

**CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DOS  
PROFISSIONAIS DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE  
BOTUCATU - SP**

Autora: Ludmila Candida de Braga

Orientadora: Prof<sup>a</sup>.Dra. Maria Cecília Pereira Binder

Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva  
Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Botucatu, 2007

Ludmila Candida de Braga

**CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DOS  
PROFISSIONAIS DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE  
BOTUCATU - SP**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu  
– Universidade Estadual Paulista Júlio de  
Mesquita Filho para obtenção do título de  
Mestre em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof. Dra. Maria Cecília Pereira Binder

Botucatu

2007

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO  
DA INFORMAÇÃO  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
*BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus*

Braga, Ludmila Candida de.

Condições de trabalho e saúde dos profissionais da rede básica de saúde de Botucatu - SP / Ludmila Candida de Braga. – Botucatu : [s.n.], 2007

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2007.

Orientadora: Maria Cecília Pereira Binder

Assunto CAPES: 40600009

1. Saúde e trabalho 2. Saúde do trabalhador 3. Saúde ocupacional

CDD 616.9803

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Modelo demanda-controle; Satisfação no emprego; Saúde do trabalhador; Transtornos mentais

*A meus pais, **Alberto e Alexandrina**, pelo amor incondicional,  
pela infinita generosidade, por me mostrarem o caminho do bem e  
por me transportarem sempre pelas nuvens do entusiasmo e da  
paixão pela vida.*

*A meus irmãos, **Ingrid e Gérson**, companheiros de viagem,  
por nunca me deixarem conhecer a solidão e por nossa união  
indestrutível que permite que nossos corações se comuniquem a  
universos de distância.*

*Ao meu amado, **Rogério**, pela oportunidade de descobrir e  
viver o amor verdadeiro diariamente, por iluminar o meu coração...  
e pelos sonhos que ainda vamos realizar.*

## AGRADECIMENTOS

À minha querida professora **Maria Cecília Pereira Binder**, por ter me acolhido tão prontamente, pela firmeza de caráter, pela grande generosidade, pela sabedoria e paciência em me conduzir no processo de amadurecimento e resgate da minha força interior e por não ter, em nenhum momento, desistido de mim, meu carinho, admiração e eterna gratidão.

Ao professor **Pierpaolo Boccalon** que, gentilmente, cedeu o questionário aplicado no Hospital Universitário da “*Università degli Studi di Firenze*”, utilizado em parte neste estudo.

Ao professor **Ildéberto Muniz de Almeida** pelo exemplo inspirador como batalhador da área de Saúde do Trabalhador.

À doce **Ana Maria Marchi**, pela inestimável contribuição na coleta de dados e pelas palavras amigas.

À professora **Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira** pela disponibilidade, apoio e incentivo manifestados desde o início da elaboração desta dissertação.

À professora **Lídia Raquel de Carvalho** pela valiosa orientação no tratamento estatístico dos dados.

Ao professor **Antônio Pithon Cyrino** e à professora **Elen Rose Lodeiro Castanheira**, diretores do Centro de Saúde Escola, que tanto apoiaram a execução deste trabalho.

Aos **companheiros do CSE**, especialmente da **área administrativa**, da **saúde do adulto** e do **programa de hanseníase**, que com sua competência e amizade, permitiram que me dedicasse mais livremente à conclusão deste trabalho.

À minha irmã **Ingrid Candida de Braga** pela inestimável colaboração no manejo do EXCEL.

Ao **Marcos Rogério Ballestero**, pela ajuda com o EPI-INFO e pelo incentivo nos momentos de desespero.

À **Mônica Aparecida Silveira Kron** pela ajuda com o EPI-INFO.

Às bibliotecárias **Luciana Pizzani** e **Selma Maria de Jesus** pela revisão bibliográfica e pela ficha catalográfica.

Ao **Rogério Ramos Ais**, que com seu amor, cuidado, paciência, incentivo trouxe paz ao meu coração e alegria aos meus dias, me permitindo chegar ao fim deste trabalho... e pela revisão final.

Às minhas amigas-irmãs, **Beatriz Franco Curcio, Fernanda Bono Fukushima, Maria Eunice Carreiro Lima e Tarcila de Almeida Santos Machado**, por iluminarem meus dias e aquecerem meu coração. Vocês são minha força vital!

Aos meus tios, por transformarem nossa família em uma deliciosa brincadeira, pela confiança e apoio durante toda a minha vida, em especial: tia **Miriam** e tio **Fiúza**, tio **Flávio** e tia **Valéria**, tia **Arany** e tio **Nascimento**, tia **Cilinha** e tio **Antônio** e tia **Mirinha** e tio **Mário**.

Aos meus primos, com muitas saudades, especialmente **Cristina, Gilberto, Carlos Alberto e Maria Lúcia**.

Aos meus sogros, **Linda e Álvaro**, pelo carinho.

Ao **Gabriel Ais**, por tornar as cores da minha vida mais vibrantes.

À **Vera** por cuidar tão bem de nós.

Às professoras **Luana Carandina e Elen Rose Lodeiro Castanheira**, pelos exemplos de sanitaristas e professoras comprometidas não somente com a formação profissional de seus alunos, mas sobretudo com sua felicidade.

Ao professor **Antônio Luiz Caldas Junior** por sempre me fazer ver além.

À professora **Marli Teresinha Cassamassimo Duarte** pela oportunidade de compartilharmos os mesmos ideais.

À **Noêmia Macedo** pela sensibilidade nas relações humanas, pela grande competência técnica e por transformar o nosso trabalho em alegria e fonte de satisfação.

A **Liliana Donatelli** pelo carinho e companheirismo desde o momento em que nos conhecemos.

À Dra. **Renata Lemônica** pela competência, seriedade, delicadeza e disponibilidade no cuidado a seus pacientes, aliviando seu sofrimento e, sobretudo, ajudando-os a trilhar o caminho do desenvolvimento humano.

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

*Aos **trabalhadores do Centro de Saúde Escola** pela inspiração deste trabalho, pela força e pela habilidade de vencer desafios, a minha humilde homenagem.*

*A todos os **trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu** cuja colaboração possibilitou a realização deste estudo.*

*Aos **trabalhadores do SUS** pela coragem, garra, perseverança e pelas colossais batalhas enfrentadas a cada dia na busca de um país melhor para todos.*

*A coleta de dados desta dissertação foi realizada com  
suporte financeiro do convênio Ministério da Saúde /  
UNESP / Faculdade de Medicina de Botucatu /  
Nº 3677/2004.*

*“Partir, andar, eis que chega  
Essa velha hora tão sonhada  
Nas noites de velas acesas  
No clarear da madrugada*

*Só uma estrela anunciando o fim  
Sobre o mar sobre a calçada  
E nada mais te prende aqui  
Dinheiros, grades ou palavras*

*Partir, andar, eis que chega  
Não há como deter a alvorada  
Pra dizer, um bilhete sobre a mesa  
Para se mandar, o pé na estrada (...)*

*(...)Só uma estrela anunciando o fim  
Sobre o mar sobre a calçada  
E nada mais te prende aqui  
Agora já não falta nada...*

*Não falta nada...”*

*(Zélia Duncan e Herbert Vianna)*

*“Não dá mais para continuar escamoteando a verdade dos fatos. A principal responsável pela situação de insolvência vivenciada pelos serviços públicos em geral [...] é o ideário neoliberal que, de novo, não tem nada.*

*Desde Thatcher e Reagan, na década de oitenta, os conservadores do mundo todo, incluindo o Brasil, retomaram idéias liberalizantes das relações econômicas e sociais fundadoras da sociedade capitalista, no século XVIII, animados pela queda do muro e pelo que se passou a chamar de fim do socialismo real. Aos países da América Latina destinou-se o que se conhece como Consenso de Washington, formulado na sede do governo dos EUA à revelia dos interesses nacionais e populares dos povos latino-americanos.*

*Grande parte das políticas econômicas e sociais que se implantaram no Brasil, a partir do início dos anos noventa, fundamentou-se nas recomendações daquele “consenso”: economia regida pelas leis de mercado, controlada apenas pelos donos dos meios de produção, circulação e troca de bens, sem a interferência do Estado e do interesse público; privatização de empresas estatais, de preferência as mais eficientes e ligadas a setores estratégicos de transportes, energia e finanças; Estado mínimo; desmonte da administração pública e estrangimento dos serviços públicos essenciais de seguridade social e educação, destacando o ensino superior, abrindo espaço para exploração do capital especulativo; responsabilidade fiscal, superávit primário e pagamento, sem atraso, da dívida externa, dentre outros aspectos, todos motivo de humilhação do povo brasileiro, pela indignidade da subserviência, sobretudo, aos interesses do capital financeiro internacional.*

*Deu no que deu!”*

*Profº Dr. Luiz Roberto de Oliveira  
“O Prisma” - 2006*

*Jornal de Associação dos Docentes da UNESP de Botucatu*

## RESUMO

BRAGA, L. C. Condições de trabalho e saúde dos profissionais da rede básica de saúde de Botucatu – SP. 143p. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista – UNESP. Botucatu – SP, 2007

Vários estudos revelam que os transtornos mentais comuns (TMC) apresentam elevada prevalência em populações comuns e de trabalhadores, dentre os quais, os profissionais de saúde. Trata-se de transtornos com conseqüências individuais e sociais importantes. Os objetivos deste estudo consistiram em estimar a prevalência de TMC em trabalhadores da saúde e investigar possíveis associações com variáveis sócio-demográficas, satisfação no trabalho e situação demanda / controle / suporte. Trata-se de estudo transversal, descritivo, efetuado junto à população de servidores da rede básica de saúde de Botucatu – SP. A coleta de informações, executada de abril a outubro de 2006, foi efetuada por meio de questionário auto-aplicável, não identificado, composto por 92 questões. Dentre estas, havia sub-conjuntos de perguntas, com destaque para itens abordando satisfação no trabalho, demanda / controle / suporte e presença de sintomas de transtorno mental comum (*Self Reporting Questionnaire*, SRQ-20). As informações foram inseridas em banco de dados construído com o programa Excel / Office XP 2003 e as análises estatísticas foram efetuadas por meio do pacote estatístico SAS. Constatou-se que 42,6% dos servidores apresentavam transtorno mental comum. Encontrou-se associação entre TMC e: (a) atividade profissional com escolaridade média e com escolaridade superior; (b) unidades a que pertenciam os servidores; (c) situação relativa à demanda / controle; (d) as pontuações relativas às demandas psicológicas no trabalho discriminaram melhor a ocorrência de TMC (método da árvore de classificação e de regressão para análise de relações entre variáveis). No tocante à satisfação no trabalho, 71,2% dos servidores tiveram pontuações que os enquadraram em muito satisfeitos e satisfeitos com o trabalho. Observou-se associação entre estar satisfeito com o trabalho e considerar: (a) o trabalho o período mais importante do dia, (b) ser possível continuar exercendo o mesmo trabalho nos próximos anos, (c) grau de interferência do trabalho na vida pessoal e familiar. Falta de respeito e agressões verbais, falta de compreensão por pacientes / usuários dos serviços e não conseguir resolver o problema de pacientes foram os três aspectos referidos pelos servidores como os que mais os perturbavam. Os resultados obtidos evidenciam que, na atenção primária, o cuidar da saúde está adoecendo os trabalhadores, sendo necessárias a identificação e, sobretudo, a adoção de estratégias visando superar esta contradição.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde, modelo demanda-controle, satisfação no emprego, saúde do trabalhador, transtornos mentais

## ABSTRACT

BRAGA, L. C. Work and health conditions of Primary Health Care workers from Botucatu – SP. 143 p. Master degree, Post graduation Programme of Collective Health of Faculty of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista – UNESP. Botucatu – SP, 2007

Many studies have shown that common mental disorders (CMD) have high prevalence among general population and workers, especially health care workers. These are mental disorders which have important individual and social consequences. The objectives of the present study were estimate the prevalence of CMD among primary health care workers, and investigate possible associations with social-demographic variables, job satisfaction, and demand / control / support situation. This transversal and descriptive study was carried out on Primary Care workers of Botucatu – SP. The data were collected, from April to October of 2006, using one anonymous autoaplicable questionnaire composed of 92 questions. Among these questions there were a sub-group of questions related to job satisfaction, demand / control / support situation, and presence of CMD symptoms (*Self Reporting Questionnaire*, SRQ-20). The data were stored using the software Excel / Office XP 2003, and the statistical analyses were performed in SAS system. It was observed that 42,6% of the health care workers presented CMD symptoms. It was also noticed an association among CMD and: (a) activities of secondary and graduation; (b) Health care unit of work; (c) Demand / control situation; (d) Psychological requirements at work Date-related points best discriminated the occurrence of CMD (classification and regression tree method to analyze the relationship among the variables). For job satisfaction 71,2% of the workers considered to be content or very content with their work. Job satisfaction was related to: (a) the work period is the most important period of the day; (b) possibility to continue working with the same job during next years; (c) degree of work interference with personal and family life. The lack of respect and verbal aggressions, lack of comprehension from patients/users of the Service, and inability to solve problems of patients were the three referred aspects that most disturb the health care workers. Our results emphasize that, in primary health care, the patient care is sickening the workers, therefore it is necessary to identify the CMD and adopt strategies to overcome this contradiction.

**Key-words:** primary health care, demand-control model, job satisfaction, occupational health, mental disorders.

## SUMÁRIO

1. Preâmbulo	16
2. Introdução	19
2.1. O mundo do trabalho	20
2.2. Atenção primária à saúde no Brasil	25
2.3. Trabalho e saúde	29
2.4. Trabalho e saúde mental	31
Satisfação no trabalho	32
Cargas, exigências e demandas no trabalho	34
2.5. Transtorno mental comum	37
2.6. <i>Burnout</i> em profissionais de saúde	40
2.7. Trabalho e saúde mental dos trabalhadores da saúde no Brasil	41
3. Justificativa	46
4. Objetivos	48
4.1. Gerais	49
4.2. Específicos	49
5. Casuística e métodos	50
5.1. Casuística	51
5.2. Métodos	55
5.2.1. Instrumentos	55
5.2.2. Procedimentos	59
5.2.3. Análise dos dados	61
6. Resultados e discussão	63
6.1. Os trabalhadores e o trabalho	65
6.1.1. Descrição geral da casuística	65
6.1.2. Descrição geral do trabalho	67
6.1.3. Opinião dos servidores sobre o próprio trabalho	72
6.2. Satisfação com o trabalho	84
6.2.1. Evolução da satisfação com o trabalho	84
6.2.2. Grau de satisfação com o trabalho	89
6.3. Demanda / controle / suporte	93
6.4. Transtornos mentais comuns	96
7. Conclusões e recomendações	115
8. Referências	119
9. Anexos	130

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo atributos sócio-demográficos.	<b>66</b>
<b>Tabela 2</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, categoria profissional.	<b>67</b>
<b>Tabela 3</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo a principal atividade exercida.	<b>68</b>
<b>Tabela 4</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo tempo de trabalho na atividade atual.	<b>69</b>
<b>Tabela 5</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo aspectos sobre a locomoção para o trabalho.	<b>69</b>
<b>Tabela 6</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo realização e retribuição de hora-extra e gozo de férias.	<b>71</b>
<b>Tabela 7</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo opinião sobre horário de trabalho conforme categoria profissional.	<b>72</b>
<b>Tabela 8</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo qualidade essencial para o trabalho por categoria profissional.	<b>76</b>
<b>Tabela 9</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo qualidade essencial para o trabalho por tipo de atividade exercida.	<b>77</b>
<b>Tabela 10</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo valorização das qualidades profissionais conforme categoria profissional.	<b>79</b>
<b>Tabela 11</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo possibilidade de informar a chefia e tratamento dado às informações sobre o andamento do trabalho.	<b>80</b>
<b>Tabela 12</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo tratamento dado pela chefia às informações e valorização das qualidades profissionais.	<b>81</b>
<b>Tabela 13</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo possibilidade de ascender na carreira por categoria profissional.	<b>82</b>
<b>Tabela 14</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo aspectos que modificariam no trabalho.	<b>83</b>
<b>Tabela 15</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, com profissões de escolaridade superior, segundo evolução da satisfação no trabalho e categoria profissional.	<b>85</b>
<b>Tabela 16</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, com profissões de escolaridade média, segundo evolução da satisfação no trabalho e categoria profissional.	<b>86</b>
<b>Tabela 17</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo evolução da satisfação e tipo de atividade exercida.	<b>86</b>
<b>Tabela 18</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo evolução da satisfação e valorização das qualidades profissionais no trabalho.	<b>87</b>
<b>Tabela 19</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo evolução da satisfação no trabalho e possibilidade de ascensão na carreira.	<b>88</b>
<b>Tabela 20</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, evolução da satisfação no trabalho e tratamento dado pela chefia às informações.	<b>88</b>
<b>Tabela 21</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo grau de satisfação atual no trabalho.	<b>89</b>
<b>Tabela 22</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo grau de satisfação no trabalho por unidade básica de saúde.	<b>90</b>
<b>Tabela 23</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo importância dada ao período laboral e grau de satisfação no trabalho.	<b>91</b>
<b>Tabela 24</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo grau de satisfação no trabalho e perspectiva de continuar trabalhando nas mesmas condições.	<b>92</b>
<b>Tabela 25</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo grau de satisfação no trabalho e interferência negativa do trabalho na vida familiar.	<b>93</b>

<b>Tabela 26</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo sexo e presença de transtornos mentais comuns.	<b>96</b>
<b>Tabela 27</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo grupo etário e presença de transtornos mentais comuns.	<b>98</b>
<b>Tabela 28</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo situação conjugal e presença de transtornos mentais comuns.	<b>99</b>
<b>Tabela 29</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo categoria profissional e presença de transtornos mentais comuns.	<b>100</b>
<b>Tabela 30</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo principal atividade exercida e presença de transtornos mentais comuns.	<b>102</b>
<b>Tabela 31</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo tempo de exercício da atividade atual e presença de transtornos mentais comuns.	<b>103</b>
<b>Tabela 32</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo presença de transtornos mentais comuns por unidade básica de saúde.	<b>104</b>
<b>Tabela 33</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo intensidade da associação entre trabalho e sintomas assinalados no SRQ-20 entre portadores e não portadores de TMC	<b>105</b>
<b>Tabela 34</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo grau de satisfação no trabalho e presença de transtornos mentais comuns.	<b>106</b>
<b>Tabela 35</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo situação em relação às exigências e ao controle no trabalho e presença de transtornos mentais comuns.	<b>108</b>
<b>Tabela 36</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo demanda / controle / suporte social no trabalho e presença de transtorno mental comum.	<b>108</b>

#### **LISTA DE GRÁFICOS**

<b>Gráfico 1</b>	Opiniões dos servidores da rede básica quanto à colaboração interpessoal no trabalho.	<b>78</b>
<b>Gráfico 2</b>	Opiniões dos servidores da rede básica para a falta de colaboração interpessoal no trabalho	<b>78</b>
<b>Gráfico 3</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo evolução da satisfação com o trabalho ao longo da vida laboral.	<b>84</b>
<b>Gráfico 4</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo demanda / controle / suporte	<b>95</b>
<b>Gráfico 5</b>	Distribuição dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, portadores de transtorno mental comum, segundo unidade básica de saúde a que pertencem.	<b>104</b>

#### **LISTA DE FIGURAS**

<b>Figura 1</b>	Esquema demanda / controle segundo Karasek.	<b>36</b>
<b>Figura 2</b>	Mapa das áreas de abrangência das unidades básicas de saúde de Botucatu.	<b>54</b>
<b>Figura 3</b>	Distribuição dos trabalhadores segundo as pontuações nas questões demanda / controle.	<b>94</b>
<b>Figura 4</b>	Distribuição dos servidores das 17 unidades básicas de saúde segundo as pontuações nas questões demanda / controle.	<b>95</b>
<b>Figura 5</b>	Distribuição dos servidores segundo situação em relação a demanda-controle e prevalência de transtorno mental comum	<b>107</b>
<b>Figura 6</b>	Árvore de classificação e regressão para análise das relações entre demanda / controle / suporte e transtorno mental comum em servidores da rede básica de saúde.	<b>110</b>
<b>Figura 7</b>	Distribuição de transtornos mentais comuns, segundo suporte e demanda (partição dos elementos com elevada demanda).	<b>111</b>
<b>Figura 8</b>	Distribuição de transtornos mentais comuns, segundo controle e demanda (partição dos elementos com baixa demanda).	<b>112</b>
<b>Figura 9</b>	Dendograma de similaridade entre unidades de saúde, segundo demanda / controle/ suporte, satisfação no trabalho, escore no SRQ-20.	<b>112</b>

## ***1. PREÂMBULO***

Em 2003, no segundo ano de residência em Medicina Preventiva e Social do Departamento de Saúde Pública, permaneci no Centro de Saúde Escola Achilles Luciano Dellevedove (CSE), serviço de Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

Minha tarefa era participar da equipe, acompanhando a área técnica de Atenção à Saúde do Adulto e o gerenciamento da unidade. Passei a realizar atividades assistenciais como clínica geral e a integrar os espaços de reunião do serviço, o que me propiciou vivenciar o cotidiano da unidade, particularmente o gerencial.

Ao longo do tempo, sensibilizaram-me as agressões aos trabalhadores – especialmente aos de nível médio – pelos usuários do serviço, o alto número de doenças do trabalho e de afastamentos - por doença comum ou do trabalho. Temas como “estresse no trabalho” e “demanda excessiva” eram o mote central das reuniões da área de Atenção à Saúde do Adulto, das quais participei. Essa é a maior área do serviço em número de profissionais e volume de atendimentos.

E por que, se submetidos às mesmas condições de trabalho, alguns trabalhadores adoeciam mais, outros menos e outros permaneciam saudáveis? Passei a me perguntar o que havia naquele ambiente de trabalho, ou com aqueles servidores, que os levava ao adoecimento e como poderia colaborar para a melhoria das condições de trabalho e de saúde daquelas pessoas.

Sofrendo as tensões e conflitos da atividade gerencial, recebendo apelos de colegas “à beira de um ataque de nervos” e reivindicações, por parte da equipe do CSE, de mudanças na organização do trabalho, que primassem pelo cuidado à saúde dos trabalhadores, não saí ileso ao final da residência: tais pressões continuavam a me atormentar.

O longo tempo de permanência no serviço possibilitou que acompanhasse a história de alguns servidores. O que teria provocado a transformação daqueles trabalhadores, antes criativos e incansáveis, em pessoas irritadas, insatisfeitas, exauridas, infelizes? Tal sofrimento relacionava-se ao trabalho? Tratar-se-ia de fenômeno exclusivo desse serviço / desse tipo de serviço? Haveria influência da organização do SUS? As mudanças do mundo do trabalho influenciariam tal quadro?

O desejo de encontrar respostas, mesmo que parciais, para essas perguntas motivou a realização deste estudo.

## ***2. INTRODUÇÃO***

## 2.1. O mundo do trabalho

Borges & Yamamoto (2004) chamam a atenção para o fato da palavra trabalho ter origem em termos latinos associados à tortura. Assinam também a ambigüidade de significados – condenação, sacrifício, castigo. Para esses autores é necessário também considerar-se que o trabalho pode ser abordado sob diversos ângulos - relações de poder, natureza (profissões / ocupações), existência ou não de contrato, forma de contrato, complexidade das tarefas, tipo de esforço exigido, tipo e qualidade da remuneração, formas de pagamento, etc. Assim, a palavra trabalho pode referir-se a diferentes objetos, correspondendo a diferentes constructos para a Psicologia Organizacional e do Trabalho: motivação, comprometimento, satisfação, socialização, estresse, qualidade de vida.

