et al., 2009).

Neste estudo, aspectos psicossociais do trabalho e TMC foram avaliados em uma população de meia-idade, predominantemente feminina, efetivos, com renda razoável e tempo de trabalho relativamente longo. A prevalência de TMC foi elevada e esteve associada com os aspectos de demanda e controle laborais. O grupo com alta demanda psicológica e baixo controle sobre o trabalho foi a categoria com maior frequência desses transtornos.

Transtornos mentais apresentam-se associados a diversos desfechos negativos à saúde (PRINCE et al., 2007). Melhorias das condições de trabalho, redução das demandas, aumento do controle e incentivo às estratégias de coping não são eficazes sem mudanças nas condições socioeconômicas dos indivíduos (PRINCE et al., 2007; PULKI-RÅBACK et al., 2011), na sobrecarga doméstica e violência (CLARK et al., 2011) e no ambiente urbano (ROCHA et al., 2012).

A etiologia múltipla dos TMC não permite que as intervenções sejam unidirecionais e momentâneas. Países com grandes desigualdades sociais como o Brasil também têm que lidar com a inexistência ou restrição no acesso e a má qualidade dos serviços públicos de saúde mental (PRINCE et al., 2007).

A execução das políticas que regulam o trabalho em saúde no SUS poderia ser suficiente para melhorar a organização, conteúdo e o contexto do trabalho nas unidades básicas. Entretanto, a manutenção do modelo biomédico e interesses pessoais e políticos prejudicam o processo de trabalho e compromete a qualidade da assistência (PAIM et al., 2011; VICTORA et al., 2011).

Os resultados suprem uma lacuna de conhecimento e abrem possibilidades para pesquisas mais detalhadas sobre estresse e TMC na população de trabalhadores da atenção

básica. Outros métodos de investigação de saúde mental e trabalho podem complementar os achados deste estudo.

Referências

- AKAIKE, H. A new look at the statistical model identification. **Automatic Control, IEEE Transactions on**, v. 19, n. 6, p. 716-723, 1974.
- AKAIKE, H. Likelihood of a model and information criteria. **Journal of Econometrics**, v. 16, n. 1, p. 3-14, 1981.
- ALMEIDA-FILHO, N. Higher education and health care in Brazil. **The Lancet, Health in Brazil**, v. 377, n. 9781, p. 1898-1900, 2011.
- AQUINO, E. M. L. **Gênero, trabalho e hipertensão arterial: um estudo de trabalhadoras de enfermagem em Salvador, Bahia**, 1996. 159 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1986.
- ARAÚJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 424-433, 2003.
- ARAÚJO, T. M.; GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 991-1003, 2003.
- ARAÚJO, T. M.; KARASEK, R. Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and informal jobs in Brazil. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, n. 6, p. 52-59, 2008.
- ARROW, K. J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. 1963. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 82, n. 2, p. 141-149, 2004.
- ASSUNÇÃO, A. Á.; JACKSON FILHO, J. M. Transformações do trabalho no setor saúde e condições para cuidar. In: ASSUNÇÃO, A. Á.; BRITO, J. (Org.). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 45-65.
- BALASSIANO, M.; TAVARES, E.; PIMENTA, R. C. Estresse ocupacional na administração pública brasileira: quais os fatores impactantes? **Revista de Administração Pública**, v. 45, n. 3, p. 751-774, 2011.
- BEUSENBERG, M.; ORLEY, J. **A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ)**. Division of Mental Health, World Health Organization, 1994. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_MNH_PSF_94.8.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2011.
- BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R.; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1585-1596, 2010.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO BÁSICA. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CLARK, C. et al. The Contribution of Work and Non-Work Stressors to Common Mental Disorders in the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. **Psychological Medicine**, v. 42, n. 4, p. 829-842, 2012.

DILÉLIO, A. S. et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 503-514, 2012.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 4, 2006.

EWING, J. A. Detecting Alcoholism. **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, v. 252, n. 14, p. 1905-1907, 1984.

FORTUNA, C. M. et al. Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e os processos de gestão. **Saúde em Debate**, v. 26, n. 62, p. 272-281, 2002.

GAO, Y. et al. Depressive symptoms among Chinese nurses: prevalence and the associated factors. **Journal of Advanced Nursing**, v. 68, n. 5, p. 1166-1175, 2012.

GÄRTNER, F. R. et al. The impact of common mental disorders on the work functioning of nurses and allied health professionals: A systematic review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 47, n. 8, p. 1047-1061, 2010.

GOLDBERG, D. P.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. Taylor & Francis, 1992.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 380-390, 2008.

GRIEP, R. H. et al. Combined use of job stress models and self-rated health in nursing. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 145-152, 2011.

HOSMER, D. W. et al. A comparison of goodness-of-fit tests for the logistic regression model. **Statistics in Medicine**, v. 16, n. 9, p. 965-980, 1997.

JOB CONTENT QUESTIONNAIRE CENTER. The Job Content Questionnaire (JCQ). Disponível em: <<http://www.jcqcenter.org/>>. Acesso em: 18 abr. 2011.

KARASEK, R. A. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. **Administrative Science Quarterly**, v. 24, n. 2, p. 285-308, 1979.

KIVIMÄKI, M. et al. Psychosocial work environment as a risk factor for absence with a psychiatric diagnosis: an instrumental-variables analysis. **American Journal of Epidemiology**, v. 172, n. 2, p. 167-172, 2010.

KLEIN, J. et al. Psychosocial stress at work and perceived quality of care among clinicians in surgery. **BMC Health Services Research**, v. 11, n. 1, p. 109, 2011.

KOSSEK, E. E. et al. Workplace social support and work–family conflict: a meta-analysis clarifying the influence of general and work–family-specific supervisor and organizational support. **Personnel Psychology**, v. 64, n. 2, p. 289-313, 2011.

LE BLANC, P. M. et al. Emotional job demands and burnout among oncology care providers. **Anxiety, Stress & Coping**, v. 14, n. 3, p. 243-263, 2001.

LEKA, S.; GRIFFITHS, A.; COX, T. **Work organization & stress: Protecting workers' health**. Geneva: World Health Organization, 2003.

MAINA, G. et al. Associations between two job stress models and measures of salivary cortisol. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, v. 82, n. 9, p. 1141-1150, 2009.

MALINAUSKIENE, V.; LEISYTE, P.; MALINAUSKAS, R. Psychosocial job characteristics, social support, and sense of coherence as determinants of mental health among nurses. **Medicina (Kaunas, Lithuania)**, v. 45, n. 11, p. 910-917, 2009.

NASCIMENTO-SOBRINHO, C. L. et al. Médicos de UTI: prevalência da Síndrome de Burnout, características sociodemográficas e condições de trabalho. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 1, p. 106-115, 2010.

NIEUWENHUIJSEN, K; BRUINVELS, D.; FRINGS-DRESEN, M. Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. **Occupational Medicine (Oxford, England)**, v. 60, n. 4, p. 277-286, 2010.

NORIEGA, M. et al. Female health workers: lifestyle, work, and psychiatric disorders. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1361-1372, 2004.

OLIVEIRA, N. F.; SANTANA, V. S.; LOPES, A. A. Razões de proporções e uso do método delta para intervalos de confiança em regressão logística. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 90-99, 1997.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet, Health in Brazil**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PINHO, P. S.; ARAÚJO, T. M. Trabalho de enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 15, n. 3, p. 329-336, 2007.

PRINCE, M. et al. No health without mental health. **The Lancet**, v. 370, n. 9590, p. 859-877, 2007.

PULKKI-RÅBACK, L. et al. Socio-economic position and mental disorders in a working-age Finnish population: the health 2000 study. **The European Journal of Public Health**, v. 22, n. 3, p. 327-332, 2012.

R DEVELOPMENT CORE TEAM. **R: A Language and Environment for Statistical Computing**. Viena, Austria: R Foundation for Statistical Computing, 2011.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004.

ROCHA, K. et al. Perception of environmental problems and common mental disorders (CMD). **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 47, n. 10, p. 1675-1684, 2012.

SANTOS, K. O. B. et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 544-560, 2010.

SILVA, A. T. C.; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 921-929, 2008.

STANSFELD, S.; CANDY, B. Psychosocial work environment and mental health-a meta-analytic review. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, v. 32, n. 6, p. 443-462, 2006.

TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s193-s201, 2008.

VICTORA, C. G. et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. **The Lancet**, Health in Brazil., v. 377, n. 9782, p. 2042-2053, 2011.

VILLELA, W. V. et al. Desafios da atenção básica em saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1316-1324, 2009.

VIRTANEN, P.; JANLERT, U.; HAMMARSTRÖM, A. Exposure to temporary employment and job insecurity: a longitudinal study of the health effects. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 68, n. 8, p. 570-574, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Definitions of the health workforce data. Disponível em: <<http://apps.who.int/globalatlas/docs/HRH/HTML/Dftn.htm>>. Acesso em: 15 mai. 2011.

YANG, M. S.; PAN, S. M.; YANG, M. J. Job strain and minor psychiatric morbidity among hospital nurses in southern Taiwan. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 58, n. 6, p. 636-641, 2004.

Tabela 1 - Características gerais da amostra de trabalhadores da atenção básica. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2008-2009.

