



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA – UEFS  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO ACADÊMICO

LAÍS BARBOSA SOUZA VILAS BÔAS

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOS DISTÚRBIOS  
PSÍQUICOS MENORES EM PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA

FEIRA DE SANTANA

2018

LAÍS BARBOSA SOUZA VILAS BÔAS

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOS DISTÚRBIOS  
PSÍQUICOS MENORES EM PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Acadêmico da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como pré-requisito para obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Epidemiologia.

Linha de Pesquisa: Saúde, Trabalho e Ambiente.

Orientador: Prof. Dr. Carlito Lopes Nascimento Sobrinho.

FEIRA DE SANTANA

2018

### **Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado**

Vilas Bôas, Laís Barbosa Souza

V752p      Prevalência e fatores associados aos distúrbios psíquicos menores em profissionais da Estratégia Saúde da Família./Laís Barbosa Souza Vilas Bôas. – 2018.

117f.: il.

Orientador: Carlito Lopes Nascimento Sobrinho

Dissertação (mestrado) –Universidade Estadual de Feira de Santana. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2018.

1.Transtornos mentais – Pessoal de saúde 2.Atenção primária à saúde. 3.Saúde do trabalhador – Feira de Santana. I.Nascimento Sobrinho, Carlito Lopes, orient. II.Universidade Estadual de Feira de Santana. III.Título.

CDU: 614 (814.22)

Maria de Fátima de Jesus Moreira – Bibliotecária – CRB5/1120

VILAS BÔAS, L. B.S. Prevalência e fatores associados aos distúrbios psíquicos menores em profissionais da Estratégia Saúde da Família. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Feira de Santana-Ba, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana, 26 de abril de 2018.

#### BANCA EXAMINADORA

Prof.<sup>a</sup> Dra. Márcia Oliveira Staffa Tironi

Titulação: Doutora em Medicina e Saúde pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Instituição: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosely Cabral de Carvalho

Titulação: Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo

Instituição: Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof. Dr. Carlito Lopes Nascimento Sobrinho

Titulação: Doutor em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia

Instituição: Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof.<sup>a</sup> Maria Conceição Oliveira Costa

Titulação: Doutora em Medicina e Ciências Aplicadas à Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo.

Instituição: Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof.<sup>a</sup> Darci de Oliveira Santa Rosa

Titulação: Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo

Instituição: Universidade Federal da Bahia

*Sendo eu, um aprendiz  
A vida já me ensinou que besta  
É quem vive triste  
Lembrando o que faltou*

*Magoando a cicatriz  
E esquece de ser feliz  
Por tudo que conquistou*

*Afinal, nem toda lágrima é dor  
Nem toda graça é sorriso  
Nem toda curva da vida  
Tem uma placa de aviso  
E nem sempre o que você perde  
É de fato um prejuízo*

*O meu ou o seu caminho  
Não são muito diferentes  
Tem espinho, pedra, buraco  
Pra mode atrasar a gente*

*Mas não desanime por nada  
Pois até uma topada  
Empurra você pra frente*

*Tantas vezes parece que é o fim  
Mas no fundo, é só um recomeço  
Afinal, pra poder se levantar  
É preciso sofrer algum tropeço*

*Acredite no poder da palavra desistir  
Tire o D, coloque o R  
Que você tem Resistir*

*Uma pequena mudança  
Às vezes traz esperança  
E faz a gente seguir*

*Continue sendo forte  
Tenha fé no Criador  
Fé também em você mesmo  
Não tenha medo da dor*

*Siga em frente a caminhada  
E saiba que a cruz mais pesada  
O filho de Deus carregou.*

*(Bráulio Bessa)*

*Quanto (tempo, esforço, dedicação) você deve investir em seus sonhos?  
Quanto for necessário!*

*(Laís Vilas Bôas)*

*“A persistência é a maior aliada dos seus sonhos.”*

*(Autor desconhecido)*

*“Viver é para os insistentes!”*

*(Eliane Brum)*

*Lembraí do tempo que levastes para chegar aqui,  
de todas as vitórias e lágrimas,  
de todos os sorrisos e fracassos.*

*Lembraí dos sonhos realizados,  
das frustrações,  
das decepções colhidas.*

*Lembraí de tudo o que passou.  
Ganhastes mais força,  
mais sabedoria  
e finalmente podes olhar para o que há diante de ti  
e perceber  
que apenas chegastes ao começo.  
– Seja bem-vindo ao começo!*

*(Augusto Branco)*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu Deus que jamais me desampara. Aquele que sussurrou “Vá à luta, que eu cuido das feridas”. Aquele que me embalou em seu colo acolhedor e me ajudou a suportar o cumprimento do meu tempo de esperas. Aquele que me mostra diariamente o seu cuidado e o seu amor. A Ele toda honra e toda glória!

Ao meu pai Paulo César (*in memoriam*), pelo dom da vida. À minha mãezinha querida, Raidalva, pela força, amor, garra e retidão, com os quais me criou e me guiou pelos caminhos do bem, me ensinando a lutar pelos sonhos, sem agredir ou diminuir ninguém, inclusive a mim mesma. Ao meu segundo pai que Deus me deu, Antônio Carlos, pelo carinho discreto, porém, nítido e vivo.

Ao Meu Amor Sidicley, mais um lindo presente divino, “desde que você entrou na minha vida, tudo se transformou, os meus dias não foram mais iguais”. Obrigada por todo amor e compreensão, pela parceria, pelas noites em claro divididas, pelos ouvidos e pelo ombro amigo nos dias mais escuros; e pelo abraço e aconchego nos dias de luz. “Com você sou melhor, com você vou mais longe. Com você, não tenho medo de sonhar, pois sei que ao meu lado está”. “Dio come ti amo!”

À minha família (meus irmãos, cunhadas, sobrinhos e sogra) e também aos meus amigos, pelo carinho e apoio constantes, pelo acompanhamento das lutas diárias, pelas orações, pela compreensão diante das minhas ausências, por toda torcida durante esta caminhada.

Ao meu grande amigo Daniel, por toda força e inspiração. Porque descobrimos juntos o amor pela docência ao longo da graduação, porque começamos a luta pela entrada no mestrado juntos, porque ele foi o pioneiro no ingresso ao mundo acadêmico, abriu as portas e mostrou que era possível esse caminho para nós. Por me conduzir e me pegar na mão, quando pensei em fraquejar e me apontar novos rumos. Por torcer e vibrar comigo com esta conquista.

À professora Tânia, que me acolheu no Núcleo de Epidemiologia, abrindo as janelas para imensidão do mundo acadêmico, pela primeira vez, me senti incluída neste universo.

Agradeço pela sua abertura e disposição em dar oportunidade a todos aqueles a buscam. Por conseguir enxergar além, sentir nossos desejos e anseios por trás da busca pela oportunidade.

Admiro-a pelo seu engajamento e dinamismo, mas principalmente, pelo brilho nos olhos depois de tantos anos de docência, olhar nítido como o do um girassol, que irradia luz, força e deslumbramento diante da eterna novidade do mundo.

Ao meu orientador, Professor Carlito, o primeiro rosto que se tornou conhecido para mim aqui no programa, o professor simpático, que sempre participava da aplicação das provas e das entrevistas nos processos seletivos. Que teve sensibilidade de compreender o que a linguagem verbal não seria capaz de expressar, a mensagem implícita no meu choro, a linguagem da alma. Quis o destino que esse professor simpático fosse meu orientador, meu guia, meu mestre, nesta caminhada. Agradeço-o imensamente, por acreditar em mim, por ter me concedido a valiosa oportunidade de estar aqui e concretizar este grande sonho. Pela serenidade e leveza durante todo o processo, por ter compreendido meu ritmo e movimento mais lento, nesta etapa final e respeitá-lo, por todo aprendizado compartilhado, minha profunda admiração e gratidão.

Agradeço carinhosamente às professoras Márcia Tironi e Rosely Carvalho, membros da Banca Examinadora, que me honraram com a leitura desta dissertação e contribuíram para o aperfeiçoamento deste trabalho e para meu aprimoramento pessoal e acadêmico, com suas sugestões e palavras de encorajamento.

Aos mestres, pelos ensinamentos partilhados, por nos transmitirem a dedicação, o amor e a responsabilidade como elementos fundamentais para o exercício da docência no ensino superior e para o desenvolvimento da pesquisa científica.

Aos secretários do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Jorge e Goreth, pela disponibilidade e cuidado com os mestrandos, ao longo desta jornada. A S. Raimundo, guarda patrimonial, pela atenção e apoio contínuos, sempre com uma palavra amiga e prontidão para colaborar no que fosse possível.

Aos amigos de turma, que trilharam juntos essa viagem no Trem da Peleja dos Sujeitos. Obrigada pela partilha do aprendizado, tanto nas estações alegres e descontraídas como nas mais turbulentas e tensas. Pelo companheirismo que nos uniu ao longo desta viagem. Pelas lições extraclasse de união, solidariedade e suporte uns aos outros, nas paradas da vida. Aos membros da Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística pelo acolhimento, pela troca de experiências e pelas contribuições para o desenvolvimento e enriquecimento desta dissertação. Especialmente, ao Professor Davi Félix, por toda dedicação, generosidade e cuidado, com os quais se dispôs a me auxiliar nessa caminhada. Ao Professor Éder Rodrigues, pela sua colaboração e apoio durante esse processo. À professora Gabriella Barbosa que lançou bem as primeiras sementes, das quais brotaram os frutos deste trabalho. À Núbia Samara, que chegou a pouco, mas com quem estabeleci rápida sintonia e empatia. Um agradecimento especial ao Professor Carlos Alberto Lima, pela atenção e disposição em ajudar durante a reta (meio oblíqua) final deste trabalho, com todo carinho e paciência.

A todos os profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, que participaram desta pesquisa na expectativa de dias melhores e ambientes de trabalho mais prazerosos e saudáveis.

Ao final, fica a certeza de que nada alcançamos sozinhos, todas as conquistas são a soma de esforços e contribuições de diferentes anjos-amigos que encontramos e que nos acompanham ao longo desta fascinante e intensa jornada do mestrado e da vida.

A todos, a minha mais sincera gratidão!

## RESUMO

### PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOS DISTÚRBIOS PSÍQUICOS MENORES EM PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família estão expostos a situações desgastantes e a diferentes fatores de risco em suas atividades laborais, que podem ocasionar danos à sua saúde física e mental e, assim, afetar negativamente os resultados do trabalho e a qualidade da assistência prestada. O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência e os fatores associados aos Distúrbios Psíquicos Menores em médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família, de Feira de Santana, Bahia. Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal, populacional, desenvolvido em todas as Unidades de Saúde da Família de Feira de Santana, Bahia. Foi utilizado um questionário autoaplicável e padronizado, que avaliou os dados sociodemográficos, as características ocupacionais, os aspectos psicossociais do trabalho, por meio do *Job Content Questionnaire* e os Distúrbios Psíquicos Menores, por meio do *Self Reporting Questionnaire*. A prevalência global foi de 22,0%, sendo que entre os cirurgiões-dentistas foi de 24,2%; entre as enfermeiras foi de 22,5%; e entre os médicos de 19,6%. Observou-se associação entre Distúrbios Psíquicos Menores e sexo feminino, idade inferior ou igual a 38 anos, sobrecarga de atividades domésticas, não realização de atividades de lazer, não realização de atividade física, vínculo empregatício cooperativado, ter outro vínculo empregatício, alta demanda psicológica, baixo controle sobre o trabalho, baixo apoio social e situação de alta exigência. A situação de trabalho de alta exigência permaneceu associada à prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores no modelo final, após análise de regressão logística multivariada, indicando que as dimensões psicossociais do trabalho assumem papel relevante na ocorrência de sofrimento psíquico entre os trabalhadores estudados. Constatou-se a vulnerabilidade dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde ao sofrimento psíquico, sinalizando a necessidade do desenvolvimento de ações de promoção e proteção à saúde e, também, de intervenções direcionadas para esse grupo ocupacional. Alerta-se, ainda, para a necessidade de melhorias nas condições e na forma de organização do trabalho, a fim de minimizar as fontes geradoras de sofrimento, buscando a transformação deste contexto de trabalho, a fim de construir um cenário propício à saúde do trabalhador.

**DESCRITORES:** Transtornos Mentais, Saúde do Trabalhador, Atenção Primária à Saúde, Pessoal de Saúde.

## ABSTRACT

### PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH THE MINOR PSYCHIC DISORDERS IN PROFESSIONALS OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY

Family Health Strategy professionals are exposed to stressful situations and to different risk factors in their work activities, which can cause damage to their physical and mental health and, therefore, negatively affect the results of the work and the quality of care provided. The objective of this study was to estimate the prevalence and factors associated with Minor Psychiatric Disorders in physicians, nurses and dentists of the Family Health Strategy, in Feira de Santana, Bahia. This is a cross-sectional, population-based epidemiological study, developed in all Health Units of the Family of Feira de Santana, Bahia. A self-administered and standardized questionnaire was used to evaluate sociodemographic data, occupational characteristics, psychosocial aspects of the work, through the *Job Content Questionnaire* and the Minor Psychic Disorders, through the *Self Reporting Questionnaire*. The overall prevalence was 22,0%, among dentists, it was 24,2%; among nurses, it was 22,5%; and among physicians, it was 19,6%. It was observed an association between Minor Psychic Disorders and female gender, age less than or equal to 38 years, overload of domestic activities, do not engage in leisure activities, not doing physical activity, employment relationship by cooperative, have another employment relationship, high psychological demand, low control over work, low social support and high-strain job. The high-strain job remained associated with the prevalence of Minor Psychiatric Disorders in the final model, after analysis of multivariate logistic regression, indicating that the psychosocial dimensions of work assume a relevant role in the occurrence of psychological suffering among the workers studied. It was verified the vulnerability of the workers of the Primary Attention to the Health to the psychological suffering, indicating the need to develop actions to promote and protect health, as well as, interventions aimed at this occupational group. It was also alerted to the need for improvements in the conditions and form of work organization, in order to minimize sources of suffering, seeking the transformation of this work context in health, in order to build a work environment favorable to worker health.

**DESCRIPTORS:** Mental Disorders. Health Personnel. Primary Health Care. Occupational Health.

## LISTA DE QUADRO E FIGURAS

**Figura 1.** Modelo Demanda-Control de Karasek.....27

### **Artigo 1:**

**Figura 1.** Fluxograma do processo de seleção dos estudos.....82

**Quadro 1.** Apresentação das dimensões analisadas nos estudos incluídos na revisão sistemática.....87

### **Artigo 2:**

**Figura 1.** Distribuição dos profissionais da Estratégia Saúde da Família segundo as situações de trabalho, propostas pelo modelo demanda-control de Karasek e presença de Distúrbio Psíquico Menor. Feira de Santana-Bahia, 2011.....53

## LISTA DE TABELAS

### Artigo 1:

<b>Tabela 1.</b> Caracterização dos estudos segundo autor(es), ano de publicação, local onde foi realizado e periódico.....	83
<b>Tabela 2.</b> Características sociodemográficas das populações ou amostras dos estudos incluídos na revisão sistemática.....	84
<b>Tabela 3.</b> Características ocupacionais das populações ou amostras dos estudos incluídos na revisão sistemática.....	86

### Artigo 2:

<b>Tabela 1.</b> Prevalência, razão de prevalência e intervalo de confiança em 95% segundo características sociodemográficas, hábitos de vida e Distúrbios Psíquicos Menores em profissionais da Estratégia Saúde da Família, de Feira de Santana, Bahia, 2011.....	50
<b>Tabela 2.</b> Prevalência, razão de prevalência e intervalo de confiança em 95% segundo características ocupacionais e Distúrbios Psíquicos Menores, dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, de Feira de Santana, Bahia, 2011.....	52
<b>Tabela 3.</b> Prevalência, razão de prevalência e intervalo de confiança em 95% segundo os grupos do Modelo Demanda-Controle e Distúrbios Psíquicos Menores em profissionais da Estratégia Saúde da Família, de Feira de Santana, Bahia, 2011.....	53
<b>Tabela 4.</b> Razão de prevalência bruta e ajustada e intervalo de confiança em 95% para Distúrbios Psíquicos Menores, segundo as variáveis que permaneceram no modelo de regressão logística multivariada. Feira de Santana, 2011.....	54

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DPM – Distúrbios Psíquicos Menores

DSM-IV – Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª Edição

ESF – Estratégia Saúde da Família

IC – Intervalo de Confiança

JCQ - *Job Content Questionnaire*

MDC – Modelo demanda-controle

MRL – Modelo de Regressão Logística

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OR – *Odds Ratio*

PSF – Programa Saúde da Família

RP – Razão de Prevalência

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SRQ – *Self Reporting Questionnaire*

SSAEE – Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística

STATA – *Statistics Data Analysis*

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UEFS – Universidade Estadual de Feira de Santana

USF – Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>19</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo geral</b>	<b>19</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>19</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>20</b>
<b>3.1</b>	<b>Relação entre trabalho e saúde/saúde mental</b>	<b>20</b>
<b>3.2</b>	<b>Aspectos psicossociais do trabalho, estresse ocupacional e o Modelo Demanda-Controle</b>	<b>23</b>
<b>3.3</b>	<b>O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família</b>	<b>28</b>
<b>3.4</b>	<b>Os Distúrbios Psíquicos Menores</b>	<b>30</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>34</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo do estudo</b>	<b>34</b>
<b>4.2</b>	<b>Local do estudo</b>	<b>34</b>
<b>4.3</b>	<b>População do estudo</b>	<b>35</b>
<b>4.4</b>	<b>Instrumento de coleta de dados</b>	<b>35</b>
<b>4.5</b>	<b>Variáveis do estudo</b>	<b>37</b>
4.5.1	Variável de exposição principal	37
4.5.2	Variável desfecho	37
4.5.3	Covariáveis	38
<b>4.6</b>	<b>Análise de dados</b>	<b>38</b>
<b>4.7</b>	<b>Aspectos éticos</b>	<b>39</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>40</b>
<b>5.1</b>	<b>Artigo 1 – (Apêndice A)</b>	<b>76</b>
<b>5.2</b>	<b>Artigo 2</b>	<b>41</b>
<b>6</b>	<b>LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS</b>	<b>66</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>67</b>

<b>REFERÊNCIAS</b>	68
<b>APÊNDICE</b>	75
<b>Apêndice A – (Artigo 1)</b>	76
<b>ANEXOS</b>	101
<b>Anexo A – Autorização para uso de banco de dados</b>	102
<b>Anexo B – Questionário</b>	103
<b>Anexo C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa</b>	115
<b>Anexo D – Autorização da Seção de Capacitação Permanente</b>	116
<b>Anexo E – Termo de consentimento livre e esclarecido</b>	117

## 1 INTRODUÇÃO

O trabalho assume um papel central na vida do indivíduo em sociedade, indo muito além do ato de trabalhar ou de vender sua força de trabalho em busca de remuneração. Existe uma remuneração social pelo trabalho, quando o mesmo promove a pertença a grupos e a direitos sociais. O trabalho possui também uma função psíquica, uma vez que envolve processos de reconhecimento, gratificação, mobilização da inteligência, ligando-se à constituição da identidade e da subjetividade (HELOANI; LANCMAN, 2004).

Esta atividade sempre esteve presente na vida do homem, entretanto, após o advento da Revolução Industrial, com a consolidação do sistema capitalista e ampla aplicação dos princípios tayloristas/fordistas, para racionalizar o trabalho no setor industrial, a dinâmica de trabalho passou a ser baseada no cumprimento de metas, incentivo à competitividade, falta de reconhecimento, cargas horárias excessivas de trabalho, ritmo acelerado de produção, somada a condições inadequadas de trabalho (MERLO; LAPIS, 2007).

No entanto, essas mudanças no mundo do trabalho não se restringiram ao setor industrial, geraram também precarização no setor saúde, causando medo, isolamento e submissão dos trabalhadores à falta de reconhecimento profissional, à instabilidade e precarização dos contratos de trabalho, ritmo intenso e jornadas de trabalho prolongadas, baixos salários e perda do controle sobre sua atividade (NASCIMENTO SOBRINHO *et al.*, 2006; BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

Pesquisas recentes que investigaram a relação entre trabalho e saúde observaram que a precarização do trabalho tem sido responsável pela piora das condições de saúde e pela mudança do perfil epidemiológico de adoecimento dos trabalhadores, com destaque para o aumento da ocorrência dos transtornos mentais (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010). Assim, os transtornos mentais relacionados ao trabalho, atualmente, são considerados um problema de saúde pública devido sua alta prevalência e consequências como o absenteísmo, incapacidades para o trabalho e aposentadoria precoce (CARVALHO; ARAÚJO; BERNARDES, 2016).

Os Distúrbios Psíquicos Menores têm elevada prevalência entre os trabalhadores, atingindo cerca de 30% dessa população (BRASIL, 2001). Estes referem-se a um conjunto de sinais e sintomas que incluem insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Tais sintomas não correspondem a nenhuma categoria diagnóstica, contudo, são expressões de sofrimento psíquico, por vezes incapacitante e podem

se constituir como uma importante causa de dias de trabalho perdidos, portanto, requerem atenção e cuidado (GOLDBERG; HUXLEY, 1992).

De acordo com a literatura, os “Distúrbios Psíquicos Menores” podem ter outras denominações, pode-se citar como exemplo, “Transtornos Mentais Comuns”. Neste estudo, optou-se pela denominação “Distúrbios Psíquicos Menores” (DPM).

Esses distúrbios podem ser causados por diversos fatores, como atributos pessoais, aspectos sociais e familiares e aspectos do trabalho. Entre os aspectos relacionados ao ambiente profissional destacam-se o desemprego, a baixa renda, a exclusão do mercado de trabalho formal, elevadas demandas psicológicas, baixo controle sobre o trabalho e baixo apoio social (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; CARVALHO; ARAÚJO; BERNARDES, 2016).

Os trabalhadores de setores onde existem elevadas demandas psicossociais devido às características estressantes associadas ao tipo de trabalho desenvolvido, como a área de saúde, estão mais vulneráveis ao adoecimento psíquico e sofrimento. Diversos estudos apontam elevada prevalência de DPM entre trabalhadores da saúde, entretanto, a maioria desses estudos avaliaram trabalhadores no contexto hospitalar. Deste modo, faz necessária a análise desses aspectos no contexto da rede básica de atenção à saúde, para obter mais informações sobre o nível de sofrimento psíquico nesse grupo, bem como, sobre os fatores associados a sua ocorrência (CARVALHO; ARAÚJO; BERNARDES, 2016).

A Atenção Primária à Saúde (APS) corresponde ao primeiro nível de atenção à saúde, de acordo com o modelo adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), compreendendo um conjunto de ações individuais e coletivas de promoção, proteção e recuperação da saúde, desenvolvidas sob a forma de trabalho em equipe multiprofissional, com práticas dirigidas a populações de territórios bem delimitados, de uma área sob a sua reponsabilidade sanitária, considerando seu ambiente físico e social, visando à substituição do modelo de saúde centrado no hospital e na figura do médico (BRASIL, 2012).

Frente à proposta desse novo modelo de atenção à saúde, as equipes lidam com uma complexa organização laboral, o que exige profissionais capacitados e qualificados, para exercerem múltiplas atribuições com elevado grau de responsabilidade, a fim de que possam prestar um atendimento resolutivo e satisfatório à população que está sob seus cuidados (MOREIRA *et al.*, 2016b).

Além disso, os trabalhadores da APS estão expostos a outros eventos estressores como a sobrecarga de trabalho, devido a grande demanda de atendimentos; falta de investimentos no setor, que se manifestam em precárias condições estruturais e materiais; vínculos

trabalhistas instáveis; unidades inseridas em ambientes marcados por pobreza e desigualdades sociais, entre outros. Desse modo, nota-se que esses trabalhadores encontram-se suscetíveis ao desenvolvimento do estresse laboral e sofrimento psíquico (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; KATSURAYAMA *et al.*, 2013; MOREIRA *et al.*, 2016b).

Apesar disso, ainda são raros os estudos relacionados aos DPM em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; DILELIO *et al.*, 2012; MOREIRA *et al.*, 2016a, MOREIRA *et al.*, 2016b). Desta forma, visando contribuir com a ampliação dos conhecimentos sobre as características do trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) e os seus possíveis efeitos na saúde mental dos trabalhadores, este estudo parte da seguinte questão norteadora: Qual a prevalência e os fatores associados aos DPM em médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da ESF, de Feira de Santana, Bahia?

Diante da escassez de publicações voltadas para essa temática e grupo ocupacional, este trabalho é relevante para produzir evidências científicas acerca das características psicossociais e ocupacionais dos profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da ESF e suas possíveis repercussões na saúde mental destes trabalhadores. Os resultados do mesmo poderão subsidiar o planejamento e a implantação de ações promotoras de saúde e qualidade de vida para estes trabalhadores da saúde.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Estimar a prevalência e os fatores associados aos DPM em médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da ESF, de Feira de Santana, Bahia.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e ocupacional dos médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da ESF, de Feira de Santana, Bahia;
- Descrever os hábitos de vida de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da ESF, de Feira de Santana, Bahia.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Relação entre trabalho e saúde/saúde mental**

Desde a Antiguidade, existem indícios da relação entre trabalho e saúde/doença, entretanto, foi a partir da Revolução Industrial que a saúde dos trabalhadores passou a receber mais atenção, devido ao grande impacto social que as mudanças introduzidas no modo de produção, trouxeram para a vida e a saúde das pessoas. Este período caracterizou-se pelo êxodo rural e concentração de novas populações urbanas, péssimas condições de trabalho, com extensas jornadas de trabalho, emprego de mulheres e crianças, baixos salários, falta de higiene, promiscuidade, esgotamento físico, frequentes acidentes de trabalho, alta morbidade e mortalidade (MAGALHÃES, 2011; BARBOSA, 2014).

Diante deste cenário, estabeleceu-se os precursores para o desenvolvimento da Medicina do Trabalho, que caracteriza-se pela presença de um médico no interior das fábricas. Esse profissional de saúde tinha a função de identificar os riscos e agravos relacionados à saúde dos trabalhadores, com o intuito de que eles retornassem o mais rápido possível para a linha de produção. Observa-se que a preocupação não estava voltada para a saúde do trabalhador, mas, para a manutenção da força de trabalho ativa, que era de fundamental importância naquele período de industrialização emergente (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

A Medicina do Trabalho centrava-se na figura do médico e orientava-se pela teoria da unicausalidade, onde para cada doença havia um agente etiológico. Transferindo essa concepção para o âmbito do trabalho, verificava-se a tendência a isolar riscos específicos e atuação sobre as consequências, a partir da medicalização de sinais e sintomas (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Frente à relativa impotência da Medicina do Trabalho para intervir sobre os danos à saúde decorrentes dos processos de produção, surgiu a especialidade denominada Saúde Ocupacional, com o objetivo de intervir nos locais de trabalho, visando controlar os riscos ambientais, diminuindo assim as mortes e os gastos com a saúde dos trabalhadores. Essa especialidade trouxe avanços ao adotar uma proposta interdisciplinar, relacionando o ambiente de trabalho e o corpo do trabalhador, e ao incorporar a teoria da multicausalidade,

na qual um conjunto de fatores de risco é considerado na produção da doença (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; LACAZ, 2007).

O Modelo da Saúde Ocupacional, contudo, também se mostrou insuficiente, pois, mantinha o mesmo referencial adotado pela Medicina do Trabalho, que desconsiderava a organização/divisão do trabalho: o ritmo; a duração da jornada de trabalho; o trabalho em turnos; a fragmentação/conteúdo de tarefas; o controle da produtividade, cujas consequências para a saúde expressam-se como doenças crônico-degenerativas e distúrbios mentais dos trabalhadores (LACAZ, 2007).