Para Borges & Yamamoto (2004)

*“... o trabalho – e a forma de pensar sobre ele – seguirá as condições sócio-históricas em que cada pessoa vive”*

e, nesse sentido, relaciona-se estreitamente com o acesso

*“... à tecnologia, aos recursos naturais e ao saber fazer; com a posição na estrutura social, das condições em que executa suas tarefas; do controle que tem sobre seu trabalho, das idéias e da cultura de seu tempo, dos exemplos de outros trabalhadores...”*

Para estes autores, o trabalho pode ser abordado em, pelo menos, cinco dimensões distintas:

- concreta – relacionada à tecnologia e às condições materiais em que é exercido;
- gerencial – relacionada à maneira como é planejado, organizado, dirigido e controlado;
- sócio-econômica – referente à estrutura social em seus níveis econômico e jurídico-político;
- ideológica - referente aos valores associados ao trabalho que predominam na sociedade;
- simbólica – referente aos aspectos subjetivos de cada indivíduo.

O homem, vivendo em sociedade, apresenta uma série de necessidades. Algumas são individuais, outras coletivas. Algumas, de satisfação indispensável à vida, outras, estreitamente relacionadas à cultura dessa sociedade. E é no trabalho que os homens obtêm meios de suprir suas necessidades. O trecho a seguir, extraído de Malvezzi (2004) resume de maneira clara o conceito de trabalho que, pela natureza deste estudo, merece ser explicitado nestes parágrafos iniciais.

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

No desenvolvimento do trabalho, além de modificar a natureza, o homem modifica-se a si próprio, na medida em que o trabalho propicia - ou cerceia - o desenvolvimento de suas potencialidades latentes. Leplat (1980), analisando o papel do trabalho no desenvolvimento humano afirma que

*“... o trabalho pode contribuir para o desenvolvimento de numerosas potencialidades humanas, mas pode também ser um freio a este desenvolvimento e, mesmo, em alguns casos, conduzir a uma restrição irreversível dessas potencialidades.”*

Esse autor enfatiza a importância da natureza do trabalho e das condições em que é exercido no desenvolvimento das capacidades dos trabalhadores. No tocante às habilidades requeridas pelos diferentes trabalhos, o autor assinala que, quanto mais rígidas e específicas as tarefas, mais tenderão a

tornar-se automáticas e menos propiciadoras do desenvolvimento das capacidades dos trabalhadores. Ao contrário, quanto mais gerais e orientadas para maior número de situações, maior a tendência para aumentar a capacitação dos trabalhadores, não só em relação ao trabalho, mas também em relação à vida.

Em princípio, o trabalho deveria ser fonte de prazer, já que, através dele, o homem se constitui sujeito e reconhece sua importância para a sobrevivência de outros seres humanos. A Carta de Ottawa (OPAS, 1986), elaborada em 1986, na cidade canadense de mesmo nome, durante a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde reconhece que

*“mudar os modos de vida, de trabalho e de lazer tem um significativo impacto sobre a saúde. Trabalho e lazer deveriam ser fontes de saúde para as pessoas. A organização social do trabalho deveria contribuir para a constituição de uma sociedade mais saudável. A promoção da saúde gera condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis”.*

Entretanto, ao longo da História, o trabalho, para a maioria da humanidade, tem representado dor, sofrimento, adoecimento e morte, fruto das diferentes formas de exploração a que os homens têm sido submetidos ao longo dos séculos. E, nos primórdios do século XXI tem-se assistido a formas de exploração com características que merecem ser abordadas, ainda que de forma breve, neste estudo.

Para filósofos clássicos, como Platão, o trabalho que envolvia esforço físico era considerado inferior, degradante, apropriado aos escravos. Com o advento do Capitalismo, do ponto de vista ideológico ocorrem mudanças, tanto na concepção de trabalho, que passa a ser valorizado, como em relação ao lucro, que passa a ser considerado legítimo, propiciando a acumulação necessária ao desenvolvimento desse modo de produção. Para Weber (2004), a ética protestante exerceu papel importante no desenvolvimento do Capitalismo, contrapondo-se à ética do catolicismo, que condenava o lucro e os juros. Segundo a ética do protestantismo, o trabalho árduo e o sucesso econômico dele

advindo, ou seja, a riqueza, eram sinais de merecimento divino, legitimando a acumulação. Tal concepção legitima também a exploração dos trabalhadores.

Já na visão marxista, o trabalho, tratado como mercadoria no Capitalismo, contribui para a degradação do homem, em virtude de alienar, explorar, inibir o desenvolvimento e diminuir a auto-estima dos trabalhadores, dentre tantos outros efeitos. E nas crises periódicas desse modo de produção, a taxa de exploração dos trabalhadores tende a aumentar.

Praticamente em todos os países do mundo, vêm ocorrendo profundas transformações no mundo do trabalho que, por um lado, guardam estreitas relações com a crise do capitalismo iniciada nos anos setenta e, por outro lado, com as notáveis inovações tecnológicas, particularmente nos campos da informática, da automação e das comunicações, a ponto de ser denominada terceira revolução industrial (ANTUNES, 1995).

A mais recente crise do capitalismo tornou-se evidente quando os países capitalistas centrais começam a ser atingidos por prolongada queda nas taxas de acumulação, o que levou o capital a buscar alternativas para retomar os níveis precedentes de acumulação, processo que vem sendo conhecido como acumulação flexível (ANTUNES, 1995). Referindo-se aos anos 1980, esse autor assinala:

*“o grande salto tecnológico, a automação, a robótica e a microeletrônica invadiram o universo fabril, inserindo-se e desenvolvendo-se nas relações de trabalho e de produção do capital. [...] O toyotismo penetra, mescla-se ou mesmo substitui o padrão fordista dominante em várias partes do capitalismo globalizado. Vivem-se formas transitórias de produção, cujos desdobramentos são também agudos, no que diz respeito aos direitos do trabalho. Estes são desregulamentados, são flexibilizados de modo a dotar o capital do instrumental necessário para adequar-se à sua nova fase. Direitos e conquistas históricas dos trabalhadores são substituídos e eliminados do mundo da produção. Diminui-se ou mescla-se, dependendo da intensidade, o despotismo taylorista pela participação dentro da ordem e do universo da empresa”* (ANTUNES, 1995).

A acumulação flexível tem significado aumento das taxas de exploração da *classe-que-vive-do-trabalho*, com sérias conseqüências para a qualidade de vida e para a saúde e segurança dos trabalhadores (ANTUNES, 1995).

Para Kurz (2005), a exploração da força de trabalho pelo capital visando elevar as taxas de acumulação, no que o autor denomina *crise da terceira revolução industrial*, caracteriza-se pela crise da mais valia relativa:

*“A mais valia relativa torna-se insignificante. A prova prática disso é que o capital retorna à predominância da mais valia absoluta. O que parece inteiramente absurdo a qualquer saudável entendimento humano, é a “razão” da lógica capitalista: a acumulação deve ser salva, à custa do prolongamento da jornada de trabalho para a mão de obra remanescente, de um crescente aumento da intensidade e drástica redução da proteção do trabalho. [...] Com o regresso do domínio da mais-valia absoluta, o capital mostra a carantonha destapada da barbárie, fazendo desaparecer, assim, a aparência de potencial civilizatório.”*

Com alguns anos de defasagem, essas mudanças no mundo do trabalho começaram a chegar ao Brasil, com efeitos mais dramáticos, uma vez que o “estado de bem-estar social”, atingido pelos países desenvolvidos, no caso brasileiro estava longe de ser conquistado. E, além disso, o país estava mergulhado, há décadas, em crise econômica crônica.

Segundo Pochmann (2001), no contexto da concorrência internacional não regulamentada, a concentração da inovação tecnológica nas grandes corporações agravou a exclusão de muitos países do espaço econômico. Para esse autor

*“Atualmente, o comércio intrafirmas, mais precisamente entre matriz e filiais das corporações transnacionais supera as trocas realizadas entre nações.”*

O corolário disto tem sido o aumento do desemprego e o predomínio da criação de empregos precários, com baixos salários, acarretando retrocesso produtivo e social para o país.

De 1986 para 1998, o Brasil passou do 13º para 4º lugar no *ranking* mundial de desemprego, com aprofundamento das incertezas e difusão da cultura do medo entre os trabalhadores, criando condições para intensificação do trabalho e para imposição do aumento do número de horas-extras pelas empresas (POCHMANN, 1999).

Nas últimas décadas, tem-se observado aumento do número de trabalhadores sem proteção social: empregos precários, organização de falsas cooperativas, admissão em falsos estágios, exercício de atividades como falsos autônomos ou em situação de falsas terceirizações (POCHMANN, 2001, 2004).

Esse quadro de aumento da exploração da força de trabalho e de empobrecimento da população vem acarretando diminuição do grau de saúde dos trabalhadores e de suas famílias, o que contribui para crescimento da demanda aos serviços de saúde. E as famílias pertencentes a estratos de renda média ou menor passam a depender cada vez mais de serviços públicos de saúde, de sorte que, atualmente, 75% da população brasileira é quase inteiramente dependente desses serviços (BODSTEIN, 2002).

## **2.2. Atenção primária à saúde no Brasil**

Avanço inquestionável, o direito universal à saúde no Brasil, produto e, simultaneamente, engrenagem da Reforma Sanitária, trouxe a necessidade de se organizar um sistema de saúde capaz de garantir esse direito – o Sistema Único de Saúde (SUS) -, inserido no capítulo *Dos Direitos Sociais* da Constituição Federal (BRASIL, 1988) e regulamentado pelas leis 8.080 (BRASIL, 1990a) e 8.142 (BRASIL, 1990b).

Com base nos princípios da hierarquização e descentralização do SUS iniciou-se a reorganização deste sistema, que culminou com a municipalização da saúde, ou seja, com a transformação da esfera municipal em principal gestora da maior parte dos serviços e ações de saúde. Um dos eixos estruturantes desse processo foi a reorganização da atenção básica à saúde que, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), constitui

*“o primeiro nível de atenção à saúde no SUS, compreendendo um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que englobam a*

*promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde”.*

Segundo documento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BRASIL, 2004):

*“a Atenção Primária é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A Atenção Primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável”.*

Dentre seus objetivos destacam-se a extensão do acesso às ações de saúde, a busca da integralidade, a resolução de grande parte dos problemas de saúde dos indivíduos e das populações e a contraposição ao modelo assistencial vigente anteriormente ao SUS, baseado na exclusão, na produtividade, na assistência médica, hospitalar e individual e no predomínio de ações curativas.

Alguns instrumentos foram utilizados para incentivar a reorganização da atenção básica: a regulamentação das Normas Operacionais Básicas e Normas Operacionais de Assistência à Saúde, a criação de novas instâncias colegiadas decisórias (Comissão Intergestores Bipartite e Comissão Intergestores Tripartite), a introdução do Piso de Atenção Básica, o surgimento dos Conselhos

de Saúde e o incentivo específico à implantação de determinadas estratégias, como por exemplo, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família (BODSTEIN, 2002).

A estruturação da rede básica de saúde permanece como desafio aos municípios brasileiros, em que pese a existência de instrumentos que possibilitaram os avanços ocorridos (elaboração de normas gerais, mudança no modo de financiamento do setor, criação de espaços de pactuação entre os diversos atores, participação popular de forma organizada e desenvolvimento de estratégias específicas). E, mesmo os municípios que evoluíram na estruturação, enfrentam dificuldades para oferecer bom nível de assistência à saúde às suas comunidades.

*“A pergunta-chave aqui é em que medida a política de reorganização da atenção básica e a pequena mudança na alocação de recursos advinda da implementação da descentralização no setor tem sido suficiente para modificar o padrão de desigualdade no acesso aos bens e serviços de saúde, dado pela própria heterogeneidade e desigualdade social existente no país. Questões determinantes como o aumento dos custos e o declínio da qualidade dos serviços, características gerais (e globais) do setor saúde, remetem diretamente à centralidade da discussão para a prioridade nos investimentos em programas de promoção e de atenção básica, tendo em vista a necessidade de universalização da atenção primária em saúde. No caso do Brasil, devemos ficar atentos à nossa realidade: enormes desigualdades sociais, intenso processo de urbanização a partir das últimas décadas e a limitação de recursos, onde necessidades e demandas crescem e se tornam bastante complexas rapidamente, tendendo ao que parece ultrapassar a capacidade de resposta das políticas públicas e dos sistemas de saúde” (BODSTEIN, 2002),*

A sensação de que a capacidade de resposta do sistema pode ter sido ultrapassada ou que, pelo menos, cresce em velocidade inferior à do surgimento dos problemas enfrentados, provavelmente atinge os trabalhadores da saúde. Estes vivenciam situações de trabalho em serviços que constituem portas

de entrada de um sistema de saúde universal, que lida com problemas extremamente complexos e com grandes desigualdades sociais. Esse trabalhador, freqüentemente tem que mergulhar nas entranhas do processo saúde-doença e do sofrimento humano.

Os profissionais de rede básica defrontam-se com problemas complexos, muitos dos quais escapam à capacidade de intervenção no nível primário de atenção à saúde e, mesmo, do setor saúde.

Por sua vez, avanços como diversificação das ações de saúde, melhorias da qualidade do serviço e do acesso da clientela, quase sempre significam surgimento de novas demandas.

A política de fortalecimento da atenção básica tem-se mostrado insuficiente, fazendo com que haja necessidade freqüente de se lidar com restrições da estrutura física, de acesso a meios de trabalho, de recursos humanos, de acesso a especialistas, tornando a vivência dos trabalhadores da rede básica de saúde ainda mais dolorosa, na medida em que se somam a

- tensões inerentes à organização do trabalho em atenção primária: trabalho em equipe, exercício da integralidade, constituição da unidade básica como espaço privilegiado para a integração do subjetivo às práticas de saúde, a incessante necessidade de se afastar da visão ideológica que reduz a atenção primária a um conjunto de ações simplificadas, entre outros (SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVES, 2000);
- condições de vida e desigualdades sociais no Brasil e seus reflexos no estado de saúde da população e no consumo de serviços de saúde (SZWARCOWALD et al. 2005);
- reconhecimento da saúde como um direito do cidadão nos marcos da Constituição Federal (BRASIL, 1988) e as implicações que este traz para a reorganização do sistema de saúde,
- problemas na estruturação da atenção básica no país (BODSTEIN, 2002);
- insuficiências dos outros níveis de atenção do SUS;
- distorções na produção de necessidades e no consumo de serviços de saúde, considerando-se como pressuposto que as demandas em

saúde são socialmente construídas e relacionadas e o grande esforço que se coloca para as equipes no processo de inversão dessas distorções (FRANCO & MERHY, 2005);

A esses fatores cabe acrescentar a falta de discussão sobre planos de cargos e salários para os trabalhadores do SUS, abordada apenas em 2005, e o arrocho salarial, fatos objetivos que trazem subjacentes o não reconhecimento profissional.

No tocante ao financiamento, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, (BRASIL, 2000a) que define os percentuais de recursos a serem aplicados no setor saúde pelas diferentes esferas de governo, ainda está em discussão, mantendo restrições orçamentárias indesejáveis. Por outro lado, a Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000b), que impõe amarras a um setor em que desempenho dos profissionais é crucial, tem criado situações que configuram precarização dos contratos de trabalho dos profissionais da saúde. E, muitas vezes, serve de subterfúgio para alguns administradores justificarem a não destinação, ou destinação insuficiente, de recursos financeiros para o setor.

“*Avanços tecnológicos não compensam recursos humanos, lembra OPAS*” é a manchete do informativo sobre o Dia Mundial da Saúde do site da Organização Panamericana da Saúde (OPAS, 2006). Em 2006, esta organização homenageou os trabalhadores da saúde com o tema “*Gente que faz saúde*”, deixando patente a importância dos trabalhadores desse setor e a necessidade de busca urgente de melhores condições de trabalho, de políticas de recursos humanos e de injeção de recursos financeiros na Saúde Pública.

### **2.3. Trabalho e saúde**

As influências do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores são conhecidas desde a antiguidade, existindo papiros egípcios que relatam doenças ocasionadas pelo trabalho, muito antes de Hipócrates. O “Pai da Medicina” também registrou a ocorrência de várias doenças ocupacionais nos séculos IV e V a.C. Mas, foi no século XVIII, que o italiano Ramazzini, considerado “Pai da Medicina do Trabalho”, registrou de forma sistematizada no primeiro tratado de doenças do trabalho – *De morbis artificum diatriba* – os conhecimentos acerca das conseqüências do trabalho para a saúde dos trabalhadores.

Nos mais de três séculos decorridos desde a morte de Ramazzini, cresceu progressivamente a compreensão das relações entre trabalho e processo saúde-doença. Avanços em vários campos do conhecimento têm contribuído para isto, particularmente os da Epidemiologia, da Psicologia Social, da Ergonomia, dentre outras.

O método epidemiológico tem possibilitado identificar relações entre aspectos do trabalho com a ocorrência de numerosas doenças, com destaque para as doenças crônico-degenerativas, como as neoplasias e as doenças cardiovasculares (grupo II de Schilling), bem como para as doenças mentais (grupo III de Schilling). Assim, ultrapassaram-se os limites das doenças profissionais ou do grupo I de Schilling, para as quais é necessária a presença de determinados “agentes” no ambiente de trabalho, como, por exemplo, o saturnismo (BRASIL, 2001).

No tocante às relações entre trabalho e doença mental, Jacques & Codo (2002) assinalam que as grandes dificuldades existentes estão estreitamente ligadas ao fato do trabalho constituir “*o modo de ser do homem*” invadindo e permeando “*todos os níveis de sua atividade, de seus afetos, de sua consciência...*”.

Esses autores chamam também a atenção para o fato de muitos estudos envolverem concepções antagônicas acerca da constituição do psiquismo, de sorte que pesquisas sobre saúde / doença mental e trabalho podem não ser conciliáveis entre si.

Elo (1995) afirma que as demandas e as características do trabalho têm sido analisadas basicamente de dois diferentes ângulos – exigências em termos de treinamento e de remuneração, e em termos de satisfação pessoal e de bem estar. No tocante às dimensões psíquicas, alguns métodos de análise do trabalho privilegiam aspectos como responsabilidade, poder de decisão, precisão, manutenção da atenção, variedade, autonomia, exigências de desempenho e contatos sociais. Outros métodos aliam investigação da percepção dos trabalhadores acerca de aspectos do trabalho com a observação de sua realização, como ocorre em estudos ergonômicos.

No tocante às pesquisas sob estresse e trabalho, Elo (1995) assinala que numerosos estudos têm sido efetuados por meio de questionários

que abordam os denominados “fatores psicossociais” ou “fatores mentais” de estresse no trabalho. Alguns dos estudos restringem-se às interações homem-máquina, enquanto outros, mais abrangentes, envolvem o contexto social.

#### **2.4. Trabalho e saúde mental**

Existem várias abordagens acerca dos componentes e dos processos envolvidos na saúde mental. Estar mentalmente saudável pode ser entendido como um estado no qual o indivíduo sente prazer, satisfação, conforto, isto é, encontra-se em situação positiva em relação ao humor e à afetividade. Saúde mental pode também ser entendida como um processo no qual o indivíduo enfrenta aspectos-chaves como independência e autonomia. E, ainda, como o resultado de um processo, ou seja, o resultado de confrontação aguda, caso da síndrome do estresse pós-traumático, ou de confrontação crônica com estressores, caso do esgotamento profissional no trabalho ou *burnout*, da depressão, e de outros transtornos mentais (HOUTMAN & KOMPIER, 2005).

Um conceito importante na abordagem de saúde mental e trabalho é o de estresse. Em 1984, Lazarus & Folkman, apud Bruchon-Schweitzer (1994) apresentaram concepção segundo a qual o estresse pode ser considerado “*como uma verdadeira transação*” indivíduo e ambiente, através da qual o primeiro avalia a situação de ameaça (estressora) como ultrapassando seus recursos e pondo em risco seu bem estar.

Quintard (1994) ilustra bem a diferenciação entre estresse objetivo e percebido, por meio da estória de uma velha senhora que, consternada por perder seu gato, é hospitalizada em virtude de queda do estado geral de saúde.

A percepção de perigo ou de ameaça ativa diversos mecanismos psico-fisiológicos. Entretanto, um mesmo evento estressor não será igualmente avaliado por diferentes indivíduos, interessando como as pessoas o percebem. Diante de uma ameaça (evento estressor), inicialmente o indivíduo avalia sua natureza, gravidade, urgência e, a seguir, estima os recursos e capacidades de que dispõe para controlá-la, ou não. Estas percepções determinam as estratégias de enfrentamento (*coping*) adotadas. Trata-se de processos que variam, não apenas de acordo com a situação, mas também com o momento. E mais, a natureza – perceptiva / cognitiva, afetiva, comportamental, psicossocial e

psicobiológica - desses processos também varia. (BRUCHON-SCHWEITZER, 1994).

O sucesso das estratégias de enfrentamento é influenciado por fatores como duração e gravidade da ameaça ao bem estar, cabendo salientar que a percepção de suporte ou apoio social constitui fator de proteção em relação aos agravos à saúde. Quando o suporte ou apoio social é frágil, ou quando é percebido como frágil, a vulnerabilidade aos fatores de estresse aumenta.

### **Satisfação no trabalho**

Um dos aspectos estreitamente relacionados ao grau de saúde é a satisfação obtida no exercício do trabalho. Trata-se de conceito que começou a ser estudado e desenvolvido nos anos 30 do século passado. Um dos estudos pioneiros abordava as influências de aspectos do ambiente físico e a produtividade dos trabalhadores em empresa de eletricidade da cidade de Chicago. Desde então, foram efetuados numerosos estudos focalizando a satisfação dos trabalhadores em relação a variados aspectos de seu trabalho.

Ter satisfação no trabalho significa ter prazer com o que se faz. E este prazer está relacionado tanto com características das atividades executadas, como com o perfil psicológico e com as expectativas dos trabalhadores. Satisfação no trabalho pode ser também entendida como o sentimento que as pessoas têm a respeito de seu trabalho.

A satisfação no trabalho tem sido abordada por disciplinas como psicologia, sociologia, medicina do trabalho, ergonomia, economia e administração, dentre outras. Isto relaciona-se, por um lado, com o papel do trabalho na vida das pessoas e as influências que exerce sobre as condições e a qualidade de vida e, conseqüentemente, sobre o grau de saúde. E, por outro lado, pelas influências que exerce sobre o desempenho e a produtividade dos trabalhadores, aspecto que interessa sobretudo às empresas.

Pode-se dizer que as pessoas avaliam e reavaliam aspectos de sua vida, conferindo se suas necessidades materiais, cognitivas e afetivas estão sendo atendidas. E, na medida da importância dada ao trabalho, a avaliação quanto a tais aspectos pode adquirir grande relevância. Assim, sucesso profissional, remuneração, prestígio entre os colegas, evolução na carreira, são aspectos, dentre outros, que as pessoas que trabalham colocam na balança para

conferir se estão recebendo ou não o que julgam merecer em função do trabalho que executam. Se o que avaliam estar recebendo corresponde às expectativas, a pessoa tende a considerar-se satisfeita. A satisfação depende portanto do sujeito e não apenas de aspectos ou características do trabalho. E o resultado desta avaliação depende do que o sujeito mais valoriza ou valoriza menos.

Para Diaz-Serrano & Vieira (2005), a satisfação no trabalho representa importante fator preditivo do grau de bem estar dos indivíduos, interferindo também com a decisão de permanecer ou deixar o emprego, assim como com a qualidade do trabalho efetuado.

Dados de quinze países da Europa (EU 15) revelam que, de 1995 para 2000, em nove deles, houve diminuição do grau de satisfação no trabalho, enquanto em seis (Reino Unido, Dinamarca, Finlândia, Áustria, Alemanha e Grécia), houve discreto aumento. Considerando-se a avaliação realizada no ano de 2000, Portugal, Espanha, Grécia e Itália, foram os países que registraram menor satisfação no trabalho.

No Brasil, Martinez & Paraguay (2003), abordando aspectos conceituais e metodológicos da satisfação no trabalho, assinalam que apesar dos estudos sistematizados sobre satisfação no trabalho terem se iniciado na década de 30, ainda não existe consenso sobre teorias e modelos teóricos acerca do tema. As autoras fazem referência aos vários conceitos: satisfação como sinônimo de motivação, como atitude, como oposição à insatisfação e como estado emocional.