Características	n	%
Sexo (N = 1.054)		
Masculino	259	24,6
Feminino	795	75,4
Situação conjugal (N = 1.058)		
Solteiro	342	32,3
Casado/ União estável	578	54,6
Viúvo	25	2,4
Divorciado/separado/desquitado	113	10,7
Raça/cor (N = 1.038)		
Branca	421	40,6
Amarela/ Origem indígena	34	3,2
Preta/Parda	583	56,2
Escolaridade (N = 1.055)		
Até o ensino médio	643	60,9
Ensino superior incompleto	60	5,7
Ensino superior completo	352	33,4
Número de filhos (N = 1.024)		
Sem filhos	375	36,6
1 filho	201	19,6
2 filhos	263	25,7
3 ou mais filhos	185	18,1
Renda (N = 976)¹		
Até R\$ 500,00	130	13,3
R\$ 501,00 a R\$ 1.000,00	376	38,5
R\$ 1.001,00 a R\$ 2.000,00	189	19,3
R\$ 2.001,00 a R\$ 5.000,00	172	17,6
Acima de R\$ 5.000,00	109	11,1

(continua)

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra de trabalhadores da atenção básica. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2008-2009. (continuação).

Características	n	%
Cargo (N = 981)		
Médicos	138	14,1
Enfermeiros	105	10,7
Auxiliares e técnicos de enfermagem	66	6,7
Agentes comunitários de saúde	209	21,3
Demais profissionais de nível superior	71	7,2
Demais profissionais de nível médio	209	21,3
Trabalhadores administrativos	183	18,7
Vínculo empregatício (N = 1.041)		
Efetivo	751	72,1
Contrato	252	24,2
Estágio	38	3,7
Jornada de trabalho semanal (N = 1.048)		
≤ 12 horas	94	9,0
20 a 24 horas	137	13,1
30 a 36 horas	142	13,5
≥ 40 horas	675	64,4
Outros empregos (N = 871)		
Sim	310	35,6
Não	561	64,4
Sobrecarga doméstica (N = 779)		
Alta	241	30,9
Média	193	24,8
Baixa	345	44,3
Atividades de Lazer (N = 1.055)		
Sim	755	71,6
Não	300	28,4

(continua)

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra de trabalhadores da atenção básica. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2008-2009. (conclusão).

Características	n	%
Prática de atividades físicas (N = 1.044)		
Nunca	254	24,3
Uma ou duas vezes por semana	506	48,5
Três ou mais vezes por semana	284	27,2
Comorbidades (N = 904)²		
Sim	377	41,7
Não	527	58,3
Problemas com o álcool (N = 908)		
Sim	71	7,8
Não	837	92,2
Uso de antidepressivos e ansiolíticos (N = 1.045)		
Sim	143	13,7
Não	902	86,3
Uso de medicamentos para transtornos do sono (N = 1.046)		
Sim	61	5,8
Não	985	94,2
Transtornos mentais comuns (N = 971)		
Sim	271	27,9
Não	700	72,1

¹ O salário mínimo no Brasil foi de R\$ 415,00 em 2008 e R\$ 465,00 em 2009. ² As morbidades mais frequentes foram, em ordem, lombalgia (25,7%), gastrite (18,1%), hipertensão (17,4%), doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (7,7%) e diabetes (3,8%).

Tabela 2 - Proporção de respostas positivas nos grupos de questões do SRQ-20. Trabalhadores da atenção básica. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2008-2009.

Grupo de questões	N	%
Decréscimo da energia vital	1.028^{1,2}	
Você se cansa com facilidade?	1.045	31,5
Sente-se cansado o tempo todo?	1.041	18,6
Tem dificuldades para tomar decisões?	1.042	26,0
Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	1.042	14,7
Tem dificuldade de pensar com clareza?	1.046	19,2
Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	1.043	23,1
Sintomas somáticos	1.019^{1,2}	
Tem sensações desagradáveis no estômago?	1.036	28,2
Tem má digestão?	1.043	24,1
Tem falta de apetite?	1.046	11,3
Tem dores de cabeça frequentemente?	1.042	33,8
Dorme mal?	1.042	67,0
Tem tremores nas mãos?	1.043	10,1
Humor depressivo-ansioso	1.022^{1,2}	
Tem chorado mais do que de costume?	1.041	16,2
Tem se sentido triste ultimamente?	1.046	35,6
Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?	1.038	53,2
Assusta-se com facilidade?	1.038	28,3
Pensamentos depressivos	1.027^{1,2}	
Você se sente uma pessoa inútil em sua vida?	1.042	5,6
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1.041	4,1
Tem perdido o interesse pelas coisas?	1.045	19,8
Tem tido ideia de acabar com a vida?	1.040	2,3

¹ Trabalhadores que preencheram todo o grupo de questões. ² Um trabalhador pode assinalar mais de uma opção em cada grupo.

Tabela 3 - Associação entre categorias de aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da atenção básica. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2008-2009.

Exposição	n	Freq.	%	RP	IC 95%	p
Demandas psicológicas						
Alta	447	153	34,2	1,54	1,24 - 1,90	0,000
Baixa	486	108	22,2	*	-	-
Controle						
Baixo	459	150	32,7	1,33	1,08 - 1,63	0,008
Alto	467	115	24,6	*	-	-
Suporte social						
Baixo	457	157	34,4	1,55	1,25 - 1,91	0,000
Alto	464	103	22,2	*	-	-

Freq. frequência absoluta. % prevalência de transtornos mentais comuns. RP razão de prevalência. IC 95% intervalo de 95% de confiança. * categoria de referência.

Tabela 4 - Associação entre as categorias do modelo demanda-controle e transtornos mentais comuns em trabalhadores da atenção básica. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2008-2009.

Exposição	n	%	RP	IC 95%	p
Demanda-Controle					
Alta exigência	190	41,6	2,21	1,59 - 3,07	0,000
Trabalho ativo	243	29,2	1,55	1,10 - 2,19	0,015
Trabalho passivo	254	26,0	1,38	0,97 - 1,96	0,088
Baixa exigência	207	18,8	*	-	-
Demanda-Controle (ajustado)¹					
Alta exigência		38,0	2,52	1,55 - 4,08	0,000
Trabalho ativo		24,7	1,63	0,98 - 2,71	0,058
Trabalho passivo		24,2	1,60	0,96 - 2,67	0,073
Baixa exigência		15,1	*	-	-

% prevalência de transtornos mentais comuns. RP razão de prevalência. IC 95% intervalo de 95% de confiança. * categoria de referência. ¹ ajuste por idade, cargo, vínculo de trabalho, tempo de trabalho, atividades de lazer, problemas com o consumo de álcool, comorbidades e uso de medicamentos antidepressivos/ansiolíticos e para transtornos do sono.

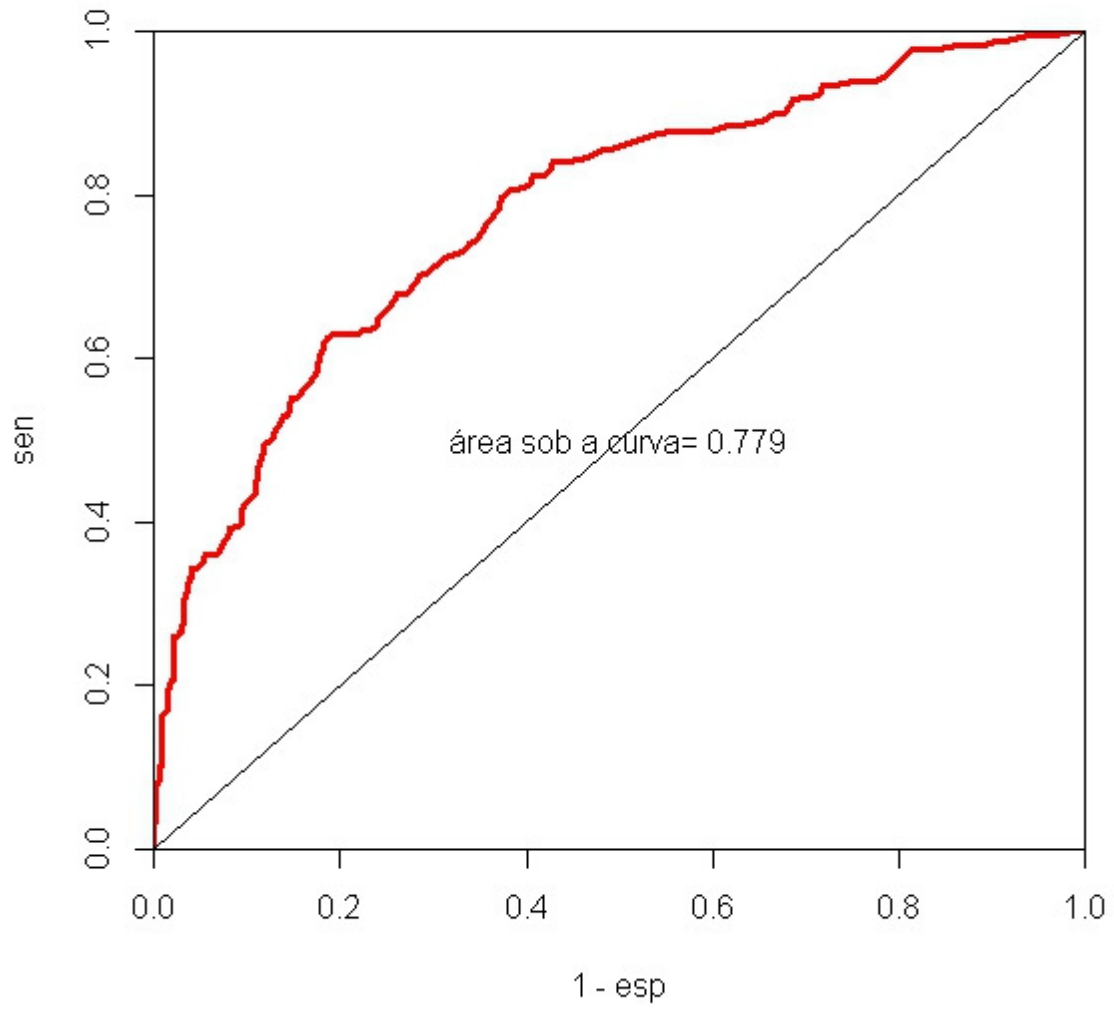


Figura 7 - Área sob a curva ROC do modelo de regressão logística.