A insatisfação com o Modelo da Saúde Ocupacional atrelada às mudanças sociais ocorridas nos países desenvolvidos no contexto da relação trabalho/saúde (novas políticas de saúde e segurança do trabalhador resultantes de movimentos sociais e trabalhistas) impulsionaram a adoção de um novo pensar, que resultou no surgimento do campo Saúde do Trabalhador (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; LACAZ, 2007; MAGALHÃES, 2011).

Saúde do Trabalhador é campo de práticas e conhecimentos cujo enfoque teórico-metodológico, no Brasil, emerge da Saúde Coletiva, buscando conhecer (e intervir) (n)as relações trabalho e saúde-doença, tendo como referência central o surgimento de um novo ator social: a classe operária industrial, numa sociedade que vive profundas mudanças políticas, econômicas, sociais. Ao contrapor-se aos conhecimentos e práticas da Saúde Ocupacional, objetiva superá-los, identificando-se a partir de conceitos originários de um feixe de discursos dispersos formulados pela Medicina Social Latino-Americana, relativos à *determinação social* do processo saúde-doença; pela Saúde Pública em sua *vertente programática* e pela Saúde Coletiva ao abordar o sofrer, adoecer, morrer das classes e grupos sociais inseridos em *processos produtivos* (LACAZ, 2007, p. 757, grifo do autor).

Através da articulação dos conhecimentos da Medicina Social, Saúde Pública e Saúde Coletiva, esse novo campo do conhecimento inaugura a compreensão de que o processo de trabalho pode ser danoso à saúde, não se restringindo às suas características ambientais, apontando outras determinações para o sofrimento, mal-estar e a doença dos trabalhadores, que estariam associados às relações sociais que se estabelecem no processo de trabalho (SATO; LACAZ; BERNARDO, 2006).

A partir de então, adota-se uma perspectiva de interação entre o biológico e o psíquico no contexto do trabalho, constituindo um nexos psicofísico indissociável, cujo desequilíbrio, mediado pelas relações sociais, pode desencadear uma série de distúrbios, classificados como doenças, mal-estares difusos, sofrimentos e danos que se somam às clássicas doenças ocupacionais, acidentes de trabalho e às doenças relacionadas ao trabalho (SATO; LACAZ; BERNARDO, 2006).

Esta visão indica que além das consequências mais diretas e específicas das condições e ambientes de trabalho sobre a saúde, como aquelas decorrentes de agentes de natureza física, química e biológica, também é importante desvendar as conexões entre trabalho e subjetividade (SATO; LACAZ; BERNARDO, 2006).

Os estudos de Dejours (2015) trouxeram grandes contribuições nesse sentido. Ao analisar a psicodinâmica das situações de trabalho, o autor observou que o trabalho humano assume um caráter paradoxal, os aspectos dessa atividade podem ser fonte de prazer ou sofrimento, favorecendo a saúde ou a doença. Pode ser um espaço de reafirmação da autoestima, de desenvolvimento de habilidades, de expressão das emoções, o que o torna um espaço de construção da história individual e de identidade social. Ou, pode ser fonte de tensão e desprazer gerando um aumento da carga psíquica, que sem possibilidade de alívio, pode dar origem ao sofrimento e à patologia.

Dejours (2015) afirma que as condições físicas, químicas e biológicas do ambiente de trabalho prejudicam a saúde física do trabalhador, enquanto a organização do trabalho exerce impacto sobre o seu aparelho psíquico. A organização do trabalho compreende a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade. Diante disso, o autor destaca que a organização do trabalho exerce importante papel sobre os efeitos positivos ou negativos no funcionamento psíquico e na saúde mental do trabalhador.

Apesar de o trabalho possibilitar vivências de prazer e/ou sofrimento, a depender das condições do seu contexto, ao longo do tempo e devido às transformações ocorridas no mundo do trabalho decorrentes do modo de produção capitalista, o trabalho tem sido marcado pela dor, adoecimento e morte, resultado das diferentes formas de exploração às quais os homens vêm sendo submetidos (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

Levando em consideração esta realidade, o próximo capítulo abordará os aspectos relacionados à dimensão psicossocial do trabalho, buscando compreender a sua conexão com o estresse ocupacional, especialmente, entre os trabalhadores da saúde. Também será explanado o Modelo Demanda-Controle proposto por Robert Karasek para o estudo dos aspectos psicossociais do trabalho.

### 3.2 Aspectos psicossociais do trabalho, estresse ocupacional e o Modelo Demanda-Controle

Em publicação recente, sobre os riscos emergentes e novos modelos de prevenção, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) classificou os aspectos ou fatores psicossociais do trabalho e o estresse laboral como riscos emergentes e relacionados com as novas características do mundo do trabalho (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2010).

Os fatores psicossociais no trabalho consistem em um conjunto de percepções e experiências acerca das interações entre o trabalho e as características pessoais do trabalhador. Ou seja, seriam o resultado da inter-relação entre o ambiente de trabalho, satisfação no trabalho, condições da organização e as competências, necessidades, cultura e estilo de vida do trabalhador (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 1984).

No campo da saúde ocupacional, Araújo *et al.* (2016) afirmam que estudos sobre os aspectos psicossociais do trabalho observaram que existe no ambiente laboral fatores capazes de gerar sofrimento e adoecimento. De acordo com Silva *et al.* (2015), aspectos da organização, gestão e processo de trabalho, e as relações humanas estão entre os principais fatores psicossociais do trabalho geradores de estresse.

Ruiz e Araújo (2012) ao discutirem sobre subjetividade, saúde e segurança no trabalho chamam atenção para a importância de incluir os aspectos subjetivos nos atuais modelos de gestão dos riscos ocupacionais, pois, em geral, estes privilegiam os aspectos objetivos (químicos, físicos e biológicos). Ressalvam que, as medidas normalizadoras ou prescritivas utilizadas até então, não são suficientes para contemplar os fatores psicossociais, que dizem respeito às dimensões imateriais do trabalho, as quais também podem causar danos, colocar em perigo a saúde e a segurança do trabalhador ou causar impacto na produção.

Nesse sentido, é notório que elementos percebidos na situação de trabalho podem agir como estressores e desencadear situações de tensão e estresse. Sendo que, se estes estressores persistirem por um longo período e os sujeitos perceberem sua capacidade de enfrentamento insuficiente, então, tais estressores poderão produzir reações de estresse psicológico, físico e de conduta, o que poderá conduzir eventualmente à doença e ao absenteísmo (FIGUEROA *et al.*, 2001).

Entende-se por estresse ocupacional o conjunto de fenômenos associados ao estresse, que se manifestam no ambiente de trabalho (LIPP, 2001). Segundo Santos e Cardoso (2010),

o estresse ocupacional é definido como um processo estressor-resposta, enfatizando conjuntamente os fatores do trabalho que excedem a capacidade de enfrentamento do indivíduo (estressores organizacionais), bem como, as respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais resultantes dos eventos avaliados como estressores, o que ressalta a importância da percepção pessoal como mediadora do impacto do estressor no indivíduo.

Os estressores organizacionais podem ser classificados em: físicos, sociais e emocionais. Os fatores físicos correspondem à temperatura, barulho, vibração, poluidores do ar, lesões físicas, máquinas perigosas, animais perigosos e substâncias potencialmente explosivas ou tóxicas. Entre os fatores sociais estão: chefia, colegas de trabalho, clientes e outras pessoas as quais o relacionamento possa representar riscos de danos morais ou pessoais. Os fatores emocionais estão associados a prazos, risco percebido de lesão física, risco financeiro pessoal, necessidade de prestação de contas por tarefas de alto risco, medo de perder status, medo de fracasso e de desaprovação de outras pessoas importantes (ALBRECHT, 1988).

Algumas condições estressantes do ambiente laboral são: sobrecarga ou subcarga de trabalho; falta de controle sobre o trabalho, distanciamento entre os grupos de gestores e subordinados; isolamento social no ambiente de trabalho; conflito de papéis; conflitos interpessoais e falta de apoio social. Outros possíveis estressores podem ser: desejos frustrados; a insatisfação com relação a metas positivamente valorizadas; chefia excessivamente controladora; mudanças organizacionais; exigência de rapidez em realizar tarefa; fadiga por esforço físico importante; número excessivo de horas de trabalho; concorrência externa; entre outros (DELA COLETA, A.; DELA COLETA, M., 2008; SOUZA *et al.*, 2010).

Figuerola *et al.* (2001) advertem que, se as condições de trabalho forem permanentemente percebidas como estressantes, isto poderá refletir-se sobre o bem-estar psicológico e físico dos trabalhadores. Observa-se, assim, que o estresse ocupacional pode estar relacionado ao surgimento de doenças físicas e psíquicas nessa população.

Conforme Moreira *et al.* (2016b), em meio aos males que podem surgir em decorrência da exposição prolongada ao estresse no ambiente de trabalho, destacam-se os Distúrbios Psíquicos Menores, responsáveis por quadros de sofrimento psíquico, que provocam alterações fisiológicas e psicológicas significativas, comprometendo a qualidade de vida do indivíduo e, ainda, com a possibilidade de gerar graves incapacidades funcionais.

Dessa forma, compreende-se que o estresse ocupacional gera um impacto negativo na saúde dos trabalhadores e também no funcionamento das organizações, acarretando perda de

produtividade, diminuição da qualidade dos produtos e dos serviços prestados. Além disso, impacta negativamente também na economia, uma vez que, os trabalhadores estressados diminuem o seu desempenho e aumentam os custos das organizações com problemas de saúde, com aumento de absenteísmo, da rotatividade e do número de acidentes no local de trabalho (REIS; FERNANDES; GOMES, 2010; SANTOS; CARDOSO, 2010).

Ultimamente, tem crescido o interesse pelos estudos acerca do estresse ocupacional na literatura científica devido às repercussões das condições e da organização do trabalho na saúde e bem-estar dos trabalhadores e, conseqüentemente, no funcionamento e efetividade das organizações (REIS; FERNANDES; GOMES, 2010).

Deste modo, vários estudos investigaram a relação entre estresse e trabalho em diferentes categorias profissionais: trabalhadores da saúde, professores, policiais civis, mototaxistas, bancários, eletricitários (ARAÚJO *et al.*, 2005; DELA COLETA A.; DELA COLETA M., 2008; TIRONI *et al.*, 2009; SOUZA *et al.*, 2010; PETARLI *et al.*, 2015; TEIXEIRA *et al.*, 2015).

De acordo com Lipp (2005), a profissão desempenhada pela pessoa determina, consideravelmente, o nível de estresse ao qual ela está submetida. Nessa perspectiva, Sousa e Araújo (2015) destacam que, embora o estresse ocupacional esteja presente na maioria das atuações laborais, as categorias relacionadas ao cuidado do outro, como os profissionais de saúde, mostram-se mais vulneráveis aos efeitos negativos do estresse. Isto porque, a atuação em saúde envolve certas especificidades que podem se revelar como agentes estressores e prejudicar o bem-estar desses profissionais. É possível citar como exemplos: problemas de relacionamento com a equipe de trabalho, ambigüidade e conflito de funções, dupla jornada de trabalho, experiências empáticas de sofrimento, pressões exercidas pelos superiores, pacientes e familiares.

No caso do trabalho desenvolvido na ESF, além dessas especificidades, as equipes lidam com uma complexa organização laboral, o que exige profissionais capacitados e qualificados, para exercerem múltiplas atribuições com elevado grau de responsabilidade, a fim de que possam prestar um atendimento resolutivo e satisfatório à população que está sob seus cuidados. Desse modo, nota-se que esses trabalhadores encontram-se suscetíveis ao desenvolvimento do estresse laboral, que, por sua vez, pode estar implicado no desenvolvimento de sofrimento psíquico (MOREIRA *et al.*, 2016b).

Martins (2011) considera extremamente relevante o desenvolvimento de pesquisas sobre a relação entre o estresse ocupacional e os seus reflexos na saúde dos profissionais da

ESF, tendo em vista a importância que estes profissionais assumem para a organização do sistema de saúde do país, como preconizado na Política Nacional de Atenção Básica.

Na mesma direção, Silva e Silva (2015) defendem que é fundamental a compreensão dos processos que se desenvolvem no e por meio do trabalho, para que seja possível formular intervenções em situações de trabalho adversas, com o intuito de minimizar as diversas fontes geradoras de sofrimento e otimizar as fontes prazerosas do trabalho, objetivando a transformação dos ambientes organizacionais. As autoras enfatizam também a relevância das diretrizes e políticas públicas no âmbito de prevenção e promoção de qualidade de vida dos trabalhadores, para alcançar as mudanças desejadas nas condições de trabalho da nossa sociedade atual.

O Modelo Demanda-Controle (MDC), proposto por Karasek (1979), tem sido considerado um modelo de referência para os estudos que avaliam a dimensão psicossocial do trabalho, devido ao seu alto poder explanatório e vem sendo utilizado amplamente em estudos nacionais e internacionais (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; SCHMIDT, 2013).

Esse modelo contempla duas dimensões psicossociais do trabalho, como o próprio nome sugere: a demanda psicológica advinda do trabalho e o controle sobre este (aspectos específicos do processo de trabalho). A combinação de tais dimensões permite distinguir situações de trabalho específicas que podem gerar riscos diferenciados à saúde do trabalhador (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

Posteriormente, foi incluída uma terceira dimensão ao MDC – a percepção de apoio social do trabalho, que refere-se à integração social, confiança no grupo, ajuda por parte de colegas e superiores na realização das tarefas, características que podem atuar como fatores de proteção em relação aos efeitos do desgaste no trabalho sobre a saúde (SCHMIDT, 2013).

A “demanda psicológica” diz respeito às exigências psicológicas as quais o trabalhador é submetido na realização de suas tarefas, como pressão de tempo, nível de concentração requerida, interrupção de tarefas e necessidade de se esperar pelas atividades realizadas por outros trabalhadores. O “controle” no trabalho envolve dois componentes: os aspectos referentes ao uso de habilidades (grau de inovação, repetitividade, criatividade, tarefas variadas e desenvolvimento de habilidades individuais que o trabalho promove) e a autoridade decisória (habilidade individual para a tomada de decisões sobre o próprio trabalho, influência do grupo de trabalho e a influência na política gerencial) (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

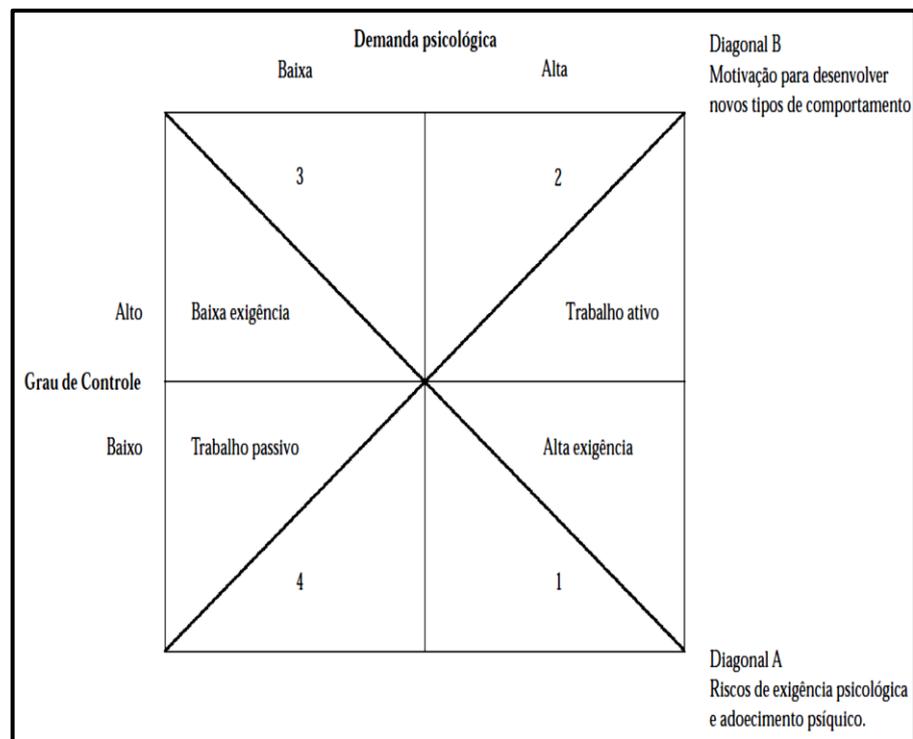
O MDC apresenta quatro tipos básicos de experiência no trabalho, a partir da combinação entre os níveis “alto” e “baixo” de demanda psicológica e controle, a saber: 1)

“alta exigência do trabalho” (alta demanda e baixo controle); 2) “trabalho ativo” (alta demanda e alto controle); 3) “baixa exigência do trabalho” (baixa demanda e alto controle); 4) “trabalho passivo” (baixa demanda e baixo controle). Essas quatro combinações, que correspondem a situações específicas do trabalho, podem ser ilustradas por quadrantes atravessados pelas Diagonais A e B, como observado na Figura 1 (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

A Diagonal A representa o risco de adoecimentos físicos e psíquicos. Acredita-se que a maior parte das reações adversas das exigências psicológicas, como fadiga, ansiedade, depressão e doença física resultam da alta demanda de trabalho e grau de controle baixo sobre o mesmo, que caracteriza a condição de “alta exigência no trabalho” (quadrante 1) (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

A Diagonal B marca a motivação para desenvolver novos padrões de comportamento. Porém, segundo o MDC, o trabalho na condição do quarto quadrante (trabalho passivo) tende a declinar a atividade global do indivíduo e a reduzir sua capacidade de resolução de problemas (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

**Figura 1.** Modelo Demanda-Controle de Karasek



Fonte: Karasek (1979)

Para mensurar esses aspectos psicossociais do trabalho e seus efeitos sobre a saúde dos trabalhadores, Karasek (1985) construiu o *Job Content Questionnaire*, compreendendo a estrutura social e psicológica das situações de trabalho. Este instrumento é especificamente elaborado para estressores relacionados ao ambiente de trabalho. Demonstra um bom desempenho em diferentes situações de trabalho, sendo seu uso indicado na realidade brasileira (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

Buscando maiores esclarecimentos acerca dos aspectos psicossociais envolvidos no contexto da Atenção Primária à Saúde, o capítulo subsequente apresentará de modo mais profundo as características do trabalho em saúde, principalmente, os atributos do processo de trabalho na ESF, pensando nas possíveis repercussões destes atributos no processo saúde/doença dos profissionais de saúde nela atuam.

### **3.3 O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família**

O mercado de trabalho em saúde, constituído por um conjunto de sistemas e subsistemas de saúde, gera mais de dois milhões e quinhentos mil empregos diretos de saúde e outros milhares indiretos, existindo mais de um milhão e meio de trabalhadores qualificados nesta área, representando, portanto, um segmento de grande importância para a economia brasileira (MACHADO, 2012).

Nessa esfera do trabalho em saúde, os trabalhadores também estão sujeitos à lógica atual do capitalismo. A forma de organização do trabalho “minimax” (mínimo investimento, máxima produtividade) não se restringe mais ao mundo empresarial. Já se propagou por quase todos os âmbitos da vida humana, individual e coletiva, adentrando, inclusive em áreas que tradicionalmente, sempre tiveram certa autonomia e independência, como a saúde. (BERNARDO *et al.*, 2011). Assim, os trabalhadores da saúde vêm sendo submetidos à instabilidade e precarização dos contratos de trabalho, ritmo intenso e jornadas de trabalho prolongadas, redução da remuneração e perda do controle de sua atividade (NASCIMENTO SOBRINHO *et al.*, 2006).

No que tange o campo específico de atuação no SUS, Machado (2012) ressalta que a falta de políticas adequadas de gestão de trabalho, desde a implementação do sistema na década de 90, contribuiu fortemente para a precarização dos vínculos empregatícios.

[...] o SUS passou a década de sua implementação sem se preocupar com seus trabalhadores, sem elaborar uma efetiva política de recursos humanos compatível com sua concepção universalista. Isso permitiu, entre outras questões: 1) que os trabalhadores não tivessem perspectiva alguma de carreira profissional; 2) que a renovação e a expansão de novos profissionais não se dessem de forma correlata em termos constitucionais, e sim por meio da precarização do trabalho, criando um exército de trabalhadores sem direitos sociais e trabalhistas [...] (MACHADO, 2012, p. 273).

Além disso, os profissionais das instituições de saúde vivenciam situações desgastantes em suas práticas clínicas e estão expostos a uma série de fatores físicos, químicos, psicossociais, ergonômicos e biológicos, elementos que favorecem o aparecimento de doenças ou sofrimento psíquico e afetam negativamente os resultados do trabalho e a qualidade da assistência ofertada pelos trabalhadores aos usuários (CHIODI; MARZIALE, 2006; ALVES *et al.*, 2015).

A realidade dos profissionais que atuam na ESF não é diferente. Neste contexto, os profissionais de saúde também estão expostos a situações desgastantes e a fatores de riscos, que podem ocasionar danos à sua saúde física e mental. A sobrecarga de trabalho, reflexo da grande demanda de atendimentos; a elevada quantidade de famílias sob a responsabilidade da equipe multiprofissional; a falta de investimentos no setor; a precariedade nas condições estruturais e materiais de trabalho; a precariedade dos vínculos trabalhistas; são apontadas como algumas dificuldades decorrentes das condições e organização do trabalho na ESF (KATSURAYAMA *et al.*, 2013).

A Saúde da Família, inicialmente chamada de Programa Saúde da Família (PSF) no momento de sua criação, no ano de 1994, posteriormente denominada ESF, em 1997, é entendida como uma abordagem de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (BRASIL, 1997).

Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias cadastradas, localizadas em uma área geográfica delimitada, atuando com ações de promoção, proteção e recuperação em saúde. A ESF visa substituir o modelo tradicional de assistência hospitalar e curativo, pela atenção centrada na família, entendida a partir de seu ambiente físico e social, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde/doença (BRASIL, 1997).

Cada equipe multiprofissional de uma USF é composta, no mínimo, por um médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um cirurgião-dentista e um auxiliar de consultório dentário.

Outros profissionais de saúde também podem ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A USF pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade (BRASIL, 1997; BRASIL, 2000).

A ESF visa substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, resultante da integração das ações clínicas e de saúde coletiva e humanização das práticas de saúde, estimulando a construção de vínculos mais estreitos entre a Equipe de Saúde da Família e a comunidade assistida. Ela marca a inseparabilidade do trabalho clínico e a promoção de saúde, rompendo com a dicotomia entre ações de saúde pública e atendimento individual, bem como, entre as práticas educativas e assistenciais (SILVA, 2006).

Este modelo de atenção proposto pela ESF é recente e complexo, o que demanda dos profissionais diferentes habilidades para se adaptarem a essas novas exigências. Tais exigências associadas ao fato das USF, muitas vezes, estarem inseridas em ambientes marcados por pobreza e desigualdades sociais, deixam os trabalhadores expostos e vulneráveis ao surgimento de adoecimentos e sofrimento psíquico (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; MOREIRA *et al.*, 2016a).

O trabalho em saúde, bem como na ESF, apresenta características próprias que se refletem nos corpos e mentes dos trabalhadores. Nessa perspectiva, o último capítulo explanará acerca dos DPM, observando a inter-relação entre a manifestação de seus sintomas e os contextos de trabalho, mais especificamente, no campo da saúde.

### **3.4 Os Distúrbios Psíquicos Menores**

No mundo contemporâneo do trabalho, os aspectos sociais, econômicos e organizacionais, bem como, os processos psicossociais e suas repercussões sobre a subjetividade do trabalhador, geralmente, são minimizados ou ignorados (SELIGMANN-SILVA *et al.*, 2010). Entretanto, esta é uma problemática que merece atenção, pois, segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde, os DPM atingem cerca de 30% dos trabalhadores ocupados, na população geral (BRASIL, 2001).

A expressão “Distúrbios Psíquicos Menores” foi criada por Goldberg e Huxley (1992) para designar sintomas de insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de

concentração e queixas somáticas. Esse conjunto de sintomas também pode ser denominado como: “Distúrbios Psíquicos Comuns”, “Transtornos Mentais Comuns”, “Transtornos Mentais Menores”, “Transtornos Psiquiátricos Menores”, “Morbidades Psiquiátricas Menores”, “Problemas Psiquiátricos Menores”, entre outros.

Goldberg e Huxley (1992) explicam que estes distúrbios não psicóticos são comumente encontrados na população geral e sinalizam uma interrupção do funcionamento psíquico normal. Dejours (2015) considera os DPM como um mal-estar inespecífico, intermediário entre a saúde e a doença, mas que pode se tornar patológico, dependendo da frequência de sua ocorrência.

Vale ressaltar que os DPM referem-se a um quadro de sintomas que não correspondem às categorias nosológicas propostas pela Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID-10) ou pelo Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª Edição (DSM-IV). Porém, tais sintomas podem ocasionar sofrimento e incapacidade, constituindo-se como uma causa importante de dias de trabalho perdidos (GOLDBERG; HUXLEY, 1992).

Para mensuração dos casos positivos de DPM são utilizados instrumentos como o *Self Reporting Questionnaire*, que avalia aspectos relacionados à saúde mental. Este instrumento é recomendado pela Organização Mundial de Saúde para realização de rastreamento e triagem psiquiátrica, especialmente, em países em desenvolvimento. É destinado à detecção de sintomas, sugerindo um grau de suspeição de distúrbio psíquico, não estabelece diagnóstico específico, portanto, não substitui a entrevista psiquiátrica (SANTOS, 2006; GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008).

Estudos populacionais em países industrializados encontraram prevalência de DPM com variação de 7 a 30% (GOLDBERG; HUXLEY, 1992). No Brasil, estudo realizado em Pelotas/RS identificou prevalência de DPM de 22,7%, na população com idade igual ou superior a 15 anos (LIMA; SOARES; MARI, 1999). Já no Nordeste, na cidade de Olinda/PE observou-se, na população de mesma faixa etária, uma prevalência de DPM de 35% (LUDEMIR; MELO FILHO, 2002). Em Feira de Santana/BA, numa pesquisa realizada, no ano de 2007, prevalência de DPM foi de 29,9%, também numa população de 15 anos ou mais de idade residente na zona urbana (ROCHA *et al.*, 2010).

Diversos fatores têm sido associados à prevalência de DPM, entre os quais: atributos do indivíduo; aspectos sociais e familiares; e, aspectos do trabalho. No que se refere aos aspectos do trabalho, estão incluídos: a baixa renda, a exclusão do mercado de trabalho formal; o desemprego; e, em destaque, aparecem as altas demandas psicológicas no trabalho e o baixo controle sobre o trabalho (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

No que se refere à associação entre DPM e trabalho, vários estudos apontam elevadas ou significativas prevalências de DPM em populações de trabalhadores em diferentes contextos de trabalho, inclusive entre trabalhadores da saúde (FARIAS; ARAÚJO, 2011; ASSUNÇÃO; SILVA, 2013; COSTA; DIMENSTEIN; LEITE, 2014; BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; RODRIGUES *et al.*, 2014).