Um dos modelos desenvolvidos para análise da satisfação no trabalho é o modelo de Locke (LOCKE, 1976 apud MARTINEZ & PARAGUAY, 2003) que considera satisfação como resposta emocional oriunda da diferença entre o que a pessoa percebe receber e o que deseja obter, o que implica julgamento de valor. Este enfoque pressupõe a existência de relação entre grau de emoção e importância que a pessoa atribui ao que almeja conseguir. Referindo-se aos trabalhos de Locke, Martinez & Paraguay (2003) assinalam:

*“A satisfação no trabalho seria, então, um estado emocional prazeroso, resultante da avaliação do trabalho em relação aos valores do indivíduo, relacionados ao trabalho. Insatisfação no trabalho seria um estado emocional não prazeroso, resultante da*

*avaliação do trabalho como ignorando, frustrando ou negando os valores do indivíduo, relacionados ao trabalho. Assim, a satisfação e insatisfação no trabalho não são fenômenos distintos, mas situações opostas de um mesmo fenômeno, ou seja, um estado emocional que se manifesta na forma de alegria (satisfação) ou sofrimento (insatisfação) (LOCKE, 1969, 1976, 1984 apud MARTINEZ & PARAGUAY, 2003)".*

Este enfoque teórico implica considerar o trabalho como *"... uma interação complexa de tarefas, papéis, responsabilidades, relações, incentivos e recompensas em determinado contexto físico e social. E, por isso, o entendimento da satisfação no trabalho requer que o trabalho seja analisado em termos de seus elementos constituintes, e onde satisfação no trabalho global é o resultado da satisfação com diversos elementos do trabalho"* (LOCKE, 1969, 1976, apud MARTINEZ & PARAGUAY, 2003).

A satisfação está estreitamente relacionada à valorização social do trabalho exercido, às possibilidades de ascensão na carreira, ao reconhecimento, à remuneração (que também constitui uma forma de reconhecimento) e ao clima social (relações com colegas, chefias, formas de organização). Ainda influem, o conteúdo e as condições físicas do ambiente em que o trabalho é realizado.

Pesquisando as relações entre satisfação no trabalho e doença, Martinez & Paraguay (2004) constataram associação entre satisfação e distúrbios mentais. As autoras, que também pesquisaram a existência de relações entre satisfação no trabalho e aspectos da saúde física, não observaram associação.

### **Cargas, exigências e demandas no trabalho**

Hacker (2005), abordando as cargas mentais no trabalho, sustenta que a análise das atividades executadas deva considerar:

- autonomia do trabalhador, ou seja, a liberdade quanto aos procedimentos a adotar e quanto aos que antecipar ou postergar;
- quantidade e a diversidade de tarefas secundárias (preparação, organização e verificação dos resultados) e o quanto estas etapas estão ou não fragmentadas;

- variação dos processos (rotineiros, baseados em conhecimentos ou experiências progressas, necessidade de resolver problemas):
- grau de cooperação necessário;
- exigências de aprendizagem a longo prazo,

propondo procedimentos de análise que vão da verificação de documentos à observação do trabalho.

Segundo o mesmo autor (HACKER, 2005), na literatura, a carga mental de trabalho é analisada sob dois enfoques principais:

- o que considera as exigências da tarefa independentemente dos trabalhadores que as executam;
- o que considera as interações das exigências da tarefa com as capacidades ou recursos dos trabalhadores.

Trata-se de enfoques que não se excluem, mas se completam. Em relação às capacidades dos trabalhadores, de modo geral, as cargas mentais de trabalho podem ser classificadas como:

- *inferiores às capacidades*, quando são potencialmente geradoras de tédio, aborrecimento e monotonia, além de desestimulantes;
- *adequadas às capacidades*;
- *superiores às capacidades*, quando podem gerar ansiedade, fadiga e frustração.

Nessa linha situa-se a abordagem desenvolvida na década de 70 por Karasek, o denominado Modelo Demanda-Controle ou Modelo de Karasek. Em relação ao trabalho, o foco deste modelo é o das relações sociais no trabalho e como estas funcionam como geradoras de estresse.

Segundo Karasek (2005), as demandas são as pressões psicológicas a que os trabalhadores são submetidos no trabalho. Podem originar-se da quantidade de trabalho a executar na unidade de tempo - no jargão da saúde do trabalhador, conhecida como *pressão de tempo* -, no caso, de caráter quantitativo. Pode também originar-se no descompasso entre as capacidades do trabalhador e o trabalho a executar, assumindo, então, caráter qualitativo.

Quanto ao controle, trata-se do grau de autonomia ou espaço de manobra que o trabalhador possui. Consiste na possibilidade que ele tem de “governar” o seu trabalho, a partir de suas habilidades e conhecimentos. Por

exemplo, se pode escolher a maneira de executar o trabalho, ou o que pode antecipar ou postergar. Trata-se de aspectos estreitamente relacionados à organização do trabalho.

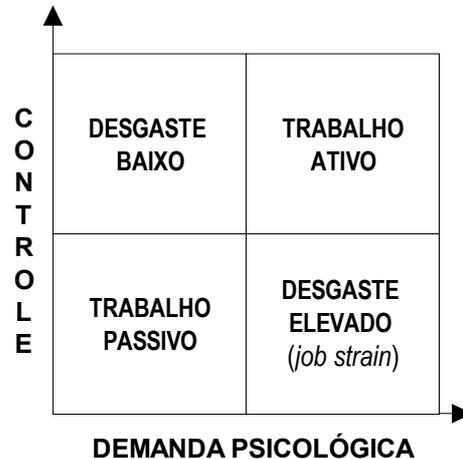


FIGURA 1 - ESQUEMA DEMANDA-CONTROLE SEGUNDO KARASEK (1998, 2005) E BAKER & KARASEK (1994).

O Modelo Demanda-Controle foi representado por Karasek como figura quadrangular (Figura 1), composta por quatro quadrantes, cada um representando as quatro associações possíveis entre os níveis das demandas e os graus de controle (baixo / elevado), ou seja:

- demandas psicológicas elevadas e baixo controle do trabalho – situação que Karasek (2005) denominou de *job strain*, que pode ser entendida como situação geradora de desgaste psicológico elevado para o trabalhador;
- demandas psicológicas elevadas acompanhadas de grau de controle sobre o trabalho também elevado – situação que Karasek considera como potencialmente desafiadora e, nesse sentido, propiciadora de condições para o desenvolvimento e crescimento do trabalhador (trabalho ativo);
- baixas demandas psicológicas acompanhadas de baixo controle que, para Karasek configuram situações desestimulantes, geradoras de tédio e de desinteresse, e que Leplat (1980) considera *emburrecedoras* (trabalho passivo);
- baixas demandas psicológicas e grau de controle elevado – situação em que haveria pouco desgaste para o trabalhador, uma vez que ele tem as melhores condições para planejar e para executar seu trabalho.

A esse modelo bidimensional de Karasek, formulado nos anos 70, Johnson (1988) acrescentou uma terceira dimensão, a de suporte social.

O questionário desenvolvido por Karasek compõe-se de quarenta e nove questões que avaliam as dimensões demanda, controle e suporte. Theorell (1988) reduziu as questões de quarenta e nove para dezessete.

Araújo et al. (2003) utilizaram o questionário de Karasek, composto por quarenta e nove questões, para avaliar as condições de saúde e trabalho de professores da Universidade Estadual de Feira de Santana e de dentistas em 21 municípios da região de Alagoinhas, na Bahia. Os autores salientam tratar-se de investigação preliminar e não descrevem como foi realizada a tradução / adaptação do questionário, que não foi submetido à validação para emprego no Brasil.

Alves et al (2004) traduziram e validaram o questionário desenvolvido por Theorell composto por dezessete questões.

## 2.5. Transtorno mental comum - TMC

Segundo a OMS (2002), transtornos mentais e do comportamento são

*“condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com angústia pessoal e / ou deterioração do funcionamento”*,

e compreendem:

- transtornos mentais orgânicos,
- transtornos mentais e do comportamento devidos ao abuso de substância psicoativa,
- esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes,
- transtornos neuróticos, transtornos relacionados ao estresse e transtornos somatoformes,
- síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e fatores físicos,
- transtornos da personalidade e do comportamento do adulto,
- atraso mental

- transtornos do desenvolvimento psicológico
- transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente na infância e na adolescência
- transtorno mental não especificado

A distribuição desses transtornos é universal, ocorrendo em todo o mundo, entre homens e mulheres, ricos e pobres e em todas as faixas etárias. Estima-se que 10 % dos adultos estão acometidos por tais desordens e que uma em cada quatro pessoas apresenta pelo menos um transtorno mental ao longo da vida. Entre os usuários dos serviços de atenção primária à saúde, 24 % apresenta algum transtorno mental. Em estudo realizado em 14 países do mundo, pela Organização Mundial de Saúde, verificou-se que as prevalências gerais de transtornos mentais, de depressão, ansiedade e dependência de álcool apresentaram variação entre os países e o Brasil foi o segundo país com maior prevalência (35,5%) de transtornos mentais entre usuários de serviços de atenção primária à saúde (OMS, 2002).

Os efeitos dos transtornos mentais são bastante deletérios e atingem o indivíduo, sua família, sua comunidade, havendo perdas relativas às relações humanas, problemas financeiros das famílias, aumento do gasto social com o cuidado a essas pessoas, perda da produtividade do país, aumento da criminalidade, maior taxa de morte prematura e maiores taxas de baixa qualidade de vida dos doentes e familiares (OMS, 2002).

Alguns sintomas não preenchem critérios para sua caracterização como transtornos mentais específicos, porém não deixam de ser condições de sofrimento psíquico de caráter incapacitante (LIMA, 1999). Transtorno mental comum (TMC) foi uma expressão criada por Goldberg & Huxley (1992) apud Lima (2004) para designar tais sintomas: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas.

No Brasil, vários estudos têm revelado alta prevalência desses transtornos mentais comuns nas populações. (LUDERMIR, 2000; COSTA et al., 2002; LIMA, 2004; ARAÚJO et al., 2005; COSTA & LUDERMIR, 2005). As conseqüências individuais e o impacto social desses transtornos reforçam a necessidade de identificação precoce dessas condições para intervenção de caráter individual e coletivo (LIMA, 1999; OMS, 2002).

Em vários estudos, numerosos fatores têm sido associados à prevalência de transtorno mental comum, dentre os quais:

- ***atributos do indivíduo***
  - sexo feminino (LUDERMIR, 2000; COSTA et al, 2002);
  - idade (COSTA et al, 2002);
  - raça negra ou parda, no caso das mulheres (ARAÚJO, 2005);
  - baixa escolaridade (LUDERMIR & MELO FILHO, 2002);
- ***aspectos sociais e familiares***
  - insuficiência / ausência de apoio social (COSTA & LUDERMIR, 2005);
  - ter sido vítima de violência - agressão física / assalto / roubo (LOPES et al., 2003);
  - ter filhos, no caso das mulheres (ARAÚJO, 2005);
  - presença de pessoa doente na família (LIMA, 2004);
  - rompimento de relação amorosa (LOPES et al. 2003);
  - ser divorciado ou separado (LIMA et al., 1999) ou viúvo (ARAÚJO, 2005);
  - residir em área urbana (LIMA et al., 1999);
  - mudança forçada de moradia (LOPES et al., 2003);
  - bem estar espiritual como fator de proteção (VOLCAN et al., 2003)
  - internação hospitalar e doença grave (LOPES et al., 2003)
  - problemas financeiros graves (LOPES et al., 2003)
  - não dedicar tempo semanal ao lazer, no caso das mulheres (ARAÚJO, 2005)
- ***aspectos do trabalho***
  - baixa renda (COSTA et al, 2002; LUDERMIR & MELO FILHO, 2002);
  - exclusão do mercado formal de trabalho (LUDERMIR, 2000; LUDERMIR & MELO FILHO, 2002);
  - desemprego (LIMA et al., 1999);
  - trabalhadores com altas demandas psicológicas no trabalho e baixo controle sobre o trabalho (ARAÚJO et al, 2003);
  - ambiente físico desfavorável, ocupação, características da organização do trabalho, como alteração de escala de trabalho (SOUZA & SILVA, 1998);

Harding et al. (1980), com incentivo da Organização Mundial da Saúde, desenvolveu instrumento – *Self Reporting Questionnaire* - com objetivo de indicar a presença de transtornos mentais comuns em usuários dos serviços de Atenção Primária e na comunidade em geral. A validação do instrumento se deu em vários países do mundo e também no Brasil (MARI & WILLIAMS, 1986). A versão mais utilizada – inclusive em estudos de base populacional no Brasil e no município de Botucatu - possui 20 questões - SRQ-20 (LUDERMIR & MELO FILHO, 2002; LIMA, 2004; ARAÚJO et al., 2005; COSTA & LUDERMIR, 2005).

## **2.6. *Burnout* em profissionais de saúde**

Um dos agravos que atinge trabalhadores que se ocupam do cuidado a outras pessoas, como professores, bombeiros, policiais e profissionais de saúde é a síndrome do esgotamento profissional, ou *burnout*. Este termo, em inglês popular “*se refere àquilo que deixou de funcionar por absoluta falta de energia*” (BENEVIDES-PEREIRA, 2002), possivelmente, significando o trabalhador que chegou ao limite.

Trata-se de síndrome descrita em meados da década de 70 (BENEVIDES-PEREIRA, 2002) e definida como resposta a estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho, e que apresenta três componentes: exaustão emocional, despersonalização e realização profissional reduzida (MASLACH & JACKSON, 1998, MASLACH & LEITER, 1999; FREUDENBERGER, 2005; MASLACH, 2005).

A exaustão emocional significa o esgotamento físico e mental, a sensação de estar acabado. A despersonalização corresponde às mudanças de personalidade do indivíduo, fazendo-o comportar-se de forma cínica, irônica com usuários dos serviços nos quais atua. Finalmente, o terceiro componente da síndrome, a realização profissional reduzida, caracteriza-se por insatisfação com atividades no trabalho, sensação de fracasso profissional e desmotivação.

A maioria dos autores acredita que qualquer profissional pode desenvolver *burnout* e que sua incidência é maior em indivíduos que possuem ocupações que implicam prestação de algum tipo de assistência, como médicos, enfermeiros, professores, assistentes sociais, advogados, dentistas, policiais, agentes penitenciários, bombeiros, psicólogos.

Para Maslach & Leiter (1999), entre os trabalhadores com riscos de desenvolver *burnout*, o processo de trabalho se caracteriza pelo papel central das relações entre provedores e receptores. Além disso, a realização de cuidados constitui experiência com elevada carga emocional, particularmente porque os problemas dos receptores muitas vezes são de difícil solução, o que pode acarretar frustração e sensação de ambigüidade para o cuidador, gerando risco de desenvolvimento de *burnout*. Assim, as ocupações que implicam assistência têm sido consideradas como especialmente afetadas por essa síndrome.

O portador de *burnout* costuma apresentar sintomas:

- físicos: fadiga constante e progressiva, distúrbios do sono, imunodeficiências, transtornos cardiovasculares, alterações menstruais, etc;
- psíquicos: falta de atenção, lentificação do pensamento, impaciência, labilidade emocional, desânimo, depressão, baixa auto-estima, etc;
- comportamentais: negligência, excesso de escrúpulos, irritabilidade, perda de iniciativa, uso de drogas, etc;
- defensivos: isolamento, absenteísmo, ironia, cinismo, etc.

Entre os prejuízos para o serviço no qual está inserido, dentre outros, destaca-se diminuição da qualidade, predisposição a acidentes, abandono do emprego, absenteísmo, rotatividade de profissionais e baixa produtividade.

Cabe assinalar que existem vários instrumentos para identificar e mensurar a síndrome de *burnout*. Dentre eles, o mais difundido é o Maslach Burnout Inventory (MBI), questionário auto-aplicável, criado pelas psicólogas sociais Christina Maslach e Susan Jackson, e que avalia as três dimensões da doença - exaustão emocional, despersonalização e realização profissional reduzida, traduzido e validado para utilização no Brasil (LAUTERT, 1997; BORGES et al., 2002; CARLOTTO & CÂMARA, 2004).

## **2.7. Trabalho e saúde mental dos trabalhadores da saúde no Brasil**

A associação de transtornos psíquicos às profissões de saúde tem sido estabelecida por uma série de estudos que, até o momento, têm privilegiado médicos e enfermeiros e atividades hospitalares, particularmente de urgência /

emergência e centros de terapia intensiva. (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; SELIGMANN-SILVA, 2003).

Trata-se de estudos que mostram que, entre médicos:

- há maior consumo de álcool e drogas do que em outros grupos profissionais;
- o uso nocivo e a dependência de opióides e benzodiazepínicos é aproximadamente cinco vezes maior do que na população geral;
- há maior incidência de depressão e alto número de suicídios.

Sobrinho et al. (2006), em estudo de corte transversal realizado com amostra de 350 médicos da Bahia, investigaram a associação das condições de trabalho desses profissionais (*demanda-controle*) e a presença de distúrbios psíquicos menores (*Self Reporting Questionnaire - 20*). Esses autores identificaram alta sobrecarga de trabalho na categoria, prevalência de distúrbios psíquicos menores em 26% dos médicos. Dentre os médicos classificados com base no questionário demanda – controle como submetidos a altas demandas psicológicas acompanhadas de baixo controle sobre o trabalho, essa porcentagem foi de 42,9%.

Em consonância com os dados encontrados em outros estudos, Sobrinho et al. (2006) verificaram que prevalência de distúrbios psíquicos menores estava associada, entre outros fatores, ao sexo feminino, à idade menor que 45 anos, a não praticar atividade física, ao fato de não trabalhar em consultório típico (prestação de serviços, regime de plantão).

Araújo et al. (2003) conduziram estudo de corte transversal para avaliar associação de distúrbios psíquicos menores (*Self Reporting Questionnaire - 20*) e classificação da situação de trabalho segundo o modelo de Karasek, em 502 trabalhadoras de enfermagem de um hospital público de Salvador, Bahia. A prevalência de distúrbios psíquicos menores foi de 33,3%, sendo de 20% para as enfermeiras e 36,4% para as auxiliares de enfermagem. Novamente, houve associação da presença de distúrbios psíquicos menores com alta demanda psicológica e baixo controle sobre o trabalho. Além disso, verificou-se a associação a sobrecarga doméstica, baixa escolaridade, situação conjugal – divorciada, separada, viúva – tempo de lazer, valorização no trabalho e suporte social.

Em estudo qualitativo realizado entre enfermeiros da cidade de Brasília por Stacciarinni & Tróccoli (2001), com o objetivo de compreender o estresse nas diferentes ocupações do enfermeiro, verificou-se que entre os grupos pesquisados (assistencial, administrativo e docente), não houve sinalização de que alguma das atividades pudesse gerar mais sofrimento que outra. Os autores constataram que os três grupos apontaram elementos estressores dentro da atividade específica e alguns deles foram comuns às três categorias.

Giglio et al. (2006), em estudo que investigou a frequência da síndrome de *burnout* entre médicos cancerologistas filiados à Sociedade Brasileira de Cancerologia, observaram que, segundo critérios de Grunfeld et al. (2000) apud Giglio (2006), 52,3% dos 136 indivíduos que aderiram à pesquisa (21%) apresentavam *burnout*. Houve associação positiva entre exaustão emocional e pouca prática de atividade física e não trabalhar somente em serviços públicos. Os profissionais apontaram como meios de reduzir o estresse no trabalho a diminuição da burocracia e o limite do número de pacientes atendidos.

Feliciano et al. (2005), em pesquisa qualitativa, realizada em Recife, acerca dos sentimentos dos profissionais de pronto-socorro infantil sobre o trabalho com foco nos componentes do *burnout*, identificam a tendência à exaustão emocional.

Estudo de Facundes & Ludermir (2005) sobre a prevalência de transtornos mentais comuns entre estudantes de graduação de Educação Física, Enfermagem, Odontologia e Medicina da Universidade de Pernambuco, revelou que houve diferenças estatisticamente significantes nas prevalências de transtornos mentais comuns nos diversos cursos, em ordem decrescente: Medicina, Odontologia, Enfermagem e Educação Física.

Lautert (1997), em estudo que investigou o *burnout* em enfermeiras de dois hospitais universitários de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, encontrou níveis moderados de desgaste emocional entre essas profissionais. A autora afirma, com base nos resultados, que o *burnout* foi específico da atividade laboral da enfermeira. Os setores de emergência, unidade de internação clínica e

cirúrgica e unidade de terapia intensiva apresentaram as maiores médias de desgaste emocional.

Batista & Bianchi (2006) realizaram investigação para determinar o nível de estresse dos enfermeiros de unidades de emergência de hospitais públicos e privados de São Paulo. Utilizaram instrumento com 57 questões agrupadas em grupos de estressores, com escala do tipo Likert. Obtiveram escore para cada enfermeiro e classificaram o nível de estresse em baixo, médio, alerta para alto e alto. As categorias de estressores que tiveram os escores mais altos foram: condições de trabalho para o desempenho das atividades de enfermeiro e atividades relacionadas à administração de pessoal.

Em estudo de corte transversal, Schmidt & Dantas (2006), avaliaram a qualidade de vida no trabalho sob a ótica da satisfação de 105 profissionais de enfermagem de unidades cirúrgicas de quatro hospitais de Londrina. Identificaram que os profissionais, em geral, estão insatisfeitos com os aspectos do trabalho avaliados, especialmente com requisitos do trabalho, normas organizacionais e remuneração.

Elias & Navarro (2006) em estudo qualitativo investigaram as relações entre trabalho, saúde e condições de vida de dez profissionais de enfermagem do sexo feminino, do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, observando existência de sobrecarga de trabalho. As entrevistadas negaram problemas de saúde, porém, durante as entrevistas relataram inúmeras queixas físicas e psíquicas, fato que sugere a existência do fenômeno da negação como estratégia de defesa. O estudo traz à tona o conflito entre o ideal da profissão e a realidade do trabalho, o tempo de descanso insuficiente, a insatisfação no trabalho relacionada, sobretudo, à não valorização profissional. Além disso, os autores observaram que as trabalhadoras não cuidavam da própria saúde regularmente.

Nota-se a escassez de estudos envolvendo outras categorias profissionais, especialmente profissionais não universitários, sobretudo no tocante à atenção primária à saúde. Verifica-se, também, que a maior parte dos estudos tem como objetivo a determinação da prevalência de agravos, sem abordar aspectos do trabalho. Foram encontrados poucos estudos relativos à intervenção

no processo de adoecimento (PEREIRA & BUENO, 1997; MURTA & TRÓCCOLI, 2004).

### ***3. JUSTIFICATIVA***

Este estudo justifica-se face:

- ao que se conhece sobre a ocorrência de transtornos mentais relacionados ao trabalho em profissionais do setor saúde;
- à potencial gravidade das repercussões individuais, institucionais e sociais desses agravos.
- em virtude da maioria dos estudos focar trabalhadores hospitalares (não foi encontrado nenhum estudo que abordasse trabalhadores do setor primário de atenção à saúde).

## ***4. OBJETIVOS***

#### 4.1. Objetivo Geral

Estimar a prevalência de transtornos mentais comuns em servidores da rede básica de saúde de Botucatu – SP e estudar a associação entre estes transtornos e condições gerais de trabalho.

#### 4.2. Objetivos Específicos

- Descrever os servidores segundo variáveis sócio-demográficas:
  - idade
  - naturalidade
  - sexo
  - escolaridade
  - situação conjugal
  - existência de dependentes
- Descrever os servidores segundo variáveis relacionadas ao trabalho:
  - ocupação
  - tipo de vínculo empregatício
  - atividade exercida
  - tempo de trabalho na atividade
  - trabalho pregresso exercido
  - tempo de locomoção casa – trabalho
  - meio de locomoção
  - características da jornada de trabalho
  - cursos de capacitação realizados
- Avaliar a satisfação dos servidores com o trabalho.
- Avaliar demandas psicológicas, grau de controle sobre o próprio trabalho e presença de suporte social no trabalho.
- Verificar existência de associação entre diagnóstico de transtornos mentais comuns e:
  - variáveis sócio-demográficas
  - variáveis relacionadas ao trabalho
  - satisfação com o trabalho
  - situação quanto à demanda/controle/suporte

## ***5. CASUÍSTICA E MÉTODOS***

Trata-se de estudo de corte transversal descritivo, em população de servidores da rede básica de saúde de Botucatu – SP, cuja coleta de informações foi efetuada de abril a outubro de 2006.