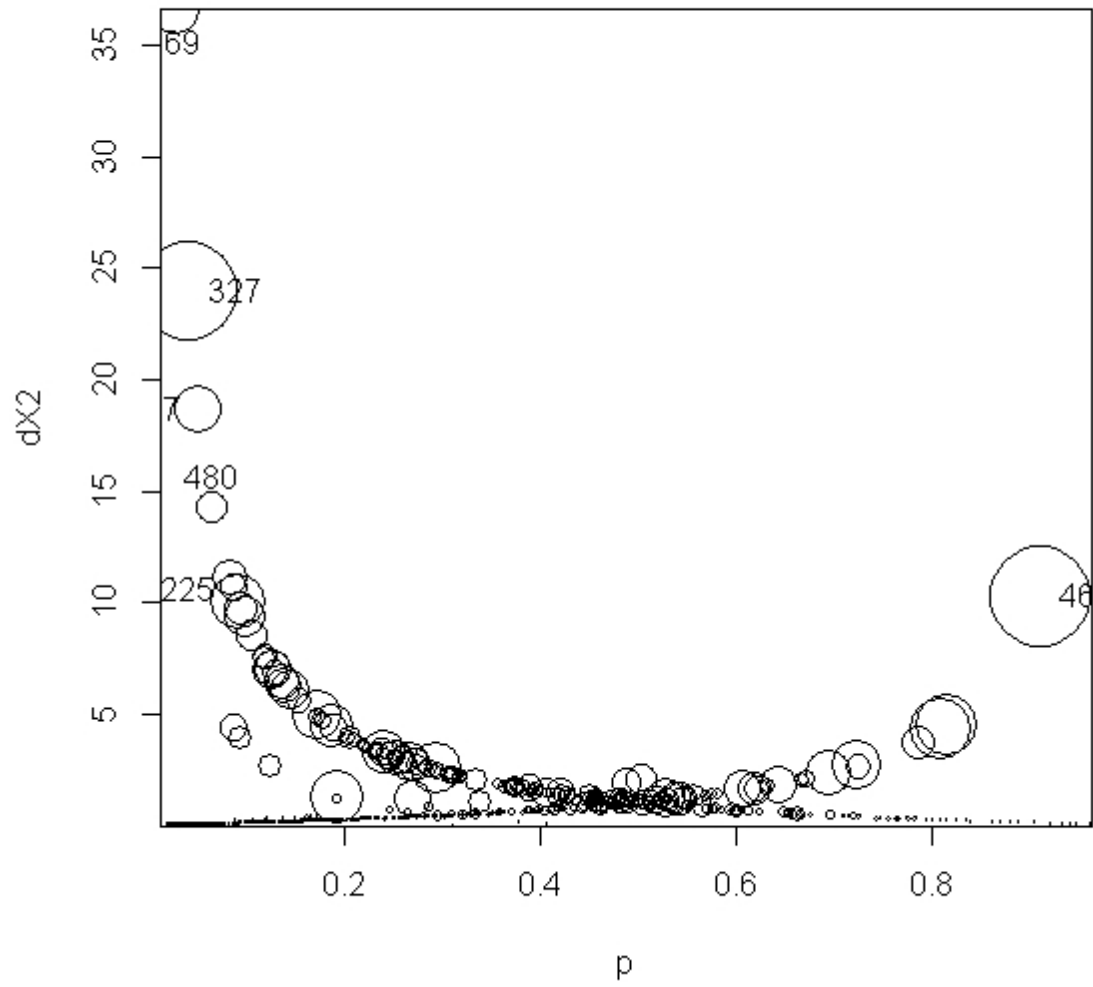


Figura 8 - Gráfico de diagnóstico dos pontos influentes do modelo de regressão logística.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo avaliou aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da atenção básica. A população-alvo teve algumas características sociodemográficas e de trabalho distintas dos trabalhadores desse nível de atenção no Brasil.

A amostra incluiu indivíduos de meia-idade, casados, com maior tempo de serviço e efetivos. Metade dos trabalhadores apresentava alguma morbidade crônica. Cerca de um terço tinha suspeição de transtornos mentais comuns.

Os TMC apresentaram associação positiva com os aspectos psicossociais do trabalho. Trabalhadores em situação de alta exigência tiveram as maiores prevalências de TMC. Os aspectos de demanda e controle estiveram associados de forma equivalente ao desfecho investigado. Tais achados podem retratar o impacto da sobrecarga de trabalho, perda de autonomia e conflitos com colegas sobre a saúde mental do trabalhador.

A execução das políticas que regulam o trabalho em saúde no SUS poderia ser suficiente para a melhoria da organização, conteúdo e do contexto do trabalho nas unidades básicas. Entretanto, a manutenção do modelo biomédico e interesses pessoais e políticos prejudicam o processo de trabalho e compromete a qualidade da assistência.

A atenção básica no Brasil é resquício das mudanças na estrutura econômica e nos cenários de trabalho após o processo de reestruturação produtiva no país. Vínculos de trabalho precários e terceirizações são comuns entre esses trabalhadores. No caso da rede básica de Belo Horizonte, permaneceram características de detrimento das condições de trabalho.

Ressalta-se que, melhorias nas condições de trabalho não seriam suficientes para reduzir as prevalências de TMC. Os múltiplos fatores de riscos para este desfecho necessitam de ações de enfrentamento amplas e contínuas, com mudanças nas condições socioeconômicas e redução da violência urbana, além de saneamento e ampliação de áreas verdes.

Este estudo dá subsídios às próximas investigações sobre características do trabalho e TMC em trabalhadores da atenção básica. O uso de outras metodologias de avaliação da saúde mental pode complementar e fortalecer os resultados. Sugere-se, ainda, avaliação de aspectos psicossociais e transtornos mentais em trabalhadores, seguido de avaliação da satisfação do usuário dos serviços de saúde.

Desse modo, tentou-se contribuir com as investigações anteriores sobre saúde do trabalhador da saúde. A construção de evidências sobre o tema é o primeiro passo para propor discussões, e planejar uma alternativa viável para melhorias no trabalho na atenção básica.

REFERÊNCIAS

- ALDERLING, M. et al. The demand control model and circadian saliva cortisol variations in a Swedish population based sample (The PART study). **BMC Public Health**, v. 6, n. 1, p. 288, 2006.
- AKAIKE, H. A new look at the statistical model identification. **Automatic Control, IEEE Transactions on**, v. 19, n. 6, p. 716-723, 1974.
- AKAIKE, H. Likelihood of a model and information criteria. **Journal of Econometrics**, v. 16, n. 1, p. 3-14, 1981.
- ALMEIDA-FILHO, N. Higher education and health care in Brazil. **The Lancet, Health in Brazil**, v. 377, n. 9781, p. 1898-1900, 2011.
- AQUINO, E. M. L. **Gênero, trabalho e hipertensão arterial: um estudo de trabalhadoras de enfermagem em Salvador, Bahia**, 1996. 159 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1986.
- ALMEIDA-FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Elementos de metodologia epidemiológica. In: _____. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.149-177.
- ARAÚJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 424-433, 2003.
- ARAÚJO, T. M.; GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 991-1003, 2003.
- ARAÚJO, T. M.; KARASEK, R. Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and informal jobs in Brazil. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, n. 6, p. 52-59, 2008.
- ARROW, K. J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. 1963. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 82, n. 2, p. 141-149, 2004.
- ASSUNÇÃO, A. Á.; JACKSON FILHO, J. M. Transformações do trabalho no setor saúde e condições para cuidar. In: ASSUNÇÃO, A. Á.; BRITO, J. (Org.). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 45-65.
- BALASSIANO, M.; TAVARES, E.; PIMENTA, R. DA C. Estresse ocupacional na administração pública brasileira: quais os fatores impactantes? **Revista de Administração Pública**, v. 45, n. 3, p. 751-774, 2011.
- BELO HORIZONTE. Decreto nº 4.523, de 12 de setembro de 1983. Dispõe sobre a estrutura administrativa e o funcionamento de órgãos da administração direta e dá outras providências. **Diário Oficial do Município - Belo Horizonte**. Poder Executivo, Belo Horizonte, 1983.
- _____. Lei nº 4.158, de 16 de julho de 1985. Fixa área de jurisdição das Administrações Regionais criadas pelo Decreto Municipal no 4.523, de 12 de setembro de 1983, define sua

estrutura administrativa, atribuições, cria cargos e contém outras providências. **Diário Oficial do Município - Belo Horizonte**. Poder Executivo, Belo Horizonte, 1985.