Entre os estudos desenvolvidos com profissionais da Atenção Básica, foram encontradas prevalências de DPM que oscilaram de 16% a 42,6% (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; DILELIO *et al.*, 2012; MOREIRA *et al.*, 2016a; MOREIRA *et al.*, 2016b). A partir dos resultados de sua pesquisa, Dilélio *et al.* (2012) concluíram que diversos elementos presentes na organização do trabalho mostram-se associados à vida mental do trabalhador e, quando esta organização nega a capacidade criativa do trabalhador, ao invés de desenvolver suas potencialidades, constitui-se em fonte de sofrimento e dano à saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), os transtornos mentais relacionados ao trabalho são resultado, não de fatores isolados, mas de contextos de trabalho em interação com os corpos e os aparatos psíquicos dos trabalhadores. As ações envolvidas no ato de trabalhar podem produzir desde disfunções e lesões biológicas até reações psíquicas nos trabalhadores, inclusive, podem desencadear processos psicopatológicos especificamente relacionados às condições do trabalho desempenhado pelo trabalhador.

Entre os possíveis contextos geradores de sofrimento estão: (a) a falta de trabalho ou a ameaça de perda de emprego; (b) o trabalho desprovido de significação, sem suporte social, não reconhecido; (c) situações de fracassos, acidente de trabalho ou mudança na posição hierárquica; (d) ambientes que impossibilitam a comunicação espontânea, a manifestação de insatisfações e as sugestões dos trabalhadores em relação à organização; (e) fatores relacionados ao tempo, o ritmo e o turno de trabalho; (f) jornadas longas de trabalho, ritmos intensos ou monótonos, submissão do trabalhador ao ritmo das máquinas; (g) pressão por produtividade; (h) altos níveis de concentração somados com o nível de pressão exercido pela organização do trabalho e (i) a vivência de acidentes de trabalho traumáticos (BRASIL, 2001).

Apesar do reconhecimento da inter-relação entre os contextos de trabalho e a saúde mental, como também, da alta prevalência dos distúrbios psíquicos relacionados ao trabalho, frequentemente, estes deixam de ser reconhecidos na avaliação clínica. Isto deve-se as próprias características dos distúrbios psíquicos, muitas vezes, mascarados por sintomas físicos e, também, devido à complexidade inerente ao ato de definir claramente a associação entre tais distúrbios e o trabalho desenvolvido pelo paciente (GLINA *et al.*, 2001).

Desse modo, considerando os poucos estudos que investigam a saúde mental dos Trabalhadores da Atenção Básica à Saúde (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; DILELIO *et al.*, 2012; MOREIRA *et al.*, 2016a; MOREIRA *et al.*, 2016b) e ponderando também as dificuldades de estabelecer onexo causal entre o trabalho e o diagnóstico dos distúrbios psíquicos (GLINA *et al.*, 2001) é fundamental o desenvolvimento de estudos como este, que avaliam a importância da situação de trabalho como um dos determinantes no processo saúde/doença, visando contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas e ações de proteção e promoção da saúde dos trabalhadores desta área.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Este trabalho foi um recorte do Projeto intitulado “Transtornos Mentais Comuns em Trabalhadores do Programa Saúde da Família de Feira de Santana, Bahia”, realizado pelo Prof. Dr. Carlito Lopes Nascimento Sobrinho, coordenador da Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística (SSAEE) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia.

Trata-se de um estudo epidemiológico, do tipo corte transversal, censitário. De acordo com Lopes (2013), o estudo de corte transversal busca verificar as possíveis relações entre a variável que representa o desfecho e as variáveis supostamente associadas a ele. Suas características essenciais são: mensurações feitas num único momento do tempo; útil quando se quer descrever variáveis e seus padrões de distribuição; e, constitui o único desenho que possibilita identificar a prevalência de um fenômeno de interesse. Suas principais vantagens incluem baixo custo e menor risco de perdas.

A pesquisa censitária caracteriza-se por um tipo de levantamento que recolhe informações de todos os integrantes do universo pesquisado (GIL, 2010). A maior vantagem desta abordagem é a exatidão das respostas, isto porque a margem de erro é teoricamente zero, visto que, todas as pessoas são entrevistadas. É mais indicada em pesquisas com grupos pequenos ou quando a amostra é especialmente grande em relação ao tamanho da população (BARBETTA, 2012).

### **4.2 Local de estudo**

O Projeto intitulado “Transtornos Mentais Comuns em Trabalhadores do Programa Saúde da Família de Feira de Santana, Bahia” foi desenvolvido em todas as USF do município de Feira de Santana, Bahia, no período de maio a setembro de 2011.

Feira de Santana é a segunda maior cidade do estado da Bahia, com área territorial de 1.337,993 km<sup>2</sup> e população estimada em 627.477 mil habitantes, para o ano de 2017

(INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018). A implantação da ESF em Feira de Santana ocorreu no ano 2000. No período em que o levantamento de dados foi realizado, o município possuía 77 USF, com 83 Equipes de Saúde da Família e 42 Equipes de Saúde Bucal (FEIRA DE SANTANA, 2012).

### **4.3 População do estudo**

A população deste estudo foi constituída por médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, que atuavam na ESF, em Feira de Santana, Bahia, no período da coleta de dados do Projeto “Transtornos Mentais Comuns em Trabalhadores do Programa Saúde da Família de Feira de Santana, Bahia” e aceitaram participar do mesmo, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram incluídos como participantes, todos os profissionais que desenvolviam atividades assistenciais há mais de um mês; e excluídos, os que se encontravam em atividades administrativas, afastados por licença maternidade ou por doença, ou, em gozo de férias no início da coleta de dados.

### **4.4 Instrumento de coleta de dados**

Este subprojeto utilizou o banco de dados do Projeto “Transtornos Mentais Comuns em Trabalhadores do Programa Saúde da Família de Feira de Santana, Bahia” (Vide autorização do responsável pelo banco de dados no **Anexo A**).

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário padronizado (**Anexo B**), de perguntas fechadas, individual e autoaplicável. Foram utilizadas as questões referentes aos: aspectos sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, ter filhos, renda); hábitos de vida (sobrecarga de atividades domésticas, participação em atividades de lazer, prática de atividade física, consumo de bebida alcoólica, tabagismo); informações gerais sobre o trabalho (categoria profissional, vínculo empregatício, tempo de trabalho na unidade, ter outro vínculo empregatício, carga horária semanal); aspectos psicossociais do trabalho (demanda, controle e suporte social); e aos DPM, para colher as informações

necessárias sobre os profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da ESF para realização desta pesquisa.

Os aspectos psicossociais do trabalho foram avaliados por meio do *Job Content Questionnaire* (JCQ) ou Questionário do Conteúdo do Trabalho, um instrumento criado por Karasek (1985) e validado no Brasil por Araújo e Karasek (2008). Este modelo compreende a estrutura social e psicológica da situação de trabalho, sendo aplicável a todos os tipos de trabalho. O JCQ não inclui escala de medidas para estressores não relacionados ao trabalho (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

A versão atual e recomendada do JCQ contém 49 questões, em escala tipo *Likert*, com as seguintes categorias: a) Controle sobre o trabalho, incluindo o uso de habilidades (6 questões), autoridade decisória (3 questões) e autoridade decisória no nível macro (8 questões); b) Demanda psicológica (9 questões); c) Demanda física (5 questões); d) Suporte social, proveniente da chefia (5 questões) e proveniente dos colegas de trabalho (6 questões); e) Insegurança no trabalho (6 questões); f) Uma questão sobre nível de qualificação exigida para o trabalho que é executado (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

A mediana foi utilizada como ponto de corte para dicotomizar as variáveis de demanda e de controle. Em seguida, foram estabelecidos quatro grupos como preconizado no modelo proposto por Karasek (1985): alta exigência, trabalho ativo, baixa exigência, trabalho passivo. Os trabalhadores que se enquadraram no quadrante denominado baixa exigência foram considerados não expostos. Aqueles que se encaixaram nos quadrantes de trabalho passivo e trabalho ativo foram identificados como exposições intermediárias. Os que se encontraram no quadrante de trabalho de alta exigência foram considerados em situação de elevada exposição (KARASEK, 1985).

Os DPM foram mensurados a partir do uso do *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Este instrumento, em sua versão com 20 questões, é indicado para rastreamento de transtornos não psicóticos. Foi desenvolvido por Harding *et al.* (1980), em estudo coordenado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e vem sendo utilizado em diferentes países para o rastreamento psiquiátrico. Sua validação brasileira foi realizada por Mari e Williams (1986). O SRQ-20 é recomendado, principalmente, para países em desenvolvimento devido à facilidade de uso e custo reduzido (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008).

O SRQ-20 é composto por questões dicotômicas (do tipo sim/não), sendo 04 sobre sintomas físicos e 16 sobre distúrbios psicoemocionais. Os escores do SRQ-20 estão relacionados à probabilidade de presença de DPM, com variação de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade), onde cada resposta afirmativa pontua com o

valor 1 para compor o escore final por meio do somatório destes valores (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008; GUIRADO; PEREIRA, 2016).

O ponto de corte para a suspeição dos DPM adotado nesta pesquisa foi de sete ou mais respostas positivas, baseado nos resultados do estudo de avaliação de desempenho do SRQ-20 de Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008), que identificou este ponto de corte como o mais adequado para esse instrumento independente do sexo.

## **4.5 Variáveis do estudo**

### **4.5.1 Variável de exposição principal**

Os aspectos psicossociais do trabalho (a situação de alta exigência comparada à situação de baixa exigência) foram considerados como variável de exposição principal neste estudo, sendo medidos através do JCQ. A mediana foi utilizada como ponto de corte para dicotomizar as variáveis de demanda e de controle. Em seguida, foram estabelecidos os quatro grupos preconizados no modelo proposto por Karasek (1985): alta exigência, baixa exigência, trabalho ativo e trabalho passivo. O JCQ demonstrou ser um importante instrumento para avaliar a associação entre aspectos psicossociais do trabalho e efeitos sobre a saúde dos trabalhadores, com bom desempenho na identificação de diferentes situações de trabalho (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

### **4.5.2 Variável desfecho**

A variável desfecho investigada foi a prevalência de DPM, medida por meio do SRQ-20, adotando como ponto de corte sete ou mais respostas positivas. O SRQ-20 demonstrou ser um instrumento eficaz em avaliar os DPM, para o rastreamento da saúde mental em âmbito ocupacional (GUIRADO; PEREIRA, 2016).

#### 4.5.3 Covariáveis

Para a definição das covariáveis, foram considerados os achados na literatura sobre os DPM, que descrevem associação com atributos do indivíduo; aspectos sociais e familiares; e, aspectos do trabalho (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010). Sendo assim, as covariáveis a estudadas nesta pesquisa foram: os aspectos sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, ter filhos, renda); os hábitos de vida (sobrecarga de atividades domésticas, participação em atividades de lazer, prática de atividades físicas, consumo de bebida alcoólica, tabagismo); e as informações gerais sobre o trabalho (categoria profissional, vínculo empregatício, tempo de trabalho na unidade, ter outro vínculo empregatício, carga horária semanal).

## 4.6 ANÁLISE DE DADOS

Foi realizada dupla digitação dos dados coletados para identificar e corrigir possíveis erros de digitação utilizando-se o programa EpiData versão 3.1 e para a análise estatística foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 9.0 e *Statistics Data Analysis* (STATA) versão 10.0.

Inicialmente, foi feita uma análise descritiva para caracterizar o perfil dos enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas da ESF, por meio do cálculo das frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas e da média e desvio padrão das variáveis quantitativas.

Na análise bivariada foi utilizada a razão de prevalência (RP) como medida de associação com o seu respectivo intervalo de confiança (IC) com nível de significância de 95%.

Na sequência, procedeu-se a análise estratificada, para examinar a associação principal segundo os estratos das covariáveis. Foi avaliada a existência de interação, por meio do Teste de Homogeneidade de *Breslow-Day*, observando-se o comportamento das medidas estrato-específicas e suas presenças nos intervalos de confiança dos demais estratos. Quando a RP de um estrato não estava incluída no IC dos demais estratos, a variável foi considerada potencial modificadora de efeito.

Também foram avaliadas as potenciais variáveis confundidoras, observando a variação percentual entre a RP bruta e ajustada, através da aplicação do método Mantel-Haenszel, sendo consideradas potenciais confundidoras as variáveis que apresentaram variação percentual igual ou superior a 20%.

Por fim, foi realizada uma análise multivariada, utilizando o modelo de regressão logística (MRL). Nesta etapa, as variáveis de exposição, desfecho e as covariáveis foram analisadas simultaneamente, utilizando procedimento *backward*. Foram consideradas as variáveis que tiverem um valor de  $p \leq 0,20$  na análise bivariada, realizada por meio do teste  $X^2$  e permaneceram no modelo as variáveis com valor de  $p \leq 0,05$ .

O modelo de regressão logística produz resultados através da medida de *Odds Ratio* (OR), não sendo esta uma medida adequada para o estudo de corte transversal, pois, tende a superestimar os valores encontrados em comparação com a RP. Portanto, foi utilizada a regressão de Poisson, para obter a medida apropriada para este tipo de estudo: RP.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O Projeto “Transtornos Mentais Comuns em Trabalhadores do Programa Saúde da Família de Feira de Santana, Bahia”, do qual este subprojeto faz parte, seguiu as normas e diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, vigente no período da pesquisa. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS, sob o Registro de Protocolo nº 063/2008 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 0062.059.000-08 (**Anexo C**). Também foi autorizado pela Seção de Capacitação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, Bahia (**Anexo D**). Todos os participantes do estudo receberam e assinaram o TCLE, vide **Anexo E**. As demais etapas desta pesquisa seguiram às recomendações da nova Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012, que dispõe sobre as normas e diretrizes para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

## 5 RESULTADOS

Esta dissertação será apresentada no formato de artigos. O primeiro trata-se de uma revisão sistemática e o segundo um estudo empírico sobre a prevalência e fatores associados aos Distúrbios Psíquicos Menores em profissionais da Atenção Primária à Saúde.

**5.1 Artigo 1:** (Apêndice A) – Encaminhado para a Revista E-PSI (**Anexo F**). ISSN 2182-7591. Index: DOAJ, Latindex, Academic Journal Databases, Erihplus, Redib, Google Scholar, EBSC HOST. QUALIS CAPES/2013-2016: PSICOLOGIA – B3. **Distúrbios Psíquicos Menores em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: uma revisão sistemática da literatura.**

**5.2 Artigo 2: Prevalência e fatores associados aos Distúrbios Psíquicos Menores em profissionais da Estratégia Saúde da Família.**

## Artigo 2 - PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOS DISTÚRBIOS PSÍQUICOS MENORES EM PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

### RESUMO

Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família estão expostos a situações desgastantes e a diferentes fatores de riscos em suas atividades laborais, que podem ocasionar danos à sua saúde física e mental. O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência e os fatores associados aos Distúrbios Psíquicos Menores em médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família, de Feira de Santana, Bahia. Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal, populacional, desenvolvido em todas as Unidades de Saúde da Família de Feira de Santana, Bahia. Foi utilizado um questionário autoaplicável e padronizado que avaliou os dados sociodemográficos, características ocupacionais, aspectos psicossociais do trabalho, por meio do *Job Content Questionnaire* e os Distúrbios Psíquicos Menores, por meio do *Self Reporting Questionnaire*. A prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores foi de 22%. Observou-se associação positiva entre Distúrbios Psíquicos Menores e sexo feminino, idade inferior ou igual a 38 anos, sobrecarga de atividades domésticas, não realização de atividade de lazer, não realização de atividade física, vínculo empregatício cooperativado, ter outro vínculo empregatício, alta demanda psicológica, baixo controle sobre o trabalho, baixo apoio social e situação de alta exigência. A situação de trabalho de alta exigência mostrou-se fortemente associada à prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores, resultado estatisticamente significativo. Esta associação permaneceu no modelo final, mesmo após ajuste por todos os potenciais confundidores, indicando que as dimensões psicossociais do trabalho assumem papel relevante na ocorrência dos Distúrbios Psíquicos Menores. Constatou-se a vulnerabilidade dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde ao sofrimento psíquico, sinalizando a necessidade do desenvolvimento de ações de promoção e proteção à saúde e, também, de intervenções direcionadas para esse grupo ocupacional.

**Descritores:** Transtornos Mentais, Saúde do Trabalhador, Atenção Primária à Saúde, Pessoal de Saúde.

## PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH THE MINOR PSYCHIC DISORDERS IN PROFESSIONALS OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY

### ABSTRACT

Family Health Strategy professionals are exposed to stressful situations and to different risk factors in their work activities, which can cause damage to their physical and mental health. The objective of this study was to estimate the prevalence and factors associated with Minor Psychiatric Disorders in physicians, nurses and dentists of the Family Health Strategy, in Feira de Santana, Bahia. This is a cross-sectional, population-based epidemiological study, developed in all Health Units of the Family of Feira de Santana, Bahia. A self-administered and standardized questionnaire was used to evaluate sociodemographic data, occupational characteristics, psychosocial aspects of the work, through the *Job Content Questionnaire* and the Minor Psychic Disorders, through the *Self Reporting Questionnaire*. The prevalence was 22,0%. It was observed an positive association between Minor Psychic Disorders and female gender, age less than or equal to 38 years, overload of domestic activities, do not engage in leisure activities, not doing physical activity, employment relationship by cooperative, have another employment relationship, high psychological demand, low control over work, low social support and high-strain job. The high-strain job was strongly associated with the prevalence of Psychic Minor Disorders, a statistically significant result. This association remained in the final model, even after adjustment by all potential confounders, indicating that the psychosocial dimensions of work assume a relevant role in the occurrence of psychological suffering among the workers studied. It was verified the vulnerability of the workers of the Primary Attention to the Health to the psychological suffering, indicating the need to develop actions to promote and protect health, as well as, interventions aimed at this occupational group.

**DESCRIPTORS:** Mental Disorders. Health Personnel. Primary Health Care. Occupational Health.

## INTRODUÇÃO

O trabalho é considerado condição fundamental da existência humana, sendo entendido como uma atividade voltada para fins, que são previamente estabelecidos de forma consciente. Através de sua atividade, o homem não apenas provê as suas necessidades cotidianas e imediatas, como também, por meio do seu trabalho produz a si mesmo (MARX, 2008).

Para Dejours (2015), o trabalho humano assume um caráter paradoxal, os aspectos dessa atividade podem ser fonte de prazer ou sofrimento, favorecendo a saúde ou a doença. Uma vez que, a organização do trabalho exerce importante papel sobre os efeitos positivos ou negativos no funcionamento psíquico e na saúde mental do trabalhador.

Com o advento do modo de produção capitalista e principalmente, a partir da Revolução Industrial, as relações e as formas de organização do trabalho foram modificadas (ROCHA; ARAÚJO, 2011). Entre essas transformações estão a intensificação do trabalho, a exigência de alta produtividade, o avanço tecnológico, a precarização das condições e das relações de trabalho, que têm se refletido no aumento significativo de problemas de saúde entre os trabalhadores, incluindo os transtornos mentais (ZANELLI, 2010).

Além disso, os aspectos psicossociais do trabalho, que seriam o resultado da interação entre as características do ambiente e da organização do trabalho e as características pessoais do trabalhador, podem produzir impacto positivo ou negativo na vida do trabalhador (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 1984; REIS; FERNANDES; GOMES, 2010; SANTOS; CARDOSO, 2010; ARAÚJO *et al.*, 2016).

Na esfera do trabalho em saúde, os trabalhadores também estão sujeitos à lógica atual do capitalismo e aos demais estressores envolvidos no ambiente de trabalho. Assim, os trabalhadores da saúde vêm sendo submetidos à instabilidade e precarização dos contratos de trabalho, ritmo intenso e jornadas de trabalho prolongadas, redução da remuneração e perda do controle de sua atividade (NASCIMENTO SOBRINHO *et al.*, 2006; BERNARDO *et al.*, 2011).

Os profissionais das instituições de saúde ainda vivenciam situações desgastantes em suas atividades laborais e estão expostos a uma série de fatores físicos, químicos, biológicos, psicossociais e ergonômicos, elementos que favorecem o aparecimento de doenças ou sofrimento psíquico e afetam negativamente os resultados do trabalho e a qualidade da

assistência ofertada pelos trabalhadores aos usuários (CHIODI; MARZIALE, 2006; ALVES *et al.*, 2015).

A realidade dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família não é diferente. A Saúde da Família, inicialmente chamada de Programa Saúde da Família (PSF) no momento de sua criação, no ano de 1994, posteriormente denominada Estratégia Saúde da Família (ESF), em 1997, é entendida como uma abordagem de reorientação do modelo assistencial em saúde no Brasil, a partir da atenção básica (BRASIL, 1997).

A ESF pressupõe que a atenção à saúde deve estar centrada na família, ser entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social. Como diretriz elegeu os princípios de substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância à saúde; na integralidade e a hierarquização das ações (a Unidade de Saúde da Família – USF inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde); na territorialização e na definição da clientela (trabalhar com território e população definidos); e na adoção do trabalho em equipe multiprofissional (equipe de saúde da família composta, minimamente, por um médico generalista ou da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde). Outros profissionais como o cirurgião-dentista e o auxiliar de saúde bucal, podem ser incorporados de acordo com as características e demandas dos serviços locais de saúde (BRASIL, 1997).

Neste contexto, os profissionais de saúde também estão expostos a situações desgastantes e a fatores de riscos, que podem ocasionar danos à sua saúde física e mental. Em seu estudo, Soratto *et al.* (2017) identificaram uma série de aspectos do processo de trabalho geradores de insatisfação nos profissionais atuantes na ESF, entre os quais: estrutura física inadequada, falta de recursos materiais, déficit salarial, falta de valorização do trabalho, problemas na gestão, jornada de trabalho excessiva, violência, falta de conhecimento da ESF, postura do usuário, falta de qualificação da equipe, deficiência na organização do trabalho, sobrecarga de trabalho, excesso de demanda e burocracia.

A expressão “Distúrbios Psíquicos Menores” (DPM) foi criada por Goldberg e Huxley (1992) para designar sintomas de insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Estes sintomas podem ocasionar sofrimento e incapacidade, constituindo-se como uma causa importante de dias de trabalho perdidos, porém, não correspondem às categorias nosológicas propostas pela Classificação Internacional de Doenças – 10<sup>a</sup> Revisão ou pelo Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais – 5<sup>a</sup> Edição (GOLDBERG; HUXLEY, 1992).

Diversos fatores têm sido associados à prevalência de DPM, entre os quais: atributos do indivíduo; aspectos sociais e familiares; e, aspectos do trabalho. No que se refere aos aspectos do trabalho, estão incluídos: a baixa renda, a exclusão do mercado de trabalho formal; o desemprego; e, em destaque, aparecem as altas demandas psicológicas no trabalho e o baixo controle sobre o trabalho (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

Seligmann-Silva *et al.* (2010) ressaltam que no mundo contemporâneo do trabalho, os aspectos sociais, econômicos e organizacionais, bem como, os processos psicossociais e suas repercussões sobre a subjetividade do trabalhador, geralmente, são minimizados ou ignorados. Entretanto, esta é uma problemática que merece atenção, pois, segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde, os Distúrbios Psíquicos Menores atingem cerca de 30% dos trabalhadores ocupados, na população geral (BRASIL, 2001).

Diferentes estudos têm buscado compreender as relações entre o trabalho e a saúde mental dos trabalhadores da saúde, contudo, têm privilegiado profissionais, que exercem suas atividades em ambientes hospitalares (URBANETTO, 2013; ARRUDA, 2014; RODRIGUES *et al.*, 2014; ALVES *et al.*, 2015; MAGNAGO, 2015).

Estudos relacionados aos DPM em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) ainda são insuficientes (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; DILELIO *et al.*, 2012; MOREIRA *et al.*, 2016a, MOREIRA *et al.*, 2016b). Sendo assim, com o intuito de contribuir com a ampliação dos conhecimentos sobre as características do trabalho na ESF e os seus possíveis efeitos na saúde mental dos trabalhadores, este estudo objetiva estimar a prevalência e os fatores associados aos DPM em médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da ESF, de Feira de Santana, Bahia.

Em virtude da escassez de publicações voltadas para essa temática nesse grupo ocupacional, este trabalho é relevante para produzir evidências científicas acerca das características psicossociais e ocupacionais dos profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da ESF e suas possíveis repercussões na saúde mental destes trabalhadores. Os resultados desse estudo poderão subsidiar o planejamento e a implantação de ações de promoção da saúde e qualidade de vida para estes trabalhadores.

## METODOLOGIA

Este trabalho é um recorte do Projeto intitulado “Transtornos Mentais Comuns em Trabalhadores do Programa Saúde da Família de Feira de Santana, Bahia”, desenvolvido por pesquisadores da Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística (SSAEE) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia.

Estudo epidemiológico de corte transversal, populacional, desenvolvido em todas as USF de Feira de Santana, Bahia, no período de maio a setembro de 2011, tendo como sujeitos do estudo médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas. Foram incluídos no estudo aqueles que desenvolviam atividades assistenciais, por um período igual ou superior a um mês e excluídos os profissionais em atividades administrativas, afastados por licença maternidade, por doença ou em gozo de férias no início da coleta de dados e os que não consentiram em participar do estudo, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os profissionais que não foram encontrados ou não devolveram os questionários foram considerados como perda.

Feira de Santana é a segunda maior cidade do Estado da Bahia, com uma população aproximada de 600.000 habitantes e área de 1.362 km<sup>2</sup>. A partir de novembro de 2000 a ESF foi implantada no município e, em 2011, possuía 77 USF com 83 Equipes de Saúde da Família, 42 Equipes de Saúde Bucal, cobrindo 79,6% da população (FEIRA DE SANTANA, 2012).

Foi utilizado um instrumento padronizado, validado, não identificado e autoaplicável, composto de questões sobre: o perfil sociodemográfico dos entrevistados; as informações gerais sobre o trabalho na ESF; os aspectos psicossociais do trabalho, utilizando o *Job Content Questionnaire* (JCQ); os hábitos de vida; e, a saúde mental dos trabalhadores, utilizando o *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20) para detecção de DPM.

O JCQ é um instrumento utilizado para identificar dois importantes aspectos das situações de trabalho: a demanda psicológica e o controle sobre as atividades. O primeiro refere-se às exigências psicológicas as quais o trabalhador é submetido na realização de suas tarefas, como pressão de tempo, nível de concentração requerida, interrupção da tarefa, etc. O segundo refere-se à habilidade/destreza do trabalhador para realizar tarefas e à oportunidade de participar das decisões no ambiente de trabalho (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

O resultado do JCQ permite a construção de quadrantes baseados em combinações de aspectos da demanda psicológica e do controle sobre as atividades. Para dicotomizar a

demanda (baixa/alta) e o controle (baixo/alto), a mediana foi adotada como ponto de corte conforme recomendação do guia do JCQ. As combinações dos quadrantes resultam em: 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) (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

A construção dos indicadores de demanda e de controle foi realizada por meio do somatório das variáveis referentes a cada um desses indicadores, considerando-se as ponderações previstas na operacionalização do modelo. Com base nos pressupostos assumidos no modelo demanda-controle, o trabalho de alta exigência é considerado como a situação de maior exposição e, no outro extremo, o trabalho de baixa exigência é considerado de menor exposição. As outras duas combinações foram consideradas situações de trabalho de exposição intermediária (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

A versão do JCQ em português possui 49 questões, incluindo 17 questões a respeito de controle sobre o trabalho; 09 sobre demanda psicológica; e 11 sobre suporte social, além de 05 questões sobre demanda física, 06 sobre insegurança e 01 sobre o nível de qualificação exigida. Estas questões foram medidas em uma escala de 1 a 4 (1 = discordo fortemente; 2 = discordo; 3 = concordo e 4 = concordo fortemente). Estudos conduzidos no Brasil apresentaram resultados consistentes com os obtidos em outros países (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

O SRQ-20 foi desenvolvido por Harding em 1980 e validado por Mari e Williams (1986), para a utilização no Brasil, com a finalidade de estudar a morbidade psiquiátrica em instituições de saúde. A versão mais utilizada em estudos de base populacional é composta de 20 questões: 04 sobre sintomas físicos e 16 sobre sintomas psicoemocionais. As respostas são do tipo “sim” ou “não” atribuindo-se, respectivamente, valores de “1” e “0”. O ponto de corte sugerido por estes autores para DPM é o de 07 respostas positivas. O trabalhador que apresentou escore  $\geq 07$  respostas positivas foi considerado positivo e o que apresentou escore  $< 07$  respostas positivas foi considerado negativo (MARI; WILLIAMS, 1986).