O estudo foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde (Anexo 1) e pela Direção do Centro de Saúde Escola (Anexo 2) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP (Anexo 3)

### **5.1. Casuística**

Composta por profissionais que trabalham na rede básica de saúde de Botucatu - SP e que, esclarecidos sobre os objetivos desse estudo, concordaram em dele participar. Foram considerados como “rede básica” os seguintes conjuntos de serviços: unidades básicas de saúde (centros de saúde), unidades de saúde da família, unidades do Centro de Saúde Escola, Centro de Especialidades Odontológicas e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Foram excluídos do estudo profissionais vinculados a outras instituições e que exerciam atividades pontuais nesses serviços.

### **Caracterização de Botucatu e de sua rede de saúde**

Fundada em 23 de dezembro de 1843, Botucatu - *Ibytu-katu*, que em tupi significa "bons ares" - é uma cidade paulista de 121 274 habitantes (IBGE, 2006) localizada a 224,8 km da capital.

Segundo o Sistema de Análise de Dados (SEADE, 2006), a distribuição da população indica predominância de população urbana (96,39%) e feminina (razão de sexos = 95,62%). A taxa de crescimento populacional para o período de 2000 a 2005 foi de 1,64% a.a. O índice de envelhecimento em 2005, estava em 50,69%, porcentagem muito acima do conjunto do Estado de São Paulo (39,17%).

Segundo a SABESP, 100% dos domicílios possuem água tratada e 96% rede coletora de esgotos. O perfil de atividade econômica do município caracteriza-se por participação nos setores de prestação de serviços e industrial (SEADE, 2006).

O índice de desenvolvimento humano em 2000 estava em 0,822, superior ao do Estado de São Paulo (0,814). Para o período de 2000 a 2004, o coeficiente de mortalidade infantil foi de 12,8 óbitos de menores de 1 ano por

1000 nascidos vivos e as principais causas de morte, segundo capítulos da décima Classificação Internacional de Doenças, foram, em ordem decrescente, doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas. Evidencia-se grande heterogeneidade dos indicadores de morbimortalidade nas diferentes áreas da cidade (CARANDINA, 2005).

O sistema municipal de saúde é composto por:

- 16 unidades básicas de saúde (oito unidades de saúde da família, seis centros de saúde, dois centros de saúde sob gerência da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP)
- Centro de Especialidades Odontológicas de Botucatu
- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (referência para parte de Direção Regional de Saúde XI – DIR XI)
- Ambulatório Regional de Especialidades da DIR XI
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II)
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD)
- Residências Terapêuticas e Lares Abrigados
- Hospital da Associação Beneficente dos Hospitais Sorocabana
- Hospital Psiquiátrico “Professor Cantídio de Moura Campos”
- Hospital Misericórdia Botucatuense (não conveniado com o SUS)
- Laboratório Regional da DIR-XI
- Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

A rede básica de Botucatu tem história particular, mas que não foge do contexto geral da Saúde Pública no Estado de São Paulo. Em 1972, a cidade contava com duas unidades de saúde: o Centro de Saúde I e o recém inaugurado Centro de Saúde Escola da FMB – UNESP. O primeiro fazia parte do conjunto de centros de saúde do Estado de São Paulo, serviços com organização vertical que desenvolviam ações dirigidas ao combate de doenças específicas (tuberculose e hanseníase) e algumas outras relacionadas à saúde materno-infantil (NEMES, 1993). O segundo nasceu de um convênio entre a FMB – UNESP, na época Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu (FCMBB), e a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES).

A FCMBB era uma escola médica nova, na qual muito se discutia sobre a necessidade de mudanças no ensino e na formação médica. Influenciada

pelos movimentos das Medicinas - Integral, Preventiva e Comunitária -, desejava reorientar suas práticas para campos de ensino extramuros (CYRINO, 2002).

Nessa mesma época, a Secretaria de Estado da Saúde (SES), dava andamento a uma reforma administrativa e tinha interesse em criar serviços que pudessem ampliar e diversificar as ações de saúde, articular aspectos individuais e coletivos e formar sanitaristas (CYRINO, 2002).

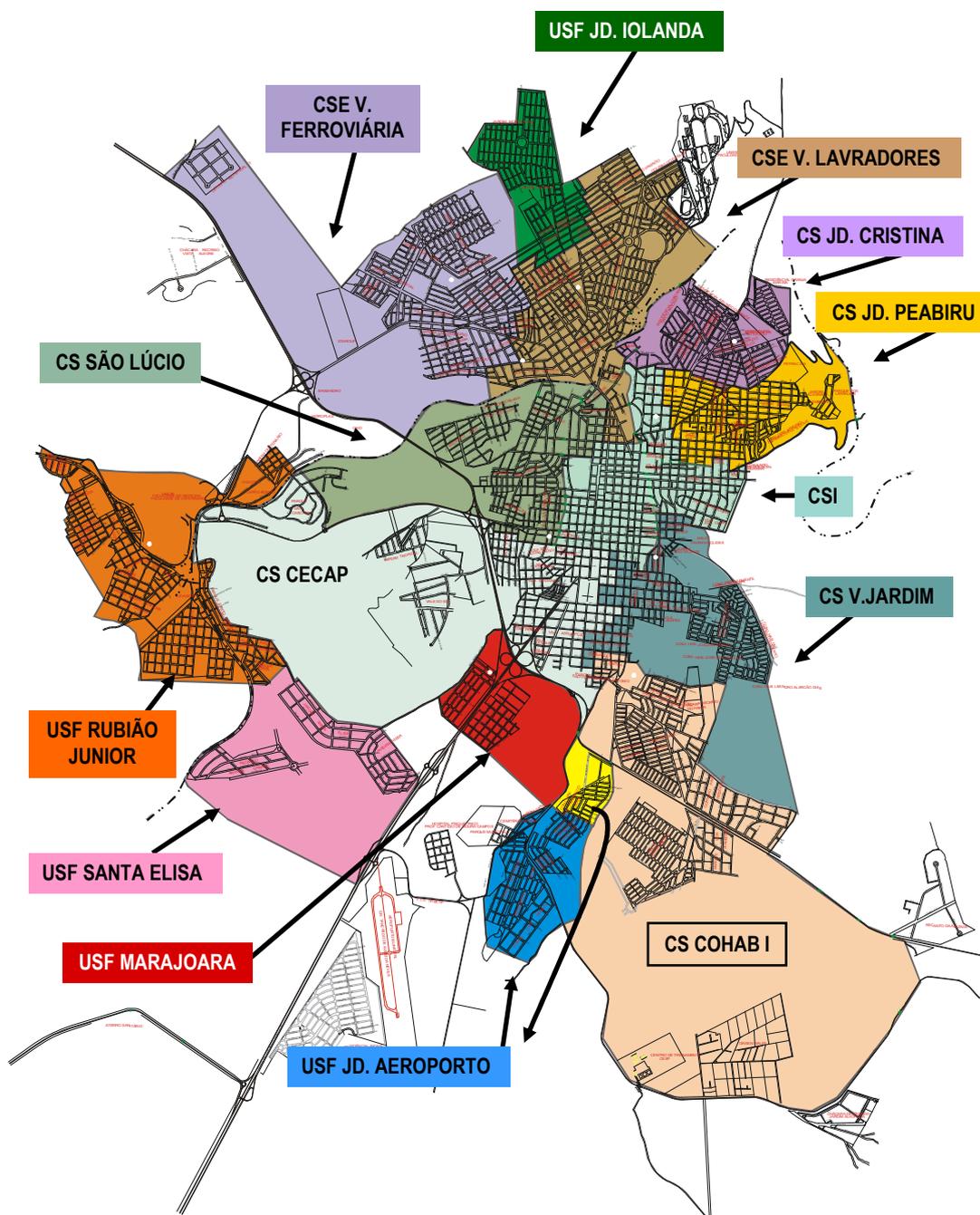
Assim, foi firmado um convênio entre a UNESP e a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo criando o Centro de Saúde Escola, CSE, na Vila dos Lavradores. Em 1982, foi criada uma segunda unidade, na Vila Ferroviária.

Em 1986, ainda antes do início da implantação do SUS, teve início a expansão da rede básica de saúde, criando-se as primeiras unidades sob gerência direta do município. Embalada pela criação do SUS, pelos mecanismos indutores da reorganização da atenção básica no Brasil e pelos movimentos sociais locais a rede continuou crescendo.

O Programa de Saúde da Família, após alguns anos de discussão, teve a primeira unidade implantada em 2004. Este programa vem priorizando áreas periféricas e com população em piores condições de vida e saúde.

A localização geográfica das unidades da rede básica de saúde de Botucatu encontra-se na Figura 2. O efetivo desta rede é de 406 servidores. O orçamento municipal para 2006 foi de R\$ 100.854.939,00, dos quais R\$13.407.368,00 destinados à saúde e, destes, R\$ 8.341.085,00, à atenção básica. (BOTUCATU, 2005).

Durante a finalização do estudo, ocorreram mudanças na estrutura do sistema local de saúde (substituição de um centro de saúde por unidade de saúde da família, extinção da Direção Regional de Saúde XI e incorporação dos municípios da região de Botucatu ao Departamento Regional de Saúde 6, englobando as regiões de Botucatu e Bauru), mas, neste estudo, as análises serão feitas com base na estrutura do período de coleta dos dados.



**FIGURA 2 – MAPA DAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BOTUCATU, 2007 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOTUCATU).**

## 5.2. Métodos

### 5.2.1. Instrumentos

O instrumento de coleta de informações consistiu de questionário auto-aplicável, não identificado, contendo 92 questões e dividido em quatro seções, de A a D, que compõe o Anexo 4.

A **Seção A** era composta por questões referentes a informações sócio-demográficas dos servidores: idade, sexo, situação conjugal, naturalidade, escolaridade e existência de dependentes.

A **Seção B** continha questões referentes à história e posição atual no trabalho: vínculo empregatício, ocupação, trabalho atual e progresso, atividade exercida, condições de ida e volta ao trabalho, características da jornada de trabalho e realização de cursos de capacitação. Essas duas primeiras seções foram elaboradas pela autora e orientadora do presente estudo.

A **Seção C** do questionário, composta por 29 itens, destinou-se ao registro das opiniões dos profissionais sobre o próprio trabalho e à indagação de aspectos relacionados à satisfação no trabalho. Esta seção do questionário foi traduzida e adaptada<sup>1</sup> do instrumento utilizado em estudo sobre estresse e trabalho realizado no Hospedale Carreggi, Università degli Studi di Firenze, Itália (BOCCALON et al., 2002), e cedido pelos autores.

#### Satisfação no trabalho

Trata-se de questionário não validado para aplicação no Brasil composto por dezessete questões. A primeira indagava a evolução do grau de satisfação do profissional: *“Em relação ao que você esperava antes de começar a trabalhar, o grau de satisfação com seu trabalho: aumentou, diminuiu, continuou igual”*

As dezesseis questões restantes foram formuladas adotando-se escala Likert de quatro pontos. Dentre estas dezesseis questões:

- uma abordava diretamente se o trabalhador estava satisfeito com seu trabalho (questão 34);
- quatro indagavam aspectos ligados à natureza do trabalho (questões 29 a 32);

---

<sup>1</sup> Tradução e adaptação efetuadas pela orientadora.

- uma solicitava a opinião acerca da adequação do trabalho à capacitação profissional (questão 33);
- uma questão abordava a retribuição monetária (questão 35)
- uma questão abordava o reconhecimento profissional (questão 44);
- três questões indagavam o grau de satisfação com
  - ambiente físico (questão 36),
  - horário de trabalho (questão 42),
  - interesse e variedade do trabalho (questão 41)
- duas questões abordavam o relacionamento e a colaboração existentes entre colegas (questões 37 e 43).
- duas questões solicitavam a opinião acerca da evolução em termos de capacitação (questão 41) e de ascensão / promoção profissional (questão 38);
- uma questão indagava a autonomia de decisão (questão 40).

Nas questões 29 a 34, a resposta consistia em assinalar um dos espaços - grande, moderadamente, pouco ou quase nada. A pontuação variou de um a quatro ou de quatro a um, segundo a pergunta.

Em relação às pontuações possíveis, o número *mínimo possível* de pontos era 16 e o *máximo possível*, 64 e, nos intervalos, números inteiros. A partir da divisão do intervalo das pontuações encontradas, foram criadas quatro faixas com intervalos iguais:

- 19 a 28 (muito satisfeito),
- 29 a 37 (satisfeito),
- 38 a 46 (insatisfeito);
- 47 a 55 (muito insatisfeito).

Para verificar a consistência interna das dezesseis questões pontuadas por meio da escala Likert, utilizou-se o coeficiente alfa de Cronbach, expresso pela fórmula:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left( 1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right)$$

Nesta fórmula:

$k$  representa o número de itens do teste;

$S_i^2$  é a variância de cada item do teste;

$S_t^2$  é a variância das pontuações totais do teste.

Em relação às opiniões sobre o trabalho foram indagados os aspectos como:

- importância relativa do trabalho em relação às demais atividades (questão 25);
- possibilidade de continuar trabalhando por muitos anos (questão 26);
- qualidade essencial à realização do trabalho (questão 27);
- fatores que estão na origem de falta de colaboração entre colegas (questão 45);
- se possível, que características do trabalho mudaria (questão 46);
- se há possibilidade de informar a chefia sobre o andamento do trabalho e como a chefia utiliza essas informações (questões 47 e 48);
- se existe possibilidade de ascensão na carreira e quem tem mais facilidade – homens ou mulheres (questões 49 e 50);
- se o trabalho afeta negativamente a vida pessoal ou se interfere com o tempo dedicado à família (questões 51 e 52);
- se as tarefas domésticas representam sobrecarga (questão 53).

A **Seção D** compôs-se de dois grupos de questões. Um grupo, composto por dezessete questões destinou-se à exploração da demanda / controle / apoio social, de acordo com o modelo de Karasek e o outro grupo, com 20 questões, investigou a presença de sintomas de transtornos mentais comuns, TMC, o denominado *Self Reporting Questionnaire* ou SRQ-20.

### **Questionário demanda / controle / suporte (*Job Stress Scale*)**

Para avaliação dos aspectos demanda / controle / suporte utilizou-se a versão resumida do questionário de Karasek, conhecido como *Job Stress Scale*, traduzido e validado por Alves et al (2004) para utilização no Brasil. Trata-se de 17 questões, das quais cinco referem-se às demandas do trabalho, seis, ao grau de controle exercido pelo trabalhador sobre sua atividade, e seis, aos

mecanismos de suporte disponíveis. Alves et al. (2004) cumpriram todas as etapas necessárias à adaptação do questionário, ou seja,

- tradução do inglês para o português por três tradutores independentes;
- avaliação das traduções por dois avaliadores externos;
- sondagem para as palavras para as quais a tradução não foi considerada satisfatória;
- retradução do português para o inglês por dois profissionais independentes, com português fluente e cujo idioma nativo era o inglês;
- painel de especialistas para avaliação da retradução;
- realização de três pré-testes com grupos independentes de voluntários para avaliar dificuldades na compreensão das questões;
- estudo da confiabilidade teste-reteste com grupo de pessoas que responderam ao questionário uma vez, tornando a respondê-lo três dias depois;
- verificação da estabilidade e da consistência interna do instrumento.

O aspecto *demanda* tinha como mínimo e máximo possíveis, respectivamente, 5 e 20 pontos, o *controle*, 6 e 24 pontos e o *suporte (apoio social)*, 6 e 24 pontos. Foram criadas duas categorias para cada aspecto, “alto” e “baixo”, utilizando-se como ponto de corte 12,5 para *demanda* e 15 para *controle* e para *suporte*.

Combinando-se a classificação encontrada para demanda e controle, os servidores foram distribuídos em quatro quadrantes conforme já apresentado na Figura 1.

- Trabalho ativo: alta demanda e alto controle
- Trabalho passivo: baixa demanda e baixo controle
- Elevado desgaste: alta demanda e baixo controle
- Baixo desgaste: baixa demanda e alto controle

### **Self Reporting Questionnaire – SRQ-20, para rastreamento de TMC**

Trata-se de questionário desenvolvido, sob coordenação da Organização Mundial de Saúde, por Harding et al. (1980), com objetivo de rastrear suspeitos de transtornos mentais comuns em usuários dos serviços de atenção primária à saúde de países em desenvolvimento. Foi construído com

base em quatro instrumentos pré-existentis: *Paciente-Self Report Symptom Form*, desenvolvido na Colômbia; *Post Graduate Institute Health Questionnaire* desenvolvido na Índia, *General Health Questionnaire* desenvolvido na Inglaterra e *The Symptom items on the shortened version of the Present State Examination*. (WHO, 1994)

Foi validado para utilização no Brasil por Mari & Willians (1986) e pode ser aplicado por entrevistador ou auto-aplicado. Nesse estudo, a sensibilidade e especificidade foram 83% e 80% respectivamente. Estudo realizado em Pernambuco determinou sensibilidade de 62,0% e especificidade de 80,0% (LUDERMIR & MELO FILHO, 2002). Estudos internacionais encontraram sensibilidade e especificidade variando de 62,9% a 99% e 44% a 95%, respectivamente. (WHO, 1994)

A versão mais utilizada – inclusive em estudos de base populacional no Brasil e no município de Botucatu - possui 20 questões (SRQ-20) (LUDERMIR & MELO FILHO, 2002; LIMA, 2004; ARAÚJO et al., 2005; COSTA & LUDERMIR, 2005): quatro sobre sintomas físicos e 16 sobre sintomas psicoemocionais. As respostas são do tipo “sim” ou “não”, atribuindo-se, respectivamente, valores de “1” e “0”. Os pontos de corte sugeridos por Mari & Willians (1986) são 5/6 para homens e 7/8 para mulheres, já que o valor preditivo positivo foi muito menor entre os homens (66%) que entre as mulheres (83%) no referido estudo.

Neste estudo, escolheu-se o SRQ-20 por tratar-se de instrumento estruturado, auto-aplicável, validado no Brasil e por permitir que os resultados fossem comparados aos do estudo que, entre outros objetivos, avaliou a prevalência de transtornos mentais comuns na população de Botucatu. (LIMA, 2004).

Uma última questão aberta, dirigida apenas aos profissionais que tivessem relacionamento direto com pacientes, solicitava “*Escreva com suas próprias palavras o problema que mais deixa você chateado ou nervoso ou irritado na relação com pacientes / usuários*”.

### **5.2.2. Procedimentos**

a) Obtenção da listagem de servidores, segundo função e unidade em que trabalha, junto à Secretaria Municipal de Saúde e aos serviços.

b) Divulgação dos objetivos e da metodologia do estudo para os servidores, pela autora, por meio de visita às unidades de saúde.

c) Realização de piloto, com o objetivo de testar a clareza do instrumento e o tempo médio de preenchimento, pela autora, na unidade básica de saúde do município de Pratânia – SP. Constou dos seguintes passos:

- solicitação de autorização à diretora municipal de saúde;
- apresentação dos objetivos do estudo aos servidores;
- solicitação aos servidores de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido;
- esclarecimento geral sobre o preenchimento do questionário;
- permanência da autora na unidade para orientação de dúvidas, com anotação de todas as indagações;
- avaliação do tempo despendido durante o preenchimento.

Para atender esse item, dezenove servidores, presentes na unidade em que foi feito o teste, responderam o questionário (assessora de saúde, assistente social, auxiliar / técnico de enfermagem, auxiliar administrativo, auxiliar de consultório dentário, auxiliar de serviços gerais, dentista, motorista, secretária municipal de saúde /coordenadora da unidade).

Essa avaliação prévia revelou que os servidores relataram dificuldade na questão 45, na qual solicitava-se: *Se você pudesse mudar duas características da sua condição de trabalho atual, quais você escolheria. Indicar as respostas assinalando 1ª para a mais importante e 2ª para a outra.* A dificuldade consistiu em hierarquizar as alternativas oferecidas, pois assinalaram com X apenas uma alternativa ou então, duas alternativas. Este resultado ensejou mudanças na redação e no desenho da questão.

O tempo de preenchimento variou de 15 minutos, quando não havia interrupções, a meia-hora, quando o servidor era interrompido por razões de serviço. Nesse caso, a interrupção era descontada, porém, ainda assim, o tempo de preenchimento aumentava.

d) Aplicação dos questionários aos servidores da rede básica de Botucatu que aderiram ao estudo, no período de abril a outubro de 2006.

- Os questionários foram distribuídos - e coletados no mesmo dia - por uma profissional contratada (entrevistadora), com experiência nesse tipo de atividade.
- A aplicação do instrumento implicou diversas visitas às unidades, de acordo com solicitações das chefias das unidades e dos profissionais que compuseram a casuística, a fim de evitar transtornos aos serviços, bem como, restringir perda de sujeitos que haviam aderido à pesquisa.
- Nessas visitas, a entrevistadora esclarecia novamente os objetivos do estudo e aguardava o final do preenchimento.
- No momento do recebimento do questionário, a entrevistadora verificava se o preenchimento estava completo e destacava o termo de consentimento livre e esclarecido. A autora recebia o instrumento apenas com identificação da unidade de origem.
- Durante o período coleta de informações, entrevistadora e autora reuniam-se semanalmente para entrega do material coletado e solução de eventuais intercorrências.

e) Construção do banco de dados: foram construídos dois bancos de dados para confrontar as informações inseridas e corrigir eventuais erros de digitação. Um dos bancos foi construído utilizando-se o programa Excel do Office XP 2003 e o outro, o programa EPI-INFO 6.0.

### **5.2.3. Análise dos dados**

Com o objetivo de descrever a população estudada e aspectos das atividades ocupacionais, os dados obtidos foram tabulados de acordo com os principais atributos sócio-demográficos e com algumas características do trabalho indagadas na pesquisa.

Para verificar existência de associações foram elaborados cruzamentos entre:

- aspectos sócio-demográficos e ocupacionais;
- satisfação no trabalho;
- demanda – controle – suporte;
- transtorno mental comum (SRQ-20).

O teste aplicado para a verificação foi o do qui-quadrado, tendo-se estabelecido 5% como nível de significância.

Nos cruzamentos em que foram detectadas associações entre as variáveis estudadas, aplicou-se o teste de Goodman, utilizando-se letras minúsculas e letras maiúsculas, respectivamente, ao lado e abaixo das porcentagens. Estas, quando acompanhadas por letras iguais, indicam que as porcentagens não diferem significativamente entre si. As letras minúsculas comparam os valores nas linhas e as maiúsculas nas colunas das tabelas.

Na análise estatística foi utilizado o pacote estatístico SAS.

## ***6. RESULTADOS E DISCUSSÃO***

Os questionários deste estudo foram aplicados nos meses de abril a outubro de 2006, por uma única entrevistadora, capacitada e com experiência de vários anos nesse tipo de atividade. Apesar de tratar-se de instrumento auto-aplicável, optou-se por utilizar o termo *entrevistadora* para designar a profissional encarregada da orientação quanto ao preenchimento do questionário, bem como por sua distribuição e recolhimento.

**QUADRO 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES SEGUNDO UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU E ADESÃO AO ESTUDO. BOTUCATU, 2007.**

Nº DE SERVIDORES / UNIDADE	ADESÃO		RECUSA		TOTAL
	EM ATIVIDADE	LICENÇA	EM ATIVIDADE	LICENÇA	
8 a 15 (E, G, I, L, P,)	49	4	1	4	58
16 a 25 (A, H, J, M, Q, R)	111	5	2	-	118
26 e mais (C, B, F, D, N, O)	206	3	11	3	223
SUBTOTAL	366	12	14	7	399
<b>TOTAL</b>	<b>378</b>		<b>21</b>		<b>399*</b>

\*Esse total exclui a autora.