_____. **Regiões Administrativas**. Belo Horizonte, 2000. 1 mapa, color. Escala 1:20.600. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/images.do?evento=imagem&urlPlc=estatisticas_mapas-regioes-administrativas.gif>. Acesso em 26 jan. 2012.

_____. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde, 2008. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&ap=saude&tax=7481&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0&>. Acesso em 26 jan. 2012.

BEUSENBERG, M.; ORLEY, J. **A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ)**. Division of Mental Health, World Health Organization, 1994. 80 p. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_MNH_PSF_94.8.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2011.

BIANCHESSI, D. L. C.; TITTONI, J. Trabalho, saúde e subjetividade sob o olhar dos trabalhadores administrativo-operacionais de um hospital geral, público e universitário. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 969-988, 2009.

BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R.; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1585-1596, 2010.

BRASIL. Conselho nacional de saúde. Resolução 196 de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. v. 201, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Dispõe sobre a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, p.47-49, 2008.

_____. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**, Pactos pela saúde. v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 59 p.

_____. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 3, n. 1, p. 113-125, 2003.

BRITO, A. S. **Estresse e acidentes no trabalho**. 2007. 157f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

CABANA, M. C. F. L. et al. Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 1, p. 33-40, 2007.

CAMPOS, F. E.; ALBUQUERQUE, E. M. As especificidades contemporâneas do trabalho no setor saúde: notas introdutórias para uma discussão. **Revista Economia Contemporânea**,

v. 3, n. 2, p. 97-123, 1999.

CHIODI, M. B.; MARZIALE, M. H. P. Riscos ocupacionais para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: revisão bibliográfica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 212-217, 2006.

CLARK, C. et al. The Contribution of Work and Non-Work Stressors to Common Mental Disorders in the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. **Psychological Medicine**, v. 42, n. 4, p. 829-842, 2012.

CORDEIRO, H. **A indústria da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1985. 229p.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 3, p. 206-214, 2006.

CRUM, R. M. et al. Occupational Stress and the Risk of Alcohol Abuse and Dependence. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 19, n. 3, p. 647-655, 1995.

DAVID, H. M. S. L. et al. Organização do trabalho de enfermagem na Atenção Básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 206-214, 2009.

DEAN, A. G. et al. Epi Info: a word processing, database and statistics program for public health on IBM-compatible Microcomputers. Versão 6.04d. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention. 2001. Disponível em : <<http://wwwn.cdc.gov/epiinfo/>>. Acesso em: 3 mai. 2011.

DILÉLIO, A. S. et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 503-514, 2012.

ELIAS, P. E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 3, p. 41-46, 2004.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 517-525. 2006.

EWING, J. A. Detecting Alcoholism. **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, v. 252, n. 14, p. 1905 -1907, 1984.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 520-527, 2010.

FORTUNA, C. M. et al. Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e os processos de gestão. **Saúde em Debate**, v. 26, n. 62, p. 272-281, 2002.

FUNK, M. et al. **Mental Health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group**. Geneva: World Health Organization. 2010. 108p. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563949_eng.pdf>. Acesso em: 20

abr. 2011.

GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003.

GADELHA, C. A. G. et al. O complexo econômico-industrial da saúde: conceitos e características gerais. **Informe Complexo Econômico-Industrial da Saúde**, v. 1, n. 1, p. 1-17, 2010. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/Boletim_complexo.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2011.

GAO, Y. et al. Depressive symptoms among Chinese nurses: prevalence and the associated factors. **Journal of Advanced Nursing**, v. 68, n. 5, p. 1166-1175, 2012.

GÄRTNER, F. R. et al. The impact of common mental disorders on the work functioning of nurses and allied health professionals: A systematic review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 47, n. 8, p. 1047-1061, 2010.

GASPARINI, S. M.; BARRETO, S. M.; ASSUNÇÃO, A. Á. Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 12, p. 2679-2691, 2006.

GOLDBERG, D. P.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Routledge, 1992. 194p.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 380-390, 2008.

GRIEP, R. H. et al. Combined use of job stress models and self-rated health in nursing. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 145-152, 2011.

HARNOIS, G.; GABRIEL, P. **Mental health and work: impact, issues and good practices**. Geneva: World Health Organization, 2000. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/en/712.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2011.

HARPHAM, T.; REICHENHEIM, M.; OSER, R. et al. Measuring mental health in a cost-effective manner. **Health Policy and Planning**, v. 18, n. 3, p. 344-349, 2003.

HÄUSSER, J. A.; MOJZISCH, A.; SCHULZ-HARDT, S. Endocrinological and psychological responses to job stressors: An experimental test of the Job Demand-Control Model. **Psychoneuroendocrinology**, v. 36, n. 7, p. 1021-1031, 2011.

HIRO, H. et al. Association between job stressors and heavy drinking: age differences in male Japanese workers. **Industrial Health**, v. 45, n. 3, p. 415-425, 2007.

HOSMER, D. W. et al. A comparison of goodness-of-fit tests for the logistic regression model. **Statistics in Medicine**, v. 16, n. 9, p. 965-980, 1997.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. **Applied logistic regression**. New York: John Wiley and Sons, 2000.

HOUTMAN, I.; JETTINGHOFF, K.; CEDILLO, L. **Sensibilizando sobre el estrés laboral en los países en desarrollo: Un riesgo Moderno en un ambiente tradicional de trabajo: consejos para empleadores y representantes de los trabajadores, Protección de la salud de los trabajadores.** Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2008. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243591650_spa.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Regiões de influência das cidades: IBGE mostra a nova dinâmica da rede urbana brasileira. 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1246>. Acesso em: 22 jan. 2012.

_____. Produto interno bruto dos municípios 2009: Belo Horizonte - MG. 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/temas.php?nomemun=BeloHorizonte&codmun=310620 & tema=pibmunic&desc=Produto Interno Bruto dos Municípios&legenda=Fonte: IBGE - em parceria com os Dep. Estaduais de Estatística e Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus -SUFRAMA.&uf=mg&r=2>> Acesso em 26 jan. 2012.

_____. IBGE - Cidades@: Belo Horizonte.2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=310620&r=2>>. Acesso em: 26 jan. 2012.

JOB CONTENT QUESTIONNAIRE CENTER. The Job Content Questionnaire (JCQ), 2004. Disponível em: <<http://www.jcqcenter.org/>>. Acesso em 18 abr. 2011.

JONGE, J. et al. Longitudinal Test of the Demand–Control Model Using Specific Job Demands and Specific Job Control. **International Journal of Behavioral Medicine**, v. 17, n. 2, p. 125-133, 2010.

JULIANI, C. M. C. M.; CIAMPONE, M. H. T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 33, n. 4, p. 323-333, 1999.

KARASEK, R. Demand/control model: a social, emotional, and physiological approach to stress risk and active behaviour development. **Encyclopaedia on Occupational Health and Safety**, 2009. Disponível em: <http://www.ilo.org/safework_bookshelf/english?content&nd=857170416>. Acesso em: 13 abr. 2011.

_____. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. **Administrative Science Quarterly**, v. 24, n. 2, p. 285-308, 1979.

KARASEK, R. et al. The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. **Journal of Occupational Health Psychology**, v. 3, n. 4, p. 322-355, 1998.

KARASEK, R. et al. Job content questionnaire and user's guide. Job Content Questionnaire Center, 1985. Disponível em: <http://www.jcqcenter.org/JCQGuide_12885-Rev%201.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2011.

KIVIMÄKI, M. et al. Psychosocial work environment as a risk factor for absence with a psychiatric diagnosis: an instrumental-variables analysis. **American Journal of Epidemiology**, v. 172, n. 2, p. 167-172, 2010.

KLEIN, J. et al. Psychosocial stress at work and perceived quality of care among clinicians in surgery. **BMC Health Services Research**, v. 11, n. 1, p. 109, 2011.

KOSSEK, E. E. et al. Workplace social support and work–family conflict: a meta-analysis clarifying the influence of general and work–family-specific supervisor and organizational support. **Personnel Psychology**, v. 64, n. 2, p. 289-313, 2011.

LE BLANC, P. M. et al. Emotional job demands and burnout among oncology care providers. **Anxiety, Stress & Coping**, v. 14, n. 3, p. 243-263, 2001.

LEKA, S. GRIFFITHS, A.; COX, T. **Work organization & stress: Protecting workers' health**. Geneva: World Health Organization, 2003. Disponível em: <http://www.who.int/occupational_health/publications/en/oehstress.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2011.

LEVY, F. M. MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 197-203, 2004.

LIMA, J. C. A terceirização e os trabalhadores: revisitando algumas questões. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 13, n. 1, p. 17-26, 2010.