Foi realizado um estudo piloto no município de São Gonçalo dos Campos, Bahia, localizado a 20 km de Feira de Santana, para verificar a adequação e clareza do instrumento de coleta de dados e o tempo aproximado de preenchimento.

A Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana elaborou uma lista dos trabalhadores que atuavam na ESF com a sua distribuição por USF. A pesquisa foi divulgada nas USF para despertar o interesse dos trabalhadores utilizando-se cartazes e folhetos para essa divulgação. Foi realizada uma reunião com o objetivo de informar sobre o projeto e os

seus procedimentos aos trabalhadores. Por fim, foi elaborada uma cartilha contendo os objetivos do estudo e as instruções gerais sobre o preenchimento do instrumento, a mesma foi entregue pelos pesquisadores aos profissionais nas USF, acompanhados do questionário e do TCLE. Os trabalhadores que aceitaram participar do estudo preencheram o instrumento no seu próprio local de trabalho.

Visando minimizar transtornos, para o trabalhador que não podia interromper suas atividades para o preenchimento do instrumento, era agendada uma nova data para a coleta do instrumento devidamente preenchido. Reuniões semanais foram realizadas com toda a equipe para entrega e revisão dos questionários.

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS, sob o Registro de Protocolo N°. 063/2008 (CAAE 0062.059.000-08).

Foi realizada dupla digitação dos dados coletados para identificar e corrigir possíveis erros de digitação utilizando-se o programa EpiData versão 3.1 e para a análise estatística foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 9.0 e *Statistics Data Analysis* (STATA) versão 10.0.

Inicialmente, foi feita uma análise descritiva para caracterizar o perfil dos enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas da ESF, através do cálculo das frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas e da média e desvio padrão das variáveis quantitativas.

Na análise bivariada foi utilizada a razão de prevalência (RP) como medida de associação com os seus respectivos intervalos de confiança (IC) com nível de significância de 95%. Na sequência, procedeu-se a análise estratificada, para examinar a associação principal segundo os estratos das covariáveis, sendo avaliada a existência de interação e também as potenciais variáveis confundidoras.

Por fim, foi realizada uma análise multivariada, utilizando o modelo de regressão logística (MRL). Nesta etapa, as variáveis de exposição, desfecho e as covariáveis foram analisadas simultaneamente, utilizando procedimento *backward*. Foram consideradas as variáveis que tiverem um valor de  $p \leq 0,20$  na análise bivariada, realizada por meio do teste  $X^2$  e permaneceram no modelo as variáveis com valor de  $p \leq 0,05$ .

O modelo de regressão logística produz resultados através da medida de *Odds Ratio* (OR), não sendo esta uma medida adequada para o estudo de corte transversal, pois, tende a superestimar os valores encontrados em comparação com a RP. Portanto, foi utilizada a regressão de Poisson, para obter a medida apropriada para este tipo de estudo: RP.

## RESULTADOS

Participaram deste estudo 152 profissionais, sendo 71 (46,7%) enfermeiros, 48 (31,6%) médicos e 33 (21,7%) cirurgiões-dentistas. Em relação às características sociodemográficas, houve predominância do sexo feminino (76,3%); população mais jovem – com idade inferior ou igual a 38 anos (63,8%); profissionais pós-graduados (69,7%); com companheiro (60%); com filhos (55,9%) e renda inferior ou igual a R\$ 3.000,00 (53,4%). No que se refere aos hábitos de vida, a maioria dos trabalhadores não apresentava sobrecarga de atividades domésticas (73,5%); realizava atividades de lazer (85,5%); praticava atividade física (59,3%); não faziam uso de bebida alcoólica (62,0%); e não eram tabagistas (83%). **(Tabela 1).**

A prevalência global de DPM identificada foi de 22%. De acordo com as características sociodemográficas e hábitos de vida, observou-se prevalências mais elevadas de DPM entre as mulheres, faixa etária inferior ou igual a 38 anos, profissionais pós-graduados, sem companheiro, sem filhos, com renda superior a 3.000,00, entre aqueles que apresentavam sobrecarga de atividades domésticas, os que não realizavam atividades de lazer, entre os que não praticavam atividade física, os que não faziam uso de bebida alcoólica e os que não eram tabagistas. Entre as variáveis citadas, somente a faixa etária e a realização de atividades de lazer apresentaram significância estatística **(Tabela 1).**

**Tabela 1.** Prevalência, razão de prevalência e intervalo de confiança em 95% segundo características sociodemográficas, hábitos de vida e Distúrbios Psíquicos Menores em profissionais da Estratégia Saúde da Família, de Feira de Santana, Bahia, 2011.

Características	N*	Freq. Absoluta (n)	Freq. Relativa (%)	Prevalência DPM (%)	RP	IC 95%
<b>Sexo</b>	152					
Feminino		116	76,3	25,2	2,20	0,83-5,84
Masculino		36	23,7	11,4	-	
<b>Faixa Etária</b>	149					
≤ 38 anos		95	63,8	28,7	2,53	1,12-5,74**
> 38 anos		54	36,2	11,3	-	-
<b>Escolaridade</b>	152					
Com pós-graduação		106	69,7	24,0	1,38	0,67-2,83
Sem pós-graduação		46	30,3	17,4	-	-
<b>Situação Conjugal</b>	150					
Sem companheiro		60	40,0	27,1	1,50	0,82-2,77
Com companheiro		90	60,0	18,0	-	-
<b>Ter Filhos</b>	152					
Não		67	44,1	26,9	1,48	0,81-2,72
Sim		85	55,9	18,1	-	-
<b>Renda</b>	131					
>3.000,00		61	46,6	26,7	1,33	0,71-2,50
≤ 3.000,00		70	53,4	20,0	-	-
<b>Sobrecarga de Atividades Domésticas</b>	147					
Sim		39	26,5	30,8	1,55	0,84-2,85
Não		108	73,5	19,8	-	-
<b>Atividades de Lazer</b>	152					
Não		22	14,5	38,1	1,96	1,02-3,76**
Sim		130	85,5	19,4	-	-
<b>Prática de Atividade Física</b>	150					
Não		61	40,7	29,5	1,83	0,98-3,39
Sim		89	59,3	16,1	-	-
<b>Consumo de Bebida Alcoólica</b>	150					
Sim		57	38,0	17,5	0,71	0,36-1,38
Não		93	62,0	24,7	-	-
<b>Tabagismo</b>	147					
Sim		25	17,0	16,7	0,74	0,28-1,94
Não		122	83,0	22,3	-	-

\*Respostas válidas excluídas as ignoradas

Freq.= Frequência

RP = Razão de Prevalência

IC 95% = Intervalo de Confiança em 95%

\*\*Resultado estatisticamente significativo

Quanto às características ocupacionais da população estudada, a grande maioria possuía vínculo como cooperativado (93,3%) e tempo de trabalho na unidade de saúde

inferior ou igual a cinco (05) anos (80%). Verificou-se a predominância de profissionais que possuíam outro vínculo empregatício (56,7%); com carga horária semanal inferior ou igual a 40 horas semanais (55%); que percebiam como baixa a demanda psicológica no contexto de trabalho (51,7%); que avaliaram ter alto controle sobre o trabalho (72,6%) e consideravam baixo o apoio social recebido nesse contexto (59,9%) (**Tabela 2**).

Segundo as características ocupacionais, maior prevalência de DPM foi observada entre os dentistas, profissionais com vínculo de trabalho cooperativado, aqueles com tempo de trabalho na unidade maior que cinco (05) anos, entre aqueles que possuíam outro vínculo empregatício, com carga horária semanal superior a 40 horas, profissionais que identificaram como alta a demanda psicológica no trabalho, que analisaram como baixo o controle sobre seu trabalho e entre aqueles que avaliaram como baixo o apoio social no ambiente de trabalho. Todas as variáveis descritas apresentaram associação positiva com a prevalência de DPM. Porém, apenas a demanda psicológica e o controle sobre o trabalho mostraram-se estatisticamente significantes (**Tabela 2**).

**Tabela 2.** Prevalência, razão de prevalência e intervalo de confiança em 95% segundo características ocupacionais e Distúrbios Psíquicos Menores, dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, de Feira de Santana, Bahia, 2011.

Características	N*	Freq. Absoluta (n)	Freq. Relativa (%)	Prevalência (%)	RP	IC 95%
<b>Categoria Profissional</b>	150					
Dentista		33	21,7	24,2	1,23	0,53-2,87
Enfermeiro (a)		71	46,7	22,5	1,15	0,55-2,38
Médico (a)		48	31,6	19,6	-	-
<b>Vínculo Empregatício</b>	150					
Cooperativado		140	93,3	22,3	2,00	0,30-13,07
Outros		10	6,7	11,1	-	-
<b>Tempo de Trabalho na Unidade</b>	152					
> 5 anos		29	19,1	24,1	1,12	0,54-2,33
≤ 5 anos		123	80,9	21,5	-	-
<b>Outro Vínculo Empregatício</b>	150					
Sim		85	56,7	26,5	1,56	0,82-2,99
Não		65	43,3	16,9	-	-
<b>Carga Horária Semanal</b>	146					
> 40 horas		65	44,5	26,2	1,29	0,71-2,35
≤ 40 horas		81	55,5	20,3	-	-
<b>Demanda psicológica</b>	147					
Alta		71	48,3	30,0	2,25	1,14-4,43**
Baixa		76	51,7	13,3	-	-
<b>Controle sobre o trabalho</b>	146					
Baixo		40	27,4	35,0	2,02	1,11-3,66**
Alto		106	72,6	17,3	-	-
<b>Apoio Social</b>	137					
Baixo		82	59,9	27,2	1,86	0,89-3,88
Alto		55	40,1	14,5	-	-

\*= Respostas válidas, excluídas as ignoradas.

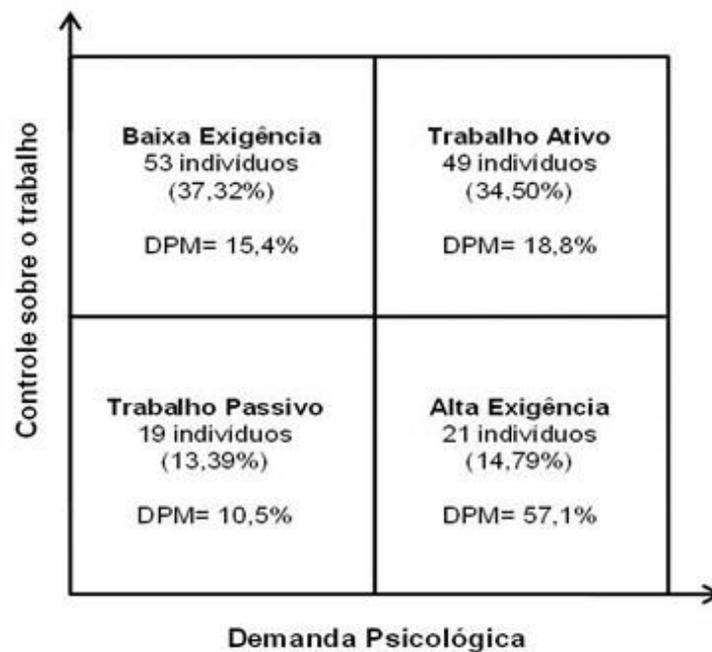
Freq.= Frequência

RP= Razão de Prevalência

IC 95%= Intervalo de Confiança em 95%

\*\* Resultado estatisticamente significativo

Dos 152 profissionais que participaram da pesquisa, 10 não preencheram todas as informações necessárias para a formação do quadrante demanda-controle, sendo excluídos desta etapa de análise. Na **Figura 1**, é possível observar a distribuição dos 142 trabalhadores que responderam a todos os itens do questionário nas diferentes situações de trabalho, juntamente com a prevalência de DPM para cada situação.



**Figura 1.** Distribuição dos profissionais da Estratégia Saúde da Família segundo as situações de trabalho, propostas pelo modelo demanda-controle de Karasek e presença de Distúrbio Psíquico Menor. Feira de Santana-Bahia, 2011.

Entre as quatro possíveis situações de trabalho propostas pelo modelo demanda-controle, a situação de trabalho de baixa exigência (37,32%) foi a mais frequente. Encontrou-se prevalência de DPM mais elevada entre os trabalhadores que se enquadraram na situação de trabalho de alta exigência (57,1%), em comparação com a situação de baixa exigência. Este resultado indicou associação positiva e estatisticamente significativa (**Tabela 3**).

**Tabela 3.** Prevalência, razão de prevalência e intervalo de confiança em 95% segundo os grupos do Modelo Demanda-Controle e Distúrbios Psíquicos Menores em profissionais da Estratégia Saúde da Família, de Feira de Santana, Bahia, 2011.

Categorias do Modelo Demanda-Controle	N*	Prev. %	RP	IC 95%
Trabalho passivo (baixo controle, baixa demanda)	19	10,50	0,68	0,15-2,93
Trabalho ativo (alto controle, alta demanda)	49	18,80	1,22	0,51-2,90
Alta exigência (baixo controle, alta demanda)	21	57,10	3,70	1,77-7,76**
Baixa exigência (alto controle, baixa demanda)	53	15,40	-	

\*Respostas válidas, excluídas as ignoradas.

Prev.= prevalência

RP= Razão de Prevalência

IC 95%= Intervalo de Confiança a 95%

\*\* Resultado estatisticamente significativo

No modelo final obtido a partir da análise multivariada (MRL), de acordo com o critério estabelecido de  $p \leq 0,05$ , permaneceram a variável independente principal (alta exigência), sobrecarga de atividade doméstica e outro vínculo empregatício. Encontrou-se associação estatisticamente significativa entre a situação de trabalho de alta exigência e DPM, mesmo após ajustamentos por todas as covariáveis potenciais confundidoras. Verificou-se que os trabalhadores expostos à situação de trabalho de alta exigência apresentaram prevalência cerca de 2,40 vezes mais elevada do que os trabalhadores em situação considerada de não exposição (**Tabela 4**).

**Tabela 4.** Razão de prevalência bruta e ajustada e intervalo de confiança em 95% para Distúrbios Psíquicos Menores, segundo as variáveis que permaneceram no modelo de regressão logística multivariada. Feira de Santana, 2011. N=142.

Variáveis	RP <sup>B</sup>	IC 95%	RP <sup>A</sup>	IC 95%
<b>Categorias do Modelo Demanda-Controle</b>				
Alta exigência	3,70	1,77-7,76*	2,42	1,21-6,30*
Baixa exigência	-	-	-	-
<b>Sobrecarga de Atividades Domésticas</b>				
Sim	1,55	0,84-2,85	2,23	1,09-3,84*
Não	-	-	-	-
<b>Prática de Atividade Física</b>				
Não	1,83	0,98-3,39	1,70	0,90-4,10
Sim	-	-	-	-
<b>Outro Vínculo Empregatício</b>				
Sim	1,56	0,82-2,99	2,12	1,06-5,45*
Não	-	-	-	-

RP<sup>B</sup> = Razão de Prevalência Bruta

RP<sup>A</sup> = Razão de Prevalência Ajustada

IC 95% = Intervalo de Confiança a 95%

\*Resultado estatisticamente significativo.

## DISCUSSÃO

A prevalência global de DPM encontrada neste estudo foi de 22%, sendo este valor próximo aos resultados de outros estudos realizados com profissionais da Atenção Básica. O estudo de Araújo *et al.* (2016) encontrou uma prevalência de 21% e Carvalho, Araújo e Bernardes (2016) observaram uma prevalência de 22,9% de DPM em trabalhadores deste nível de atenção em saúde.

Outros estudos identificaram prevalências de DPM em trabalhadores da APS superiores ao resultado encontrado nesta pesquisa, que variaram de 26,5 a 48,6% (SILVA; MENEZES, 2008; BRAGA *et al.*, 2010; KNUTH, 2015; ALCÂNTARA; ASSUNÇÃO,

2016; CARLOTTO, 2016). De modo contrário, estudo com trabalhadores da APS das regiões Sul e Nordeste do Brasil e estudo com trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, verificaram prevalências de DPM inferiores, variando de 16 a 19,7%, respectivamente (DILÉLIO *et al.*, 2012; MOREIRA, 2016a).

Os diferentes resultados obtidos podem ser justificados devido às características específicas do contexto no qual os trabalhadores estão inseridos, bem como, de características de seu processo de trabalho. Além disso, os diferentes pontos de corte, utilizados nos estudos consultados, para definir a suspeição de DPM, podem interferir nos resultados, dificultando a comparação entre os mesmos (DILÉLIO *et al.*; 2012; ALCÂNTARA; ASSUNÇÃO, 2016; CARVALHO; ARAÚJO; BERNARDES, 2016; MOREIRA, 2016a; MOREIRA, 2016b).

O resultado deste estudo foi inferior à prevalência global de DPM de 29,9% da população com 15 anos ou mais de idade residente na zona urbana de Feira de Santana (ROCHA *et al.*, 2010). Uma possível explicação para a prevalência observada pode ser o efeito do trabalhador sadio, que ocorre quando apenas trabalhadores em atividade são elegíveis para o estudo. Neste caso, possivelmente, os trabalhadores doentes, já estariam afastados de suas funções ou mesmo excluídos da força de trabalho ativo e não teriam sido investigados, o que pode contribuir para a subnotificação da prevalência de DPM nesta população (CARVALHO; ARAÚJO; BERNARDES, 2016).

A prevalência identificada também pode ser explicada, em parte, devido a população do estudo ser constituída somente por profissionais de nível superior. Estudos, que avaliaram trabalhadores com diferentes níveis de escolaridade, constataram que os profissionais em atividades que exigiam nível superior apresentaram menor prevalência de DPM quando comparados com profissionais em atividades que exigiam nível médio (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; DILÉLIO *et al.*, 2012; KNUTH *et al.*, 2015).

Ainda assim, a prevalência observada neste estudo foi elevada (22%), considerando o acometimento de quase um quarto da população investigada para a suspeição de DPM. Cabe destacar que os problemas de saúde mental estão entre os mais frequentes em trabalhadores da APS e têm sido considerados problema de saúde pública em função de sua alta prevalência e de suas consequências como absenteísmo, incapacidades para o trabalho, aposentadoria precoce, riscos aos usuários, o que evidencia a necessidade de atenção especial para a elaboração e implementação de medidas de intervenção neste grupo ocupacional (DILÉLIO *et al.*, 2012; ALCÂNTARA; ASSUNÇÃO, 2016; CARVALHO; ARAÚJO; BERNARDES, 2016)

A prevalência variou de 19,6 a 24,2% entre as categorias profissionais, apresentando-se mais elevada entre os profissionais dentistas. Apesar deste resultado não ter sido estatisticamente significativo, surpreendeu o fato dos dentistas apresentarem maior ocorrência de DPM, pois, dentre as três categorias profissionais investigadas, geralmente a enfermagem é a categoria que apresenta maior prevalência (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; CARVALHO; ARAÚJO; BERNARDES, 2016; MOREIRA *et al.* 2016a). Em estudo sobre a identidade do profissional enfermeiro na Atenção Básica, observou-se que este considera-se como o “faz de tudo” e esta percepção traz repercussões negativas, fazendo com que esta categoria sinta-se desvalorizada e sem reconhecimento do papel específico de sua profissão, o que pode justificar elevado nível de sofrimento psíquico encontrados em estudos com esta categoria profissional (FERNANDES *et al.*, 2018).

Já no que diz respeito ao sofrimento mental entre dentistas, observou-se que outros estudos realizados com profissionais da Atenção Básica não avaliariam o sofrimento psíquico isoladamente entre estes profissionais (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; DILÉLIO *et al.*, 2012; CARLOTTO, 2016; CARVALHO; ARAÚJO; BERNARDES, 2016) Assim, considera-se necessária a realização de novos estudos com esta categoria profissional, para maiores esclarecimentos acerca do seu nível de sofrimento psíquico no contexto de trabalho da APS.

O Estudo de Carvalho; Araújo e Bernardes (2016), com trabalhadores de unidades básicas de saúde (UBS) e unidades de saúde da família (USF) de Feira de Santana, Bahia encontrou resultado parecido, mas considerando dentistas e agentes de saúde bucal na mesma categoria, com prevalência de DPM superior (16,1%) a de enfermeiros (14,9%) e médicos (7,3%). Ainda assim a prevalência encontrada foi inferior a observada neste estudo (24,2%).

Esta prevalência mais elevada entre os dentistas pode estar atrelada às novas formas sociais e às precárias condições de trabalho a que estão submetidos esta categoria profissional, as quais podem gerar insatisfação e desgaste na saúde física e mental destes trabalhadores. Donnangelo (1975) discute sobre as ideologias ocupacionais, mas especificamente sobre a ideologia liberal, que defende um ideal de autonomia, que se refere à independência profissional na execução do trabalho e também a autonomia do trabalhador no mercado, baseando-se na negação do assalariamento, uma ideologia tradicionalmente intrínseca a profissão dos cirurgiões-dentistas.

Essa ideologia liberal, contudo, não se sustenta na atualidade diante do aumento da divisão técnica do trabalho e do assalariamento como modalidade predominante de integração no mercado de trabalho, decorrentes das alterações nas técnicas de produção e nas relações

sociais de trabalho, o que potencialmente pode ocasionar conflitos entre as expectativas do profissional e a realidade do mercado de trabalho (DONNANGELO, 1975).

Donnangelo (1975) lembra que as expectativas de realização de um trabalho autônomo estariam estreitamente relacionadas às considerações referentes ao prestígio social e possibilidade de obtenção de maior renda. Enquanto que a negação do assalariamento estaria ligada principalmente à negação das condições particulares em que se processam o trabalho assalariado, como baixa remuneração e ausência de meios técnicos adequados para o trabalho.

Nessa perspectiva, Gonçalves *et al.* (2012) relatam que diversos estudos têm descrito que os cirurgiões dentistas não conseguem desenvolver um bom trabalho na ESF devido a uma série de fatores que limitam suas ações, como: condição precária do consultório clínico, má qualidade do instrumental, falta de materiais de consumo (luvas, amálgama e anestésicos), falta de insumos tecnológicos, ausência de manutenção dos equipamentos odontológicos, entre outros.

Ainda segundo Gonçalves *et al.* (2012), em sua pesquisa realizada no município de Jequié-Bahia, com cirurgiões-dentistas das equipes de saúde bucal da ESF, observou-se que apesar da remuneração ser avaliada como um fator fortemente negativo por 78,6% dos profissionais, 71,4% destes afirmaram sentir-se satisfeitos em trabalhar na ESF. Sinalizando aí talvez um sofrimento não dito, não verbalizado, mas constatado pelos dados empíricos que não sustentam o discurso de satisfação.

Em relação ao sexo e a prevalência de DPM, foi observada uma maior prevalência de DPM entre as mulheres e uma elevada Razão de Prevalência (RP=2,20), convergindo com os achados da literatura, que apontam as mulheres como mais vulneráveis ao desenvolvimento de distúrbios psíquicos (ALVES *et al.*, 2015; CARLOTTO, 2016; CARVALHO; ARAÚJO; BERNARDES, 2016). Entretanto, esse resultado não foi estatisticamente significativo, pois, a análise estatística pode ter sido influenciada pela diferença de tamanho entre os grupos de mulheres e homens estudados.

Verificou-se associação entre trabalhadores com idade inferior ou igual a 38 anos e a ocorrência de DPM (RP=2,53), indicando que o grupo de trabalhadores mais jovens mostra-se mais vulnerável ao desenvolvimento de DPM. Outros estudos constataram maior ocorrência de DPM na população mais jovem e, conseqüentemente, redução da mesma com o aumento da idade (SILVA; MENEZES 2008; DILÉLIO *et al.*, 2012; ALVES *et al.* 2015). Acredita-se que tal vulnerabilidade do trabalhador jovem pode estar relacionada a um baixo repertório de habilidades do mesmo para lidar com situações estressoras no ambiente de trabalho, em comparação com os trabalhadores mais experientes.

Observou-se associação entre a não realização de atividades de lazer e DPM (RP=1,96). Resultado consistente com o resultado encontrado no estudo de Carvalho, Araújo e Bernardes (2016), que também estudaram trabalhadores da rede básica de Feira de Santana, Bahia, identificando prevalência mais elevada de DPM entre aqueles que não participavam de atividades de lazer. Santos e Cardoso (2010) explicam que o lazer proporciona oportunidades de interação social, auxiliando no sentimento de bem-estar e no desenvolvimento do potencial individual, o que traz benefícios para a saúde física e mental. Oliveira *et al.* (2010) chamam atenção para o fato de que a fadiga proveniente do local de trabalho – a fadiga ocupacional, pode interferir na vida cotidiana do trabalhador, impedindo-o de desfrutar de momentos de lazer, impactando negativamente na sua saúde e qualidade de vida.

O vínculo empregatício cooperativo foi outro fator que revelou forte associação com a ocorrência de DPM, contudo, não apresentou significância estatística. Supõe-se que este resultado também pode ter sido afetado por conta da disparidade entre os grupos estudados. Uma vez que estudos apontam que vínculos de trabalho instáveis geram estresse, insegurança, dificuldades no gozo dos direitos trabalhistas e reivindicações relacionadas ao reconhecimento profissional, o que pode acarretar prejuízos à saúde psíquica do trabalhador (DILÉLIO, 2012; CARLOTTO, 2016).

Corroborando com a literatura que aponta a influência dos aspectos psicossociais do trabalho no aparelho psíquico e saúde mental do trabalhador, as variáveis de alta demanda psicológica e baixo controle sobre o trabalho, mostraram-se associadas à maior prevalência de DPM, apresentando significância estatística (ARAÚJO *et al.* 2003; NASCIMENTO SOBRINHO *et al.* 2006; ARAÚJO *et al.* 2016; CARVALHO; ARAÚJO; BERNARDES, 2016). Mattos, Araújo e Almeida (2017) explicam que quando o trabalho é desenvolvido em condições de elevada demanda psicológica e baixo nível de controle sobre a própria tarefa, pode constituir-se importante fator para o sofrimento mental.

Foi observada maior prevalência de DPM entre os trabalhadores que perceberam como baixo o apoio social no trabalho, entretanto, este achado não foi estatisticamente significativo. Resultados semelhantes foram encontrados por Alcântara e Assunção (2016) e Moreira *et al.* (2016b). Ainda assim, é válido ressaltar que o apoio social é visto como uma necessidade humana básica, que atua como importante mediador no impacto da demanda, configurando-se como um fator de proteção dos trabalhadores contra as pressões advindas do ambiente de trabalho (ARAÚJO *et al.* 2016). Quando as expectativas ligadas ao apoio social no trabalho não são atingidas, isto pode contribuir para a geração de doenças, visto que, este apoio exerce

efeitos sobre o sistema imunológico, diminuindo a capacidade do indivíduo de manejar situações, como o estresse (FONSECA; MOURA, 2008).