No período do estudo, as dezessete unidades básicas de saúde possuíam 400 servidores, excluindo-se a autora, distribuídos como mostra o Quadro 1. Dos 399 servidores, 381 estavam em atividade e 19 em licença por motivo de saúde. Do conjunto de servidores, 378 responderam os questionários. Apenas cinco servidores em atividade se recusaram a participar do estudo, porém nove profissionais em atividade também foram considerados recusas após três tentativas de entrega do questionário, em diferentes dias e horários, sem que o servidor se dispusesse a respondê-lo ou quando não foi possível encontrá-lo na unidade em nenhuma das referidas visitas.

Com o objetivo de minimizar o efeito do trabalhador sadio (ASSENATO et al., 1996), os servidores afastados foram incluídos no estudo. A

entrevistadora, após contato telefônico e autorização do servidor, dirigia-se a sua residência ou outro local indicado por ele para a aplicação do questionário. Dos 19 servidores em licença, 12 concordaram em fazer parte do estudo e responderam o questionário. Entre servidores em atividade e afastados, apenas 21 (5,3%) não participaram do estudo, taxa que pode ser considerada aceitável.

## **6.1. Os trabalhadores e o trabalho**

### **6.1.1. Descrição geral da casuística**

A Tabela 1 mostra a distribuição da casuística segundo sexo, grupo etário, local de nascimento, situação conjugal, escolaridade e existência de familiares diretamente dependentes dos servidores. Observa-se predomínio de mulheres e de jovens (de 20 a 29 anos de idade). Houve predomínio de servidores naturais de Botucatu, em união estável, e grau médio de escolaridade.

Esta tabela revela, também, a distribuição dos servidores conforme a existência de familiares dependentes ou não, observando-se que a maioria (65,3%) possuía, pelo menos, um familiar como dependente direto e, entre esses, predominavam os filhos. Cabe ressaltar que a pergunta do questionário não especificava o tipo de dependência do familiar, nem número, nem idade dos filhos.

Observou-se que a grande maioria dos servidores (87,0%) possuía contrato de trabalho regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e apenas 9,5% eram funcionários públicos estatutários. Verificou-se também pequena proporção de profissionais (1,3%) em contrato de trabalho temporário, o que pode ser considerado adequado.

A Tabela 2 mostra a distribuição dos servidores segundo categoria profissional. Percebe-se que um terço dos servidores possuía nível universitário e, dentre estes, predominavam os médicos. Verifica-se que as categorias não universitárias corresponderam a dois terços da casuística, sendo que auxiliar de enfermagem e agente comunitário foram as categorias mais numerosas, com 27,8% e 18,8%, respectivamente.

**TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO ATRIBUTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS. BOTUCATU, 2007.**

ATRIBUTOS	Nº	%
<b>SEXO</b>		
Feminino	302	79,9
Masculino	75	19,8
Sem informação	1	0,3
<b>TOTAL</b>	<b>378</b>	<b>100,0</b>
<b>GRUPO ETÁRIO (anos)</b>		
Menos de 20	3	0,8
20 a 29	118	31,2
30 a 39	102	27,0
40 a 49	101	26,7
50 a 59	38	10,1
60 e mais	2	0,5
Sem informação	14	3,7
<b>TOTAL</b>	<b>378</b>	<b>100,0</b>
<b>NATURALIDADE</b>		
Botucatu	194	51,3
Região de Botucatu	29	7,7
Outros municípios	155	41,0
<b>TOTAL</b>	<b>378</b>	<b>100,0</b>
<b>SITUAÇÃO CONJUGAL</b>		
Casado / companheiro	218	57,7
Solteiro	105	27,8
Separado / divorciado	47	12,4
Viúvo	6	1,6
Sem informação	2	0,5
<b>TOTAL</b>	<b>378</b>	<b>100,0</b>
<b>ESCOLARIDADE</b>		
Fundamental	8	2,1
Médio	203	53,7
Superior	165	43,7
Sem informação	2	0,5
<b>TOTAL</b>	<b>378</b>	<b>100,0</b>
<b>DEPENDENTES</b>		
Com dependentes	247	65,3
Apenas filhos	176	46,5
Apenas pais	29	7,7
Pais e filhos	42	11,1
Sem dependentes	119	31,5
Sem informação	12	3,2
<b>TOTAL</b>	<b>378</b>	<b>100,0</b>

**TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL. BOTUCATU, 2007.**

CATEGORIA PROFISSIONAL	Nº	%
<b>NÍVEL SUPERIOR DE ESCOLARIDADE</b>	<b>123</b>	<b>32,5</b>
Médico	54	14,3
Outros profissionais de nível superior	44	11,6
Enfermeiro	25	6,6
<b>DEMAIS NÍVEIS DE ESCOLARIDADE</b>	<b>254</b>	<b>67,2</b>
Auxiliar de enfermagem	105	27,8
Agente comunitário	71	18,8
Auxiliar administrativo	28	7,4
Auxiliar de serviços gerais	27	7,1
Auxiliar de consultório dentário	17	4,5
Outros profissionais de nível médio	6	1,6
Sem informação	1	0,3
<b>TOTAL</b>	<b>378</b>	<b>100,0</b>

### 6.1.2. Descrição geral do trabalho

Em relação ao trabalho pregresso, verificou-se que 44,2% dos servidores assinalaram já ter trabalhado no setor saúde, 41,8%, em outros setores da economia e, para 12,7%, tratava-se do primeiro emprego.

No tocante à principal atividade atual (Tabela 3), isto é, aquela ao qual o servidor dedica a maior parte do tempo, nota-se que a maioria, 82,0%, tem contato direto com usuários do serviço, uma vez que 60,6% realizam atividades de *assistência à saúde* e, 21,4%, de *atendimento ao público*. Em *outras atividades*, encontram-se 27 trabalhadores responsáveis pela execução de serviços gerais, basicamente serviços de limpeza. Nota-se que 7 servidores assinalaram mais de uma atividade principal. É possível que entre esses estejam os servidores com dificuldade para decidir e os que realizam mais de uma atividade igualmente.

**TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO A PRINCIPAL ATIVIDADE ATUAL. BOTUCATU, 2007.**

PRINCIPAL ATIVIDADE ATUAL	Nº	%
Assistência à saúde	229	60,6
Atendimento ao público	81	21,4
Outras atividades	28	7,4
Chefia (de equipe ou unidade)	14	4,0
Administrativas	12	3,2
Mais de uma atividade	7	1,8
Sem informação	6	1,6
<b>TOTAL</b>	<b>378</b>	<b>100,0</b>

Como este estudo abrangeu 17 unidades de saúde, com 18 diferentes equipes, algumas das quais possuidoras de mais de uma subchefia, esperava-se que, pelo menos, 18 profissionais assinalassem, como principal atividade, a chefia. Entretanto, isso foi referido por apenas 12 profissionais. Este resultado indica que parte dos profissionais que estão no exercício de funções de chefia dedicam a maior parte de seu tempo de trabalho ao desempenho de outras tarefas ou acumulam mais de uma tarefa igualmente. Verificou-se também que, das 18 equipes, 15 eram chefiadas por enfermeiros.

Partindo de estudos que indicam que a atividade administrativa do enfermeiro constitui fator de estresse, Stacciarini e Trócoli (2001) investigaram fatores ocupacionais de estresse em enfermeiros que atuavam em três áreas distintas - assistência, docência e administração. Esses autores não observaram diferenças quanto à presença de fatores de estresse entre os três grupos de enfermeiros.

Quanto ao tempo de exercício na atividade principal, observa-se na Tabela 4 que pouco mais da metade dos servidores exerciam esta atividade há menos de 5 anos, sendo que 15,6%, há menos de um ano. A mediana foi 5 anos, a média 8 anos, o tempo mínimo no exercício da atividade foi de dois dias e o máximo 34 anos.

**TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO TEMPO DE TRABALHO NA ATIVIDADE ATUAL. BOTUCATU, 2007.**

TEMPO DE TRABALHO	Nº	%
Menos de 1 ano	59*	15,6
1 a 5 anos	136	36,0
6 a 10 anos	64	16,9
11 a 15 anos	42	11,1
16 a 20 anos	44	11,6
21 a 25 anos	16	4,2
26 a 30 anos	10	2,7
Mais de 30 anos	2	0,6
Sem informação	5	1,3
<b>TOTAL</b>	<b>378</b>	<b>100,0</b>

\*Dezesseis servidores possuíam tempo de trabalho na atividade atual menor ou igual a um mês.

Os meios de locomoção para o trabalho e o tempo gasto no percurso encontram-se na Tabela 5.

**TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO ASPECTOS SOBRE A LOCOMOÇÃO PARA O TRABALHO. BOTUCATU, 2007.**

LOCOMOÇÃO PARA O TRABALHO	SERVIDORES	
MEIO UTILIZADO	Nº	%
Veículo próprio	159	42,1
Ônibus	108	28,6
Nenhum (a pé)	93	24,6
Outros (carona e não especificado)	14	3,7
Sem informação	4	1,0
<b>TOTAL</b>	<b>378</b>	<b>100,0</b>
TEMPO GASTO PARA IR E VOLTAR DO TRABALHO	Nº	%
Menos de meia hora	237	62,7
Mais de meia e menos de uma hora	93	24,6
Mais de uma hora	42	11,1
Sem informação	6	1,6
<b>TOTAL</b>	<b>378</b>	<b>100,0</b>

O meio de transporte mais utilizado foi veículo próprio: 42,1% dos casos, com nítido predomínio de profissionais de nível superior (98,1% dos médicos, 80,0% das enfermeiras 86,4% dos demais profissionais de nível universitário). Dentre os profissionais dos demais níveis de escolaridade, apenas 18,9% utilizavam veículo próprio.

Em relação aos 93 servidores que vão e voltam a pé, destacam-se os agentes comunitários. Nesta categoria, 78,9% dos servidores adotam essa forma de locomover-se para o trabalho, como se esperava, uma vez que esses profissionais devem residir na própria comunidade em que atuam.

Ainda na Tabela 5 encontra-se a distribuição dos servidores segundo o tempo de locomoção - ida-e-volta - ao trabalho, obviamente, função do meio de transporte utilizado e das distâncias a percorrer. Estas últimas, por sua vez, diretamente relacionadas ao tamanho da cidade. Em 2006, Botucatu possuía 121 274 habitantes (IBGE, 2006), sendo, pois, classificada como cidade média, cujos locais mais distantes são constituídos pelos sub-distritos de César Neto, Vitoriana e Rubião Junior, distantes do centro da cidade aproximadamente 22 km, 16 km e 7 km, respectivamente.

Para 62,7% dos trabalhadores o tempo de locomoção pode ser considerado razoável, visto não alongar excessivamente a jornada de trabalho; e para 24,6% - menos de uma hora para ir e voltar do trabalho – esse tempo não é excessivamente longo, particularmente se comparado ao das áreas metropolitanas do país.

A Tabela 6 apresenta a distribuição dos servidores conforme algumas condições do trabalho atual: realização e retribuição por horas-extras e possibilidade de gozo de férias.

Os resultados revelam que a realização de horas extras ocorre ocasionalmente e, quanto à remuneração, há predominância de registro em banco de horas. Entre os servidores que referiram realização de horas-extras, 67,4% tiveram como retribuição apenas a possibilidade de descontar estas horas. Chamou a atenção o fato de oito trabalhadores (2,4%) referirem não haver nenhum pagamento por horas extras.

No tocante ao gozo das férias regulamentares, a maioria (74,6%) referiu tirar férias regularmente, sem dificuldades. Neste item encontrou-se 24

respostas em branco, fato que pode estar relacionado aos 85 servidores admitidos há menos de um ano (Tabela 4). Destes, os 61 servidores que responderam à questão poderiam estar-se referindo a férias gozadas em empregos anteriores, ou, então, em virtude do conhecimento da existência de escala de férias na unidade.

**TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO REALIZAÇÃO E RETRIBUIÇÃO DE HORA-EXTRA E GOZO DE FÉRIAS. BOTUCATU, 2007.**

CONDIÇÃO	SERVIDORES	
	Nº	%
<b>REALIZAÇÃO DE HORA-EXTRA</b>		
Freqüentemente	33	8,7
Às vezes	198	52,4
Raramente	97	25,7
Nunca	45	11,9
Sem informação	5	1,3
<b>TOTAL</b>	<b>378</b>	<b>100,0</b>
<b>RETRIBUIÇÃO DE HORAS-EXTRAS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Apenas banco de horas	221	67,4
Pagamento e banco de horas	71	21,7
Apenas pagamento	6	1,8
Nenhum	8	2,4
Sem informação	22	6,7
<b>TOTAL</b>	<b>328*</b>	<b>100,0</b>
<b>GOZO DE FÉRIAS REGULAMENTARES</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sim, sem dificuldade	282	74,6
Sim, adaptando-se às exigências do serviço	68	18,0
Não	4	1,1
Sem informação	24	6,3
<b>TOTAL</b>	<b>378</b>	<b>100,0</b>

\*Foram consideradas apenas as respostas positivas para realização de horas-extras (questão precedente no instrumento).

Em suma, 82% dos servidores da rede básica de Botucatu têm como principais atividades a prestação direta de assistência à saúde ou atendimento ao público. A maioria gasta menos de meia hora diária para ir e voltar ao trabalho realiza horas extras ocasionalmente e, quando isto ocorre, geralmente são negociadas por meio de banco de horas. Grande parte (74,6%) usufrui férias anualmente, sem problema de agendamento. Em relação a estes aspectos, a situação constatada pode ser considerada adequada.

### 6.1.3. Opiniões dos servidores sobre o próprio trabalho

No tocante à rigidez / flexibilidade do horário de trabalho, embora a pergunta oferecesse quatro alternativas, de muito rígido a muito flexível, optou-se por condensar as respostas em dois grupos – horário rígido e horário flexível. As opiniões dos servidores quanto à rigidez de horário (Tabela 7) revelam que houve diferenças importantes acerca da flexibilidade de horário entre as várias categorias profissionais.

**TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO OPINIÃO SOBRE HORÁRIO DE TRABALHO CONFORME CATEGORIA PROFISSIONAL. BOTUCATU, 2007.**

CATEGORIA PROFISSIONAL	HORÁRIO RÍGIDO		HORÁRIO FLEXÍVEL		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Auxiliar de consultório dentário	12	70,6	5	29,4	17	100,0
Enfermeiro	13	52,0	12	48,0	25	100,0
Outros profissionais de nível médio	3	50,0	3	50,0	6	100,0
Auxiliar de enfermagem	50	48,1	54	51,9	104	100,0
Auxiliar administrativo	13	46,4	15	53,6	28	100,0
Médico	22	40,7	32	59,3	54	100,0
Outros profissionais de nível superior	11	25,0	33	75,0	44	100,0
Agente comunitário	15	21,7	54	78,3	69	100,0
Auxiliar de serviços gerais	5	19,2	21	80,8	26	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>38,6</b>	<b>229</b>	<b>61,4</b>	<b>373*</b>	<b>100,0</b>

\*Dos 378 servidores, um não indicou a categoria profissional e quatro não indicaram a opinião sobre o horário de trabalho.

Qui-quadrado,  $p = 0,0002$ .

Auxiliares de consultório dentário (70,6%) e enfermeiros (52,0%) foram as categorias que se consideraram submetidas a maior rigidez de horário. A aplicação do teste do qui-quadrado ( $p = 0,0002$ ) mostrou que tais diferenças foram estatisticamente significativas.

Outro aspecto investigado refere-se à utilidade, para o desempenho profissional, dos cursos de formação / capacitação freqüentados. Do total de servidores que compõem a casuística, 293 (77,5%) responderam que haviam freqüentado pelo menos um curso. A quase totalidade (98,1%) dos profissionais de nível superior considerou os cursos realizados proveitosos, proporção que foi um pouco menor entre os profissionais com outros graus de escolaridade (87,4%). O menor aproveitamento foi dos auxiliares administrativos (71,4%) e auxiliares de serviços gerais (71,4%). De forma geral os cursos foram considerados úteis pelos profissionais que deles participaram.

O trabalho dos profissionais generalistas, muitas vezes visto como pouco qualificado, entretanto apresenta grandes exigências com relação a formação / preparo técnico / atualização (CAMPOS & BELISÁRIO, 2001). Nesse sentido, cabe às instituições de ensino, aos gestores do sistema, à comunidade (controle social) e aos serviços, de forma articulada, encontrar propostas para superação de situações em que, de fato, se verifique qualificação profissional insuficiente (CECCIM & FEUERWERKER, 2004).

O questionário continha uma questão sobre a opinião dos servidores acerca da *qualidade essencial ao bom andamento do trabalho*, cujos resultados encontram-se na Tabela 8.

Explicitou-se que apenas um item das respostas possíveis deveria ser assinalado, orientação que foi enfatizada pela entrevistadora. Entretanto, 22 profissionais assinalaram mais de uma resposta. Pode-se especular até que ponto este resultado relaciona-se à complexidade da atenção primária, que implica exigências diversificadas aos trabalhadores e que não se esgotam na realização do diagnóstico e na orientação do tratamento. Ao contrário, ampliam-se visando superar a visão reducionista de necessidades de saúde como equivalentes a processos fisiopatológicos. Assim, a unidade básica transforma-se em espaço privilegiado para a prática da integralidade do cuidado em saúde e

para a valorização da subjetividade dessas práticas (SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVES, 2000).

Além das exigências que se colocam aos profissionais no processo de atenção integral à saúde e de humanização das práticas de saúde, os servidores ficam expostos a situações geradas pela pobreza e pelas desigualdades sociais, assim como pelas deficiências de outros níveis do Sistema Único de Saúde. E mais, necessitam desenvolver múltiplas habilidades e incorporar tecnologias bastante complexas para que, de fato, consigam superar os desafios que se colocam no cotidiano do trabalho.

No item *qualidade essencial ao bom andamento do trabalho*, houve predomínio de respostas assinalando *bom relacionamento humano* (57,2%), seguido de *bom preparo profissional* (28,3%), resultado que indica preocupação de quase um terço dos servidores com a capacitação profissional.

O fato da maioria ter eleito o *bom relacionamento humano* como a principal qualidade para o desenvolvimento adequado do trabalho na rede básica de saúde vai ao encontro do que Teixeira (2003, 2005) tem proposto: a natureza do trabalho em saúde é essencialmente *conversacional*.

Este autor considera que a rede de serviços de saúde é uma grande *rede de conversações* e sugere técnicas de *conversa* que considera adequadas à superação dos desafios colocados a esses serviços, em especial os de atenção primária. Particularmente para esta atenção, o autor sublinha como importantes desafios o acolhimento e o estabelecimento de vínculo clientela - serviço. Esse resultado evidencia a necessidade de reflexão sobre o trabalho pelas equipes de saúde, já que o desenvolvimento e a incorporação consciente dessas técnicas de *conversa* exige desalienação do trabalho e espaços de pactuação.

Quando se analisa a opinião acerca da *qualidade essencial ao bom desenvolvimento do trabalho* (Tabela 8) segundo a categoria profissional, verifica-se, para profissionais de nível superior, porcentagem bastante semelhante de respostas *bom relacionamento humano* (46,2%) e *bom preparo profissional* (42,9%). Entre os servidores com outros graus de escolaridade, houve predomínio de respostas assinalando *bom relacionamento humano* (62,8%). seguida de *bom preparo profissional* (20,9%).

O teste de Goodman ( $p < 0,0001$ ) revelou que as diferenças observadas entre profissionais de nível superior e demais níveis de escolaridade quanto às qualidades essenciais ao trabalho - bom relacionamento humano e bom preparo profissional - foram estatisticamente significantes.

A Tabela 9 analisa o mesmo aspecto – *qualidade essencial ao bom desenvolvimento do trabalho* – de acordo com a principal atividade exercida. Predominaram respostas que assinalaram *bom relacionamento humano* entre os servidores que atendem ao público (72,4%), administrativos (66,6%) e que prestam assistência à saúde (54,2%).

O teste de Goodman ( $p = 0,0001$ ) revelou que:

- as diferenças observadas entre qualidade essencial ao trabalho - bom relacionamento humano e outras –, segundo a principal atividade exercida não foram estatisticamente significantes;
- no tocante à qualidade bom preparo profissional, para algumas atividades, as diferenças observadas foram estatisticamente significantes;
- no interior de cada *principal atividade exercida*, exceto chefia, algumas diferenças observadas quanto à qualidade essencial ao trabalho foram estatisticamente significantes (vide Tabela 9).

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO QUALIDADE ESSENCIAL PARA O TRABALHO POR CATEGORIA PROFISSIONAL. BOTUCATU, 2007.

CATEGORIA PROFISSIONAL	QUALIDADE ESSENCIAL PARA O TRABALHO							
	BOM RELACIONAMENTO HUMANO		BOM PREPARO PROFISSIONAL		OUTRAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>NÍVEL SUPERIOR DE ESCOLARIDADE</b>	<b>55</b>	<b>46,2 a B</b>	<b>51</b>	<b>42,9 a A</b>	<b>13</b>	<b>10,9 b A</b>	<b>119</b>	<b>100,0</b>
Médico	25	48,1	22	42,3	5	9,6	52	100,0
Outros profissionais de nível superior	18	41,9	18	41,9	7	16,2	43	100,0
Enfermeiro	12	50,0	11	45,8	1	4,2	24	100,0
<b>DEMAIS NÍVEIS DE ESCOLARIDADE</b>	<b>147</b>	<b>62,8 a A</b>	<b>49</b>	<b>20,9 b B</b>	<b>38</b>	<b>16,3 b A</b>	<b>234</b>	<b>100,0</b>
Auxiliar de enfermagem	56	58,3	30	31,3	10	10,4	96	100,0
Agente comunitário	45	73,8	9	14,7	7	11,5	61	100,0
Auxiliar administrativo	17	63,0	2	7,4	8	29,6	27	100,0
Auxiliar de serviços gerais	14	51,9	3	11,1	10	37,0	27	100,0
Auxiliar de consultório dentário	11	64,7	4	23,5	2	11,8	17	100,0
Outros profissionais de nível médio	4	66,6	1	16,7	1	16,7	6	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>202</b>	<b>57,2</b>	<b>100</b>	<b>28,3</b>	<b>51</b>	<b>14,5</b>	<b>353*</b>	<b>100,0</b>

\*Dos 378 servidores, um não indicou a categoria profissional, dois não indicaram a qualidade essencial e 22 indicaram mais de uma qualidade essencial para o trabalho.

Qui-quadrado,  $p < 0,0001$

Teste de Goodman – letras maiúsculas comparam colunas e minúsculas, linhas.

TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO QUALIDADE ESSENCIAL PARA O TRABALHO E TIPO DE ATIVIDADE EXERCIDA. BOTUCATU, 2007.

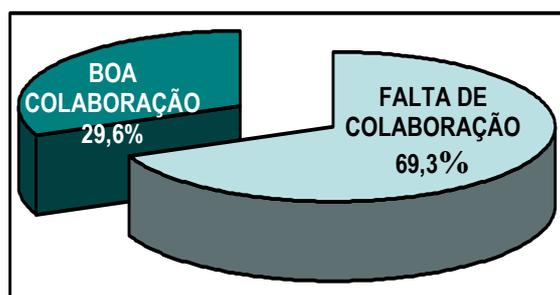
PRINCIPAL ATIVIDADE EXERCIDA	QUALIDADE ESSENCIAL PARA O TRABALHO							
	BOM RELACIONAMENTO HUMANO		BOM PREPARO PROFISSIONAL		OUTRAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Atendimento ao público	55	72,4 a A	10	13,1 b B	11	14,5 b A	76	100,0
Administrativa	8	66,6 a A	2	16,7 b AB	2	16,7 b A	12	100,0
Assistência à saúde	117	54,2 a A	76	35,2 b A	23	10,6 c A	216	100,0
Chefia	5	33,3 a A	6	40,0 a A	4	26,7 a A	15	100,0
Outras	14	50,0 a A	4	14,3 b AB	10	35,7 ab A	28	100,0
TOTAL	199	57,3	98	28,3	50	14,4	347*	100,0

\*Dos 378 servidores, sete servidores indicaram mais de uma atividade principal, seis não indicaram a atividade exercida, 17 indicaram mais de uma qualidade essencial e um não informou a qualidade essencial para o trabalho.