LUDERMIR, A. B. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 451-467, 2008.

LUDERMIR, A. B.; MELO-FILHO, D. A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 213-221, 2002.

MAGAJEWSKI, F. **Modelos de Atenção em Saúde**. Florianópolis: Universidade Estadual de Santa Catarina. 96p. 2007. Disponível em: <[ftp://ftp.datasus.gov.br/SIOPS/Plauto/Curso a Distancia/Modelos de Atenção/Modelos_de_Atenção\[1\].pdf](ftp://ftp.datasus.gov.br/SIOPS/Plauto/Curso a Distancia/Modelos de Atenção/Modelos_de_Atenção[1].pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2010.

MAINA, G. et al. Associations between two job stress models and measures of salivary cortisol. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, v. 82, n. 9, p. 1141-1150, 2009.

MALINAUSKIENE, V.; LEISYTE, P.; MALINAUSKAS, R. Psychosocial job characteristics, social support, and sense of coherence as determinants of mental health among nurses. **Medicina (Kaunas, Lithuania)**, v. 45, n. 11, p. 910-917, 2009.

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

MARÍN-LEÓN, L. et al. Social inequality and common mental disorders. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29, n. 3, p. 250-253, 2007.

MARTÍN-ARRIBAS, M. C. Estrés relacionado con el trabajo (modelo de demanda-controlapoyo social) y alteraciones en la salud: una revisión de la evidencia existente. **Enfermería Intensiva**, v. 18, n. 4, p. 168-181, 2007.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p.

2297-2305, 2010.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.

NASCIMENTO-SOBRINHO, C. L. et al. Médicos de UTI: prevalência da Síndrome de Burnout, características sociodemográficas e condições de trabalho. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 1, p. 106-115, 2010.

NIEUWENHUIJSEN, K; BRUINVELS, D.; FRINGS-DRESEN, M. Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. **Occupational Medicine (Oxford, England)**, v. 60, n. 4, p. 277-286, 2010.

NORIEGA, M. et al. Female health workers: lifestyle, work, and psychiatric disorders. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1361-1372, 2004.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho em serviços de Saúde. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família**. p.59-63. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde - Representação do Brasil, 2000. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/Texto_3.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2011.

OLIVEIRA, N. F.; SANTANA, V. S.; LOPES, A. A. Razões de proporções e uso do método delta para intervalos de confiança em regressão logística. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 90-99, 1997.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Metodologia para el ejercicio de análisis del sector de la salud. In: _____. **Lineamientos metodológicos para análisis sectorial en salud: una herramienta para la formulación de políticas**. Washington, D.C.: Organización Pan-Americana de Saúde, p.7-15, 2004. Disponível em: <<http://www.lachealthsys.org/documents/lineamientosmetodologicosanalisissectorialensaludunaherramientaparalafomulacion-ES.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; BRASIL. Regulação, controle, avaliação e auditoria. In: _____. **A política de regulação do Brasil, Desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, p.33-50, 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. As políticas públicas e os sistemas e serviços de saúde. In: _____. **Saúde nas Américas**. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana de Saúde. v. 1, p.314-405, 2007.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet, Health in Brazil**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PATEL, V.; KLEINMAN, A. Poverty and common mental disorders in developing countries. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 81, n. 8, p. 609-615, 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/81/8/Patel0803.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2011.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 303-311, 2001.

PINHO, P. S.; ARAÚJO, T. M. Trabalho de enfermagem em uma unidade de emergência

hospitalar e transtornos mentais. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 15, n. 3, p. 329-336, 2007.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. 2, p. 251-263, 2000.

PRINCE, M. et al. No health without mental health. **The Lancet**, v. 370, n. 9590, p. 859-877, 2007.

PULKKI-RÅBACK, L. et al. Socio-economic position and mental disorders in a working-age Finnish population: the health 2000 study. **The European Journal of Public Health**, v. 22, n. 3, p. 327-332, 2012.

R DEVELOPMENT CORE TEAM. R: A Language and Environment for Statistical Computing. Viena, Austria: R Foundation for Statistical Computing. 2010. Disponível em: <<http://www.R-project.org/>>. Acesso em: 21 jan. 2011.

REIS, A. L. P. P.; FERNANDES, S. R. P.; GOMES, A. F. Estresse e fatores psicossociais. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 30, n. 4, p. 712-725, 2010.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004.

ROCHA, E. C. A.; ARAÚJO, M. A. D. Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN. **Revista de Administração Pública**, v. 43, n. 2, p. 481-517, 2009.

ROCHA, K. et al. Perception of environmental problems and common mental disorders (CMD). **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 47, n. 10, p. 1675-1684, 2012.

ROCHA, S. V. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 4, p. 630-640, 2010.

SANTOS, K. O. B.; ARAÚJO, T. M.; OLIVEIRA, N. F. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 214-222, 2009.

SANTOS, K. O. B. et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 544-560, 2010.

SAUTER, S. L. et al. Psychosocial and organizational factors. **Encyclopaedia on Occupational Health and Safety**. 2009. Acesso em: 13 de abr. 2011. Disponível em: http://www.ilo.org/safework_bookshelf/english?content&nd=857170413>.

SCHMIDT, A. et al. The influence of occupational stress factors on the nicotine dependence: a cross sectional study. **Tobacco Induced Diseases**, v. 8, n. 1, p. 6, 2010.

SCHMIDT, M. L. S.; NEVES, T. F. S. O trabalho do agente comunitário de saúde e a política de atenção básica em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 13,

n. 2, p. 225-240, 2010.

SCHOLZE, A. S.; DUARTE-JÚNIOR, C. F.; SILVA, Y. F. E. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 31, p. 303-314, 2009.

SHULTZ, K. S et al. Age Differences in the Demand–Control Model of Work Stress. **Journal of applied gerontology**. v. 29, n. 1, p. 21-47, 2010.

SILVA, A. T. C.; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 921-929, 2008.

SÖDERFELDT, B. et al. Psychosocial work environment in human service organizations: A conceptual analysis and development of the demand-control model. **Social Science & Medicine**, v. 42, n. 9, p. 1217-1226, 1996.

SOUZA, S. F. et al. Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitários. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 710-717, 2010.

STANSFELD, S.; CANDY, B. Psychosocial work environment and mental health: a meta-analytic review. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, v. 32, n. 6, p. 443-462, 2006.

STARFIELD, B. Atenção primária e saúde. In: _____. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**.. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, p.19-98, 2002.

TENNANT, C. Work-related stress and depressive disorders. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 51, n. 5, p. 697-704, 2001.

THEORELL, T. Working conditions and health. In: BERKMAN, L. F.; KAWACHI, I. **Social Epidemiology**. New York: Oxford University Press, p.95-117, 2000.

TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s193-s201, 2008.

URSINE, B. L.; TRELHA, C. S.; NUNES, E. F. P. A. O agente comunitário de saúde na estratégia de saúde da família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, p. 327-339, 2010.

USTUN, T. B. **Mental disorders in primary care**. Geneva: World Health Organization, 1998. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_MSA_MNHIEAC_98.1.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2011.

VIANA, A. L. et al. Economia política da saúde: introduzindo o debate. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 37, p. 7-20, 2007.

VICTORA, C. G. et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. **The Lancet, Health in Brazil**., v. 377, n. 9782, p. 2042-2053, 2011.

VILLELA, W. V. et al. Desafios da atenção básica em saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1316-1324, 2009.

VIRTANEN, P.; JANLERT, U.; HAMMARSTRÖM, A. Exposure to temporary employment and job insecurity: a longitudinal study of the health effects. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 68, n. 8, p. 570 -574, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Definitions of the health workforce data. 2006. Disponível em: <<http://apps.who.int/globalatlas/docs/HRH/HTML/Dftn.htm>>. Acesso em 15 mai. 2011.

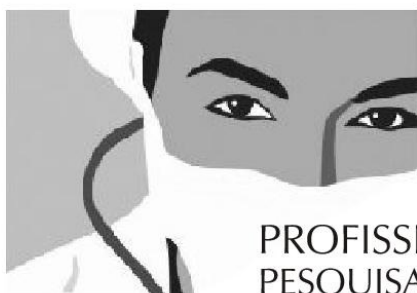
_____. Key components of a well functioning health system. World Health Organization. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/healthsystems/EN_HSSkeycomponents.pdf>. Acesso em 10 mar. 2011.

_____. Health workforce. World Health Organizaton. 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/hrh/en/>>. Acesso em 28 mai. 2011.

_____. WHO | What are the early signs of mental disorders? World Health Organization. 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/features/qa/38/en/>>. Acesso em 27 abr. 2011.

YANG, M. S.; PAN, S. M.; YANG, M. J. Job strain and minor psychiatric morbidity among hospital nurses in southern Taiwan. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 58, n. 6, p. 636-641, 2004.

ANEXO A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



PROFISSIONAIS DA SAÚDE PESQUISA SOBRE CONDIÇÕES DE SAÚDE E TRABALHO

Início:	horas	min.
Final:	horas	min.