Entre as situações de trabalho, propostas pelo modelo demanda-controle de Karasek, a situação de trabalho de alta exigência mostrou-se fortemente associada à prevalência de DPM, apresentando significância estatística. Esta associação permaneceu no modelo final da análise multivariada (MRL), mesmo após ajustamento por todos os potenciais confundidores, indicando que as dimensões psicossociais do trabalho investigadas assumem papel relevante na ocorrência dos DPM. Este resultado é semelhante aos achados da literatura consultada (ARAÚJO *et al.* 2003; REIS *et al.* 2005; NASCIMENTO SOBRINHO *et al.* 2006; BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; CARVALHO; ARAÚJO; BERNARDES, 2016).

O aumento da prevalência de DPM de 22% (prevalência global) para 57,1% (no caso da situação de trabalho de alta exigência) demonstra que os profissionais que se encaixam nessa situação de trabalho estão mais expostos e vulneráveis ao desenvolvimento de sofrimento psíquico. Desta forma, o trabalho realizado em condições de baixo controle e alta demanda (alta exigência) é considerado potencialmente nocivo à saúde dos trabalhadores, sendo importante preditor da maioria das reações adversas produzidas pelo contexto de trabalho (ARAÚJO *et al.* 2003; NASCIMENTO SOBRINHO *et al.* 2006; MOREIRA *et al.* 2016b).

Ressalta-se que o ambiente de trabalho em saúde já é naturalmente gerador de fadiga e mobilizador de emoções em seus trabalhadores frente à exposição a riscos físicos, químicos e biológicos, necessidade de atenção constante, elevado nível de complexidade para o desenvolvimento das ações, o fato de lidar com o sofrimento, dor, morte. Tais aspectos somados a demandas laborais excessivas sem possibilidade de recuperação ou relaxamento e ausência de autonomia para controlar as atividades desenvolvidas são fatores que agridem o bem-estar destes trabalhadores e, ao longo dos anos, podem alterar sua saúde, dificultar seu relacionamento na equipe de trabalho, reduzir a produtividade e favorecer o adoecimento físico e mental, por isso, necessitam ser identificadas e prevenidas e/ou enfrentadas precocemente (NASCIMENTO SOBRINHO *et al.* 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2010, CARVALHO; ARAÚJO; BERNARDES, 2016).

A permanência da sobrecarga de atividades domésticas no modelo final de análise foi semelhante ao resultado encontrado por Araújo *et al.* (2003), em seu estudo com trabalhadoras de enfermagem de um hospital público de Salvador, Bahia. Chama atenção o fato de a sobrecarga doméstica ser um aspecto negligenciado em investigações sobre estresse e trabalho, inclusive em estudos que utilizam o modelo demanda-controle. Diante disso,

reforça-se a necessidade de incorporar a avaliação da carga total de trabalho aos estudos sobre saúde e ocupação, considerando as atividades realizadas nos locais de trabalho e no âmbito doméstico, visto que, aspectos referentes ao trabalho doméstico podem estar associados a sintomas depressivos, ansiosos ou psicossomáticos (ARAÚJO *et al.*, 2003; PINHO, ARAÚJO, 2012).

A não realização de atividade física manteve forte associação (RP=1,70) com a prevalência de DPM, após análise ajustada, porém, este resultado não foi estatisticamente significativo. Apesar disto, diante da relevância teórica do tema, cabe enfatizar que a realização de atividade física contribui tanto na redução do estresse como na melhora da imunidade orgânica. Existe um impacto psicológico da atividade física sobre o estresse, a depressão e a ansiedade, os seus benefícios como sentimento de controle e autoconfiança, interação social, interrupção da rotina regular de vida, alterações químicas e estruturais do cérebro e elevação dos opiáceos corporais, induzem a uma sensação de bem-estar, o que diminui sintomas de depressão e ansiedade. Assim, atividade física é considerada uma medida econômica, rápida e eficaz para a redução e controle do estresse, podendo ainda ser auxiliada pelo tratamento psicológico, de acordo com o nível de estresse de cada indivíduo, para obter melhores resultados (ALVES; BAPTISTA, 2006).

Outro vínculo empregatício também permaneceu no modelo final. Este resultado acende a discussão acerca da precarização do trabalho no setor saúde, inclusive na APS. Cavalcante e Lima (2013) observaram que junto com a expansão da ESF, surgiram novas dificuldades decorrentes das novas modalidades de contratação de recursos humanos no SUS, que gradativamente vêm substituindo os vínculos de trabalho formais por vínculos trabalhistas precários e informais. Os mesmo autores explicam que tal precarização induz a multiplicidade de vínculos empregatícios, principalmente por parte dos profissionais de nível superior, motivada pelos baixos níveis salariais, o que impacta tanto na saúde e qualidade de vida do trabalhador, como nos serviços prestados, constituindo-se em uma barreira que impede o desenvolvimento do SUS (CAVALCANTE; LIMA, 2013).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo apontaram uma elevada prevalência de DPM, bem como, a associação entre situação de alta exigência nos aspectos psicossociais do trabalho e DPM entre os trabalhadores da rede básica de saúde. Diante disso, constata-se a vulnerabilidade dos trabalhadores deste nível de atenção ao sofrimento psíquico, sinalizando a imprescindibilidade do desenvolvimento de ações de proteção e promoção à saúde para esse grupo ocupacional e, também, de ações remediadoras (nos casos dos distúrbios já instaurados).

Alertaram ainda para necessidade de melhorias nas condições de trabalho, abrangendo infraestrutura, materiais de consumo, equipamentos, regime de contratação, remuneração; e na forma de organização do trabalho, de modo que as demandas psicológicas sejam mantidas em níveis aceitáveis e que haja possibilidade de controle elevado sobre a tarefa desempenhada, a fim de minimizar as fontes geradoras de sofrimento, buscando a transformação deste contexto de trabalho em saúde, para assim, garantir a qualidade dos serviços prestados ao usuário e uma maior satisfação do trabalhador que atua na ESF.

Esse trabalho tem o mérito de ser um estudo populacional, que tem como vantagem a exatidão das respostas, por analisar todas as pessoas do grupo. No entanto, também possui limitações. Por ter um delineamento transversal, com dados coletados em um único momento, não é possível afirmar que a causa precede o efeito, sendo assim, não permite estabelecer relação de causalidade. Ainda, está sujeito ao efeito do trabalhador sadio, onde aqueles portadores de sofrimento psíquico, possivelmente já estariam afastados de suas funções ou mesmo excluídos da força de trabalho ativo, não sendo contemplados nesse estudo.

Sendo assim, considera-se que seria de grande relevância pesquisas futuras com delineamento longitudinal para confirmação de possível nexos causal entre as variáveis estudadas, como também, de estudos qualitativos para a compreensão do significado das vivências no ambiente de trabalho geradoras de estresse e sofrimento. Além disso, a realização de estudos de intervenção e a avaliação de seus resultados poderão ser de grande valia para a construção de um cenário propício à saúde do trabalhador no contexto da Atenção Primária à Saúde.

## REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, M. A.; ASSUNÇÃO, A. A. Influência da organização do trabalho sobre a prevalência de transtornos mentais comuns dos agentes comunitários de saúde de Belo Horizonte. **Rev Bras Saude Ocup**, v. 41, n. e2, 2016.

ALVES, A.; BAPTISTA, M. A atividade física no controle do stress. **Corpus et Scientia**, v. 2, n. 2, p. 05-15, 2006.

ALVES, A. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde. Rio de Janeiro. **Rev enferm UERJ**, v. 23. n. 1, 2015.

ARAÚJO, T. *et al.* Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n.4, p. 424-433, 2003.

ARAÚJO, T. *et al.* Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: contribuições da análise de modelos combinados. **Rev Bras Epidemiol**, v.19, n. 3, p. 645-657, 2016.

ARAÚJO, T.; GRAÇA, C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do modelo demanda-controle. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 991-1003, 2003.

ARRUDA, A. **Trabalho noturno e sofrimento mental em trabalhadores da saúde de dois hospitais em Manaus, AM.** 2014. 163p. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

BERNARDO, M. *et al.* Ainda sobre a saúde mental do trabalhador. São Paulo. **Rev Bras Saúde Ocup**, v. 36, n. 122, p. 8-11, 2011.

BRAGA, L.; CARVALHO, L.; BINDER, M. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). Rio de Janeiro. **Ciênc saúde coletiva [online]**, vol.15, supl.1, p.1585-1596, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

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

CARLOTTO, M. S. Transtornos Mentais Comuns em trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: Prevalência e fatores associados. **Psicol. Argum.** v. 34, n. 85, p. 133-146, 2016.

CARVALHO, D. B.; ARAÚJO, T. M.; BERNARDES, K. O. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. **Rev Bras Saude Ocup.** v. 41, e. 17, 2016.

CAVALCANTE, M.; LIMA, T. A precarização do trabalho na atenção básica em saúde: relato de experiência, **Argumentum**, v. 5, n.1, p. 235-256, 2013.

CHIODI, M.; MARZIALE, M. Riscos ocupacionais para trabalhadores de unidades básicas de saúde: revisão bibliográfica. São Paulo. **Acta Paul Enferm**, v.19, n. 2, p. 212-217, 2006.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho.** 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

DILELIO, A. et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**, vol. 28, n. 3, p.503-514, 2012.

DONNANGELLO, M.C. **Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho.** São Paulo: Pioneira, 1975.

FEIRA DE SANTANA (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de saúde de Feira de Santana: plano municipal de saúde, 2012/2014.** Feira de Santana, Bahia, 2012.

FERNANDES, M. *et al.* Identidade do enfermeiro na Atenção Básica: percepção do “faz de tudo”. **Rev Bras Enferm [Internet]**. v. 71, n. 1, p. 154-159, 2018.

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

GOLDBERG, D. P.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-socialmodel.** London: Routledge, 1992.

GONÇALVES, V. *et al.* Variáveis associadas ao desempenho de cirurgiões-dentistas na estratégia de saúde da família. **RFO**, v. 17, n. 2, p. 201-207, 2012.

KNUTH, B. S. *et al.* Mental disorders among health workers in Brazil, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2481-2488, 2015.

MAGNAGO, T. *et al.* Relação entre capacidade para o trabalho na enfermagem e distúrbios psíquicos menores. **Texto contexto - enferm [online]**, vol. 24, n. 2, p. 362-370, 2015.

MARI, J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **Br J Psychiatry**, v. 148, n.1, p. 23-26, 1986.

MARX, K. **Manuscritos Econômico-Filosóficos**. Trad. Jesus Ranieri. São Paulo: Boitempo, 2008.

MATOS, A.; ARAÚJO, T.; ALMEIDA, M. Interação entre demanda-controle e apoio social na ocorrência de transtornos mentais comuns. **Rev Saude Publica**, v. 51, n. 48, p. 1-9, 2017.

MOREIRA, I. *et al.* Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS. Rio de Janeiro. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-12, 2016a.

MOREIRA, I. *et al.* Aspectos psicossociais do trabalho e sofrimento psíquico na Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 7, n. 1, 2016b.

NASCIMENTO SOBRINHO, C. *et al.* Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 1, 2006.

OLIVEIRA, F. *et al.* Fadiga no trabalho: como o psicólogo pode atuar? **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 3, p. 633-638, 2010.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Factores psicosociales en el trabajo**. Naturaleza, incidencia y prevención. Genebra: OIT, 1984.

PINHO, P.; ARAÚJO, T. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. **Rev Bras Epidemiol**, v.15, n. 3, p. 560-72, 2012.

REIS, A.; FERNANDES, S.; GOMES, A. Estresse e Fatores Psicossociais. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 30, n. 4, p. 712-725, 2010.

REIS, E. *et al.* Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1480-1490, 2005.

ROCHA, S.; ARAÚJO, E, M. Implicações do processo de produção na saúde dos trabalhadores: algumas reflexões. **Rev Saúde Com**, v.7, n. 1, p. 82-87, 2011.

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

RODRIGUES, E. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 2, p. 296-301, 2014.

SANTOS, A; CARDOSO, C. Profissionais de saúde mental: estresse e estressores ocupacionais em saúde mental. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 2, p. 245-253, 2010.

SELIGMANN-SILVA, E. *et al.* O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. São Paulo. **Rev Bras Saúde Ocup**, v. 35, n. 122, p. 187-191, 2010.

SILVA, A. T. C.; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n. 5, p. 921-9, 2008.

SORATTO, J. *et al.* Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm.** v. 26, n. 3, p.1-11, 2017.

URBANETTO, J. *et al.* Estresse no trabalho segundo o Modelo Demanda-Controlle e distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP [online]**, vol.47, n.5, p.1180-1186, 2013.

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

## 6 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS

É válido destacar algumas limitações identificadas a partir da investigação desse objeto de estudo e modelo metodológico adotado. Existem poucas pesquisas sobre DPM em trabalhadores da APS, tanto na literatura internacional, como na literatura nacional. Diante do importante papel que a APS ocupa na atenção à saúde da população e da responsabilidade que assume enquanto reorganizadora do modelo assistencial em saúde, em nosso país, faz-se necessário o desenvolvimento de mais pesquisas neste campo, para que seja possível conhecer bem esta realidade e intervir com eficácia, visando à promoção e proteção desse grupo ocupacional e uma assistência em saúde mais humanizada.

O delineamento de corte transversal proposto neste estudo apresenta como principais vantagens: a facilidade de execução, o baixo custo e menor risco de perdas. Todavia, não é capaz de determinar a sequência temporal dos eventos, logo, não permite estabelecer nexo de causalidade, somente, aponta uma associação entre as variáveis estudadas. Sendo assim, a realização de estudos com delineamento longitudinal pode ser útil para um melhor entendimento dos fatores causais envolvidos no desenvolvimento dos DPM dos trabalhadores da APS.

O estudo desenvolvido com trabalhadores no seu contexto de trabalho está sujeito ao efeito do trabalhador sadio, onde aqueles portadores de sofrimento psíquico, possivelmente já estariam afastados de suas funções ou mesmo excluídos da força de trabalho ativo, o que pode contribuir para a subestimação do evento em estudo. Assim, sugere-se que novos estudos com população de trabalhadores incluam trabalhadores afastados de suas funções, a fim de superar ou minimizar as possíveis distorções decorrentes deste tipo de efeito.

A abordagem quantitativa possibilita uma compreensão restrita acerca do tema em questão. Acredita-se que estudos qualitativos, que deem voz aos trabalhadores, permitindo a compreensão do significado das vivências no ambiente de trabalho geradoras de estresse e sofrimento, ouvindo suas sugestões quanto a ações que poderiam melhorar o seu ambiente de trabalho, seriam oportunos a fim de agregar mais contribuições para os trabalhadores deste nível de atenção.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo apontaram uma elevada prevalência de DPM, bem como, a associação entre situação de alta exigência nos aspectos psicossociais do trabalho e DPM entre os trabalhadores da rede básica de saúde. Diante disso, constata-se a vulnerabilidade dos trabalhadores deste nível de atenção ao sofrimento psíquico, sinalizando a imprescindibilidade do desenvolvimento de ações de prevenção e promoção à saúde para esse grupo ocupacional e, também, de ações remediadoras (nos casos dos distúrbios já instaurados).

Alertaram, ainda, para necessidade de melhorias nas condições de trabalho, abrangendo infraestrutura, materiais de consumo, equipamentos, regime de contratação, remuneração; e na forma de organização do trabalho, de modo que as demandas psicológicas sejam mantidas em níveis aceitáveis e que haja possibilidade de controle elevado sobre a tarefa desempenhada, a fim de minimizar as fontes geradoras de sofrimento, buscando a transformação deste contexto de trabalho em saúde, para assim, garantir a qualidade dos serviços prestados ao usuário e uma maior satisfação do trabalhador que atua na ESF.

Conhecer o contexto de trabalho em saúde e seus reflexos na qualidade de vida e saúde do trabalhador é um passo fundamental para a compreensão das situações de trabalho geradoras de sofrimento. Contudo, para além do diagnóstico acerca dos problemas enfrentados pelos trabalhadores da APS, a realização de estudos de intervenção, comprometidos com a transformação das situações e condições de trabalho, defendendo novas práticas para o enfrentamento dos agravos e superação dos problemas, poderá ser de grande valia para a construção de um cenário propício à saúde do trabalhador neste contexto.

## REFERÊNCIAS

ALBRECHT, K. **O gerente e o estresse: faça o estresse trabalhar para você.** Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

ALVES, A. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde. Rio de Janeiro. **Rev enferm UERJ**, v. 23. n. 1, 2015.

ARAÚJO, T. *et al.* Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: contribuições da análise de modelos combinados. **Rev Bras Epidemiol**, v.19, n. 3, p. 645-657, 2016.

ARAÚJO, T. *et al.* Mal-estar docente: avaliação de condições de trabalho e saúde em uma instituição de ensino superior. Salvador. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 29, n.1, p. 06-21, 2005.

ARAÚJO, T.; GRAÇA, C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do modelo demanda-controle. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 991-1003, 2003.

ASSUNÇÃO, A.; SILVA, L. Condições de trabalho nos ônibus e os transtornos mentais comuns em motoristas e cobradores: Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2012. **Cad Saúde Pública**, v. 29, n. 12, p. 2473-2486, 2013.

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às ciências sociais.** 8 ed. Florianópolis: UFSC, 2012.

BARBOSA, A. C. **Condições de trabalho e saúde dos secretários de programas de pós-graduação de uma universidade federal.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 2014.

BERNARDO, M. *et al.* Ainda sobre a saúde mental do trabalhador. São Paulo. **Rev Bras Saúde Ocup**, v. 36, n. 122, p. 8-11, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996.** Brasília, 1996.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.444, de 28 de dezembro de 2000.** Brasília, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

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

BRAGA, L.; CARVALHO, L.; BINDER, M. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). Rio de Janeiro. **Ciênc saúde coletiva [online]**, vol.15, supl.1, p.1585-1596, 2010.

CARVALHO, D. B.; ARAÚJO, T. M.; BERNARDES, K. O. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. **Rev Bras Saude Ocup.** v. 41, e. 17, 2016.

CHIODI, M.; MARZIALE, M. Riscos ocupacionais para trabalhadores de unidades básicas de saúde: revisão bibliográfica. São Paulo. **Acta Paul Enferm**, v.19, n. 2, p. 212-217, 2006.

COSTA, M.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. Condições de vida, gênero e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas. **Estud psicol (Natal)**, v. 19, n.2, p. 145-154, 2014.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho.** 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

DELA COLETA, A.; DELA COLETA, M. Fatores de estresse ocupacional e coping entre policiais civis. **Psico-USF**, v. 13, n. 1, p. 59-68, 2008.

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

FARIAS, M.; ARAÚJO, T. Transtornos mentais comuns entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana-BA. **Rev bras saúde ocup**, v. 36, n. 123, 2011.

FEIRA DE SANTANA (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de saúde de Feira de Santana**: plano municipal de saúde, 2012/2014. Feira de Santana, Bahia, 2012.

FIGUEROA, N. *et al.* Um Instrumento para a Avaliação de Estressores Psicossociais no Contexto de Emprego. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 14, n. 3, p. 653-659, 2001.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GLINA, D. *et al.* Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 3, p.607-616, 2001.

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

GONÇALVES, D.; STEIN, A.; 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. Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 380-390, 2008.

GUIRADO, G.M. P.; PEREIRA, N. M. P. Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/SP. Rio de Janeiro. **Cad Saúde Colet**, v. 24, n. 1, p. 92-98, 2016.

HARDING, T. W. *et al.* Mental disorders in primary health care: a study of the frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychol Med**, v. 10, n. 2, p. 231-241, 1980.

HELOANI, R.; LANCMAN, S. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. **Rev. Bras. Saúde Ocup**, v.14, n.3, p.77-86, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Bahia >>> Feira de Santana**. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/feira-de-santana/panorama>>. Acesso: 27 jan. 2018.

KARASEK, R. A. **Job Content Questionnaire and User's Guide**. Lowell: University of Massachusetts. 1985.

KARASEK, R. A. Job Demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. **Administrative Science Quarterly**, n. 24, p. 285-308, 1979.

KATSURAYAMA, M. *et al.* Trabalho e sofrimento psíquico na Estratégia Saúde da Família: uma perspectiva Dejouriana. **Cad Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 414-419, 2013.

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

LIMA, M.S.; SOARES, B. G.; MARI, J. J. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. **Rev Psi Clín**, v. 26, n. 5, p. 225-35, 1999.

LIPP, M. Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. **Rev Psiq Clín**, v. 28, n. 6, p. 347-349, 2001.

LIPP, M. **Stress e o turbilhão da raiva**. São Paulo: Caso do Psicólogo, 2005.

LOPES, M. V. de O. Desenhos de pesquisa em epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. da. (Orgs.). **Epidemiologia & saúde**, 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

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

MACHADO, M. H. Trabalho e Emprego em Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al (org.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Hucitec, p. 259-276, 2012.

MAGALHÃES, F. A. **Estresse ocupacional e fatores associados entre servidores da UFMT, campus Cuiabá-MT**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva, Cuiabá, 2011.

MARI, J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **Br J Psychiatry**, v. 148, n.1, p. 23-26, 1986.

MARTINS, L. **Estresse ocupacional e esgotamento profissional entre profissionais da atenção primária à saúde**, 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

MERLO, A. R. C.; LAPIS, N. L. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. **Rev. Psicol. Socie**, v. 19, n. 1, p. 61-8, 2007.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública**, v. 13 (Supl. 2), p. 21-32, 1997.

MOREIRA, I. *et al.* Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS. Rio de Janeiro. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-12, 2016a.

MOREIRA, I. *et al.* Aspectos psicossociais do trabalho e sofrimento psíquico na Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 7, n. 1, 2016b.

NASCIMENTO SOBRINHO, C. *et al.* Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 1, 2006.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Factores psicosociales en el trabajo**. Naturaleza, incidencia y prevención. Ginebra: OIT, 1984.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación**. Ginebra: OIT, 2010.

PETARLI, G. *et al.* Estresse ocupacional e fatores associados em trabalhadores bancários, Vitória – ES, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3925-3934, 2015.

REIS; A.; FERNANDES, S.; GOMES, A. Estresse e Fatores Psicossociais. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 30, n. 4, p. 712-725, 2010.

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

RODRIGUES, E. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 2, p. 296-301, 2014.

RUIZ, V.; ARAÚJO, A. Saúde e segurança e a subjetividade no trabalho: os riscos psicossociais. São Paulo. **Rev Bras Saúde Ocup**, v. 37, n. 125, p. 170-180, 2012.

SANTOS, A; CARDOSO, C. Profissionais de saúde mental: estresse e estressores ocupacionais em saúde mental. Maringá. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 2, p. 245-253, 2010.

SANTOS, K. **Estresse ocupacional e saúde mental**: desempenho de instrumentos de avaliação em populações de trabalhadores na Bahia, Brasil. Dissertação (Mestrado) - Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, 2006.

SATO, L.; LACAZ, F.; BERNARDO, M. Psicologia e saúde do trabalhador: práticas e investigações na Saúde Pública de São Paulo. **Estudos de Psicologia**, v. 11, n. 3, p. 281-288, 2006.

SCHMIDT, D. R. Modelo Demanda-Controle e estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**, n. 66, v. 5, p. 779-788, 2013.

SELIGMANN-SILVA, E. *et al.* O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. São Paulo. **Rev Bras Saúde Ocup**, v. 35, n. 122, p. 187-191, 2010.

SILVA, A. A gestão de unidades básicas de saúde frente ao desafio da estratégia saúde família: exercício de análise do ponto de vista da atividade. 2006. 195.p. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, UFRJ, Rio de Janeiro, 2006.

SILVA, D; SILVA, N. O trabalhador com estresse e intervenções para o cuidado em saúde. Rio de Janeiro. **Trab Educ Saúde**, v. 13, n. 1, p. 201-214, 2015.

SILVA, J. *et al.* Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 27, n. 2, p. 125-133, 2015.

SOUSA, V.; ARAÚJO, C. Estresse Ocupacional e Resiliência Entre Profissionais de Saúde. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 35, n.3, p. 900-915, 2015.

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

TEIXEIRA, J. *et al.* Associação entre aspectos psicossociais do trabalho e qualidade de vida de mototaxistas. Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública**, v. 3, n. 1, p. 97-110, 2015.

TIRONI, M. *et al.* Trabalho e síndrome da estafa profissional (Síndrome de Burnout) em médicos intensivistas de Salvador. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo. v. 55, n. 6, p. 656-62, 2009.

**APÊNDICE**

## **Apêndice A - DISTÚRBIOS PSÍQUICOS MENORES EM TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

### **RESUMO**

Tem crescido o interesse pelos estudos sobre o estresse ocupacional na literatura científica devido às repercussões das condições e da organização do trabalho na saúde e bem-estar dos trabalhadores. Nessa perspectiva, os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde estão expostos a diferentes eventos estressores no seu contexto de trabalho, portanto, encontram-se suscetíveis ao estresse laboral e suas repercussões sobre a saúde, como o desenvolvimento de Distúrbios Psíquicos Menores. Sendo assim, este estudo objetiva analisar a produção científica nacional e internacional sobre a prevalência e fatores associados aos Distúrbios Psíquicos Menores em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de uma revisão sistemática de estudos de corte transversal sobre a prevalência e fatores associados aos Distúrbios Psíquicos Menores em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, nas bases de dados SciELO, LILACS e MEDLINE/PubMed e também no Google Escolar. Do total de 582 estudos encontrados, 10 estudos foram eleitos para esta revisão. A prevalência global de Distúrbios Psíquicos Menores observada variou de 16% a 48,6%. Os fatores associados que mais se destacaram foram: o sexo feminino, a idade mais avançada, o nível de escolaridade médio, a categoria profissional dos agentes comunitários de saúde e os aspectos psicossociais do trabalho. Concluiu-se que mesmo com o limitado número de estudos encontrados, foi possível obter um diagnóstico inicial dos pontos fortes e fragilidades deste contexto e também identificar algumas lacunas neste campo do conhecimento, que apontam caminhos para a formulação de possíveis intervenções e futuras pesquisas.

**DESCRITORES:** Transtornos Mentais. Pessoal de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Saúde do Trabalhador. Revisão.

### **MINOR PSYCHIC DISORDERS IN PRIMARY HEALTH CARE WORKERS: A SYSTEMATIC REVIEW OF LITERATURE**

### **ABSTRACT**

The interest in studies on occupational stress has been growing in the scientific literature due to the repercussions of conditions and work organization on the health and well-being of workers. In this perspective, Primary Health Care workers are exposed to different stressful events in their work context, hence, they are susceptible to occupational stress and its repercussions on health, such as the development of Minor Psychic Disorders. Thus, this study aims to analyze the national and international scientific production on the prevalence and factors associated with Minor Psychiatric Disorders in Primary Health Care workers. This is a systematic review of cross-sectional studies on the prevalence and factors associated with Minor Psychiatric Disorders in Primary Health Care workers, in the SciELO, LILACS and MEDLINE/PubMed databases, as well as in Google Scholar. 10 studies were elected for this review out of 582 studies found. The overall prevalence of Minor Psychiatric Disorders

observed ranged from 16% to 48,6%. The associated factors that stood out the most were: the female gender, older age, average level of education, community health agents professional category and the job's psychosocial aspects. It was concluded that, even with the limited number of studies found, it was not only possible to obtain an initial diagnosis of the strengths and weaknesses of this context, but it was also possible to identify some gaps in this field of knowledge, which point out ways to formulate possible interventions and future research.