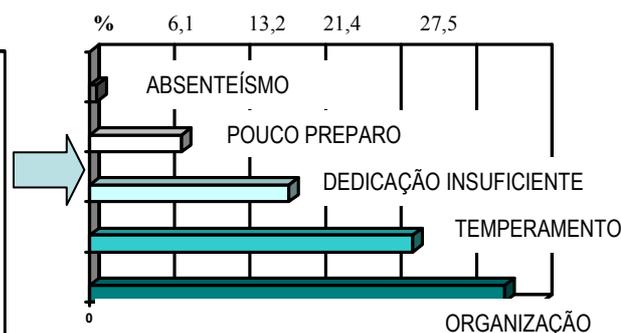
Qui-quadrado, p = 0,0001

Teste de Goodman – letras maiúsculas comparam colunas e minúsculas, linhas.

O Gráfico 1 mostra que porcentagem elevada de profissionais consideraram haver falta de colaboração entre os colegas no trabalho (69,3%), indicando (Gráfico 2) como principais causas a forma de organização do serviço (27,5%), diferenças de temperamento (21,4%) e dedicação insuficiente do colega (13,2%).



**GRÁFICO 1 – OPINIÕES DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA QUANTO À COLABORAÇÃO INTERPESSOAL NO TRABALHO. BOTUCATU, 2007**



**GRÁFICO 2 – OPINIÕES DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA PARA A FALTA DE COLABORAÇÃO INTERPESSOAL NO TRABALHO. BOTUCATU, 2007.**

A valorização do trabalho por parte de colegas e de chefias é considerada fator de proteção à saúde dos trabalhadores. De acordo com Larocco et al. (1980) apud Bruchon-Schweitzer & Dantzer (1994), em estudo efetuado com 2.000 trabalhadores industriais, abrangendo 23 diferentes ocupações, constataram que os trabalhadores que eram apoiados pelos superiores hierárquicos ou colegas, eram menos vulneráveis a estressores ocupacionais como conflitos, ambigüidade de papéis e incerteza quanto ao futuro. Paralelamente esses trabalhadores eram mais dedicados ao trabalho e apresentavam melhor desempenho. Bruchon-Schweitzer & Dantzer (1994) assinalam que é necessário considerar como o sujeito (trabalhador) percebe os estressores, o apoio e as estratégias de enfrentamento que utiliza.

O questionário utilizado neste estudo possui seis perguntas (de 65 a 70) dirigidas à percepção dos trabalhadores acerca do suporte ou apoio existente no trabalho. Além dessas questões, que fazem parte do bloco de perguntas demanda-controle, analisadas à frente, indagou-se a opinião dos servidores sobre a valorização de suas qualidades profissionais no ambiente de trabalho (questão 44), cujos resultados encontram-se na Tabela 10.

**TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO VALORIZAÇÃO DAS QUALIDADES PROFISSIONAIS CONFORME CATEGORIA PROFISSIONAL. BOTUCATU, 2007.**

CATEGORIA PROFISSIONAL	VALORIZAÇÃO DAS QUALIDADES NO TRABALHO							
	MUITO		REGULAR		POUCO / NENHUMA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>NÍVEL SUPERIOR DE ESCOLARIDADE</b>	<b>35</b>	<b>28,5</b>	<b>63</b>	<b>51,2</b>	<b>25</b>	<b>20,3</b>	<b>123</b>	<b>100,0</b>
Médico	13	24,1	28	51,8	13	24,1	54	100,0
Outros profissionais de nível superior	16	36,4	20	45,4	8	18,2	44	100,0
Enfermeiro	6	24,0	15	60,0	4	16,0	25	100,0
<b>NÍVEL MÉDIO DE ESCOLARIDADE</b>	<b>78</b>	<b>31,1</b>	<b>115</b>	<b>45,8</b>	<b>58</b>	<b>23,1</b>	<b>251</b>	<b>100,0</b>
Outros profissionais de nível médio	1	16,7	3	50,0	2	33,3	6	100,0
Auxiliar administrativo	8	28,6	11	39,3	9	32,1	28	100,0
Auxiliar de serviços gerais	9	34,6	9	34,6	8	30,8	26	100,0
Agente comunitário	16	22,9	35	50,0	19	27,1	70	100,0
Auxiliar de consultório dentário	5	29,4	9	53,0	3	17,6	17	100,0
Auxiliar de enfermagem	39	37,5	48	46,2	17	16,3	104	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>113</b>	<b>30,2</b>	<b>178</b>	<b>47,6</b>	<b>83</b>	<b>22,2</b>	<b>374*</b>	<b>100,0</b>

\*Dos 378 servidores, um não indicou a categoria profissional e três não indicaram o grau de valorização no ambiente de trabalho.

Qui-quadrado, p = 0,61

A Tabela 10 revela que 30,2% dos servidores consideraram que suas qualidades profissionais são muito valorizadas, enquanto 22,2%, pouco ou nada valorizadas. A aplicação do teste do qui-quadrado não revelou associação estatisticamente significativa entre categoria profissional e valorização das qualidades no trabalho.

A Tabela 11 apresenta os resultados das respostas dos servidores quanto às possibilidades de informar a chefia sobre o andamento do trabalho (questão 47) e qual o tratamento dado por esta às informações recebidas (questão 48). Apenas 31 servidores referiram não ter possibilidades de informar a chefia sobre o andamento do trabalho e, dentre os que têm possibilidade de informar, 66,8% assinalaram que a chefia leva em conta e considera útil sua opinião na tomada de decisões.

**TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO POSSIBILIDADE DE INFORMAR A CHEFIA E TRATAMENTO DADO ÀS INFORMAÇÕES SOBRE O ANDAMENTO DO TRABALHO. BOTUCATU, 2007.**

POSSIBILIDADE DE INFORMAR	Nº	%
Sim	346	91,5
Leva sempre em conta e considera útil	231	66,8*
Leva em conta somente quando oportuno	102	29,5*
Não leva em conta	9	2,6*
Sem informação	4	1,1*
Não	31	8,2
Sem informação	1	0,3
<b>TOTAL</b>	<b>378</b>	<b>100,0</b>

\*Foi usado como denominador o total de servidores que tem possibilidade de informar a chefia sobre o andamento do trabalho.

A Tabela 12 apresenta a distribuição dos servidores segundo tratamento que a chefia dá às informações acerca do andamento do trabalho e valorização de suas qualidades profissionais. A aplicação do teste de Goodman ( $p < 0,0001$ ) revelou que existe associação entre estas variáveis, conforme pode-se conferir na tabela.

Outro aspecto que se relaciona à valorização das qualidades profissionais do indivíduo é o retorno da chefia quanto ao seu desempenho no

trabalho. Esse retorno favorece que o trabalhador identifique a importância da sua tarefa para o conjunto da organização. Guimarães et al. (2005), estudaram a relação entre acidentes de trabalho e riscos ergonômicos no trabalho de enfermagem e verificaram que o retorno da chefia sobre o desempenho no trabalho é fator de proteção para ocorrência de acidentes de trabalho. Neste estudo, tal aspecto não foi abordado.

**TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO TRATAMENTO DADO PELA CHEFIA ÀS INFORMAÇÕES E VALORIZAÇÃO DAS QUALIDADES PROFISSIONAIS. BOTUCATU, 2007.**

TRATAMENTO DAS INFORMAÇÕES PELA CHEFIA	VALORIZAÇÃO DAS QUALIDADES			TOTAL Nº (%)
	MUITO Nº (%)	REGULAR Nº (%)	POUCO Nº (%)	
Leva sempre em conta e considera útil	88 (38,4) a A	117 (51,1) a A	24 (10,5) b B	231 (100)
Leva em conta somente quando oportuno	19 (18,6) b B	43 (42,2) a A	40 (39,2) a A	102 (100)
Não leva em consideração	- b C	4 (44,4) a A	5 (55,6) a A	9 (100)
<b>TOTAL</b>	<b>107 (31,5%)</b>	<b>164 (48,2%)</b>	<b>69 (20,3%)</b>	<b>340* (100)</b>

\*Dos 346 servidores que podem informar a chefia sobre o trabalho, quatro não informaram o tratamento dado às informações pela chefia e dois não informaram sobre a valorização no ambiente de trabalho.

Qui-quadrado,  $p < 0,0001$

Teste de Goodman – letras maiúsculas comparam colunas e minúsculas, linhas.

No tocante às possibilidades de ascensão na carreira, a Tabela 13 revela que apenas 16,2% dos servidores responderam positivamente. Quase 70% dos servidores acreditam que não existe possibilidade de evoluir na carreira. Esta opinião majoritária está de acordo com a realidade do Sistema Único de Saúde, que, somente em 2006, definiu diretrizes para criação de planos de carreira, cargos e salários de seus profissionais (BRASIL, 2007). E, até que essas diretrizes se transformem em realidade, teremos grande parte do efetivo da Saúde no país submetido a tal situação, provavelmente contribuindo para insatisfação dos servidores em relação ao seu trabalho.

A aplicação do teste do qui-quadrado revelou que não existe associação estatisticamente significativa entre categoria profissional e opinião dos servidores acerca da possibilidade de ascensão na carreira.

TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO POSSIBILIDADE DE ASCENDER NA CARREIRA POR CATEGORIA PROFISSIONAL. BOTUCATU, 2007.

CATEGORIA PROFISSIONAL	POSSIBILIDADE DE ASCENDER NA CARREIRA							
	SIM		NÃO		NÃO SABE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>NÍVEL SUPERIOR DE ESCOLARIDADE</b>	<b>16</b>	<b>12,8</b>	<b>94</b>	<b>75,2</b>	<b>15</b>	<b>12,0</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>
Médico	5	8,9	44	78,6	7	12,5	56	100,0
Outros profissionais de nível superior	7	15,5	34	75,6	4	8,9	45	100,0
Enfermeiro	4	16,7	16	66,6	4	16,7	24	100,0
<b>DEMAIS NÍVEIS DE ESCOLARIDADE</b>	<b>45</b>	<b>18,0</b>	<b>167</b>	<b>66,5</b>	<b>39</b>	<b>15,5</b>	<b>251</b>	<b>100,0</b>
Auxiliar de enfermagem	19	18,3	64	61,5	21	20,2	104	100,0
Agente comunitário	11	15,7	52	74,3	7	10,0	70	100,0
Auxiliar administrativo	3	10,7	20	71,4	5	17,9	28	100,0
Auxiliar de serviços gerais	8	30,8	14	53,8	4	15,4	26	100,0
Auxiliar de consultório dentário	3	17,6	13	76,5	1	5,9	17	100,0
Outros profissionais de nível médio	1	16,7	4	66,6	1	16,7	6	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>	<b>16,2</b>	<b>261</b>	<b>69,4</b>	<b>54</b>	<b>14,4</b>	<b>376*</b>	<b>100,0</b>

\*Dos 378 servidores, um não indicou a categoria profissional e um não indicou a resposta sobre a possibilidade de fazer carreira. Qui-quadrado, p = 0,22

“Se você pudesse mudar duas características da sua condição de trabalho atual, quais você escolheria”? Esta pergunta seguia-se de uma lista de oito itens, dos quais dois deveriam ser assinalados. Vários servidores assinalaram mais de duas respostas, alguns deles assinalando todos eles. Na tabulação dos resultados, mostrados na Tabela 14, foram consideradas as respostas com até dois itens assinalados. Nesta tabela, o cálculo das porcentagens foi efetuado considerando-se o número de servidores que assinalaram dois itens. Por este motivo, a soma das porcentagens da tabela supera 100%.

Menos de 1% dos servidores não modificaria nenhum aspecto do trabalho. Mais de 70% dos trabalhadores mostraram-se insatisfeitos com a retribuição (salário, vale refeição, vale transporte etc.), o que vai ao encontro da realidade do serviço público de saúde, caracterizado pelas baixas remunerações. Em segundo lugar, com 46,3%, foram assinalados os critérios de reconhecimento profissional.

**TABELA 14 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO ASPECTOS QUE MODIFICARIAM NO TRABALHO. BOTUCATU, 2007.**

GRAU DE SATISFAÇÃO ATUAL	Nº	%
Retribuição	232	71,2
Crítérios de reconhecimento	151	46,3
Crítérios de atualização	68	20,9
Relações interpessoais	53	16,3
Horário	52	16,0
Ambiente físico	47	14,4
Forma de organização	46	14,1
Nenhum	3	0,8

\*Foram excluídos 52 servidores (27 não responderam e 25 e assinalaram mais de dois itens)

## 6.2. Satisfação com o trabalho

Indivíduos satisfeitos com seu trabalho sabidamente apresentam maior rendimento e adoecem menos. A pesquisa da satisfação com aspectos psicossociais no trabalho tem sido objeto de estudos, sobretudo, em anos recentes. Mudanças no mundo do trabalho – crescente incorporação tecnológica, exigindo trabalhadores mais e mais qualificados, aumento da competitividade, dilapidação dos direitos trabalhistas e medo da perda de emprego – configurando aumento brutal da taxa de exploração dos trabalhadores, como mencionado na introdução, têm acarretado crescimento da insatisfação no trabalho.

Cabe ressaltar que o medo da perda de emprego, para a casuística deste estudo, pertencente ao setor público, embora majoritariamente regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, provavelmente não apresenta o mesmo significado que para os trabalhadores da iniciativa privada. Este aspecto – medo de perder o emprego -, entretanto, não foi indagado nesta dissertação.

### 6.2.1. Evolução da satisfação com o trabalho

A pergunta 28 do questionário enfocou a evolução da satisfação no trabalho para os servidores e o resultado obtido encontra-se no Gráfico 3, no qual nota-se que 40,5% dos servidores referiram aumento da satisfação, e, 36,2%, diminuição.

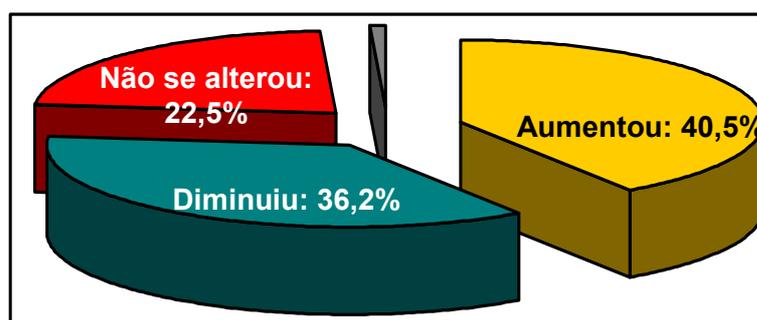


GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO EVOLUÇÃO DA SATISFAÇÃO COM O TRABALHO AO LONGO DA VIDA LABORAL. BOTUCATU, 2007

As tabelas de números 15 a 20 exploram a evolução da satisfação no trabalho, respectivamente de acordo com a categoria profissional (tabelas 15 e

16), principal atividade exercida (17), valorização das qualidades (18), possibilidade de ascensão na carreira (19) e tratamento que a chefia dá às informações recebidas dos subordinados a respeito do andamento do trabalho (20), quando estes têm condições de expressar-se para o chefe.

Entre servidores com escolaridade superior, a evolução da satisfação no trabalho segundo profissão encontra-se na Tabela 15. Nota-se que 43,9% relataram diminuição da satisfação, 37,4%, aumento e 18,7% permanecer inalterada. A aplicação do teste de Goodman ( $p = 0,005$ ) revelou que as diferenças observadas quanto ao aumento da satisfação no trabalho entre médicos e outras profissões, exceto enfermeiro, foram estatisticamente significantes. O mesmo repetiu-se, em sentido inverso para a diminuição da satisfação no trabalho.

**TABELA 15 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU COM PROFISSÕES DE ESCOLARIDADE SUPERIOR, SEGUNDO EVOLUÇÃO DA SATISFAÇÃO NO TRABALHO E CATEGORIA PROFISSIONAL. BOTUCATU, 2007.**

PROFISSÃO	EVOLUÇÃO DA SATISFAÇÃO			TOTAL Nº (%)
	AUMENTOU Nº (%)	NÃO SE ALT. Nº (%)	DIMINUIU Nº (%)	
Médico	11 (20,4) b B	13 (24,0) b A	30 (55,6) a A	54 (100,0)
Outras profissões	25 (56,8) a A	7 (15,9) b A	12 (27,3) ab B	44 (100,0)
Enfermeiro	10 (40,0) a AB	3 (12,0) b A	12 (48,0) a AB	25 (100,0)
<b>TOTAL</b>	<b>46 (37,4)</b>	<b>23 (18,7)</b>	<b>54 (43,9)</b>	<b>123 (100,0)</b>

Qui-quadrado,  $p = 0,005$

Teste de Goodman – letras maiúsculas comparam colunas e minúsculas, linhas.

Na Tabela 16, verifica-se que, entre os profissionais de nível médio, predominou aumento da satisfação: 43,0% contra 32,1% de servidores que assinalaram diminuição da satisfação. A aplicação do teste do qui-quadrado não revelou associação entre categoria profissional e evolução da satisfação no trabalho.

**TABELA 16 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU COM PROFISSÕES DE ESCOLARIDADE MÉDIA, SEGUNDO EVOLUÇÃO DA SATISFAÇÃO NO TRABALHO E CATEGORIA PROFISSIONAL. BOTUCATU, 2007.**

CATEGORIA PROFISSIONAL	EVOLUÇÃO DA SATISFAÇÃO			TOTAL Nº (%)
	AUMENTOU Nº (%)	NÃO SE ALT. Nº (%)	DIMINUIU Nº (%)	
Auxiliar de enfermagem	48 (45,7)	26 (24,8)	31 (29,5)	105 (100,0)
Agente comunitário	27 (39,1)	15 (21,8)	27 (39,1)	69 (100,0)
Auxiliar administrativo	10 (35,7)	8 (28,6)	10 (35,7)	28 (100,0)
Auxiliar de serviços gerais	12 (44,4)	8 (29,7)	7 (25,9)	27 (100,0)
Auxiliar de consultório dentário	5 (31,3)	5 (31,3)	6 (37,5)	16 (100,0)
Outros profissionais	5 (83,3)	-	1 (16,7)	6 (100,0)
<b>TOTAL</b>	<b>107 (43,0)</b>	<b>62 (24,9)</b>	<b>82 (32,1)</b>	<b>251 (100,0)</b>

Qui-quadrado,  $p = 0,87$

A Tabela 17 apresenta os resultados da evolução da satisfação no trabalho de acordo com a principal atividade exercida

**TABELA 17 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO EVOLUÇÃO DA SATISFAÇÃO E TIPO DE ATIVIDADE EXERCIDA. BOTUCATU, 2007.**

PRINCIPAL ATIVIDADE	EVOLUÇÃO DA SATISFAÇÃO			TOTAL Nº (%)
	AUMENTOU Nº (%)	NÃO SE ALT. Nº (%)	DIMINUIU Nº (%)	
Administrativa	6 (50,0)	2 (16,7)	4 (33,3)	12 (100)
Assistência à saúde	96 (42,1)	50 (21,9)	82 (36,0)	228 (100)
Atendimento ao público	28 (35,0)	19 (23,7)	33 (41,3)	80 (100)
Chefia	5 (33,3)	3 (20,0)	7 (46,7)	15 (100)
Outras	12 (42,8)	8 (28,6)	8 (28,6)	28(100)
<b>TOTAL</b>	<b>147 (40,5)</b>	<b>82 (22,6)</b>	<b>134 (36,9)</b>	<b>363* (100)</b>

\*Dos 378 servidores, dois não indicaram a evolução no grau de satisfação, sete informaram realizar mais de uma atividade principal e seis não informaram a atividade principal.

Qui-quadrado,  $p = 0,90$

Observa-se, nesta tabela, que os servidores que exercem funções de chefia foram os que apresentaram maior porcentagem de diminuição da satisfação no trabalho ao longo da carreira (46,7%), enquanto os administrativos

apresentaram maior porcentagem de aumento da satisfação (50,0%). A análise estatística, entretanto, mostrou que tais diferenças não são significantes (teste do qui-quadrado).

A Tabela 18 apresenta a distribuição dos servidores segundo evolução da satisfação no trabalho e valorização das qualidades profissionais. O teste de Goodman ( $p < 0,0001$ ) revelou a existência de diferenças estatisticamente significantes entre valorização das qualidades e evolução do grau de satisfação no trabalho.

**TABELA 18 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO EVOLUÇÃO DA SATISFAÇÃO E VALORIZAÇÃO DAS QUALIDADES PROFISSIONAIS NO AMBIENTE DE TRABALHO. BOTUCATU, 2007.**

VALORIZAÇÃO DAS QUALIDADES	EVOLUÇÃO DA SATISFAÇÃO			TOTAL Nº (%)
	AUMENTOU Nº (%)	NÃO SE ALT. Nº (%)	DIMINUIU Nº (%)	
Grande	66 (58,4) a A	25 (22,1) b A	22 (19,5) b C	113 (100,0)
Regular	70 (39,8) a B	41 (23,3) b A	65 (36,9) a B	176 (100,0)
Pequena	1 (22,6) b C	15 (24,2) b A	33 (53,2) a A	62 (100,0)
Quase nada	1 (4,5) c D	4 (18,2) b A	17 (77,3) a A	22 (100,0)
<b>TOTAL</b>	<b>152 (40,6)</b>	<b>85 (22,8)</b>	<b>137 (36,6)</b>	<b>374* (100,0)</b>

\*Dos 378 servidores, dois não apontaram a evolução da satisfação e dois não indicaram a valorização de suas qualidades profissionais.

Qui-quadrado,  $p < 0,0001$

Teste de Goodman – letras maiúsculas comparam colunas e minúsculas, linhas.

Na Tabela 19, encontra-se a distribuição dos servidores segundo a possibilidade de ascender na carreira e a evolução do grau de satisfação no trabalho. O teste de Goodman revelou associação estatisticamente significativa entre possibilidade de ascensão e aumento da satisfação no trabalho ( $p < 0,0001$ ).

**TABELA 19 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO EVOLUÇÃO DA SATISFAÇÃO NO TRABALHO E POSSIBILIDADE DE ASCENSÃO NA CARREIRA. BOTUCATU, 2007.**

POSSIBILIDADE DE ASCENSÃO NA CARREIRA	EVOLUÇÃO DA SATISFAÇÃO			TOTAL Nº (%)
	AUMENTOU Nº (%)	NÃO SE ALT. Nº (%)	DIMINUIU Nº (%)	
Sim	35 (56,5) a A	13 (20,9) b A	14 (22,6) b B	62 (100,0)
Não	86 (33,3) a B	57 (22,1) b A	115 (44,6) a A	258 (100,0)
Não sabe	31 (57,4) a A	15 (27,8) b A	8 (14,8) b B	54 (100,0)
<b>TOTAL</b>	<b>152 (40,6)</b>	<b>85 (22,8)</b>	<b>137 (36,6)</b>	<b>374* (100,0)</b>

\*Dos 378 servidores, dois não apontaram a evolução da satisfação e dois não responderam a questão sobre ascensão na carreira.

Qui-quadrado,  $p < 0,0001$

Teste de Goodman – letras maiúsculas comparam colunas e minúsculas, linhas.

A Tabela 20 mostra a distribuição dos servidores segundo a relação entre o tratamento dado pela chefia às informações fornecidas pelos profissionais sobre o trabalho. Verifica-se que entre os servidores que consideram que a chefia valoriza suas informações, houve aumento do grau de satisfação no trabalho e, segundo o teste de Goodman, as diferenças observadas foram estatisticamente significantes ( $p < 0,0001$ ).

**TABELA 20 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO EVOLUÇÃO DA SATISFAÇÃO NO TRABALHO E TRATAMENTO DADO PELA CHEFIA ÀS INFORMAÇÕES. BOTUCATU, 2007.**

TRATAMENTO DADO PELA CHEFIA ÀS INFORMAÇÕES	EVOLUÇÃO DA SATISFAÇÃO			TOTAL Nº (%)
	AUMENTOU Nº (%)	NÃO SE ALT. Nº (%)	DIMINUIU Nº (%)	
Leva em conta	121 (51,9) a A	58 (24,9) b A	54 (23,2) b B	233 (100,0)
Leva em conta às vezes	24 (22,9) b B	21 (20,0) b A	60 (57,1) a A	105 (100,0)
Não leva em conta	- b C	3 (23,1) ab A	10 (76,9) a A	13 (100,0)
<b>TOTAL</b>	<b>145 (41,3)</b>	<b>82 (23,4)</b>	<b>124 (35,3)</b>	<b>351* (100,0)</b>

\*Dos 378 servidores, 24 não indicaram tratamento da chefia às informações e três, a evolução da satisfação.