Número do Questionário:

Data: ____/____/20__

Este **questionário** é individual e confidencial. Por favor, é fundamental que você responda a todas as perguntas, pois a ausência de uma resposta pode invalidar sua avaliação. Suas respostas deverão refletir sua realidade, como você entende e vivencia seu trabalho. Assim, solicitamos que não troque idéias com os colegas antes de responder este questionário.

Bloco I Identificação Geral Informações Sociodemográficas

1. Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	2. Idade: ____ anos	3. Tem filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quantos filhos: ____
--	----------------------------	--

4. Situação conjugal: <input type="checkbox"/> Solteiro (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> União consensual, união estável	<input type="checkbox"/> Viúvo (a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a)
--	--

5. Na escola, qual o último nível de ensino e a última série / grau que concluiu? <input type="checkbox"/> Ensino fundamental - Última série concluída: ____ série Ensino Médio - Série: <input type="checkbox"/> 1º ano <input type="checkbox"/> 2º ano <input type="checkbox"/> 3º ano Técnico: <input type="checkbox"/> Qual curso? [Anotar] _____ Ensino Superior: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto - Qual curso? [Anotar] _____ <input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado
--

6. Dentre as alternativas abaixo, como você classificaria a cor da sua pele? <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela (oriental) <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Origem indígena <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Não sabe

Bloco 2 Informações Gerais sobre o seu Trabalho

1. Coloque o código correspondente ao cargo que você ocupa: CÓD. _____
2. Há quanto tempo você trabalha no serviço público? ____ anos ____ meses
3. Há quanto tempo você trabalha na unidade atual? ____ anos ____ meses
4. Você fez algum treinamento institucional para exercer sua função atual? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se SIM , por favor, especifique qual _____
5. Seu vínculo de trabalho atual é: <input type="checkbox"/> Municipal com concurso <input type="checkbox"/> Municipalizado - Qual vínculo? [Anotar] _____ <input type="checkbox"/> Contratado sem concurso <input type="checkbox"/> Estagiário



6. Exerce cargo de:		
<input type="checkbox"/> 1 Nível elementar	<input type="checkbox"/> 2 Nível médio	<input type="checkbox"/> 3 Nível superior
<input type="checkbox"/> 4 Estagiário Ensino Superior	<input type="checkbox"/> 5 Estagiário Ensino Médio	
7. Seu regime de trabalho é:		
<input type="checkbox"/> 1 Diurno	<input type="checkbox"/> 2 Noturno	
<input type="checkbox"/> 3 Diurno em Regime de plantão	<input type="checkbox"/> 4 Noturno em Regime de plantão	
8. Qual a sua jornada real neste trabalho no município?		
<input type="checkbox"/> 1 Jornada semanal 8 horas	<input type="checkbox"/> 4 Jornada semanal 20 horas	<input type="checkbox"/> 7 Jornada semanal 36 horas
<input type="checkbox"/> 2 Jornada semanal 10 horas	<input type="checkbox"/> 5 Jornada semanal 24 horas	<input type="checkbox"/> 8 Jornada semanal 40 horas
<input type="checkbox"/> 3 Jornada semanal 12 horas	<input type="checkbox"/> 6 Jornada semanal 30 horas	<input type="checkbox"/> 9 Jornada semanal 44 horas
9. Você possui outro trabalho?		
<input type="checkbox"/> 1 Sim, na Prefeitura de BH	<input type="checkbox"/> 5 Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada com carteira assinada	
<input type="checkbox"/> 2 Sim, em outra Prefeitura	<input type="checkbox"/> 6 Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada sem carteira assinada	
<input type="checkbox"/> 3 Sim, no Estado		
<input type="checkbox"/> 4 Sim, no nível Federal		

Bloco 3 Sobre o seu Ambiente de Trabalho

1. Em geral, a ventilação do seu local de trabalho é:			
<input type="checkbox"/> 2 Precária	<input type="checkbox"/> 1 Razoável	<input type="checkbox"/> 0 Satisfatória	
2. Em geral, a temperatura do seu local de trabalho é:			
<input type="checkbox"/> 2 Precária	<input type="checkbox"/> 1 Razoável	<input type="checkbox"/> 0 Satisfatória	
3. Em geral, a iluminação em seu local de trabalho é:			
<input type="checkbox"/> 2 Precária	<input type="checkbox"/> 1 Razoável	<input type="checkbox"/> 0 Satisfatória	
4. Em geral, você considera as cadeiras e as mesas do seu local de trabalho:			
<input type="checkbox"/> 2 Precária	<input type="checkbox"/> 1 Razoável	<input type="checkbox"/> 0 Satisfatória	
5. Em geral, os recursos técnicos e equipamentos do seu local de trabalho são:			
<input type="checkbox"/> 2 Precários	<input type="checkbox"/> 1 Razoáveis	<input type="checkbox"/> 0 Satisfatórios	
6. No seu setor, existem equipamentos de proteção individual à sua disposição?			
<input type="checkbox"/> 0 Sim	<input type="checkbox"/> 1 Não	<input type="checkbox"/> 2 Não sei o que é isso	
Quais são eles? [ANOTAR] _____			
7. Você utiliza estes equipamentos?			
<input type="checkbox"/> 0 Sim	<input type="checkbox"/> 1 Não	<input type="checkbox"/> 3 Não se aplica	
Em caso afirmativo, qual(is)? _____			
8. A relação entre as exigências de suas tarefas e os recursos disponíveis para sua realização é:			
<input type="checkbox"/> 0 Boa	<input type="checkbox"/> 1 Regular	<input type="checkbox"/> 2 Ruim	<input type="checkbox"/> 3 Muito ruim
9. Você entra em contato com materiais biológicos, como sangue, fezes, urina, saliva, líquido amniótico etc?			
<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Raramente	<input type="checkbox"/> 2 Às vezes	<input type="checkbox"/> 3 Sempre
10. Você entra em contato com radiação ionizante (raio X, tomografia, radioterapia, radiofármacos)?			
<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Raramente	<input type="checkbox"/> 2 Às vezes	<input type="checkbox"/> 3 Sempre
11. Você entra em contato com gases anestésicos?			
<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Raramente	<input type="checkbox"/> 2 Às vezes	<input type="checkbox"/> 3 Sempre



12. Você entra em contato com anti-sépticos, como PVP-I, álcool iodado, clorexidine, álcool etílico a 70%?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
13. Você entra em contato com agentes citotóxicos (quimioterápicos)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
14. Você prepara e/ou administra medicamentos?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
15. Durante seu horário de trabalho, você adota posturas que podem gerar dores ou desconforto muscular no trabalho ou fora do trabalho?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
16. Seu trabalho exige que você fique em pé por muito tempo?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
17. Seu trabalho exige que você fique sentado por muito tempo?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
18. Seu trabalho exige que você ande muito?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
19. Seu trabalho exige que você levante, carregue ou empurre peso excessivo?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
20. Seu trabalho exige que você ajude o paciente a se movimentar ou levantar?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
21. Você fica sem fazer pausas durante a jornada?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
22. Você trabalha em rodízio de turnos?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
23. Você trabalha no turno noturno?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
24. Em geral, o ruído originado no seu local de trabalho é?	<input type="checkbox"/> Desprezível	<input type="checkbox"/> Razoável	<input type="checkbox"/> Elevado	<input type="checkbox"/> Insuportável
25. Em geral, o ruído originado fora do seu local de trabalho é?	<input type="checkbox"/> Desprezível	<input type="checkbox"/> Razoável	<input type="checkbox"/> Elevado	<input type="checkbox"/> Insuportável
26. Já tomou a vacina contra Febre Amarela?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não sei/não me lembro	
Em caso afirmativo, há quanto tempo?	<input type="checkbox"/> Menos de 10 anos	<input type="checkbox"/> Mais de 10 anos		
27. Já tomou a vacina Anti-Rábica?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não sei/não me lembro	
Em caso afirmativo, você recebeu:	<input type="checkbox"/> 1 dose	<input type="checkbox"/> 2 doses	<input type="checkbox"/> 3 doses	<input type="checkbox"/> Não sei/não me lembro
28. Já tomou a vacina contra Hepatite B?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não sei/não me lembro	
Em caso afirmativo, você recebeu:	<input type="checkbox"/> 1 dose	<input type="checkbox"/> 2 doses	<input type="checkbox"/> 3 doses	
29. Já tomou a vacina contra Rubéola, Sarampo e Caxumba (tríplice viral)?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não sei/não me lembro	
Em caso afirmativo, você recebeu:	<input type="checkbox"/> 1 dose	<input type="checkbox"/> 2 doses		
30. Já tomou a vacina contra Tétano?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não sei/não me lembro	
Em caso afirmativo, você recebeu?	<input type="checkbox"/> Menos de 3 doses	<input type="checkbox"/> 3 doses ou mais, sendo a última há mais de 10 anos	<input type="checkbox"/> 3 doses ou mais, sendo a última há menos de 10 anos	



31. Já tomou a vacina contra Tuberculose (BCG)? 0 Não 1 Sim 2 Não sei/não me lembro

32. Já tomou a vacina contra Varicela? 0 Não 1 Sim 2 Não sei/não me lembro
 Em caso afirmativo, você recebeu: 1 1 dose 2 2 doses

33. No setor onde você trabalha existe:

Recursos	0 Não	1 Sim
1. Recursos materiais suficiente para realizar as tarefas		
2. Tempo disponível para você se alimentar		
3. Lanche oferecido pelo empregador no local de trabalho		
4. Copa/refeitório		
5. Sala de descanso		
6. Acesso a sanitários para os trabalhadores no local de trabalho		
7. Escaninhos para guardar pertences		

34. No caso de não existir copa ou refeitório, três ou mais vezes por semana você almoça ou janta:

- 1 Em casa
 1 No próprio local de trabalho em condições confortáveis
 1 No próprio local de trabalho em condições desconfortáveis
 1 Em restaurantes ou lanchonetes próximos ao seu local de trabalho
 1 Em restaurantes ou lanchonetes distantes do seu local de trabalho
 1 Não se aplica

Bloco 4 Características Psicossociais do Trabalho

Para as questões abaixo assinale a resposta que melhor corresponda à sua situação de trabalho. Às vezes nenhuma das opções de resposta corresponde exatamente a sua situação; neste caso, escolha aquela que mais se aproxima de sua realidade.