**DESCRIPTORS:** Mental Disorders. Health Personnel. Primary Health Care. Occupational Health. Review.

## INTRODUÇÃO

Ultimamente, tem crescido o interesse pelos estudos acerca do estresse ocupacional na literatura científica devido às repercussões das condições e da organização do trabalho na saúde e bem-estar dos trabalhadores (REIS; FERNANDES; GOMES, 2010). De acordo com Dilelio *et al.* (2012), vários elementos presentes na organização do trabalho mostram-se associados à vida mental do trabalhador e quando esta organização nega a capacidade criativa do trabalhador ao invés de desenvolver suas potencialidades, constitui-se em fonte de sofrimento e dano à saúde.

Sousa e Araújo (2015) destacam que, embora o estresse ocupacional esteja presente na maioria das atuações laborais, as categorias relacionadas ao cuidado do outro, como os profissionais de saúde, mostram-se mais vulneráveis aos efeitos negativos do estresse. Isto porque, a atuação em saúde envolve certas especificidades que podem se revelar como agentes estressores e prejudicar o bem-estar desses profissionais.

A Atenção Primária à Saúde (APS), considerada o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, compreende o primeiro nível de atenção à saúde, de acordo com o modelo adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas, de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, sendo desenvolvida sob a forma trabalho em equipe, com práticas dirigidas a populações de territórios bem delimitados, de uma área sob a sua reponsabilidade sanitária, considerando seu ambiente físico e social (BRASIL, 2012).

Neste contexto, as equipes lidam com uma complexa organização laboral, o que exige profissionais capacitados e qualificados, para exercerem múltiplas atribuições com elevado

grau de responsabilidade, a fim de que possam prestar um atendimento resolutivo e satisfatório à população que está sob seus cuidados (MOREIRA *et al.*, 2016).

Além disso, os trabalhadores da APS estão expostos a outros eventos estressores como a sobrecarga de trabalho, devido a grande demanda de atendimentos; falta de investimentos no setor, que se manifestam em precárias condições estruturais e materiais; vínculos trabalhistas instáveis; unidades inseridas em ambientes marcados por pobreza e desigualdades sociais, entre outros. Desse modo, nota-se que esses trabalhadores encontram-se suscetíveis ao desenvolvimento do estresse laboral (BRAGA *et al.*, 2010; KATSURAYAMA *et al.*, 2013; MOREIRA *et al.*, 2016).

Em meio aos males que podem surgir em decorrência da exposição prolongada ao estresse no ambiente de trabalho, destacam-se os Distúrbios Psíquicos Menores, que consistem em um conjunto de sinais e sintomas, como: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Tais distúrbios não se enquadram nas categorias nosológicas da Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão ou do Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª Edição, contudo, indicam sofrimento psíquico e podem ocasionar incapacidades, se constituindo como importante causa de dias perdidos no trabalho (GOLDBERG; HUXLEY, 1992; MOREIRA *et al.*, 2016).

Na literatura são encontradas diferentes denominações para este conjunto de sinais e sintomas, entre as quais: os “Distúrbios Psíquicos Menores”, “Distúrbios Psíquicos Comuns”, “Transtornos Mentais Comuns”, “Transtornos Mentais Menores”, “Transtornos Psiquiátricos Menores”, “Morbidades Psiquiátricas Menores”, “Problemas Psiquiátricos Menores”, entre outros. Neste estudo, optou-se pela denominação “Distúrbios Psíquicos Menores” (DPM).

O instrumento mais utilizado para avaliar a suspeição de DPM é o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), desenvolvido por Harding *et al.* (1980) e validado no Brasil por Mari e Williams (1986). Este instrumento, em sua versão com 20 questões, é recomendado pela Organização Mundial de Saúde para realização de rastreamento e triagem psiquiátrica, especialmente, em países em desenvolvimento devido à facilidade de uso e custo reduzido (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008).

O SRQ-20 é composto por questões dicotômicas (do tipo sim/não), sendo 04 sobre sintomas físicos e 16 sobre distúrbios psicoemocionais. Os escores do SRQ-20 estão relacionados à probabilidade de presença de DPM, com variação de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade), onde cada resposta afirmativa pontua com o

valor 1, para compor o escore final por meio do somatório destes valores (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008; GUIRADO; PEREIRA, 2016).

Ainda são poucos os estudos que investigam a saúde mental do trabalhador da APS, sendo assim, considera-se importante sintetizar os resultados alcançados até o momento, apontar avanços e lacunas, com o intuito de indicar novas direções para futuras pesquisas neste campo de estudo. Diante disso, o presente estudo tem por objetivo analisar a produção científica nacional e internacional sobre a prevalência e fatores associados aos DPM em trabalhadores da APS.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão sistemática de estudos de corte transversal sobre a prevalência e fatores associados aos DPM em trabalhadores da APS, publicados nas bases de dados, nas línguas portuguesa, inglesa ou espanhola, sem delimitação de tempo. A revisão sistemática é um tipo de estudo retrospectivo e secundário, que permite integrar as informações de um conjunto de estudos realizados separadamente sobre determinado assunto, através da aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada (SAMPAIO; MANCINI, 2007).

Foram seguidas as seguintes etapas para a elaboração dessa revisão sistemática: definição da pergunta de pesquisa; identificação das bases de dados a serem consultadas; definição dos descritores, palavras-chaves e estratégias de busca; estabelecimento de critérios para a seleção dos artigos; condução da busca nas bases de dados escolhidas e com base nas estratégias definidas; definição da seleção inicial dos artigos; aplicação dos critérios na seleção dos artigos e justificativa da exclusão; análise crítica e avaliação de todos os estudos incluídos na revisão; síntese das informações; apresentação das conclusões (SAMPAIO; MANCINI, 2007).

Sendo assim, a questão norteadora deste trabalho foi: Qual a prevalência e fatores associados aos DPM em trabalhadores da APS? A pesquisa foi realizada no mês de maio de 2017, nas bases de dados SciELO, LILACS e MEDLINE/PubMed, utilizando os termos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Transtornos Mentais”, “Pessoal de Saúde”, “Atenção Primária à Saúde” e “Saúde do Trabalhador”.

Nas bases de dados SciELO e LILACS, a busca foi feita cruzando o termo “Transtornos Mentais” com os demais termos citados. Na base de dados MEDLINE/PubMed, foram utilizados os termos equivalentes na língua inglesa, combinando todos ao mesmo tempo, através da utilização de estratégias apropriadas. Também foram feitas buscas no Google Escolar, utilizando as palavras-chaves: “Distúrbios Psíquicos Menores” e “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde” combinadas. Ainda, foram realizadas buscas nas referências dos artigos selecionados.

Para este estudo, utilizou-se como critérios de inclusão: artigos originais, com textos completos, censitários ou amostrais, com delineamento transversal e que utilizaram o SRQ-20 para avaliar a suspeição de DPM. Foram definidos como critérios de exclusão: artigos não redigidos nos idiomas português, inglês ou espanhol; artigos de revisão; trabalhos de conclusão de curso, teses, dissertações, resumos de anais e congressos, livros, cartilhas, boletins, editoriais e trabalhos, que abordavam estritamente outros distúrbios psíquicos como ansiedade, depressão, síndrome de *burnout*, etc. Artigos repetidos foram considerados apenas uma vez.

Na fase inicial de seleção, os títulos de todos os artigos identificados foram avaliados observando se os mesmos abordavam a temática em estudo. Na fase posterior, os resumos foram avaliados por dois examinadores independentes, para verificar se os mesmos obedeciam aos critérios de inclusão e exclusão definidos no protocolo de pesquisa. Quando o título e o resumo não foram esclarecedores avaliou-se o artigo na íntegra. Em caso de discordância quanto à inclusão de dado estudo, foi solicitada a avaliação de um terceiro examinador.

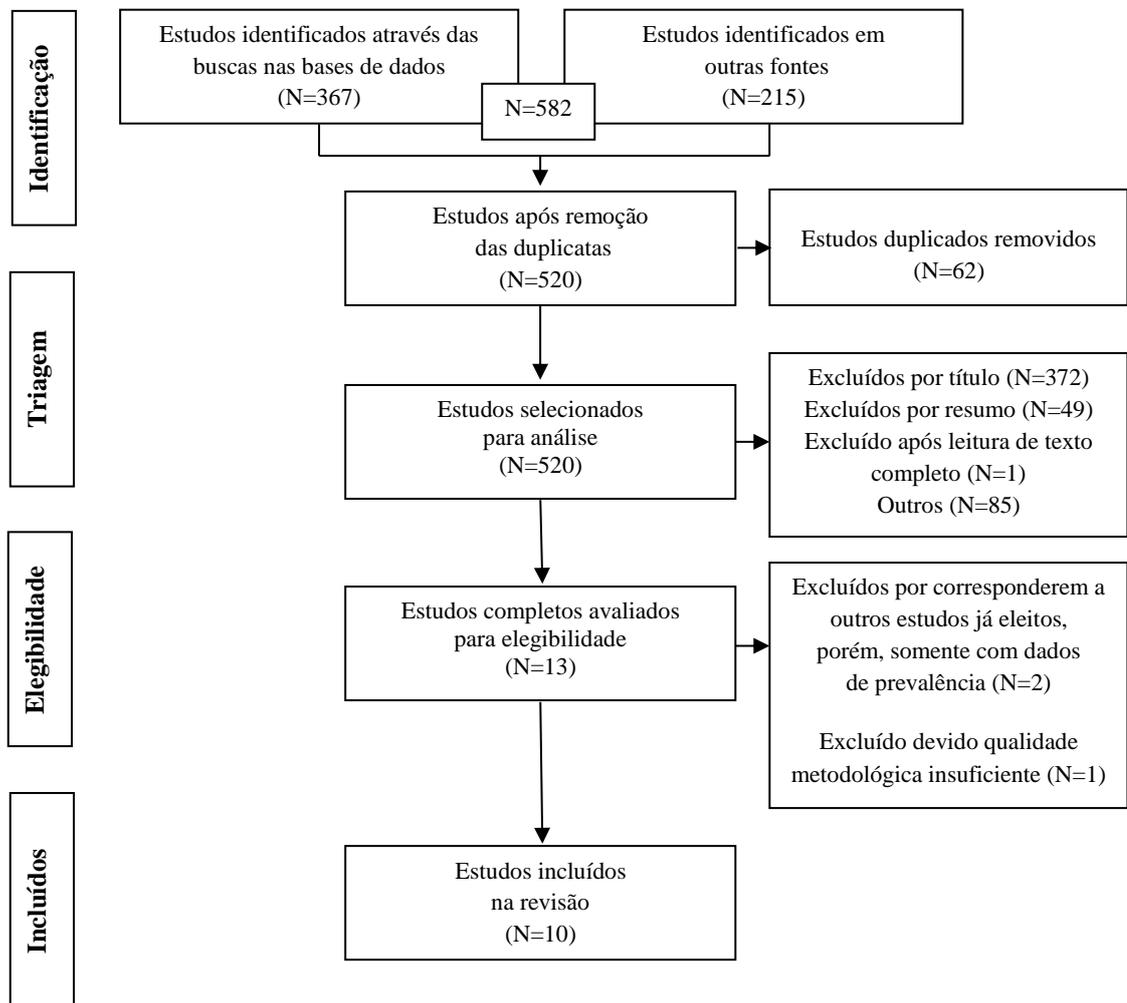
Todos os estudos incluídos na revisão foram analisados criticamente, também com a participação de dois examinadores independentes e convocação de um terceiro examinador, em situações de divergência de opiniões.

As informações extraídas dos artigos foram sintetizadas em tabelas e quadros, citando autor(es), ano de publicação, local onde foi realizado o estudo, periódico, população ou amostra estudada, características sociodemográficas e ocupacionais da população ou amostra, fatores associados identificados, prevalências globais e pontos de corte utilizados. Ao final deste trabalho, apresenta-se as conclusões sobre as evidências encontradas nos estudos avaliados.

## RESULTADOS

A partir das estratégias de busca definidas, foi identificado um total de 582 estudos, sendo 367 nas bases de dados SciELO, LILACS e MEDLINE/PubMed e 215 no Google Escolar e nas referências dos artigos pré-selecionados. Após a remoção dos estudos duplicados, realizou-se uma filtragem a partir da leitura dos títulos, resumos e texto completo, quando necessário, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão adotados, chegando-se ao número de 13 estudos completos para a avaliação da elegibilidade. Destes, dois (02) foram excluídos, por corresponderem a outros estudos já eleitos, que abordavam a prevalência e os fatores associados, enquanto os excluídos tratavam-se de estudos descritivos, que somente abordavam a prevalência (a inclusão dos mesmos geraria dados repetidos); e um (01) estudo foi excluído, pois, apresentava uma amostra muito pequena da população em estudo, além de incluir, sem distinção, trabalhadores da Atenção Primária e Atenção Secundária em Saúde (insuficiência metodológica). Desse modo, para esta revisão, foram incluídos 10 estudos de corte transversal sobre DPM em trabalhadores da APS (**Figura 1**).

**Figura 1.** Fluxograma do processo de seleção dos estudos.



Adaptado de Moher *et al.* (2009).  
Fonte: Revisão sistemática, 2017.

Os estudos eleitos foram caracterizados segundo autor(es), ano de publicação, local onde foi realizado e nome do periódico, conforme descrito na **Tabela 1**. Estudos internacionais foram selecionados para a análise, porém, nenhum foi incluído nesta revisão. Os estudos incluídos foram publicados a partir do ano de 2008, sendo que, 50% dos artigos foram publicados no ano de 2016.

Os estados do Rio Grande do Sul e da Bahia destacaram-se como os locais onde mais foram realizados estudos, com 40% e 30% respectivamente (um estudo foi realizado em diferentes estados). No que se refere aos periódicos que mais publicaram sobre o tema, destacou-se a Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, com 30% dos estudos e a Revista Ciência & Saúde Coletiva, com 20% dos estudos.

**Tabela 1.** Caracterização dos estudos segundo autor(es), ano de publicação, local onde foi realizado e periódico.

Estudo	Autor(es)	Ano	Local	Periódico
1	Silva e Menezes	2008	São Paulo/ SP	Revista de Saúde Pública
2	Braga, Carvalho e Binder.	2010	Botucatu/ SP	Ciência & Saúde Coletiva
3	Barbosa <i>et al.</i>	2012	Feira de Santana/ BA	Revista Brasileira de Saúde Ocupacional
4	Dilelio <i>et al.</i>	2012	41 municípios com mais de 100 mil habitantes, de dois estados do Sul (Rio Grande do Sul e Santa Catarina) e cinco estados do Nordeste (Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí e Rio Grande do Norte) do Brasil.	Cadernos de Saúde Pública
5	Knuth <i>et al.</i>	2015	Pelotas/ RS	Ciência & Saúde Coletiva
6	Alcântara e Assunção	2016	Belo Horizonte/ MG	Revista Brasileira de Saúde Ocupacional
7	Araújo <i>et al.</i>	2016	Feira de Santana/ BA, Santo Antônio de Jesus/ BA, Itabuna/ BA, Jequié/ BA e Salvador/ BA.	Revista Brasileira de Epidemiologia
8	Carlotto	2016	Uma cidade da região metropolitana de Porto Alegre/ RS	Psicologia Argumento
9	Carvalho, Araújo e Bernardes	2016	Feira de Santana/ BA	Revista Brasileira de Saúde Ocupacional
10	Moreira <i>et al.</i>	2016	Santa Cruz do Sul/ RS	Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção

**Fonte:** Revisão sistemática, 2017.

A **Tabela 2** apresenta as características sociodemográficas dos trabalhadores da APS investigadas nos estudos incluídos nesta revisão sistemática. Foram estudados um total de 9.365 trabalhadores. O sexo feminino foi predominante entre os trabalhadores da APS, correspondendo a 80% desta população. A idade média da população, nos estudos que realizaram este cálculo, foi inferior a 40 anos. Somente um estudo não investigou a situação conjugal dos trabalhadores, entre os demais, os casados ou com companheiros foram os mais frequentes, aproximadamente 30% da população. Apenas dois (02) estudos verificaram se os trabalhadores tinham filhos ou não, nestes, os trabalhadores com filhos foram mais comuns. Em relação à escolaridade, a maioria possuía ensino médio. A renda média ou mediana apresentada foi inferior a R\$ 1.000,00, exceto, em um estudo, onde só foram investigados profissionais de nível superior, que apresentou uma renda média superior a R\$ 5.000,00.

**Tabela 2.** Características sociodemográficas das populações ou amostras dos estudos incluídos na revisão sistemática.

Artigo	N	Sexo		Idade (M)	Estado Civil			Filhos		Escolaridade	Renda (M)
		M	F		Casado /Comp.	Solteiro	Outros	S	N		
Silva e Menezes (2008) <sup>1</sup>	141	11	130	38,9	78	41	22	-	-	Maioria ensino fundamental ou médio completo (103)	-
Braga, Carvalho e Binder (2010)	378	75	303	-	220	-	158	-	-	Maioria ensino médio (205)	-
Barbosa <i>et al.</i> (2012)	152	36	116	38,4	77	47	26	-	-	Nível superior (todos)	R\$ 5.111,00
Dilelio <i>et al.</i> (2012)	4.749	885	3.790	37,8	-	-	-	-	-	Maioria ensino médio (>2.639)	R\$ 470,00 (mediana)
Knuth <i>et al.</i> <sup>2</sup> (2015)	138	15	123	-	82	39	16	-	-	Maioria ensino médio completo ou superior incompleto (106)	-
Alcântara e Assunção (2016)	196	21	175	38	102	66	28	-	-	Maioria ensino médio ou superior (177)	R\$ 496,57
Araújo <i>et al.</i> (2016)	2.532	522	2.003	30,8	1.455	791	276	-	-	Maioria ensino médio incompleto/completo (985)	-
Carlotto (2016)	234	39	189	-	148	-	67	158	74	Maioria nível superior (>130)	-
Carvalho, Araújo e Bernardes (2016)	762	118	644	-	491	-	271	535	227	Maioria sem nível superior (636)	R\$ 979,00
Moreira <i>et al.</i> (2016)	83	4	79	37,1	67	-	16	-	-	Maioria ensino médio (36)	-

Total	9.365	1.726	7.552	-	2.720	984	880	693	301	-	-
-------	-------	-------	-------	---	-------	-----	-----	-----	-----	---	---

Fonte: Revisão sistemática, 2017.

<sup>1</sup> Neste estudo, abordou-se também outros distúrbios psíquicos de não interesse dessa revisão, só foram extraídas as informações sobre DPM em trabalhadores da APS.

<sup>2</sup> Neste estudo, abordou-se também outros distúrbios psíquicos e outras populações de não interesse dessa revisão, só foram extraídas as informações sobre DPM e trabalhadores da APS.

N = Número total da população ou amostra do estudo

M = Masculino

F = Feminino

(M) = Média

Comp.= Companheiro(a)

S = Sim

N = Não

As características ocupacionais dos trabalhadores da APS estudadas nos artigos foram detalhadas na **Tabela 3**. Observou-se que a maior parte dos trabalhadores possuía vínculo empregatício estável (52%) e se enquadravam na categoria de baixa carga horária semanal (32%). A maioria dos trabalhadores (30%) não possuía outro vínculo empregatício. 57% dos trabalhadores se enquadravam na categoria de menor tempo de trabalho. Os aspectos psicossociais do trabalho foram, frequentemente, utilizados nas pesquisas com esta população – 50% dos estudos investigaram a associação entre tais aspectos e a prevalência de DPM em trabalhadores da APS. Os resultados indicaram a predominância de alta demanda psicológica (17%), baixo controle sobre o trabalho (19%), alto apoio social (22%) e tipo de trabalho de alta exigência (9,5%), neste grupo ocupacional.

O **Quadro 1** demonstra as dimensões analisadas nos 10 estudos incluídos nesta revisão. Os objetivos delineados nos estudos buscaram avaliar a prevalência e/ou os fatores associados aos DPM em trabalhadores da APS. Entre os fatores associados, os que mais comumente apareceram foram as características sociodemográficas e ocupacionais, entre as primeiras destacaram-se o sexo feminino (em 30% dos estudos), a idade mais avançada (20%) e o nível de escolaridade médio (20%); e entre as últimas, destacaram-se os aspectos psicossociais do trabalho, mais especificamente, alta demanda psicológica (40%), apoio social (20%) e alta exigência (20%). Além disso, uma categoria profissional também teve destaque entre os fatores associados, os agentes comunitários de saúde (20%). A prevalência global de DPM encontrada entre os trabalhadores dos estudos variou de 16% a 48,6%. Contudo, diferentes pontos de corte foram utilizados como critério para a suspeição dos distúrbios.

**Tabela 3.** Características ocupacionais das populações ou amostras dos estudos incluídos na revisão sistemática.

Artigo	Tipo de Vínculo			Carga Horária Semanal		Outro Vínculo		Tempo de trabalho		Demanda		Controle		Apoio Social		Trabalho Ativo	Trabalho Passivo	Alta Exigência	Baixa Exigência
	Est.	Inst.	Out.	Baixa	Alta	S	N	Menor	Maior	Alta	Baixa	Alto	Baixo	Alto	Baixo				
Silva e Menezes (2008)	-	-	-	-	-	-	-	72	69	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Braga, Carvalho e Binder (2010)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	306	52	190	16	73	79
Barbosa et al. (2012)	-	140	10	81	65	85	65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dilelio et al. (2012)	2.507	1.542	-	-	-	-	-	3.036	1.026	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Knuth et al. (2015)	-	-	-	26	112	29	109	97	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alcântara e Assunção (2016)	-	-	-	-	-	-	-	50	146	24	28	16	36	28	24	-	-	-	-
Araújo et al. (2016)	1.780	-	752	2.075	457	539	1.993	1.293	1.239	1.302	1.115	950	1.387	1.716	586	487	611	751	451
Carlotto (2016)	150	60	-	157	66	-	-	71	152	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Carvalho, Araújo e Bernardes (2016)	475	285	-	651	111	129	629	695	56	327	425	390	358	-	-	39	40	53	33
Moreira et al. (2016)	-	83	-	67	16	16	67	51	32	30	46	34	42	44	32	9	21	21	25
Total	4.912	2.110	762	3.057	827	798	2.863	5.365	2.760	1.683	1.614	1.390	1.823	2.094	694	725	688	898	588

Est. = Estável  
 Inst. = Instável  
 Out. = Outro  
 S = Sim  
 N = Não

**Quadro 1.** Apresentação das dimensões analisadas nos estudos incluídos na revisão sistemática.

Autor/ Ano	Objetivo	Fatores Associados	Prevalência Global DPM	Ponto de corte
Silva e Menezes (2008)	Estimar a prevalência da síndrome do esgotamento profissional e de transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde, identificando fatores associados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sexo feminino (+);</li> <li>✓ Atuação em microáreas de risco (+);</li> <li>✓ Duas ou mais faltas ao trabalho no mês anterior (+);</li> <li>✓ Idade – de 41 a 50 anos (-);</li> <li>✓ Renda superior a 7 salários mínimos(-);</li> <li>✓ Exaustão emocional moderada e alta (+);</li> <li>✓ Decepção moderada e alta (+).</li> </ul>	43,3%	<p>≥ 7 respostas positivas para mulheres.</p> <p>≥ 5 respostas positivas para homens.</p>
Braga, Carvalho e Binder (2010)	Explorar as relações entre demandas psicológicas, grau de controle e presença de suporte social no trabalho e prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP).	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nível de escolaridade – ensino médio (+);</li> <li>✓ Alta exigência (+);</li> <li>✓ Baixa exigência (-);</li> <li>✓ Apoio social elevado em situações de alta exigência (-);</li> <li>✓ Alta demanda psicológica (+).</li> </ul>	42,6%	<p>≥ 7 respostas positivas para mulheres.</p> <p>≥ 5 respostas positivas para homens.</p>
Barbosa <i>et al.</i> (2012)	Descrever características sociodemográficas e do trabalho e a prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores (DPM) e de positivos ao teste CAGE (abuso no consumo de álcool) entre médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da ESF de Feira de Santana, Bahia.	-	16%	≥ 07 respostas positivas para ambos os sexos.
Dilelio <i>et al.</i> (2012)	Avaliar a prevalência de transtornos psiquiátricos menores e fatores associados nos trabalhadores da atenção primária à saúde, nas regiões Sul e Nordeste do Brasil.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Agentes comunitários de saúde e outros trabalhadores de nível médio (+);</li> <li>✓ Idade – mais de 30 anos (-);</li> <li>✓ Sedentarismo (+);</li> <li>✓ Presença de problema de saúde (+);</li> <li>✓ Regime de trabalho precário (-);</li> <li>✓ Tempo de trabalho igual ou maior a 5 anos (+);</li> <li>✓ Satisfação com estrutura (-);</li> <li>✓ Satisfação com atendimento domiciliar (-);</li> <li>✓ Satisfação com o trabalho em equipe (-);</li> <li>✓ Satisfação com as reuniões com a comunidade (-).</li> </ul>	16%	<p>≥ 8 respostas positivas para mulheres.</p> <p>≥ 6 respostas positivas para homens.</p>
Knuth <i>et al.</i> (2015)	Verificar a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) e Depressão entre Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e	-	48,6% <sup>1</sup>	> 7 respostas positivas para ambos os sexos.

	trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).			
Alcântara e Assunção (2016)	Examinar associações entre a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) e condições de trabalho entre ACS inseridos nos serviços de atenção básica de Belo Horizonte, MG.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alta demanda psicológica (+);</li> <li>✓ Relato de agressões contra o trabalhador (+);</li> <li>✓ Insatisfação com as relações pessoais (+).</li> </ul>	26,5%	≥ 07 respostas positivas para ambos os sexos.
Araújo <i>et al.</i> (2016)	Avaliar a contribuição da análise de modelos combinados de estresse psicossocial no trabalho e sua associação com transtornos mentais comuns (TMC) entre trabalhadores da saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Baixo apoio social (+);</li> <li>✓ Alto esforço (+);</li> <li>✓ Excesso de comprometimento (+);</li> <li>✓ Médio desequilíbrio esforço-recompensa (+);</li> <li>✓ Alto desequilíbrio esforço-recompensa (+);</li> <li>✓ Demanda-controle e apoio social no trabalho (+);</li> <li>✓ Esforço-recompensa (+);</li> <li>✓ Esforço-recompensa e comprometimento excessivo (+);</li> <li>✓ Esforço-recompensa e Demanda-controle (+).</li> </ul>	21%	≥ 07 respostas positivas para ambos os sexos.
Carlotto (2016)	Identificar a prevalência de TMC em profissionais de Unidades Básicas de Saúde e verificar a existência de associações entre variáveis sociodemográficas e laborais.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sexo feminino (+);</li> <li>✓ Vínculo de trabalho celetista (+).</li> </ul>	29,7%	≥ 07 respostas positivas para ambos os sexos.
Carvalho, Araújo e Bernardes (2016)	Avaliar a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) e os fatores sociodemográficos, de estilo de vida e de trabalho associados a sua ocorrência entre trabalhadores da Atenção Básica à Saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sexo feminino (+);</li> <li>✓ Qualidade de vida regular/ruim/muito ruim (+);</li> <li>✓ Estado de saúde regular/ruim/muito ruim (+);</li> <li>✓ Pressão do tempo (+);</li> <li>✓ Insatisfação com o trabalho (+);</li> <li>✓ Alta demanda psicológica (+);</li> <li>✓ Alta exigência (+).</li> </ul>	22,9%	≥ 07 respostas positivas para ambos os sexos.
Moreira <i>et al.</i> (2016)	Avaliar a associação dos aspectos psicossociais do trabalho, de acordo com o Modelo Demanda-Controle, com a ocorrência de transtornos mentais entre os trabalhadores das Estratégias de Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, RS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alta demanda psicológica (+);</li> <li>✓ Agente comunitário de saúde (+).</li> </ul>	19,7%	<p>≥ 8 respostas positivas para mulheres.</p> <p>≥ 6 respostas positivas para homens.</p>

Fonte: Revisão sistemática, 2017.