Qui-quadrado,  $p < 0,0001$

Teste de Goodman – letras maiúsculas comparam colunas e minúsculas, linhas.

Cabe reafirmar que a *evolução da satisfação no trabalho* foi objeto de uma única pergunta. Este estudo, entretanto, procurou avaliar o grau de satisfação no trabalho por meio de 16 questões (Seção C do Anexo 4, questões 29 a 44).

Resumindo, verificou-se que a *evolução da satisfação no trabalho* foi influenciada pelas variáveis: categoria profissional no caso de profissionais com escolaridade superior, valorização das qualidades profissionais, possibilidade de ascensão na carreira e tratamento dado pela chefia às informações dos subordinados a respeito do andamento do trabalho.

### 6.2.2. Grau de satisfação com o trabalho

O grau de satisfação com o trabalho foi avaliado, como descrito na metodologia, através de 16 questões. A pontuação *mínima possível* foi 16 e a *máxima possível*, 64. No tocante às pontuações observadas, a mínima e a máxima foram, respectivamente, 19 e 55. A mediana foi 34 e a média, 34,3 pontos, com desvio padrão de 6,8.

A partir da divisão do intervalo das pontuações encontradas em intervalos iguais - de 19 a 28, de 29 a 37, de 38 a 46 e de 47 a 55 foram criadas quatro categorias para grau de satisfação, respectivamente: *muito satisfeito*, *satisfeito*, *insatisfeito* e *muito insatisfeito*. A distribuição dos servidores nestas categorias encontra-se na Tabela 21.

**TABELA 21 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO GRAU DE SATISFAÇÃO ATUAL NO TRABALHO. BOTUCATU, 2007.**

GRAU DE SATISFAÇÃO ATUAL	Nº	%
Muito satisfeito	77	22,1
Satisfeito	172	49,3
Insatisfeito	82	23,5
Muito insatisfeito	18	5,1
<b>TOTAL</b>	<b>349*</b>	<b>100,0</b>

\*Dos 378 servidores, apenas 349 preencheram a escala de satisfação completamente.

Esta tabela revela que 71,4% dos servidores distribuíram-se nas categorias muito satisfeito e satisfeito.

Foram encontradas variações na distribuição do grau de satisfação no trabalho segundo a unidade básica de saúde que, entretanto, não foram estatisticamente significantes (Tabela 22).

**TABELA 22 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO GRAU DE SATISFAÇÃO NO TRABALHO POR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE. BOTUCATU, 2007.**

UNIDADES DE SAÚDE	GRAU DE SATISFAÇÃO		TOTAL
	MUITO SATISFEITO/ SATISFEITO	INSATISFEITO/ MUITO INSATISFEITO	
A	45,0	55,0	100,0
B	58,3	41,7	100,0
C	65,2	34,8	100,0
D	56,5	43,5	100,0
E	88,9	11,1	100,0
F	71,0	29,0	100,0
G	66,7	33,3	100,0
H	93,8	6,2	100,0
I	77,8	22,2	100,0
J	79,0	21,0	100,0
L	75,0	25,0	100,0
M	81,0	19,0	100,0
N	60,0	40,0	100,0
O	83,3	16,7	100,0
P	81,8	18,2	100,0
Q	56,3	43,7	100,0
R	92,9	7,1	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>249 (71,3%)</b>	<b>100 (28,7%)</b>	<b>349* (100,0)</b>

\*Dos 378 servidores, 349 preencheram todos os itens sobre satisfação no trabalho. Foram utilizadas apenas porcentagens para evitar identificação das unidades

As unidades em que a proporção de servidores insatisfeitos / muito insatisfeitos superou 30% foram A, B, C, D, G, N e Q, apontando para a necessidade de aprofundar o estudo destas unidades para identificar possíveis fatores causais destes níveis elevados de insatisfação no trabalho, com o objetivo de eliminá-los / neutralizá-los.

Na seção C do questionário a pergunta 27 foi “*Considera o trabalho o período mais importante do seu dia?*”, com três opções de resposta - sim, não e não sei. Dos 378 servidores, 250 (66,1%) responderam afirmativamente, ou seja, consideraram o trabalho o período mais importante do dia, enquanto 24,6%, não.

Na Tabela 23 encontram-se os resultados do cruzamento entre a importância mencionada no parágrafo precedente e o grau de satisfação no trabalho. A aplicação do teste do qui-quadrado revelou que existe associação estatisticamente significativa entre grau de satisfação e importância dada ao período laboral. O teste de Goodman revela que os servidores muito satisfeitos / satisfeitos com o trabalho consideram o período laboral como o mais importante do dia em proporção significativamente superior do que os insatisfeitos / muito insatisfeitos.

**TABELA 23 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO IMPORTÂNCIA DADA AO PERÍODO LABORAL E GRAU DE SATISFAÇÃO NO TRABALHO. BOTUCATU, 2007.**

GRAU DE SATISFAÇÃO	TRABALHO: PERÍODO MAIS IMPORTANTE			TOTAL Nº (%)
	SIM Nº (%)	NÃO Nº (%)	NÃO SABE Nº (%)	
Muito satisfeito / satisfeito	180 (72,9) a A	50 (20,2) b B	17 (6,9) c A	247 (100,0)
Insatisfeito / muito insatisfeito	50 (50,0) a B	37 (37,0) ab A	13 (13,0) b A	100 (100,0)
<b>TOTAL</b>	<b>230 (66,3)</b>	<b>88 (25,1)</b>	<b>30 (8,6)</b>	<b>347* (100,0)</b>

\*Dos 378 servidores, 349 preencheram todas as perguntas sobre satisfação no trabalho e dois não informaram se o trabalho era o período mais importante do dia.

Qui-quadrado,  $p < 0,0001$

Teste de Goodman – letras maiúsculas comparam colunas e minúsculas, linhas.

A Tabela 24 revela que à medida que a satisfação no trabalho diminui, a proporção de servidores que acredita poder continuar trabalhando nas

mesmas condições por vários anos (questão 26) também diminui e, simultaneamente, aumenta a proporção que acredita que não poderá continuar trabalhando. O teste de Goodman mostrou que as diferenças encontradas são estatisticamente significantes ( $p < 0,0001$ ).

**TABELA 24 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO GRAU DE SATISFAÇÃO NO TRABALHO E PERSPECTIVA DE CONTINUAR TRABALHANDO NAS MESMAS CONDIÇÕES. BOTUCATU, 2007.**

GRAU DE SATISFAÇÃO	PODERÁ CONTINUAR TRABALHANDO			TOTAL Nº (%)
	SIM Nº (%)	NÃO Nº (%)	NÃO SABE Nº (%)	
Muito satisfeito	56 (72,7) a A	6 (7,8) b C	15 (19,5) b A	77 (100,0)
Satisfeito	79 (46,2) a B	52 (30,4) ab B	40 (23,4) b A	171 (100,0)
Insatisfeito	18 (22,0) b C	38 (46,3) a B	26 (31,7) ab A	82 (100,0)
Muito insatisfeito	- c D	13 (72,2) a A	5 (27,8) b A	18 (100,0)
<b>TOTAL</b>	<b>153 (44,0)</b>	<b>109 (31,3)</b>	<b>86 (24,7)</b>	<b>348 (100,0)</b>

\*Dos 378 servidores, 349 preencheram todas as perguntas sobre satisfação no trabalho e um não informou se, mantidas as condições laborais, poderia continuar trabalhando.

Qui-quadrado,  $p < 0,0001$

Teste de Goodman – letras maiúsculas comparam colunas e minúsculas linhas.

Três questões – 51 a 53 - abordavam as relações entre trabalho e vida pessoal e familiar, respectivamente “*Você considera que sua vida pessoal é condicionada ou afetada negativamente por seu trabalho?*” “*O trabalho lhe permite dedicar-se à família o tempo que você gostaria?*” “*As tarefas domésticas são um peso a mais que se soma ao seu trabalho?*” Estas questões possuíam quatro alternativas – muito, moderadamente, pouco e quase nada, pontuadas de acordo com escala de Likert, de um a quatro pontos. O escore mínimo possível era três pontos e o máximo 12 pontos. As pontuações mínima e máxima observadas foram três e 12 pontos respectivamente. A mediana, média e desvio padrão foram, respectivamente, 7; 7,3 e 2,1.

A Tabela 25 mostra os resultados do cruzamento entre grau de satisfação no trabalho e intensidade da interferência do trabalho na vida pessoal e familiar dos servidores.

**TABELA 25 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO GRAU DE SATISFAÇÃO NO TRABALHO E INTERFERÊNCIA NEGATIVA DO TRABALHO NA VIDA FAMILIAR. BOTUCATU, 2007.**

GRAU DE SATISFAÇÃO	INTERFERÊNCIA NEGATIVA DO TRABALHO NA VIDA FAMILIAR			TOTAL Nº (%)
	PEQUENA Nº (%)	MODERADA Nº (%)	GRANDE Nº (%)	
Muito satisfeito	27 (35,1) b A	48 (62,3) a A	2 (2,6) c C	77 (100,0)
Satisfeito	31 (18,0) b A	114 (66,3) a A	27 (15,7) b B	172 (100,0)
Insatisfeito	8 (9,7) c B	50 (61,0) a A	24 (29,3) b AB	82 (100,0)
Muito insatisfeito	- b B	9 (50,0) a A	9 (50,0) a A	18 (100,0)
<b>TOTAL</b>	<b>66 (18,9)</b>	<b>221 (63,3)</b>	<b>62 (17,8)</b>	<b>349 (100,0)</b>

Qui-quadrado,  $p < 0,0001$

Teste de Goodman – letras maiúsculas comparam colunas e minúsculas linhas.

A aplicação do teste de Goodman aos resultados apresentados na Tabela 25 revelou associação entre grau de satisfação e interferência negativa do trabalho na vida pessoal e familiar, com maior porcentagem de servidores referindo pequena interferência entre os muito satisfeitos / satisfeitos em comparação com os insatisfeitos / muito insatisfeitos ( $p < 0,0001$ ). Observa-se comportamento inverso em relação à porcentagem de servidores referindo grande interferência negativa do trabalho na vida pessoal e familiar.

### 6.3. Demanda / controle / suporte

A seção D do questionário (Anexo 4) contém dois conjuntos de questões. O primeiro, com dezessete perguntas baseadas no modelo de Karasek e o segundo, com 20 perguntas, constituindo o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20).

Por meio do primeiro conjunto de questões, foram investigados aspectos das demandas psicológicas (cinco questões), do controle do trabalhador sobre o próprio trabalho (seis questões) e do suporte existente no trabalho (seis questões). Conforme descrito em métodos, foi utilizado o questionário simplificado de Theorell, traduzido e validado por Alves et al (2004).

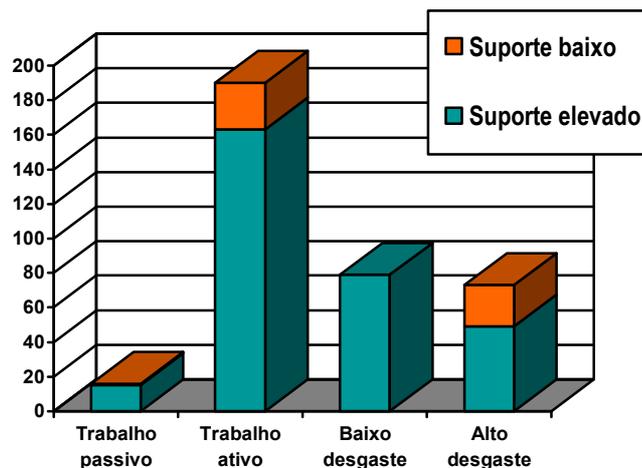
A distribuição dos indivíduos segundo as pontuações obtidas nas questões relativas à demanda psicológica e ao controle sobre o próprio trabalho encontra-se na Figura 3.

**FIGURA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES SEGUNDO AS PONTUAÇÕES NAS QUESTÕES DEMANDA / CONTROLE**

<b>C O N T R O L E</b>	<b>DESGASTE BAIXO</b> 79 indivíduos	<b>TRABALHO ATIVO</b> 190 indivíduos
	<b>TRABALHO PASSIVO</b> 16 indivíduos	<b>DESGASTE ELEVADO</b> 73 indivíduos
	<b>DEMANDA PSICOLÓGICA</b>	

Verifica-se que a maior concentração de servidores está na situação de trabalho ativo e que a grande maioria (73,5%) está submetida às situações com altas demandas psicológicas: trabalho ativo e desgaste elevado.

O Gráfico 4 mostra se a distribuição dos servidores de acordo com a classificação em termos de demanda / controle e suporte. As duas situações de trabalho mais problemáticas são as correspondentes a *desgaste elevado* nas questões demanda / controle e *baixo suporte*, bem como as correspondentes a *trabalho ativo* e *baixo suporte*. Estas situações serão mais exploradas à frente.



**GRÁFICO 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO DEMANDA / CONTROLE / SUPORTE. BOTUCATU, 2007.**

Os resultados das pontuações das questões demanda / controle das dezessete unidades básicas de saúde encontram-se representados na Figura 4.

**FIGURA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DAS 17 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE SEGUNDO AS PONTUAÇÕES NAS QUESTÕES DEMANDA / CONTROLE**

<b>C O N T R O L E</b>	<b>DESGASTE BAIXO</b>	<b>TRABALHO ATIVO</b>
	A = 4,5%      I = 18,2% B = 13,0%    J = 31,6% C = Zero       L = 25,0% D = 26,9%    M = 16,3% E = 37,5%    N = 13,8% F = 22,2%    O = 30,0% G = 16,7%    P = 27,1% H = 18,3%    Q = 21,1% R = 50,0%	A = 45,5%    I = 45,5% B = 65,2%    J = 57,9% C = 79,2%    L = 62,5% D = 30,8%    M = 77,3% E = 50,0%    N = 41,4% F = 38,9%    O = 50,0% G = 41,7%    P = 57,6% H = 62,5%    Q = 52,6% R = 42,9%
	<b>TRABALHO PASSIVO</b>	<b>DESGASTE ELEVADO</b>
	A = 4,5%      I = Zero B = 4,3%      J = 5,3% C = Zero       L = 12,5% D = 11,5%    M = Zero E = Zero       N = 3,4% F = 5,6%      O = Zero G = 8,3%      P = 5,1% H = 6,3%      Q = 5,3% R = zero	A = 45,5%    I = 36,4% B = 17,4%    J = 5,3% C = Zero       L = Zero D = 30,8%    M = 9,1% E = 12,5%    N = 41,4% F = 33,3%    O = 20,0% G = 33,3%    P = 10,2% H = 12,5%    Q = 21,1% R = 7,1%
	<b>DEMANDA PSICOLÓGICA</b>	

A análise atenta das porcentagens revela que, na maioria das unidades, 50% ou mais dos servidores recebeu pontuação que os enquadrou na situação de *trabalho ativo*. Fizeram exceção as unidades A, D, F, G, I, N e R, todas com menos de 50% dos trabalhadores enquadrados nesta situação. Destas unidades, as seis primeiras, ou seja, A, D, F, G, I e N foram as que apresentaram maiores porcentagens de servidores em situação de *desgaste elevado*. Já em relação à unidade R, a maioria dos servidores enquadrou-se na situação de *desgaste baixo*.

Isso mostra que as condições de trabalho da maior parte das unidades, no que se refere à situação de desgaste segundo o modelo demanda / controle (Karasek, 2005), é preocupante, já que muitos trabalhadores estão submetidos a risco elevado de adoecimento.

#### 6.4. Transtornos mentais comuns

Neste estudo, os transtornos mentais comuns, TMC, foram pesquisados por meio do *Self Reporting Questionnaire*, SRQ-20. Em Botucatu, Lima (2004) utilizou esse mesmo questionário em amostra da população urbana para diagnósticos desses transtornos. Esta autora utilizou 7/8 como ponto de corte para as mulheres e 5/6, para os homens. Trata-se dos pontos de corte sugeridos pelos autores que traduziram e validaram o questionário para utilização no Brasil. Nesta dissertação foram utilizados esses mesmos pontos de corte.

**TABELA 26 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO SEXO E PRESENÇA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS. BOTUCATU, 2007.**

SEXO	TRANSTORNO MENTAL COMUM				TOTAL	
	PRESENTE		AUSENTE			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Feminino	130	43,0	172	57,0	302	100,0
Masculino	30	40,0	45	60,0	75	100,0
Sem informação	1	100,0	-	-	1	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>161</b>	<b>42,6</b>	<b>217</b>	<b>57,4</b>	<b>378</b>	<b>100,0</b>

Qui-quadrado, p= 0,63

Dos 378 servidores que compuseram a casuística, seis deixaram um dos itens do SRQ-20 sem resposta. Nesses seis questionários, essa ausência de resposta, entretanto, não influenciou a classificação do servidor em “caso” ou “não caso”. Isto porque, qualquer que tivesse sido a resposta, não haveria mudança na classificação.

Pelos critérios estabelecidos, 42,6% dos servidores apresentaram transtornos mentais comuns (Tabela 26), porcentagem quase duas vezes maior do que a encontrada no estudo populacional – 21,7% (IC<sub>95%</sub> = 19,2% – 24,3%), efetuado por Lima (2004) e, maior também que as prevalências encontradas em outras populações (ARAÚJO et al., 2003; LOPES et al. 2003). Para a autora, trata-se de resultado alarmante devido à magnitude do problema e ao impacto negativo desses transtornos mentais para o indivíduo e para a sociedade (OMS, 2002).

Considerando que as diferenças nas peculiaridades da atenção básica, no tocante a fatores de estresse bastante estudados, sobretudo em serviços de urgência / emergência / terapia intensiva, a constatação de 42,6% de portadores de transtornos mentais comuns foi surpreendente.

Verifica-se na Tabela 26 que os resultados obtidos para servidores masculinos e femininos foram semelhantes, ou seja, o teste do qui-quadrado não revelou associação entre gênero e ocorrência de transtorno mental comum ( $p=0,63$ ). Alguns estudos têm assinalado a existência dessa associação (LUDERMIR, 2000; LUDERMIR & MELO FILHO; 2002 e LIMA 2004). Nesta dissertação, entretanto, isto não foi observado. Cabe reafirmar que, da mesma forma que Lima (2004), foram utilizados pontos de corte distintos para homens e mulheres, conforme proposta de Mari & Willians (1986).

A porcentagem de transtornos mentais comuns foi maior entre os servidores com idades de 19 a 29 anos (Tabela 27), porém as diferenças observadas não foram estatisticamente significantes (teste do qui-quadrado  $p = 0,33$ ).

Considerando-se que jovens no início da vida laboral costumam enfrentar disputa acirrada de vagas no mercado de trabalho e, no caso particular do serviço público, menores salários em comparação aos trabalhadores com maior tempo de serviço (pelo não acréscimo no salário de valor correspondente a cada quinquênio trabalhado), esperava-se que apresentassem maior proporção e

transtornos mentais comuns. Contudo os dados sobre a associação de transtornos mentais comuns e grupos etários são controversos (COUTINHO et al., 1999; LIMA et al., 1999; LOPES et al., 2003; ARAÚJO et al. 2005).

**TABELA 27 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO GRUPO ETÁRIO E PRESENÇA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS. BOTUCATU, 2007.**

GRUPO ETÁRIO (anos)	TRANSTORNO MENTAL COMUM				TOTAL	
	PRESENTE		AUSENTE		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
19 a 29	59	48,8	62	51,2	121	100,0
30 a 49	79	38,9	124	61,1	203	100,0
50 e mais	16	40,0	24	60,0	40	100,0
Sem informação	7	50,0	7	50,0	14	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>161</b>	<b>42,6</b>	<b>217</b>	<b>57,4</b>	<b>378</b>	<b>100,0</b>

Qui-quadrado,  $p=0,33$

Quando se comparou a ocorrência de transtornos mentais comuns de acordo com o local de nascimento dos servidores - nascidos Botucatu e região ou em outros municípios, não foram observadas diferenças. A proximidade da família como fonte de suporte poderia funcionar como efeito protetor ao desenvolvimento de transtornos mentais comuns. Todavia, o questionário abordou naturalidade sem indagar a situação atual quanto à proximidade ou não da família.

No Brasil, Costa & Ludermir (2005), estudando comunidade rural, observaram que as pessoas que não contam com apoio social têm riscos duas vezes maior de apresentar transtornos mentais comuns. Estas autoras utilizaram o *Medical Outcomes Study Questions – Social Support Survey* (MOS – SSS) para avaliar cinco dimensões do apoio social: emocional, afetivo, tangível, de informação e de companhia ou interação social.

O fator existência ou não de dependentes, neste estudo, não influenciou a proporção de casos de transtornos mentais comuns. É importante lembrar que não foram indagadas as condições dos dependentes, ou seja, se

eram pessoas sadias, se estavam acamados, se possuíam necessidades especiais, ou seja, se configurava situação de maiores exigências na relação de dependência, o que costuma associar-se à maior ocorrência de transtornos mentais comuns segundo alguns estudos (LIMA et al., 1999; LIMA, 2004).

**TABELA 28 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO SITUAÇÃO CONJUGAL E PRESENÇA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS. BOTUCATU, 2007.**

SITUAÇÃO CONJUGAL	TRANSTORNO MENTAL COMUM				TOTAL	
	PRESENTE		AUSENTE			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Separado / divorciado / viúvo / solteiro	72	45,6	86	54,4	158	100,0
Casado / companheiro	89	40,8	129	59,2	218	100,0
Sem informação	0	0,0	2	100,0	2	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>161</b>	<b>42,6</b>	<b>217</b>	<b>57,4</b>	<b>378</b>	<b>100,0</b>

Qui-quadrado,  $p = 0,36$

Na Tabela 28 encontra-se a distribuição dos servidores segundo situação conjugal e presença de sintomas de transtornos mentais comuns. A porcentagem de casos de TMC foi menor entre casados / com companheiros (40,8%) em comparação aos separados / divorciados / viúvos / solteiros (45,6%). Estas diferenças, todavia, não foram significativas (qui-quadrado  $p = 0,36$ ).

No Brasil, Lima et al (1999) e Araújo (2005) identificaram associação entre ser separado / divorciado / viúvo e a presença de transtornos mentais comuns e Lopes et al. (2003) observaram que eventos como separação associam-se a maior prevalência de transtorno mental comum.

Neste estudo, esperava-se que servidores em união estável, em virtude da possibilidade de contar com apoio do cônjuge / companheiro, aliada à possibilidade de compor renda, apresentassem menor prevalência de transtorno mental comum, o que não foi observado.

Lima et al. (1999), Ludermir & Melo Filho (2002) e Lima (2004) revelaram que baixa escolaridade foi fator de risco para transtorno mental comum. Neste estudo, a escolaridade não se associou à ocorrência de transtornos

mentais comuns. Cabe lembrar que a população deste estudo apresenta escolaridade mais elevada em relação àquelas analisadas nos estudos citados anteriormente, inclusive o de Lima (2004).