1. Meu trabalho requer que eu aprenda coisas novas. 1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
2. Meu trabalho envolve muita repetitividade. 1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
3. Meu trabalho requer que eu seja criativo. 1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
4. Meu trabalho permite que eu tome muitas decisões por minha própria conta. 1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
5. Meu trabalho exige um alto nível de habilidade. 1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
6. Em meu trabalho, eu tenho pouca liberdade para decidir como eu devo fazê-lo. 1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
7. Em meu trabalho, posso fazer muitas coisas diferentes. 1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
8. O que tenho a dizer sobre o que acontece no meu trabalho é considerado. 1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente



<p>9. No meu trabalho, eu tenho oportunidade de desenvolver minhas habilidades especiais.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente</p>
<p>10. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito rapidamente.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente</p>
<p>11. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito duro.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente</p>
<p>12. Meu trabalho exige muito esforço físico.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente</p>
<p>13. Eu não sou solicitado para realizar um volume excessivo de trabalho.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente</p>
<p>14. O tempo para realização das minhas tarefas é suficiente.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente</p>
<p>15. Meu trabalho exige atividade física rápida e contínua.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente</p>
<p>16. Algumas demandas que eu tenho que atender no meu trabalho estão em conflito umas com as outras.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente</p>
<p>17. Eu freqüentemente trabalho durante o meu almoço ou durante as pausas para terminar meu trabalho.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente</p>
<p>18. Meu trabalho me exige muito emocionalmente.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente</p>
<p>19. Em meu trabalho, eu preciso suprimir minhas verdadeiras emoções.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente</p>
<p>20. Meu chefe/coordenador preocupa-se com o bem-estar de sua equipe de trabalho.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente</p> <p>8 <input type="checkbox"/> Não tenho supervisor</p>
<p>21. Meu supervisor me trata com respeito.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente</p> <p>8 <input type="checkbox"/> Não tenho supervisor</p>
<p>22. Meu chefe/coordenador me ajuda a fazer meu trabalho.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente</p> <p>8 <input type="checkbox"/> Não tenho supervisor</p>
<p>23. Meu chefe/coordenador é bem sucedido em promover o trabalho em equipe.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente</p> <p>8 <input type="checkbox"/> Não tenho supervisor</p>
<p>24. As pessoas no meu trabalho são amigáveis.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente</p>
<p>25. As pessoas com quem trabalho ajudam-se umas às outras a fazer o trabalho.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente</p>



26. Eu sou tratado/a com respeito pelos meus colegas de trabalho. <input type="checkbox"/> 1 Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 2 Discordo <input type="checkbox"/> 3 Concordo <input type="checkbox"/> 4 Concordo fortemente
27. Existe um sentimento de união entre as pessoas com quem eu trabalho. <input type="checkbox"/> 1 Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 2 Discordo <input type="checkbox"/> 3 Concordo <input type="checkbox"/> 4 Concordo fortemente
28. Meu grupo de trabalho toma decisões democraticamente. <input type="checkbox"/> 1 Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 2 Discordo <input type="checkbox"/> 3 Concordo <input type="checkbox"/> 4 Concordo fortemente
29. Minhas possibilidades de desenvolvimento na carreira e de promoções são boas. <input type="checkbox"/> 1 Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 2 Discordo <input type="checkbox"/> 3 Concordo <input type="checkbox"/> 4 Concordo fortemente

Por favor, assinale até que ponto você concorda ou discorda das afirmativas abaixo.
 Agradecemos por responder a todas as afirmativas.

1. No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado pela pressão do tempo. <input type="checkbox"/> 1 Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 2 Discordo <input type="checkbox"/> 3 Concordo <input type="checkbox"/> 4 Concordo fortemente
2. Assim que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas do trabalho. <input type="checkbox"/> 1 Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 2 Discordo <input type="checkbox"/> 3 Concordo <input type="checkbox"/> 4 Concordo fortemente
3. Quando chego em casa, eu consigo relaxar e “me desligar” facilmente do meu trabalho. <input type="checkbox"/> 1 Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 2 Discordo <input type="checkbox"/> 3 Concordo <input type="checkbox"/> 4 Concordo fortemente
4. As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho. <input type="checkbox"/> 1 Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 2 Discordo <input type="checkbox"/> 3 Concordo <input type="checkbox"/> 4 Concordo fortemente
5. O trabalho não me deixa; ele ainda está na minha cabeça quando vou dormir. <input type="checkbox"/> 1 Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 2 Discordo <input type="checkbox"/> 3 Concordo <input type="checkbox"/> 4 Concordo fortemente
6. Não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje. <input type="checkbox"/> 1 Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 2 Discordo <input type="checkbox"/> 3 Concordo <input type="checkbox"/> 4 Concordo fortemente
7. No trabalho, levando em conta todo o meu esforço e conquistas, eu recebo o respeito e o reconhecimento que mereço. <input type="checkbox"/> 1 Concordo <input type="checkbox"/> 2 Discordo ➡ E com isso, eu fico: <input type="checkbox"/> 1 Nem um pouco estressado <input type="checkbox"/> 2 Um pouco estressado <input type="checkbox"/> 3 Estressado <input type="checkbox"/> 4 Muito estressado
8. Minhas chances futuras no trabalho estão de acordo com meu esforço e conquistas. <input type="checkbox"/> 1 Concordo <input type="checkbox"/> 2 Discordo ➡ E com isso, eu fico: <input type="checkbox"/> 1 Nem um pouco estressado <input type="checkbox"/> 2 Um pouco estressado <input type="checkbox"/> 3 Estressado <input type="checkbox"/> 4 Muito estressado
9. Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado. <input type="checkbox"/> 1 Concordo <input type="checkbox"/> 2 Discordo ➡ E com isso, eu fico: <input type="checkbox"/> 1 Nem um pouco estressado <input type="checkbox"/> 2 Um pouco estressado <input type="checkbox"/> 3 Estressado <input type="checkbox"/> 4 Muito estressado
10. Você está satisfeito (a) com o seu trabalho? <input type="checkbox"/> 1 Não estou satisfeito (a) de forma nenhuma <input type="checkbox"/> 2 Não estou satisfeito (a) <input type="checkbox"/> 3 Estou satisfeito (a) <input type="checkbox"/> 4 Estou muito satisfeito (a)
11. Você se candidataria ao seu emprego novamente? <input type="checkbox"/> 1 Sim, sem hesitação <input type="checkbox"/> 2 Sim, depois de refletir sobre isto <input type="checkbox"/> 3 Definitivamente não



Bloco 5 Atividades Domésticas e Hábitos de Vida

Abaixo estão listadas algumas tarefas da casa (atividades domésticas)

Contando com você, quantas pessoas vivem na sua casa?

1. Quais as atividades domésticas, listadas abaixo, que você faz?

Atividade	0 Não	1 Sim	2 Não se aplica
2. Cuidar das crianças?			
3. Cuidar da limpeza?			
4. Cozinhar?			
5. Lavar roupa?			
6. Passar roupa ?			
7. Feira/ supermercado			
8. Levar filho à escola			
9. Pequenos consertos			
10. Cuidar de idosos ou de pessoas doentes			

11. Você é o/a principal responsável pelas atividades domésticas na sua casa?

Não Sim

12. Nas últimas duas semanas, você realizou atividades domésticas?

- Todos os dias da semana
 Três ou mais dias na semana
 Um ou dois dias na semana
 Apenas no final de semana
 Não realizou atividades domésticas

13. Você participa de atividades regulares de lazer?

Sim Não - Se **SIM**: de qual tipo de atividade?

Atividades culturais (cinema, teatro, exposição) Atividades sociais (visita amigos, festa, barzinho)

Atividades físicas (caminhadas, exercícios, prática de esportes etc)

Com que frequência você realiza as atividades físicas?

Nunca 1 a 2 vezes por semana 3 ou mais vezes por semana

14. Considerando como fumante quem já fumou pelo menos 100 cigarros, ou 5 maços, você se classifica como:

Não fumante Ex-fumante Fumante atual

15. Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?