(+) associação positiva – fator associado a maior probabilidade de DPM.

(-) associação negativa – fator associado a menor probabilidade de DPM.

## DISCUSSÃO

Por meio da revisão sistemática da literatura nas bases de dados SciELO, LILACS e MEDLINE/PubMed e no Google Escolar, além da busca nas referências dos artigos pré-selecionados, foram eleitos 10 estudos de corte transversal sobre DPM em trabalhadores da APS para esta pesquisa. Considera-se que este foi um número reduzido, uma vez que, não houve delimitação de tempo para a seleção dos artigos. A inclusão da busca na literatura do Google Escolar foi uma tentativa de ampliar o número de estudos encontrados.

Os poucos estudos identificados sinalizam certo desinteresse com a APS e seus trabalhadores, quando estes deveriam ser valorizados e observados com olhares atentos, visto que, assumem um importante papel na atenção à saúde da população e a responsabilidade na reorganização do modelo assistencial em saúde, no Brasil. Dessa forma, faz-se necessário o desenvolvimento de mais pesquisas neste campo, para que se possa conhecer bem esta realidade e intervir com eficácia, visando à promoção e proteção da saúde destes trabalhadores, o que poderá se refletir também numa prática mais humanizada, dado que, a saúde psíquica influencia na capacidade para o trabalho e na atenção prestada ao usuário por parte desses trabalhadores (MARTINS, 2011; SILVA; SILVA; 2015).

Os estudos, de modo geral, foram publicados recentemente, a partir do ano de 2008. Cabe lembrar que a APS é um projeto da área de saúde com pouco tempo de concepção e execução. Surgiu em 1994, com a formação das primeiras Equipes de Saúde da Família e consolidou-se no ano de 1997, com a transformação do Programa de Saúde da Família em Estratégia (BRASIL, 1994; BRASIL, 1997). Ainda assim, tardaram a ser realizados/publicados os primeiros estudos sobre o tema.

No entanto, percebeu-se um crescente interesse pelas pesquisas neste campo, pois, 50% dos artigos foram publicados no ano de 2016. Políticas do Ministério da Saúde que se propõem a fortalecer a APS enquanto ordenadora da rede de atenção e coordenadora do cuidado (MAGALHÃES JÚNIOR; PINTO, 2014), bem como, resultados de pesquisas, que vêm mostrando, cada vez mais, a conexão entre o trabalho e o adoecimento psíquico (SATO; LACAZ; BERNARDO, 2006; ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2010; DEJOURS, 2015), podem estar relacionados ao aumento de publicações referentes a esta temática. Esse crescente interesse indica os primeiros passos em direção a uma maior valorização da APS. Ressalta-se, contudo, mais uma vez, que são necessárias mais investigações e contribuições para este campo.

Foram escassos os estudos sobre a DPM em trabalhadores da APS em outros países. Os localizados não atenderam aos critérios de inclusão e exclusão delimitados no protocolo desta pesquisa. A baixa quantidade de estudos em outros países e sua maior frequência no Brasil pode justificar-se pela APS ser um nível de atenção, que assume uma função distinta na prática assistencial em saúde em nosso país, diferentemente do que ocorre em outros lugares do mundo. A ESF, por exemplo, é um projeto específico do contexto brasileiro (BRASIL, 2012).

Os estados do Rio Grande do Sul e da Bahia sobressaíram-se como os locais onde mais foram realizados estudos, provavelmente, devido à existência de grupos de pesquisas consolidados nestes estados, voltados para o campo da Saúde Coletiva/Saúde do Trabalhador, que se encarregam de realizar estudos em sua região e contribuir com conhecimentos e possíveis intervenções nesta área.

O destaque da Revista Brasileira de Saúde Ocupacional pode ser explicado pelo fato do tema pesquisado estar diretamente associado ao escopo da revista, que publica artigos científicos relevantes no campo da Segurança e Saúde no Trabalho (REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE OCUPACIONAL, 2017). A notoriedade da Revista Ciência & Saúde Coletiva, que publica artigos pertinentes à área, também se enquadra nesse processo, uma vez que, a Saúde do Trabalhador, é comumente uma linha de pesquisa desenvolvida no campo da Saúde Coletiva (SANTANA, 2006; REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA, 2017).

Sobre as características sociodemográficas dos trabalhadores da APS, verificou-se que a maior parte é do sexo feminino. A literatura apresenta dados consistentes quanto à predominância do sexo feminino entre os profissionais de saúde de modo geral, revelando, portanto, uma tendência da feminização desta área e, conseqüentemente, dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (BORGES, 2005; LIMA *et al.*, 2016). A atuação na área de saúde remete ao cuidado, que está fortemente associado à figura feminina, histórica, social e culturalmente, demonstrando uma divisão sexual do trabalho (ARAÚJO; ROTEMBERG, 2011).

Também constatou-se o predomínio de jovens, com companheiro e com filhos, neste campo de trabalho. Este é um perfil comumente encontrado nesta população (MORONI; PAZ, 2011; CORRÊA *et al.*, 2012; LINO *et al.*, 2012).

A maior parte da população possuía nível médio de escolaridade. É possível compreender tal proporção a partir do conhecimento da composição mínima das Equipes de Saúde da Família (que constituem a maior parte da APS), que abrange de profissionais com nível superior apenas: um médico da família ou generalista e um enfermeiro; quando

ampliada pode ter um cirurgião-dentista. Os demais profissionais, em geral, possuem até o nível médio de escolaridade, como: técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (que geralmente é em maior número); no caso da equipe ampliada, pode-se ter ainda um auxiliar de consultório dentário. Além dos trabalhadores como auxiliar administrativo, auxiliar de serviços gerais, etc. (BRASIL, 1997; BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

A renda média ou mediana apresentada foi relativamente baixa (mesmo considerando as variações no valor do salário mínimo ao longo do período), inferior a R\$ 1.000,00. Exceto, em um estudo, onde só foram investigados profissionais de nível superior, que apresentou uma renda média superior a R\$ 5.000,00. Ainda assim, essa média foi influenciada pela renda superior dos profissionais médicos. Além disso, infelizmente, a realidade de muitos trabalhadores da APS é marcada pela inexistência ou inadequação de planos de carreiras, cargos e salários (BRASIL, 2006), a despeito da Lei 8.142/1990, Portaria nº. 1.318/GM, de 5 de junho de 2007 e Portaria nº. 1.963/GM de 14 de agosto de 2007, que amparam legalmente a instituição ou reformulação destes no âmbito do SUS (BRASIL, 1990; BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007b).

Tenani *et al.* (2014) ressaltam que uma baixa remuneração e a falta de perspectiva na carreira colaboram para uma reduzida satisfação profissional, o que pode produzir sofrimento psíquico, com implicações diretas na saúde física e mental do trabalhador. Desta forma, urge a discussão sobre a importância dos planos de carreiras dos trabalhadores do SUS e, principalmente, sobre sua implementação como uma forma de garantir a “valorização dos trabalhadores através da equidade de oportunidades de desenvolvimento profissional em carreiras, que associem a evolução funcional a um sistema permanente de qualificação, como forma de melhorar a qualidade da prestação dos serviços de saúde” BRASIL, 2007a, p. 2).

No que se refere às características ocupacionais dos trabalhadores da APS, apesar da maior parte possuir um vínculo empregatício estável, quase a metade (48%) possuía vínculo instável. Além da maioria dos trabalhadores possuir menor tempo no trabalho, o que pode evidenciar alta rotatividade dos mesmos no serviço. Carlotto (2016) resalta que o tipo de contrato de trabalho pode ter repercussões importantes na estruturação de riscos à saúde dos trabalhadores e na oferta e qualidade dos serviços prestados. Vínculos empregatícios instáveis, geralmente, são geradores de estresse, insegurança e insatisfação no trabalho e podem estar ligados à rotatividade de pessoal e dificuldade de formação de vínculo com a organização e usuários.

Esta situação contradiz os princípios da APS, que prega o acompanhamento longitudinal e construção de uma relação de confiança entre a equipe de saúde e os usuários, à

medida que, a instabilidade no vínculo empregatício e alta rotatividade de trabalhadores acarretam dificuldades para o desenvolvimento de tais práticas (BARBOSA *et al.*, 2012). Dessa forma, reitera-se a urgência de estabilidade de vínculo contratual e desenvolvimento dos planos de carreira, cargos e salários no SUS, o que trará benefícios tanto para os trabalhadores quanto para a população.

Entre os trabalhadores da APS investigados, identificou-se o predomínio de baixa carga horária semanal de trabalho, que pode estar relacionado ao fato de a maior parte dos trabalhadores também não possuir outro vínculo empregatício. Schmidt *et al.* (2009) lembram que a carga horária de trabalho elevada e a presença de duplo vínculo empregatício são fatores influentes na vida dos trabalhadores, podendo estar associados a percepção de estresse ocupacional.

Por sua vez, Felli (2012) enfatiza que extensas jornadas de trabalho podem ocasionar além de adoecimento, a diminuição da capacidade para o trabalho, o absenteísmo, a elevação de custos dos afastamentos, impacto sobre o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores e implicações sobre a qualidade da assistência. Logo, as características ocupacionais encontradas podem ser consideradas favoráveis à saúde do trabalhador da APS e, devem ser fortalecidas, para que cada vez menos os trabalhadores precisem recorrer a outros vínculos, com exaustivas jornadas de trabalho, em busca de melhores rendimentos (SILVA *et al.*, 2006).

Metade dos estudos desta revisão (50%) investigou a associação entre os aspectos psicossociais e a prevalência de DPM em trabalhadores da APS. Tais aspectos vêm sendo amplamente investigados em diferentes campos ocupacionais e têm sido apontados como importantes preditores do adoecimento psíquico entre os trabalhadores, incluindo os trabalhadores da saúde (REIS; FERNANDES; GOMES, 2010; SILVA *et al.*, 2015; ARAÚJO *et al.*, 2016).

Houve predominância de alta demanda psicológica (17%), baixo controle sobre o trabalho (19%) e tipo de trabalho de alta exigência (9,5%). A demanda refere-se às exigências psicológicas as quais o trabalhador é submetido na realização de suas tarefas, como grau de inovação, repetitividade, criatividade, etc. O controle envolve o grau de autonomia que ele tem para tomar decisões sobre o próprio trabalho, a partir de suas habilidades e conhecimentos. O trabalho de alta exigência é exatamente a combinação de demanda psicológica elevada e baixo controle sobre trabalho. A predominância destes aspectos neste grupo ocupacional é preocupante, isto porque, constituem-se em condições de trabalho geradoras de elevado desgaste psicológico (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

Em contraste, de modo positivo, obteve-se o predomínio de alto apoio social (22%) entre os trabalhadores. A percepção de apoio social no trabalho refere-se à integração social, confiança no grupo, ajuda por parte de colegas e superiores na realização das tarefas, características que podem atuar como fatores de proteção em relação aos efeitos do desgaste no trabalho sobre a saúde (SCHMIDT, 2013).

No que diz respeito aos fatores associados aos DPM nos estudos, entre as características sociodemográficas, o sexo feminino apresentou associação positiva em 30% dos estudos. As mulheres são frequentemente apontadas na literatura como mais suscetíveis ao desenvolvimento de transtornos psíquicos. Essa suscetibilidade pode ser resultado do duplo papel que elas vêm desempenhando na sociedade; além de sua inserção no mercado de trabalho, as mulheres também são as principais responsáveis pelas tarefas domésticas e educação dos filhos. Esses fatores ocupacionais e da vida doméstica, com elevada sobrecarga e diminuição do tempo para o descanso e o lazer, podem aumentar a probabilidade de ocorrência de transtornos mentais (CARVALHO; ARAÚJO; BERNARDES, 2016).

A idade mais avançada apareceu como fator associado à baixa prevalência de DPM (20% dos estudos). Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos (SOUZA; SILVA, 1998; NASCIMENTO SOBRINHO *et al.* 2006). Tais resultados podem ser justificados pelo fato do trabalhador mais experiente, geralmente, conseguir lidar melhor com situações complexas, por ter um repertório de habilidades mais amplo, desenvolvido ao longo do tempo. Este ponto requer cautela, uma vez que a maioria dos profissionais da APS é jovem, o que os torna mais predispostos ao adoecimento psíquico.

O nível de escolaridade médio também apresentou associação, em 20% dos estudos, com os DPM, revelando maior probabilidade para o seu desenvolvimento, quando comparados com o nível superior. De acordo com Dilélio *et al.* (2012), a escolaridade é considerada um indicador socioeconômico, que revela uma divisão técnica e social do trabalho, onde quanto maior for a escolaridade, maior será a possibilidade de escolhas na vida, o que influencia as condições socioeconômicas futuras e a inserção na estrutura ocupacional; e poderá se refletir em uma percepção de diminuição do poder e incapacidade social, aumentando a probabilidade de acometimento por doenças mentais.

Entre as características ocupacionais, os aspectos psicossociais foram os que mais se destacaram como fatores associados aos DPM. A alta demanda psicológica e alta exigência apareceram associadas aos DPM, aumentando a sua probabilidade de ocorrência. O suporte social apareceu em duas situações distintas: quando baixo, esteve associado a uma maior

probabilidade de desenvolvimento de DPM; e quando alto, esteve associado a uma menor probabilidade.

Deste modo, têm-se as situações de trabalho, possivelmente, mais vinculadas aos DPM, e assim, direciona-se para onde devem ser desenvolvidas ações, no sentido de prevenir situações adoecedoras e estimular ações promotoras de saúde. Por exemplo, formular estratégias de ação em relação à alta demanda e alta exigência no trabalho na APS, com o objetivo de eliminar e ou reduzir tais exposições; ou, estimular relações interpessoais satisfatórias, visando aumentar o apoio social entre os trabalhadores.

Chamou atenção a associação com os agentes comunitários de saúde, categoria mais vulnerável aos DPM, quando comparada com as demais. Além disso, os estudos que investigaram somente esta categoria profissional da APS apresentaram prevalências de DPM elevadas, entre 26,5% e 48,6%. Tais resultados indicam que os agentes comunitários de saúde parecem estar mais vulneráveis ao desenvolvimento dos DPM, portanto, esta categoria tem necessidade de mais estudos quanto as suas condições, processo e organização do trabalho, assim como, necessita de uma atenção especial quanto aos cuidados em saúde mental.

A prevalência global de DPM identificada entre os trabalhadores dos 10 estudos variou de 16% a 48,6%. Contudo, diferentes pontos de corte foram utilizados como critério para a suspeição dos distúrbios, o que limitou a comparação dos resultados encontrados. Sendo assim, sugere-se a realização de pesquisas voltadas para a padronização do ponto de corte adotado no SRQ-20, o instrumento utilizado para avaliar a suspeição de DPM, com a intenção de permitir uma melhor comparabilidade dos resultados obtidos.

Observou-se que o ponto de corte mais comumente utilizado foi o de 7 ou mais respostas positivas para ambos os sexos, em 60% dos estudos. Independente dos diferentes pontos de corte adotados, as prevalências de DPM encontradas foram elevadas, o que assinala a imprescindibilidade de um olhar mais cuidadoso para os profissionais da APS e o desenvolvimento de ações promotoras de saúde mental, com o intuito de garantir o cuidado integral também àqueles que cuidam da saúde da população.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados sintetizados nesta revisão proporcionaram um considerável conhecimento acerca do perfil e quadro de saúde mental dos trabalhadores da APS, bem como, das pesquisas já desenvolvidas sobre o assunto. Mesmo com o limitado número de estudos encontrados, foi possível obter um diagnóstico inicial dos pontos fortes e fragilidades deste contexto e também identificar algumas lacunas neste campo do conhecimento, que apontam caminhos para a formulação de possíveis intervenções e futuras pesquisas, que possam melhorar as condições e a organização do trabalho na Atenção Primária e, conseqüentemente, favorecer a saúde mental dos seus trabalhadores, com reflexos positivos na qualidade da assistência prestada à população.

Apesar da relevância dos achados, é válido salientar as limitações dos estudos consultados. Por se tratarem de pesquisas de corte transversal, não determinam sequência temporal dos eventos, logo, não são capazes de estabelecer nexo de causalidade. Nesse sentido, a realização e síntese de estudos com delineamento longitudinal podem ser úteis para um melhor entendimento dos fatores causais envolvidos no desenvolvimento dos DPM dos trabalhadores da APS. Além disso, pelos estudos terem abordagem quantitativa, possibilitam uma compreensão restrita acerca do tema em questão. Assim, estudos qualitativos, que deem voz aos trabalhadores, permitindo uma compreensão em profundidade dos principais problemas enfrentados por eles e ouvindo suas sugestões quanto a ações que poderiam melhorar o seu ambiente de trabalho, seriam oportunos, a fim de agregar mais contribuições para os trabalhadores deste nível de atenção, pouco contemplados, até o momento.

## REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, M. A.; ASSUNÇÃO, A. A. Influência da organização do trabalho sobre a prevalência de transtornos mentais comuns dos agentes comunitários de saúde de Belo Horizonte. *Rev Bras Saude Ocup*, v. 41, n. e2, 2016.

ARAÚJO, T. M *et al.* Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: contribuições da análise de modelos combinados. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 19, n. 3, p. 645-657, 2016.

ARAÚJO, T. M.; ROTENBERG, L. Relações de Gênero no Trabalho em Saúde: a divisão sexual do trabalho e a saúde dos trabalhadores. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (org.). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

BARBOSA, G. B. *et al.* Trabalho e saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Estado da Bahia, Brasil, **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v. 37, n.126, p. 306-315, 2012.

BRAGA, L.; CARVALHO, L.; BINDER, M. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). Rio de Janeiro. **Ciênc saúde coletiva [online]**, vol.15, supl.1, p.1585-1596, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PCCS – SUS: diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.318/GM, de 5 de junho de 2007,** Brasília: Gabinete do Ministro, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.963/GM de 14 de agosto de 2007,** Brasília: Gabinete do Ministro, 2007b.

BRASIL Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família.** Brasília, COSAC, 1994.

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

BRASIL, Presidência da República. **LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990.** Brasília: Casa Civil, 1990.

BORGES, L. O. **Profissionais de saúde e seu trabalho.** São Paulo: Casa do psicólogo, 2005.

CARLOTTO, M. S. Transtornos Mentais Comuns em trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: Prevalência e fatores associados. **Psicol. Argum.** v. 34, n. 85, p. 133-146, 2016.

CARVALHO, D. B.; ARAÚJO, T. M.; BERNARDES, K. O. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. **Rev Bras Saude Ocup.** v. 41, e. 17, 2016.

CORRÊA, A. C. P. *et al.* Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 14 n.1, p.171-180, jan./mar, 2012.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho.** 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

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

FELLI, V. E. A. Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 4, p. 178-181, 2012.

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

GONÇALVES, D.; STEIN, A.; 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. Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 380-390, 2008.

GUIRADO, G.M. P.; PEREIRA, N. M. P. Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/SP. Rio de Janeiro. **Cad Saúde Colet**, v. 24, n. 1, p. 92-98, 2016

HARDING, T. W. *et al.* Mental disorders in primary health care: a study of the frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychol Med**, v. 10, n. 2, p. 231-241, 1980.

KATSURAYAMA, M. Trabalho e sofrimento psíquico na Estratégia Saúde da Família: uma perspectiva Dejouriana. **Cad Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 414-419, 2013.

KNUTH, B. S. *et al.* Mental disorders among health workers in Brazil, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2481-2488, 2015.

LIMA, E. F. A. *et al.* Perfil socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.1-5, 2016.

LINO, M. M. *et al.* Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos agentes comunitários de saúde. **Cogitare enferm**, Curitiba, v.17, n.1, p. 57-64, jan./mar., 2012.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; PINTO, A. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n.51, p.14-29, out. 2014.

MARI, J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **Br J Psychiatry**, v. 148, n.1, p. 23-26, 1986.

MARTINS, L. **Estresse ocupacional e esgotamento profissional entre profissionais da atenção primária à saúde**, 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

MOHER, D. *et al.* Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. **PLoS Med.** v. 6, n. 7, 2009.

MOREIRA, I. *et al.* Aspectos psicossociais do trabalho e sofrimento psíquico na Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 7, n. 1, 2016.

MORONI, G.; PAZ, A. A. Transtornos mentais menores em trabalhadores da estratégia de saúde da família na serra gaúcha. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE O TRABALHO EM ENFERMAGEM, 3., 2011, Bento Gonçalves-RS, **Trabalhadores de saúde**. Biossegurança no trabalho de enfermagem: perspectivas e avanços. Bento Gonçalves: ABEN, 2011, p. 509-511.

NASCIMENTO SOBRINHO, C. *et al.* Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 1, 2006.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación**. Ginebra: OIT, 2010.

REIS, A.; FERNANDES, S.; GOMES, A. Estresse e Fatores Psicossociais. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 30, n. 4, p. 712-725, 2010.

REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE OCUPACIONAL. **Escopo e política**. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/rbso/escopo-e-politica>>. Acesso em: 10 out. 2017.

REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA. **Sobre a revista.** Disponível em:  
<<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/sobre-a-revista>>. Acesso em: 10 out. 2017.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia. Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, jan./fev. 2007.

SANTANA, V. S. Saúde do trabalhador no Brasil: pesquisa na pós-graduação. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. esp., p.101-11, 2006.

SATO, L.; LACAZ, F.; BERNARDO, M. Psicologia e saúde do trabalhador: práticas e investigações na Saúde Pública de São Paulo. **Estudos de Psicologia**, v. 11, n. 3, p. 281-288, 2006.

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

SCHMIDT, D. R. C. Modelo Demanda-Controle e estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. 5, p. 779-788, 2013.

SILVA, A. T. C.; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n. 5, p. 921-9, 2008.

SILVA, B. M. *et al.* Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 442-448, 2006.

SILVA, D; SILVA, N. O trabalhador com estresse e intervenções para o cuidado em saúde. Rio de Janeiro. **Trab Educ Saúde**, v. 13, n. 1, p. 201-214, 2015.

SILVA, J. *et al.* Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 27, n. 2, p. 125-133, 2015.

SOUSA, V.; ARAÚJO, C. Estresse Ocupacional e Resiliência Entre Profissionais de Saúde. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 35, n.3, p. 900-915, 2015.

SOUZA, M. F. M.; SILVA, G. R. Riscos de distúrbios psiquiátricos menores em área metropolitana na região sudeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 1, p. 50-58, 1998.

TENANI, M. N. F. *et al.* Satisfação profissional dos trabalhadores de enfermagem recém-admitidos em hospital público. **Rev Min Enferm.** v. 18, n. 3, p. 585-591, 2014.

**ANEXOS**

## Anexo A – Autorização para uso de banco de dados



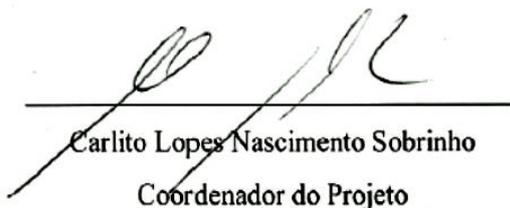
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA – UEFS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - PPGSC  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

### AUTORIZAÇÃO

Eu, Carlito Lopes Nascimento Sobrinho, coordenador do Projeto de Pesquisa intitulado “Transtornos Mentais Comuns em Trabalhadores do Programa de Saúde da Família de Feira de Santana, Bahia”, desenvolvido pela Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística – SAAEE/UEFS, financiado pela FAPESB termo de Outorga nº PPP 0078/2010, Resolução CONSEPE/UEFS 047/2009, autorizo a mestrandia Laís Barbosa Souza Vilas Bôas a utilizar o banco de dados do referido projeto de pesquisa, para o desenvolvimento de sua Dissertação de Mestrado.

Atenciosamente,

Feira de Santana, 12 de setembro de 2016



Carlito Lopes Nascimento Sobrinho  
Coordenador do Projeto

## Anexo B – Questionário

Número do Questionário

## TRABALHADORES DA SAÚDE PESQUISA SOBRE CONDIÇÕES DE SAÚDE E TRABALHO

GERAL

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.

**BLOCO I – IDENTIFICAÇÃO GERAL**

Unidade:

## INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

<b>1. Sexo:</b> <input type="checkbox"/> feminino <input type="checkbox"/> masculino	<b>2. Idade:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> anos	<b>3. Tem filhos?</b> <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim    Quantos? <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>4. Situação conjugal:</b> <input type="checkbox"/> solteiro(a) <input type="checkbox"/> união consensual/união estável <input type="checkbox"/> divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a) <input type="checkbox"/> casado(a) <input type="checkbox"/> viúvo/a		
<b>5. Na escola, qual o último nível de ensino e a última série /grau que concluiu?</b>		
<input type="checkbox"/> Ensino fundamental <input type="checkbox"/> 1ª a 4ª série. <input type="checkbox"/> 5ª a 8ª série.	<input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> 1º ano <input type="checkbox"/> 2º ano <input type="checkbox"/> 3º ano <input type="checkbox"/> Técnico. Qual curso? [ANOTAR]: _____	<input type="checkbox"/> Ensino Superior <input type="checkbox"/> completo <input type="checkbox"/> incompleto <input type="checkbox"/> Pós-Graduação: <input type="checkbox"/> especialização <input type="checkbox"/> mestrado <input type="checkbox"/> doutorado
<b>6. Dentre as alternativas abaixo, como você classificaria a cor da sua pele?</b> <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 I – IDENTIFICAÇÃO GERAL

**BLOCO II - INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O SEU TRABALHO**

<b>1. Qual o cargo que você exerce?</b> _____
<b>2. Há quanto tempo você está trabalhando neste cargo?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> anos <input type="text"/> <input type="text"/> meses
<b>3. Seu vínculo de trabalho atual é:</b>
<input type="checkbox"/> Municipal com concurso (do quadro permanente) <input type="checkbox"/> Contratado pela CLT <input type="checkbox"/> Prestador de serviços <input type="checkbox"/> Cooperativado <input type="checkbox"/> Municipalizado (cedido p/ governo estadual ou federal) <input type="checkbox"/> Cargo de confiança <input type="checkbox"/> Terceirizado <input type="checkbox"/> Estagiário
<b>4. Há quanto tempo você trabalha nos serviços públicos de saúde?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> anos <input type="text"/> <input type="text"/> meses

1

5. Há quanto tempo você trabalha na unidade atual? <input type="text"/> anos <input type="text"/> meses
6. Você fez algum treinamento institucional para exercer o seu cargo atual? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Se SIM, por favor, especifique qual: _____
7. Você tem recebido treinamento durante o tempo que está exercendo este cargo? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
8. As atividades que você desenvolve diariamente são compatíveis com o seu cargo de trabalho? <input type="checkbox"/> sim, totalmente <input type="checkbox"/> sim, a maior parte do tempo <input type="checkbox"/> sim, a menor parte do tempo <input type="checkbox"/> quase nunca <input type="checkbox"/> nunca
9. Seu turno de trabalho é: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Manhã e tarde <input type="checkbox"/> Noturno <input type="checkbox"/> Regime de plantão
10. Qual a sua jornada real neste trabalho no município? <input type="checkbox"/> jornada semanal até 8 horas <input type="checkbox"/> jornada semanal de 20 horas <input type="checkbox"/> jornada semanal de 36 horas <input type="checkbox"/> jornada semanal de 8 horas <input type="checkbox"/> jornada semanal de 24 horas <input type="checkbox"/> jornada semanal de 40 horas <input type="checkbox"/> jornada semanal de 12 horas <input type="checkbox"/> jornada semanal de 30 horas <input type="checkbox"/> jornada semanal ≥ 44 horas
11. Em seu trabalho, você direito a: <input type="checkbox"/> 13º salário <input type="checkbox"/> Folgas <input type="checkbox"/> Férias remuneradas <input type="checkbox"/> 1/3 de adicional de férias
12. Você possui outro trabalho? <input type="checkbox"/> Sim, na Prefeitura <input type="checkbox"/> Sim, no Estado <input type="checkbox"/> Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada com carteira assinada <input type="checkbox"/> Sim, tenho outro trabalho por conta própria <input type="checkbox"/> Sim, em outra Prefeitura <input type="checkbox"/> Sim, no nível Federal <input type="checkbox"/> Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada sem carteira assinada <input type="checkbox"/> Não tenho outro trabalho
13. Qual a sua jornada total de trabalho ao longo da semana, considerando todas as suas atividades que geram renda? <input type="text"/> horas semanais.

### BLOCO III - SOBRE O SEU AMBIENTE DE TRABALHO

Com relação às condições de seu ambiente/local de trabalho:

1. Em geral, a ventilação é:	<input type="checkbox"/> precária	<input type="checkbox"/> razoável	<input type="checkbox"/> satisfatória
2. Em geral, a temperatura é:	<input type="checkbox"/> precária	<input type="checkbox"/> razoável	<input type="checkbox"/> satisfatória
3. Em geral, a iluminação é:	<input type="checkbox"/> precária	<input type="checkbox"/> razoável	<input type="checkbox"/> satisfatória
4. Em geral, as condições das cadeiras e mesas são:	<input type="checkbox"/> precárias	<input type="checkbox"/> razoáveis	<input type="checkbox"/> satisfatórias
5. Em geral, os recursos técnicos e equipamentos são:	<input type="checkbox"/> precários	<input type="checkbox"/> razoáveis	<input type="checkbox"/> satisfatórios
6. No seu setor, existem equipamentos de proteção individual à sua disposição?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei
7. Você utiliza estes equipamentos? Em caso afirmativo, qual(is)? _____	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não se aplica

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 anti-sépticos, como PVP-I, álcool iodado, clorexidine, álcool etílico a 70%?					
<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 prepara e/ou administra medicamentos?					
<input type="checkbox"/> 0 nunca	<input type="checkbox"/> 1 raramente	<input type="checkbox"/> 2 às vezes	<input type="checkbox"/> 3 sempre		
13. Seu trabalho exige que você fique em pé por muito tempo?					
<input type="checkbox"/> 1 raramente	<input type="checkbox"/> 2 às vezes	<input type="checkbox"/> 3 sempre			
14. Seu trabalho exige que você fique sentado por muito tempo?					
<input type="checkbox"/> 1 raramente	<input type="checkbox"/> 2 às vezes	<input type="checkbox"/> 3 sempre			
15. Seu trabalho exige que você ande muito?					
<input type="checkbox"/> 1 raramente	<input type="checkbox"/> 2 às vezes	<input type="checkbox"/> 3 sempre			
16. Seu trabalho exige que você levante, carregue ou empurre peso excessivo?					
<input type="checkbox"/> 1 raramente	<input type="checkbox"/> 2 às vezes	<input type="checkbox"/> 3 sempre			
17. Seu trabalho exige que você ajude o paciente a se movimentar ou levantar?					
<input type="checkbox"/> 1 raramente	<input type="checkbox"/> 2 às vezes	<input type="checkbox"/> 3 sempre			
18. Você fica sem fazer pausas durante a sua jornada diária de trabalho?					
<input type="checkbox"/> 0 nunca	<input type="checkbox"/> 1 raramente	<input type="checkbox"/> 2 às vezes	<input type="checkbox"/> 3 sempre		
19. Em geral, o ruído originado no seu local de trabalho é:					
<input type="checkbox"/> 0 desprezível	<input type="checkbox"/> 1 razoável	<input type="checkbox"/> 2 elevado	<input type="checkbox"/> 3 insuportável		
<b>COM RELAÇÃO À VACINAÇÃO</b>					
20. Já tomou a vacina contra Hepatite B?		<input type="checkbox"/> 0 sim	<input type="checkbox"/> 1 não	<input type="checkbox"/> 4 não sabe/não lembra	
20.1 Em caso afirmativo, você recebeu:		<input type="checkbox"/> 1 1 dose	<input type="checkbox"/> 2 2 doses	<input type="checkbox"/> 3 3 doses	<input type="checkbox"/> 4 não sabe
20.2 Você realizou exame de sangue para verificar se formou anticorpos contra a Hepatite B?		<input type="checkbox"/> 0 sim	<input type="checkbox"/> 1 não		
20.3 Se fez o exame de sangue, você ficou imunizado contra a Hepatite B?		<input type="checkbox"/> 0 sim	<input type="checkbox"/> 1 não	<input type="checkbox"/> 3 não fez	
21. Já tomou a vacina contra Febre Amarela?		<input type="checkbox"/> 0 sim	<input type="checkbox"/> 1 não	<input type="checkbox"/> 4 não sabe/não lembra	
21.1 Em caso afirmativo, há quanto tempo?		<input type="checkbox"/> 1 Menos de 10 anos		<input type="checkbox"/> 2 Mais de 10 anos	
22. Já tomou a vacina anti-rábica?		<input type="checkbox"/> 0 sim	<input type="checkbox"/> 1 não	<input type="checkbox"/> 4 não sabe/não lembra	
22.1 Em caso afirmativo, você recebeu:		<input type="checkbox"/> 1 1 dose	<input type="checkbox"/> 2 2 doses	<input type="checkbox"/> 3 3 doses	<input type="checkbox"/> 4 não sabe/não lembra
23. Já tomou a vacina contra Rubéola, Sarampo e Caxumba (tríplice viral)?		<input type="checkbox"/> 0 sim	<input type="checkbox"/> 1 não	<input type="checkbox"/> 4 não sabe/não lembra	
23.1 Em caso afirmativo, você recebeu:		<input type="checkbox"/> 1 1 dose	<input type="checkbox"/> 2 2 doses	<input type="checkbox"/> 4 não sabe/não lembra	

24. Já tomou a vacina contra Tétano?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe/não lembra
24.1 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
25. Já tomou a vacina contra tuberculose (BCG)?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei/não me lembro
26. No setor onde você trabalha há:			
Materiais suficientes para realizar as tarefas	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	
Sala de descanso	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	
Tempo disponível para você se alimentar	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	
Acesso a sanitários para os trabalhadores no local de trabalho	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	
Lanche oferecido pelo empregador no local de trabalho	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	
Escaninhos para guardar pertences	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	
Copa/refeitório	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	
27. No caso de não existir copa ou refeitório, três ou mais vezes por semana você almoça ou janta:			
<input type="checkbox"/> Em casa <input type="checkbox"/> No próprio local de trabalho em condições confortáveis <input type="checkbox"/> No próprio local de trabalho em condições desconfortáveis <input type="checkbox"/> Em restaurantes ou lanchonetes próximos ao seu local de trabalho <input type="checkbox"/> Em restaurantes ou lanchonetes distantes do seu local de trabalho <input type="checkbox"/> não se aplica ao profissional			

#### BLOCO IV - CARACTERÍSTICAS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO

Para as questões abaixo assinale a resposta que melhor corresponda a 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 me possibilita aprender coisas novas.	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
2. Meu trabalho envolve muito trabalho repetitivo.	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
3. Meu trabalho requer que eu seja criativo.	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
4. Meu trabalho exige um alto nível de habilidade.	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
5. Em meu trabalho, eu posso fazer muitas coisas diferentes.	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
6. No meu trabalho, eu tenho oportunidade de desenvolver minhas habilidades especiais.	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente

7. O que tenho a dizer sobre o que acontece no meu trabalho é considerado.	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
8. Meu trabalho me permite tomar muitas decisões por minha própria conta.	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
9. Em meu trabalho, eu tenho pouca liberdade para decidir como fazer minhas próprias tarefas.	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
10. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito duro.	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
11. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito rapidamente.	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
12. Eu não sou solicitado(a) a realizar um volume excessivo de trabalho.	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
13. O tempo para realização das minhas tarefas é suficiente.	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
14. Algumas demandas que eu tenho que atender no meu trabalho estão em conflito umas com as outras.	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
15. Eu frequentemente trabalho durante o meu almoço ou durante as pausas para terminar meu trabalho.	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
16. Meu trabalho me exige muito emocionalmente.	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
17. Meu trabalho envolve muita negociação/ conversa/ entendimento com outras pessoas.	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
18. Em meu trabalho, eu preciso suprimir minhas verdadeiras emoções.	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
19. Meu trabalho exige muito esforço físico	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
20. Meu trabalho exige atividade física rápida e contínua	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
21. Frequentemente, o trabalho exige que eu mantenha meu corpo, por longos períodos, em posições incômodas	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
22. Frequentemente, o trabalho exige que eu mantenha minha cabeça e braços, por longos períodos, em posições incômodas	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
23. Meu chefe/coordenador preocupa-se com o bem-estar de sua equipe de trabalho. <input type="checkbox"/> não tenho supervisor	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
24. Meu supervisor me trata com respeito. <input type="checkbox"/> não tenho supervisor	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
25. Meu chefe/coordenador me ajuda a fazer meu trabalho. <input type="checkbox"/> não tenho supervisor	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
26. As pessoas com quem trabalho são amigáveis.	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
27. As pessoas com quem trabalho são colaborativas na realização das atividades.	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente

28. Eu sou tratado/a com respeito pelos meus colegas de trabalho.	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
29. Onde eu trabalho, nós tentamos dividir igualmente as dificuldades do trabalho.	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
30. Existe um sentimento de união entre as pessoas com quem eu trabalho.	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
31. Meu grupo de trabalho toma decisões democraticamente.	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente

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

32. Constantemente, eu me sinto pressionado pelo tempo por causa da carga pesada de trabalho.	<input type="checkbox"/> discordo totalmente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo totalmente
33. Frequentemente eu sou interrompido(a) e incomodado(a) no trabalho.	<input type="checkbox"/> discordo totalmente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo totalmente
34. Nos últimos anos, meu trabalho passou a exigir cada vez mais de mim.	<input type="checkbox"/> discordo totalmente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo totalmente
35. Eu tenho o respeito que mereço dos meus chefes e supervisores.	<input type="checkbox"/> discordo totalmente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo totalmente
36. Eu vejo poucas possibilidades de ser promovido no futuro.	<input type="checkbox"/> discordo totalmente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo totalmente
37. No trabalho, eu passei ou ainda posso passar por mudanças não desejadas.	<input type="checkbox"/> discordo totalmente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo totalmente
38. Tenho pouca estabilidade no emprego.	<input type="checkbox"/> discordo totalmente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo totalmente
39. Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado.	<input type="checkbox"/> discordo totalmente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo totalmente
40. No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado(a) pela pressão do tempo.	<input type="checkbox"/> discordo totalmente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo totalmente
41. Assim que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas do trabalho.	<input type="checkbox"/> discordo totalmente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo totalmente
42. Quando chego em casa, eu consigo relaxar e "me desligar" facilmente do meu trabalho.	<input type="checkbox"/> discordo totalmente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo totalmente
43. As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho.	<input type="checkbox"/> discordo totalmente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo totalmente
44. O trabalho não me deixa; ele ainda está na minha cabeça quando vou dormir.	<input type="checkbox"/> discordo totalmente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo totalmente
45. Não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje.	<input type="checkbox"/> discordo totalmente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo totalmente

Com relação à satisfação:

46. Você está satisfeito(a) com o seu trabalho?	<input type="checkbox"/> não estou satisfeito(a) de forma nenhuma	<input type="checkbox"/> não estou satisfeito(a)	<input type="checkbox"/> estou satisfeito(a)	<input type="checkbox"/> estou muito satisfeito(a)	
47. Você se candidataria ao seu emprego novamente?	<input type="checkbox"/> sim, sem hesitação		<input type="checkbox"/> sim, depois de refletir sobre isto	<input type="checkbox"/> definitivamente não	
48. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	<input type="checkbox"/> muito ruim	<input type="checkbox"/> ruim	<input type="checkbox"/> nem ruim, nem boa	<input type="checkbox"/> boa	<input type="checkbox"/> muito boa

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

	1	2	3	4	5
49. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
50. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, colegas)?	1	2	3	4	5
51. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

## BLOCO V- ATIVIDADES DOMÉSTICAS E HÁBITOS DE VIDA

Abaixo estão listadas algumas tarefas da casa (atividades domésticas)

ATIVIDADE	Contando com você, quantas pessoas vivem na sua casa? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pessoas	
1. Cuidar das crianças menores de 7 anos	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
2. Cozinhar?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
3. Passar roupa?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
4. Cuidar da limpeza?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
5. Lavar roupa?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
6. Pequenos consertos	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
7. Feira/ supermercado	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
8. Cuidar de idosos ou de pessoas doentes	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
9. Você é o/a principal responsável pelas atividades domésticas na sua casa? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim		
10. Nas últimas duas semanas, em que dias você realizou atividades domésticas?		
<input type="checkbox"/> todos os dias da semana <input type="checkbox"/> três ou mais dias na semana <input type="checkbox"/> um ou dois dias na semana <input type="checkbox"/> apenas no final de semana <input type="checkbox"/> não realizou atividades domésticas		
10.1 Quantas horas você dedica, por dia, às tarefas domésticas? ___ horas [ ] NSA		

11. Você participa de atividades regulares de lazer?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	
12. Se SIM, qual o tipo de atividade realizada?			
<input type="checkbox"/> atividades culturais (cinema, teatro, exposição) <input type="checkbox"/> Assiste TV ou ouve rádio <input type="checkbox"/> atividades sociais (visita a amigos, festa, barzinho, jogos – baralho, dominó, xadrez) <input type="checkbox"/> físicas (caminhadas, natação, prática de esportes, corrida, academia)			
13. Com que frequência você realiza as atividades físicas?	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 3 ou mais vezes por semana
14. Considerando como fumante quem já fumou pelo menos 100 cigarros, ou 5 maços, você se classifica como:	<input type="checkbox"/> não fumante	<input type="checkbox"/> ex-fumante	<input type="checkbox"/> fumante atual
15. Você consome bebida alcoólica?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Se respondeu "NÃO", siga para o próximo bloco (VI).
16. Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	



3. Em caso de algum problema de saúde, sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta)

não há impedimento / eu não tenho doença

eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas a lesão/doença, me causa alguns sintomas

algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho

frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho

por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial

na minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar

4. Abaixo estão listados alguns problemas de saúde. Se você não possui o problema, assinale 0. Se você sente o problema, assinale com que frequência que ele acontece.

	0 = nunca	1 = raramente	2 = pouco frequente	3 = frequente	4 = muito frequente		0	1	2	3	4
Dor nas pernas	<input type="checkbox"/>	Cansaço mental	<input type="checkbox"/>								
Dor parte inferior das costas	<input type="checkbox"/>	Nervosismo	<input type="checkbox"/>								
Dor nos braços	<input type="checkbox"/>	Sonolência	<input type="checkbox"/>								
Dor parte superior das costas	<input type="checkbox"/>	Insônia	<input type="checkbox"/>								
Cansaço ao falar	<input type="checkbox"/>	Azia/Queimação	<input type="checkbox"/>								
Rouquidão	<input type="checkbox"/>	Fraqueza	<input type="checkbox"/>								
Problemas de pele	<input type="checkbox"/>	Redução da visão	<input type="checkbox"/>								
Esquecimento	<input type="checkbox"/>	Irritação nos olhos	<input type="checkbox"/>								
Problemas digestivos	<input type="checkbox"/>	Palpitações	<input type="checkbox"/>								

5. Nas duas últimas semanas, você percebeu alguma piora na qualidade de sua voz?

não       de vez em quando       diariamente

6. Nos últimos 12 meses, você teve licença médica ou foi afastado do trabalho?  sim     não

Se SIM, por qual motivo?

7. Já teve alguma doença ocupacional ou profissional (diagnosticada por médico)?  sim     não

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?  sim     não

Houve emissão da CAT?  sim     não     não sei o que é CAT

9. Você procurou obter Orientação para o acidente de trabalho com exposição a material biológico de risco na rede municipal de saúde?

sim     não     não tenho conhecimento da existência dessa Orientação

10. Nos últimos 12 meses, você sofreu outro tipo de acidente de trabalho ou acidente de trajeto?  sim     não

Em caso afirmativo, qual?

## BLOCO VII - ASPECTOS RELACIONADOS À SUA SAÚDE

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, dê a melhor resposta que você puder.

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

## BLOCO VIII - 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 no seu local de trabalho, praticado por usuários do serviço de saúde?		
		<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 no trabalho, praticado por parentes, acompanhantes ou vizinhos do usuário do seu serviço de saúde?		
		<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> uma vez
		<input type="checkbox"/> algumas vezes	<input type="checkbox"/> com frequência
5.	Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a usuário dos serviços?		
		<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> uma vez
		<input type="checkbox"/> algumas vezes	<input type="checkbox"/> com frequência
6.	Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a outro colega de trabalho?		
		<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> uma vez
		<input type="checkbox"/> algumas vezes	<input type="checkbox"/> com frequência

7. Você já pensou em mudar o seu local de trabalho em função de episódios de agressão ou ameaça?		
<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> uma vez <input type="checkbox"/> algumas vezes <input type="checkbox"/> com frequência		
Esta seção trata de atos de violência FORA do trabalho dos quais você pode ter sido vítima nos <u>últimos 12 meses</u> . Por favor, responda às seguintes questões:		
8. 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(a) <input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> filho (a) <input type="checkbox"/> vizinho(a) <input type="checkbox"/> desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Outros. Especifique		
9. Qual foi o tipo de agressão (fora do trabalho)?		
<input type="checkbox"/> Física – Especifique: <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Negligência <input type="checkbox"/> Atos de destruição <input type="checkbox"/> Xingamentos <input type="checkbox"/> Outros. Especifique		
10. Você já foi vítima de algum acidente de trânsito nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Qual sua renda média mensal? R\$ <input type="text"/>		

### PADRÕES DE SONO

Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você tem tido alguns desses problemas relacionados ao sono?						
1. Você tem dificuldade em adormecer a noite?						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> muito	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> muito	<input type="checkbox"/> sempre
nunca	raramente		frequentemente	frequentemente		
2. Você acorda de madrugada e não consegue adormecer de novo?						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> muito	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> muito	<input type="checkbox"/> sempre
nunca	raramente		frequentemente	frequentemente		
3. Você toma remédios ou tranquilizantes para dormir?						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> muito	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> às	<input type="checkbox"/> frequentemente	<input type="checkbox"/> muito	<input type="checkbox"/>
nunca	raramente		vezes		frequentemente	sempre

<b>4. Você dorme durante o dia (sem contar cochilos ou sonecas programadas)?</b>						
<input type="checkbox"/> 1 nunca	<input type="checkbox"/> 2 muito raramente	<input type="checkbox"/> 3 raramente	<input type="checkbox"/> 4 às vezes	<input type="checkbox"/> 4 frequentemente	<input type="checkbox"/> 4 muito frequentemente	<input type="checkbox"/> 4 sempre
<b>5. Ao acordar de manhã, você ainda se sente cansado(a)?</b>						
<input type="checkbox"/> 1 nunca	<input type="checkbox"/> 2 muito raramente	<input type="checkbox"/> 3 raramente	<input type="checkbox"/> 4 às vezes	<input type="checkbox"/> 4 frequentemente	<input type="checkbox"/> 4 muito frequentemente	<input type="checkbox"/> 4 sempre
<b>6. Você ronca a noite (que você saiba)?</b>						
<input type="checkbox"/> 1 nunca	<input type="checkbox"/> 2 muito raramente	<input type="checkbox"/> 3 raramente	<input type="checkbox"/> 4 às vezes	<input type="checkbox"/> 4 frequentemente	<input type="checkbox"/> 4 muito frequentemente	<input type="checkbox"/> 4 sempre
<b>7. Você acorda durante a noite?</b>						
<input type="checkbox"/> 1 nunca	<input type="checkbox"/> 2 muito raramente	<input type="checkbox"/> 3 raramente	<input type="checkbox"/> 4 às vezes	<input type="checkbox"/> 4 frequentemente	<input type="checkbox"/> 4 muito frequentemente	<input type="checkbox"/> 4 sempre
<b>8. Você acorda com dor de cabeça?</b>						
<input type="checkbox"/> 1 nunca	<input type="checkbox"/> 2 muito raramente	<input type="checkbox"/> 3 raramente	<input type="checkbox"/> 4 às vezes	<input type="checkbox"/> 4 frequentemente	<input type="checkbox"/> 4 muito frequentemente	<input type="checkbox"/> 4 sempre
<b>9. Você sente cansaço sem ter nenhum motivo aparente?</b>						
<input type="checkbox"/> 1 nunca	<input type="checkbox"/> 2 muito raramente	<input type="checkbox"/> 3 raramente	<input type="checkbox"/> 4 às vezes	<input type="checkbox"/> 4 frequentemente	<input type="checkbox"/> 4 muito frequentemente	<input type="checkbox"/> 4 sempre
<b>10. Você tem sono agitado (mudanças constantes de posição ou movimentos de perna / braços)?</b>						
<input type="checkbox"/> 1 nunca	<input type="checkbox"/> 2 muito raramente	<input type="checkbox"/> 3 raramente	<input type="checkbox"/> 4 às vezes	<input type="checkbox"/> 4 frequentemente	<input type="checkbox"/> 4 muito frequentemente	<input type="checkbox"/> 4 sempre
Se você desejar fazer algum comentário ou registro, por favor, utilize o espaço abaixo:						
_____						
_____						
_____						
_____						
_____						

Muito obrigado por sua colaboração!

Entrevistador/a: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## Anexo C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFS**

Av. Universitária, S/N – Módulo I – 44.031-460 – Feira de Santana-BA  
Fone: (75) 224-8124 Fax: (75) 224-8019 E-mail: cep@uefs.br

Feira de Santana, 21 de agosto de 2008  
Of. CEP-UEFS nº 223/2008

Senhor(a) Pesquisador(a): Carlito Lopes do Nascimento Sobrinho

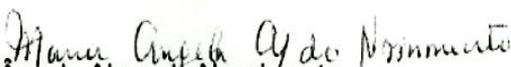
Tenho muita satisfação em informar-lhe que o atendimento às pendências referentes ao seu Projeto de Pesquisa intitulado "***Distúrbios Psíquicos Menores em Enfermeiros do Programa de Saúde da Família***", registrado neste CEP sob **Protocolo N.º 063/2008 (CAAE 0062.059.000-08)**, satisfaz às exigências da *Res. 196/96*. Assim, seu projeto foi **Aprovado** podendo ser iniciada a coleta de dados com os sujeitos da pesquisa conforme orienta o *Cap. IX.2, alínea a – Res. 196/96*.

Na oportunidade informo que qualquer modificação feita no projeto, após aprovação pelo CEP, deverá ser imediatamente comunicada ao Comitê, conforme orienta a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea b*.

Relembro que conforme instrui a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea c*, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Em nome dos membros do CEP-UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano (**21/08/2009**) este CEP aguardará o recebimento do seu relatório.

Atenciosamente,

  
Maria Ângela Alves do Nascimento  
Coordenadora do CEP-UEFS.

Anexo D – Autorização da Seção de Capacitação Permanente



Feira de Santana, 22 de Novembro de 2010.

DA: Seção de Capacitação Permanente

PARA: Atenção Básica

c/c : PSF's Feira de Santana

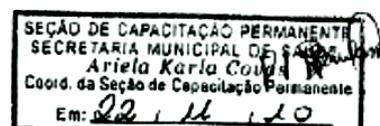
ATT: ª Ana Verena Barros

**ENCAMINHAMENTO ACADÊMICO**

Informamos que se encontra autorizada a **Coleta de dados**, da aluna da UEFS **Gabriella Bené Barbosa** do programa de pós-graduação em saúde coletiva onde a mesma pretende coletar dados referentes à pesquisa intitulada "Transtornos Mentais Comuns em trabalhadores de medicina, enfermagem e odontologia que atuam na Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia" para fins acadêmicos

Atenciosamente,

*Ariella Karla Covas*  
 Coord. da Seção de Capacitação Permanente



## Anexo E – Termo de consentimento livre e esclarecido

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Senhor(a), através deste documento chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) eu, Carlito Lopes Nascimento Sobrinho, Coordenador do Projeto de Pesquisa **“TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS (TMC) EM TRABALHADORES DE MEDICINA, ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE FEIRA DE SANTANA, BAHIA”**, pretendo lhe explicar com clareza esta pesquisa. Caso o(a) senhor(a) concorde em participar, este documento servirá como comprovante que sua aceitação foi de livre vontade.

Esta pesquisa investigará a ocorrência de Sofrimento Mental (TMC) em trabalhadores de medicina, enfermagem e odontologia da Estratégia Saúde da Família de Feira de Santana, Bahia. Verificará também possíveis relações entre idade, sexo, características do trabalho, hábito de beber, hábito de fumar, hábito de realizar atividade física com Sofrimento Mental (TMC).

Os dados serão coletados através da utilização de um questionário auto-aplicável que você responderá. Esse questionário será distribuído pela pesquisadora **Gabriella Bené Barbosa**, a todos os trabalhadores de saúde do PSF de Feira de Santana. Esses questionários serão devolvidos à mesma pesquisadora em local previamente combinado. Os questionários deverão ser devolvidos, armazenados em envelope numerado (esse número só será do conhecimento da equipe de pesquisadores), para a identificação pelos pesquisadores dos sujeitos da pesquisa.

Gostaria de deixar claro, que as informações contidas no questionário, serão tratadas com sigilo e confidencialidade. Você poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem necessidade de explicar a sua desistência, bem como, poderá pedir informações sobre a pesquisa se assim julgar necessário.

Os profissionais que forem considerados “suspeitos” de apresentar Sofrimento Mental serão comunicados pela pesquisadora **Gabriella Bené Barbosa**, para que possam adotar medidas preventivas.

Os resultados desse trabalho poderão contribuir para a prevenção, detecção e o controle de Transtornos Mentais Comum entre trabalhadores de medicina, enfermagem e odontologia do PSF de Feira de Santana e poderão colaborar com a melhoria da qualidade de vida desses trabalhadores. Os resultados serão devolvidos e divulgados em reunião da categoria, agendada com antecedência e amplamente divulgada. Os resultados também serão divulgados em congressos e revistas científicas, sendo que a sua identidade jamais será revelada, pois as informações coletadas nos questionários ficarão guardadas por cinco (05) anos na Sala de Situação e Análises Epidemiológicas e Estatísticas do Departamento de Saúde (DSAU) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

Uma cópia desse documento ficará com o(a) senhor(a), onde consta o nome completo do pesquisador responsável, seu endereço e telefone, para que possa ser consultado sobre qualquer dúvida ou problema referente à pesquisa.

**Carlito Lopes Nascimento Sobrinho – Av. Transnordestina, Novo Horizonte, S/N, Campus Universitário, Departamento de Saúde (DSAU), Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, Bahia. Telefones: (75) 32248088; (75) 32248409. E-mail: mon.ica@uefs.br.**

Dessa forma, solicito que assine abaixo a sua autorização em participar da pesquisa, após a leitura e concordância com os termos desse documento.

Feira de Santana,      de      de 2010.

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_