Sim Não

16. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber? Sim Não

17. Sente-se aborrecido consigo mesmo (a) pela maneira como costuma beber? Sim Não

18. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? Sim Não

19. Atualmente, você está fazendo uso de medicamento prescrito por médico para (marque quantas opções forem necessárias):

Hipertensão arterial Depressão ou ansiedade Reumatismo Diabetes
 Alterações do sono Outros Nenhum

Bloco 6 Qualidade de Vida

Por favor, circule o número que lhe parece a melhor resposta.

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem boa	Boa	Muito boa
1. Como você avaliaria sua Qualidade de vida?	1	2	3	4	5



As questões abaixo abordam o **grau de satisfação** que você sente e sentiu a respeito de alguns aspectos de sua vida nas **últimas duas semanas**.

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
3. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, colegas)?	1	2	3	4	5
4. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

Bloco 7 Aspectos Relacionados à sua Saúde

1. Você possui diagnóstico médico das doenças listadas abaixo?

Diabetes	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Tuberculose	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Gastrite	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Obesidade	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Úlcera	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Pressão alta	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Hepatite	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Câncer	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Infecção urinária	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	LER/DORT	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Rinite/sinusite	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Depressão	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Asma	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Distúrbios do sono	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Disfonia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Lombalgia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Outro(s)? [ANOTAR] _____

2. Abaixo estão listados alguns problemas de saúde. Se você não possui o problema, assinale **Nunca**. Se você **sente o problema**, assinale com que frequência que ele acontece.

Problema	1 Nunca	2 Raramente	3 Pouco Freqüente	4 Freqüente	5 Muito Freqüente
Dor nos braços					
Dor nas pernas					
Dor nas costas					
Fadiga					
Problemas de pele					
Problemas digestivos					
Cansaço mental					
Nervosismo					
Esquecimento					
Sonolência					
Insônia					
Irritação					

3. Nas **duas últimas semanas**, você tem sentido cansaço para falar?

Não De vez em quando Diariamente

4. Nas **duas últimas semanas**, você percebe piora na qualidade de sua voz?

Não De vez em quando Diariamente



5. Nos **últimos 12 meses**, você faltou ao trabalho por problemas de saúde? Não Sim
 Se **SIM**, por qual motivo? _____

6. Nos **últimos 12 meses**, você teve licença médica ou foi afastado do trabalho? Não Sim
 Se **SIM**, por qual motivo? _____

7. Já teve alguma doença ocupacional ou profissional (diagnosticada por médico)?
 Não Sim
 Em caso afirmativo, qual? _____
 Há quanto tempo? _____ anos _____ meses
Houve emissão da CAT? Sim Não Não sei o que é CAT

8. Nos **últimos 12 meses**, você sofreu algum acidente de trabalho que o colocou em contato direto com sangue, escarro ou outros líquidos corporais do paciente?
 Em caso afirmativo, qual tipo de líquido (s) corporal(is) _____
Houve emissão da CAT? Sim Não Não sei o que é CAT

9. Você procurou obter a **Orientação para acidente de trabalho com exposição a material biológico de risco na rede municipal de saúde de Belo Horizonte**?
 Sim Não Não tenho conhecimento da existência dessa Orientação

10. As próximas questões estão relacionadas a situações que você pode ter vivido nos últimos 30 DIAS. Se você sentiu a situação descrita nos últimos **30 DIAS** responda **SIM**. Se você não sentiu a situação, responda **NÃO**. Se você está incerto sobre como responder uma questão, dê a melhor resposta que você puder.

1 - Dorme mal?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
2 - Tem má digestão?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
3 - Tem falta de apetite?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
4 - Tem tremores nas mãos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
5 - Assusta-se com facilidade?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
6 - Você se cansa com facilidade?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
7 - Sente-se cansado(a) o tempo todo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
8 - Tem se sentido triste ultimamente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
9 - Tem chorado mais do que de costume?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
10 - Tem dores de cabeça freqüentemente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
11 - Tem tido idéia de acabar com a vida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
12 - Tem dificuldade para tomar decisões?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
13 - Tem perdido o interesse pelas coisas?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
14 - Tem dificuldade de pensar com clareza?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
15 - Você se sente pessoa inútil em sua vida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
16 - Tem sensações desagradáveis no estômago?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
17 - Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
18 - É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
19 - Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
20 - Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não



Bloco 8 Atos de Violência - Vitimização

1. Você sente sua segurança pessoal ameaçada no seu trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2. Você sente-se ameaçado quanto à segurança de seus pertences e bens pessoais no trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3. Nos últimos 12 meses , houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a usuário dos serviços (durante o seu trabalho)? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Com frequência
4. Nos últimos 12 meses , houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a outro colega de trabalhos (durante o seu trabalho)? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Com frequência
5. Você já pensou em mudar o seu local de trabalho em função de episódios de agressão ou ameaça vivenciada durante o seu trabalho ? <input type="checkbox"/> Nunca pensei <input type="checkbox"/> Já pensei algumas vezes <input type="checkbox"/> Pensei com frequência

Esta seção trata de atos de violência **FORA** do trabalho dos quais você pode ter sido vítima nos **últimos 12 meses**. Por favor, responda às seguintes questões:

6. Você sofreu alguma agressão nos últimos 12 meses (fora do trabalho)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se sim, quem praticou a agressão? <input type="checkbox"/> Paciente/ usuário do serviço de saúde <input type="checkbox"/> Esposo (a) <input type="checkbox"/> Amigo (a) <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Irmão/irmã <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Filho (a) <input type="checkbox"/> Vizinho (a) <input type="checkbox"/> Desconhecido (a) <input type="checkbox"/> Outros - Especifique _____
7. Qual foi o tipo de agressão (fora do trabalho)? <input type="checkbox"/> Física - Especifique _____ <input type="checkbox"/> Psicológica - Especifique _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Negligência <input type="checkbox"/> Atos de destruição <input type="checkbox"/> Xingamentos <input type="checkbox"/> Outros - Especifique _____
8. Você foi vítima de algum acidente de trânsito nos últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9. Qual seu vencimento bruto mensal relativo a este trabalho? R\$ _____

10. Se você desejar fazer algum comentário ou registro, por favor, utilize o espaço abaixo:

Muito obrigado por sua colaboração!!



ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Emprego, trabalho e saúde no setor saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO

Estudo quantitativo

Estamos convidando você a participar de uma pesquisa que será realizada na Faculdade de Medicina da UFMG. A pesquisa **emprego, trabalho e saúde no setor saúde** pretende descrever as características ocupacionais e sócio-demográficas dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, sorteados aleatoriamente. Caso concorde em participar desta pesquisa, você deverá responder ao questionário de caráter confidencial e individual. Sua participação neste estudo é voluntária e você poderá não concordar em fazer parte da nossa amostra sem que isto traga qualquer prejuízos no seu trabalho.

Todas as informações obtidas serão guardadas em segurança pelo pesquisador, sendo tais informações sigilosas. Você será identificado por um número e seu nome não será divulgado. Todos os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para esta pesquisa científica e somente terão acesso a eles os pesquisadores envolvidos no projeto. Seu nome não será identificado em nenhuma publicação que resultar deste estudo

Caso tenha dúvidas ou necessite obter outras informações, favor entrar em contato com Maria Núbia Alves Cruz (3409-9711) ou Ada Ávila Assunção (3409-9815). Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte no endereço Avenida Afonso Pena, 2336 - 9º andar, Bairro Funcionários, ou pelo telefone 3277-5309; ou com o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais no endereço Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, Campus Pampulha, ou pelo telefone (031) 3499-4592.

Consentimento:

Declaro que li e entendi todas as informações contidas neste Termo de Consentimento, que concordo com as propostas aqui descritas e que recebi uma cópia do mesmo com a minha assinatura. Decido participar da pesquisa **emprego, trabalho e saúde no setor saúde** respondendo ao questionário, ciente de que posso negar a minha participação no momento que desejar.

Local e data:

Nome:

Assinatura:

Assinatura do responsável pela pesquisa:

**ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE**



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE (CEP-SMSA/PBH)**

Avaliação de projeto de pesquisa - **Protocolo 054/2006**

Projeto: Condições de Emprego, Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores de Saúde'


Pesquisadora: Maria Cristina Ramos de Vasconcelos

Pesquisador Responsável:

- 1) Ada Avila Assunção (coordenação)
- 2) Soraya Almeida Delisário (coordenação)
- 3) Luciana Souza d'Avila (Bolsista do Projeto)
- 4) Maria Cristina Ramos de Vasconcelos Coelho (Mestranda / Programa de Pós-graduação em Saúde Pública/UFMG)
- 5) Vivian Patricia Andrade de Souza (Bolsista do Projeto)
- 6) Juliana da Costa Martins

O projeto acima referido cumpriu os requisitos da resolução 196/96 da CONEP, tendo sido aprovado na reunião do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final deste, se em prazo inferior a um ano.


Celeste de Souza Rodrigues
Coordenadora do CEP-SMSA/PBH

Belo Horizonte, 01 de dezembro de 2006

**ANEXO D - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

	<p>Universidade Federal de Minas Gerais Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP</p>
--	--

Parecer nº. ETIC 542/07

**Interessado(a): Profa. Ada Ávila Assunção
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina-UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 28 de novembro de 2007, o projeto de pesquisa intitulado **"Condições de emprego, condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.



**Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**