**TABELA 29 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL E PRESENÇA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS. BOTUCATU, 2007.**

CATEGORIA PROFISSIONAL	TMC		TOTAL Nº (%)
	PRESENTE Nº (%)	AUSENTE Nº (%)	
Nível médio de escolaridade	118 (46,5) a A	136 (53,5) a B	254 (100,0)
Auxiliar de serviços gerais	15 (55,6)	12 (44,4)	27 (100,0)
Agente comunitário	36 (50,7)	35 (49,3)	71 (100,0)
Auxiliar de consultório dentário	8 (47,1)	9 (52,9)	17 (100,0)
Auxiliar de enfermagem	46 (43,8)	59 (56,2)	105 (100,0)
Auxiliar administrativo	11 (39,3)	17 (60,7)	28 (100,0)
Outros profissionais de nível médio	2 (33,3)	4 (66,7)	6 (100,0)
Nível superior de escolaridade	42 (34,1) b B	81 (65,9) a A	123 (100,0)
Enfermeiro	12 (48,0)	13 (52,0)	25 (100,0)
Médico	18 (33,3)	36 (66,7)	54 (100,0)
Outras profissões	12 (27,3)	32 (72,7)	44 (100,0)
Sem informação	1 (100,0)	-	1 (100,0)
<b>TOTAL</b>	<b>161 (42,6)</b>	<b>217 (57,4)</b>	<b>378 (100,0)</b>

A Tabela 29 apresenta a distribuição de transtorno mental comum de acordo com o nível de escolaridade / categoria profissional. Constata-se que 46,5% dos profissionais de nível médio de escolaridade e 34,1% dos profissionais de nível superior apresentaram transtorno mental comum. A aplicação do teste de

Goodman mostrou que a diferença entre esses percentuais foram estatisticamente significantes.

No interior das diferentes categorias de nível médio, verifica-se que auxiliares de serviços gerais, agentes comunitários, auxiliares de consultório dentário e auxiliares de enfermagem apresentaram proporção de transtorno mental comum maior do que o observado para o conjunto dos servidores (42,6%). Entretanto, o teste do qui-quadrado revelou que tais diferenças não são significativas ( $p = 0,22$ ).

Cabe assinalar que, para todas as categorias, os valores encontrados para transtorno mental comum foram maiores do que os observados por Lima (2004), na população geral de Botucatu: 21,7% (IC<sub>95%</sub> 19,2% a 24,3%).

Antes de afastar a existência de associação entre categoria profissional e desenvolvimento de transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde é necessário aprofundar a análise desses resultados. Isto porque as categorias em que as porcentagens de portadores de transtorno mental comum foram mais elevadas são as que recebem baixos salários e que, em geral, são submetidas a maiores exigências quanto ao cumprimento de horários. Além disso, geralmente as condições de trabalho dessas categorias implicam maior proximidade com a clientela, propiciando maior exposição a fatores de estresse.

Embora as diferenças quanto à ocorrência de transtornos mentais comuns entre enfermeiras e médicos e entre enfermeiras e outros profissionais de nível superior não tenha sido estatisticamente significativa, é importante destacar que as enfermeiras são responsáveis pela chefia de 15 unidades básicas. Isto implica que, enquanto chefes, quinze das vinte e cinco enfermeiras incluídas no estudo, têm, como uma de suas atribuições, a intermediação de relações e de conflitos entre servidores na própria unidade e, entre estes e o nível central municipal. Se o número total de profissionais fosse superior, mantidos os mesmos percentuais, as diferenças poderiam tornar-se significativas.

Na Tabela 29, a porcentagem de médicos (33,3%) com transtornos mentais comuns ficou abaixo da encontrada para o conjunto de servidores (42,6%). Apesar das diferenças não terem sido estatisticamente significantes, a posição de destaque na equipe de saúde e a possibilidade de ter outros vínculos

de trabalho e maior remuneração explicariam a ocorrência de menor número de casos de transtornos mentais comuns entre os médicos.

Na Tabela 30 encontram-se os resultados do cruzamento do tipo de atividade executada durante a maior parte da jornada de trabalho e a ocorrência de transtorno mental comum. Apesar das diferenças observadas não terem sido estatisticamente significativa, cabem algumas observações.

**TABELA 30 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO PRINCIPAL ATIVIDADE EXERCIDA E PRESENÇA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS. BOTUCATU, 2007.**

PRINCIPAL ATIVIDADE	TRANSTORNO MENTAL COMUM				TOTAL	
	PRESENTE		AUSENTE		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Outras atividades	15	53,6	13	46,4	28	100,0
Atendimento ao público	43	53,1	38	46,9	81	100,0
Assistência à saúde	90	39,3	139	60,7	229	100,0
Atividades administrativas	9	33,3	18	66,7	27	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>157</b>	<b>43,0</b>	<b>208</b>	<b>57,0</b>	<b>365*</b>	<b>100,0</b>

\*Foram excluídos os questionários com mais de uma atividade assinalada como principal e os sem informação.

Qui-quadrado,  $p = 0,07$

Nota-se que a porcentagem mais elevada ocorreu entre os servidores grupados como realizando “outras atividades”, que além de pouco numerosos, não foram especificadas no questionário, o que impediu reagrupá-los.

O segundo grupo de servidores com elevada porcentagem de diagnósticos de transtorno mental comum foi o que assinalou predomínio de atividade de atendimento ao público, com 53,1%. Esse resultado poderia decorrer da alta carga emocional que tais atividades implicam. Trata-se de aspecto cuja análise merece ser aprofundada com novos cruzamentos, à semelhança do que foi assinalado anteriormente em relação à ocorrência de transtorno mental comum segundo categoria profissional.

Na Tabela 31 encontra-se a distribuição dos servidores conforme presença ou ausência de transtorno mental comum e tempo de trabalho na atividade informada como principal. Verifica-se que as porcentagens de casos de

transtorno mental comum decrescem à medida que o tempo de trabalho aumenta. Tais diferenças, entretanto, não foram estatisticamente significativas.

**TABELA 31 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO TEMPO DE EXERCÍCIO DA ATIVIDADE ATUAL E PRESENÇA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS. BOTUCATU, 2007.**

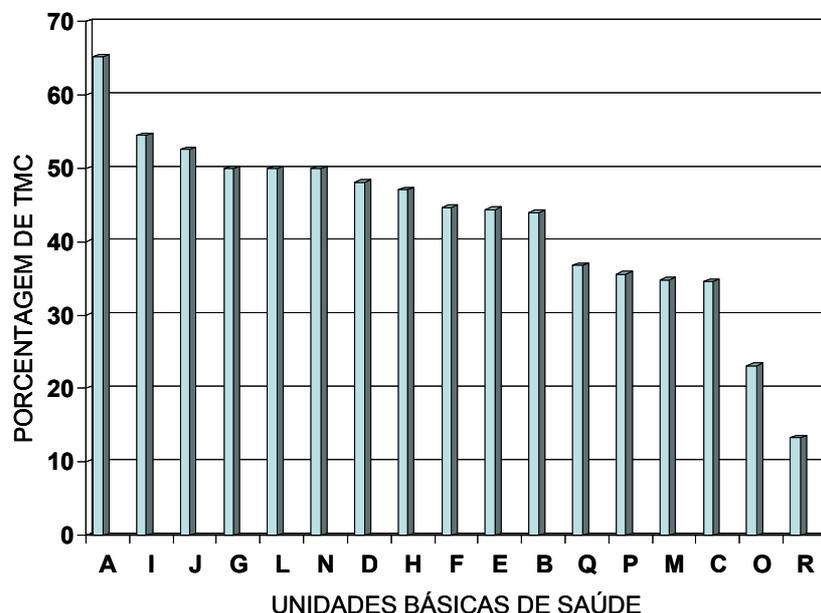
TEMPO DE TRABALHO	TRANSTORNO MENTAL COMUM				TOTAL	
	PRESENTE		AUSENTE			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Até 5 anos	86	44,6	107	55,4	193	100,0
6 a 15 anos	43	39,8	65	60,2	108	100,0
16 a 25 anos	23	38,3	37	61,7	60	100,0
26 e mais	4	33,3	8	66,7	12	100,0
Sem informação	5	100,0	-	-	5	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>161</b>	<b>42,6</b>	<b>217</b>	<b>57,4</b>	<b>378</b>	<b>100,0</b>

Qui-quadrado,  $p = 0,69$

O Gráfico 5 mostra os resultados da distribuição de portadores de transtorno mental comum segundo a unidade básica a que pertencem os servidores, observando-se que um grupo de unidades – A, I, J, G, L e N – apresentou porcentagens entre 65,0% e 50,0% dos servidores com transtorno mental comum. Um grupo intermediário – unidades D, H, F, E e B, entre 50,0% e 37,0% de servidores com transtorno mental comum e, finalmente, o grupo composto pelas unidades Q, P, M, C, O e R apresentou menos de 37,0% dos servidores acometidos por transtorno mental comum. Na unidade em melhor situação, apenas 13,3% dos servidores apresentaram esse transtorno.

Aplicando-se o teste do qui-quadrado na tabela correspondente ao gráfico, as diferenças observadas não foram significativas, pois o número de servidores de cada unidade era relativamente pequeno, tendo oscilado de oito na menor unidade a 60, na maior (média = 21,6 servidores / unidade).

**GRÁFICO 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE, PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL COMUM, SEGUNDO UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE A QUE PERTENCEM. BOTUCATU, 2007.**



**TABELA 32 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO PRESENÇA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS POR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE. BOTUCATU, 2007.**

UNIDADE DE SAÚDE	TRANSTORNO MENTAL COMUM				TOTAL	
	PRESENTE		AUSENTE		Nº    %	
	Nº	%	Nº	%		
GRUPO 1 (A, I, J, G, L, N) >= 50,0%	58	54,2 a A	49	45,8 a B	107	100,0
GRUPO 2 (D, H, F, E, B) >= 37,0% e <50,0%	53	45,7 a AB	63	54,3 a AB	116	100,0
GRUPO 3 (Q, P, M, C, O, R) < 37,0%	50	32,3 b B	105	67,7 a A	155	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>161</b>	<b>42,6</b>	<b>217</b>	<b>57,4</b>	<b>378</b>	<b>100,0</b>

Qui-quadrado  $p = 0,0014$

Teste de Goodman – letras maiúsculas comparam colunas e minúsculas, linhas.

A Tabela 32 apresenta os resultados da distribuição dos casos e não casos de transtorno mental comum nos três grupos formados. A aplicação do teste do qui-quadrado aos resultados desta tabela revelou existência de

associação estatisticamente significativa entre as proporções de casos de transtorno mental comum e os grupos formados. O teste de Goodman revelou que a diferença observada na proporção de casos de TMC nas unidades básicas de saúde do grupo 1 e do grupo 3 foi estatisticamente significativa. Já entre o grupo 1 e o grupo 2, assim como entre este e o grupo 3, as diferenças não foram estatisticamente significantes.

Estes resultados indicam que a situação das unidades do grupo 1 em relação à presença de transtorno mental comum entre seus servidores é mais grave do que a observada no grupo 3.

**TABELA 33 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO INTENSIDADE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE TRABALHO E SINTOMAS ASSINALADOS NO SRQ-20 ENTRE PORTADORES E NÃO PORTADORES DE TMC. BOTUCATU, 2007.**

ASSOCIAÇÃO SINTOMAS - TRABALHO	PORTADORES DE TMC				TOTAL	
	SIM		NÃO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Grande	79	77,4 a A	23	22,6 b C	102	100,0
Regular	39	42,4 a B	53	57,6 a B	92	100,0
Pequeno	23	39,0 a B	36	61,0 a B	59	100,0
Quase nenhum	9	18,4 b C	40	81,6 a A	49	100,0
Não sabe	9	37,5 b B	15	62,5 a B	24	100,0
Sem informação	2	50,0 a BC	2	50,0 a BC	4	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>161</b>	<b>48,8</b>	<b>169*</b>	<b>51,2</b>	<b>330*</b>	<b>100,0</b>

\*Foram excluídos 48 servidores que assinalaram *não* para todos os quesitos que compõem este questionário.

Qui-quadrado,  $p < 0,0001$

Teste de Goodman – letras maiúsculas comparam colunas e minúsculas, linhas.

Para Maslach e Leiter (1999), no tocante a desgaste físico e emocional, a sabedoria popular e os trabalhadores tendem, erroneamente, a

considerar que se trata de problemas dos indivíduos, sem relação com as condições de trabalho, particularmente com as relações sociais no trabalho. Os resultados desta dissertação diferem das colocações desses autores, uma vez que 58,8% dos servidores (102 + 92) indicaram existir grande ou regular associação entre os sintomas assinalados no SRQ-20 e o trabalho, conforme pode-se conferir na Tabela 33.

A distribuição dos casos e não casos de transtorno mental comum segundo a intensidade atribuída pelos servidores à associação entre trabalho e sintomas assinalados no SRQ-20 encontra-se na Tabela 33. O teste do qui-quadrado revelou associação estatisticamente significante entre intensidade da associação e ocorrência de transtorno mental comum. O teste de Goodman mostrou que os servidores com transtornos mentais comuns associaram mais fortemente seus sintomas ao trabalho que aqueles que apresentam um ou mais sintomas sem, contudo, ter atingido escore para suspeição de transtornos mentais comuns.

A Tabela 34 revela que houve predomínio de transtorno mental comum entre os servidores classificados como insatisfeitos / muito insatisfeitos com o trabalho. O teste do qui-quadrado, entretanto, revelou que as diferenças observadas não foram estatisticamente significativas ( $p=0,02$ ).

**TABELA 34 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO GRAU DE SATISFAÇÃO NO TRABALHO E PRESENÇA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS. BOTUCATU, 2007.**

GRAU DE SATISFAÇÃO NO TRABALHO	TRANSTORNO MENTAL COMUM				TOTAL	
	PRESENTE		AUSENTE		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Muito satisfeito / satisfeito	98	39,4	151	60,6	249	100,0
Insatisfeito / muito insatisfeito	53	53,0	47	47,0	100	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>43,3</b>	<b>198</b>	<b>56,7</b>	<b>349*</b>	<b>100,0</b>

\*Foram excluídos 29 servidores que não completaram a escala de satisfação.

Qui-quadrado,  $p = 0,02$

Quando se analisam as quatro situações possíveis relativas à demanda / controle, verifica-se que a porcentagem mais elevada de transtorno

mental comum - 64,4% - correspondeu à situação de desgaste elevado, ou seja, trabalho com demanda psicológica elevada e baixo controle, conforme pode-se conferir na Figura 5. A segunda maior porcentagem de transtorno mental comum - 43,2% - correspondeu à situação de trabalho ativo, ou seja, demanda psicológica elevada e controle sobre o próprio trabalho também elevado.

**FIGURA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES SEGUNDO SITUAÇÃO EM RELAÇÃO A DEMANDA-CONTROLE E PREVALÊNCIA DE TRANSTORNO MENTAL COMUM (TMC)**

<b>C O N T R O L E</b>	<b>DESGASTE BAIXO</b> 79 indivíduos <b>TMC=13,9%</b>	<b>TRABALHO ATIVO</b> 190 indivíduos <b>TMC=43,2%</b>
	<b>TRABALHO PASSIVO</b> 16 indivíduos <b>TMC=37,5%</b>	<b>DESGASTE ELEVADO</b> 73 indivíduos <b>TMC=64,4%</b>
	<b>DEMANDA PSICOLÓGICA</b>	

A aplicação do teste do qui-quadrado aos dados da Tabela 35 revelou associação estatisticamente significativa ( $p < 0,0001$ ) entre algumas categorias do modelo demanda controle e a presença de transtornos mentais comuns. A presença de transtorno mental comum apresentou prevalência significativamente mais elevada na situação de desgaste elevado em comparação com as demais. Por outro lado, a prevalência desse transtorno foi significativamente menor na situação de baixo desgaste. Trata-se de resultado esperado, pois, de acordo com a literatura, a situação de desgaste elevado apresenta maior risco à saúde e a de baixo desgaste, menor risco (ARAÚJO et al., 2003; KARASEK, 2005; REIS, 2005; SOBRINHO et al., 2006).

Nesta dissertação, a segunda maior prevalência de transtornos mentais comuns foi observada nos servidores classificados no grupo *trabalho ativo*, o que também vai ao encontro dos resultados de outros estudos (ARAÚJO et al., 2003; REIS, 2005; SOBRINHO et al., 2006).

**TABELA 35 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO SITUAÇÃO EM RELAÇÃO ÀS EXIGÊNCIAS E AO CONTROLE NO TRABALHO E PRESENÇA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS. BOTUCATU, 2007.**

SITUAÇÃO EM RELAÇÃO À DEMANDA / CONTROLE	TRANSTORNO MENTAL COMUM				TOTAL	
	PRESENTE		AUSENTE			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Desgaste elevado	47	64,4 a A	26	35,6 b C	73	100,0
Trabalho ativo	82	43,2 a B	108	56,8 a BC	190	100,0
Trabalho passivo	6	37,5 a BC	10	62,5 a B	16	100,0
Baixo desgaste	11	13,9 b C	68	86,1	79	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>146</b>	<b>40,8</b>	<b>212</b>	<b>59,2</b>	<b>358*</b>	<b>100,0</b>

\*Excluídos 20 casos cujos itens demanda / controle não estavam completamente preenchidos.

Qui – quadrado,  $p < 0,0001$

Teste de Goodman – letras maiúsculas comparam colunas e minúsculas, linhas.

**TABELA 36 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO DEMANDA / CONTROLE / SUPORTE SOCIAL NO TRABALHO E PRESENÇA DE TRANSTORNO MENTAL COMUM. BOTUCATU, 2007.**

DEMANDA CONTROLE	SUPORTE SOCIAL				TOTAL
	ELEVADO		BAIXO		
	TMC + Nº (%)	TMC - Nº (%)	TMC + Nº (%)	TMC - Nº (%)	
Trabalho passivo	5 (31,3) ab AB	10 (62,5) a AB	1 (6,2) b AB	- b B	16 (100,0)
Trabalho ativo	65 (34,2) a A	98 (51,6) a B	17 (8,9) b A	10 (5,2) b A	190 (100,0)
Desgaste baixo	11 (13,9) b B	68 (86,1) a A	- c B	- c B	79 (100,0)
Desgaste elevado	29 (39,7) a A	20 (27,4) b C	18 (24,7) ab A	6 (8,2) b A	73 (100,0)
<b>TOTAL</b>	<b>110 (30,7)</b>	<b>196 (54,7)</b>	<b>36 (10,1)</b>	<b>16 (4,5)</b>	<b>358* (100,0)</b>

\*Foram excluídos 20 servidores que não preencheram todos os itens do instrumento de avaliação de demanda / controle / suporte.

Qui-quadrado,  $p < 0,0001$

Teste de Goodman – letras maiúsculas comparam colunas e minúsculas, linhas.

A Tabela 36 foi elaborada com o objetivo de verificar a influência do suporte social no trabalho como fator de proteção em relação à ocorrência de transtornos mentais comuns. A aplicação do teste do qui-quadrado mostrou existência de associação ( $p < 0,0001$ ) e os resultados do teste de Goodman revelaram que algumas diferenças foram estatisticamente significantes e outras não (vide tabela).

Nas situações de *trabalho passivo* e *desgaste elevado*, o suporte social no trabalho não influenciou de maneira estatisticamente significativa a ocorrência de transtorno mental comum.

Na situação de *desgaste elevado* (servidores submetidos a demandas psicológicas elevadas e baixo controle sobre o próprio trabalho) verifica-se que, em situação de elevado suporte social no trabalho, a proporção de casos de transtornos mentais comuns (29/49 ou 59,2%) é inferior à observada quando o suporte é baixo (18/24 ou 75%). Esse resultado, em concordância com o observado na literatura (REIS et al., 2005; SOBRINHO et al., 2006), entretanto, não foi estatisticamente significativo (vide resultado do teste de Goodman na Tabela 36).

Antes que se afirme que, neste estudo, o suporte social no trabalho não funcionou como fator de proteção, é preciso assinalar que houve dispersão dos dados e os servidores classificados nos grupos trabalho passivo e desgaste elevado corresponderam aos dois menores grupos, respectivamente, com 16 e 73 indivíduos.

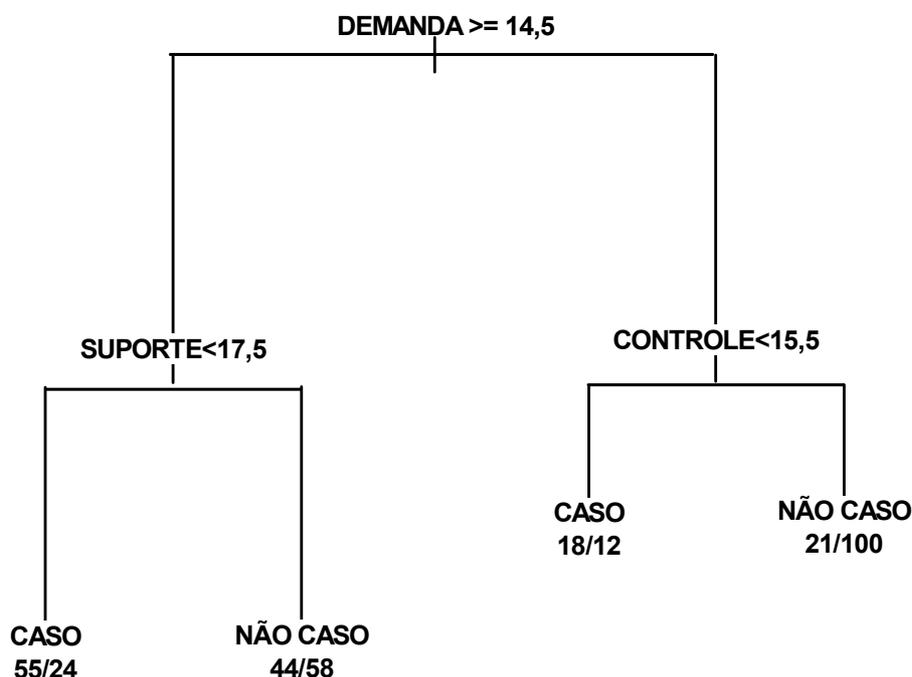
Nas situações de *trabalho ativo* (demandas psicológicas elevadas e controle elevado) e de *baixo desgaste*, (baixas demandas psicológicas e alto controle) o suporte social no trabalho influenciou de maneira estatisticamente significativa a ocorrência de transtorno mental comum, concordando com os resultados obtidos por outros pesquisadores (REIS et al., 2005; SOBRINHO et al., 2006).

Uma outra forma de analisar as relações entre demanda / controle / suporte e ocorrência de transtorno mental comum é por meio das árvores de classificação e regressão - CART – Classification and Regression Trees (DE'ATH & FABRICIUS, 2000). Trata-se de procedimento frequentemente utilizado nas situações em que se deseja explicar a variação de uma variável resposta (no

caso, transtorno mental comum, identificado por meio do SRQ-20), a partir de um conjunto de covariáveis categorizadas ou numéricas (no caso, a demanda, o controle e o suporte).

A construção de uma árvore de classificação consiste basicamente na realização de sucessivas partições binárias de um conjunto original de observações (nó inicial, composto pelos indivíduos), buscando a formação de subconjuntos de indivíduos homogêneos de acordo com os resultados da variável resposta. Denominam-se nós intermediários aos subconjuntos que dão origem a novos nós e nós terminais aqueles que não são partidos (não ramificam). As partições são efetuadas com base nos valores das covariáveis consideradas.

A partir da Figura 6, conclui-se que, na população deste estudo, a variável que melhor discrimina “casos” e “não casos” de transtorno mental comum é a demanda, o que está de acordo com a literatura (ARAÚJO, et al. 2003, SOBRINHO et al., 2006).



**FIGURA 6 – ÁRVORE DE CLASSIFICAÇÃO E DE REGRESSÃO PARA ANÁLISE DAS RELAÇÕES ENTRE DEMANDA / CONTROLE / SUPORTE E TRANSTORNO MENTAL COMUM EM SERVIDORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE. BOTUCATU, 2007**

O ponto de corte é 14,5, ou seja, são formadas duas sub-amostras; uma, constituída por elementos com demanda igual ou superior a 14,5, e outra, com os demais. Para os elementos com demanda maior ou igual a 14,5 uma nova segmentação é formada com base na variável suporte: elementos com suporte inferior a 18 são alocados a uma sub-amostra, e aqueles com suporte igual ou maior que 18 à outra.

Esta separação é ilustrada na Figura 7, onde pontos vermelhos representam “casos” e pontos pretos “*não casos*”: Verifica-se maior proporção de “casos” para suporte inferior a 18 (aproximadamente 70%), e de “*não casos*” para suporte igual ou superior a 18 (aproximadamente 57%).

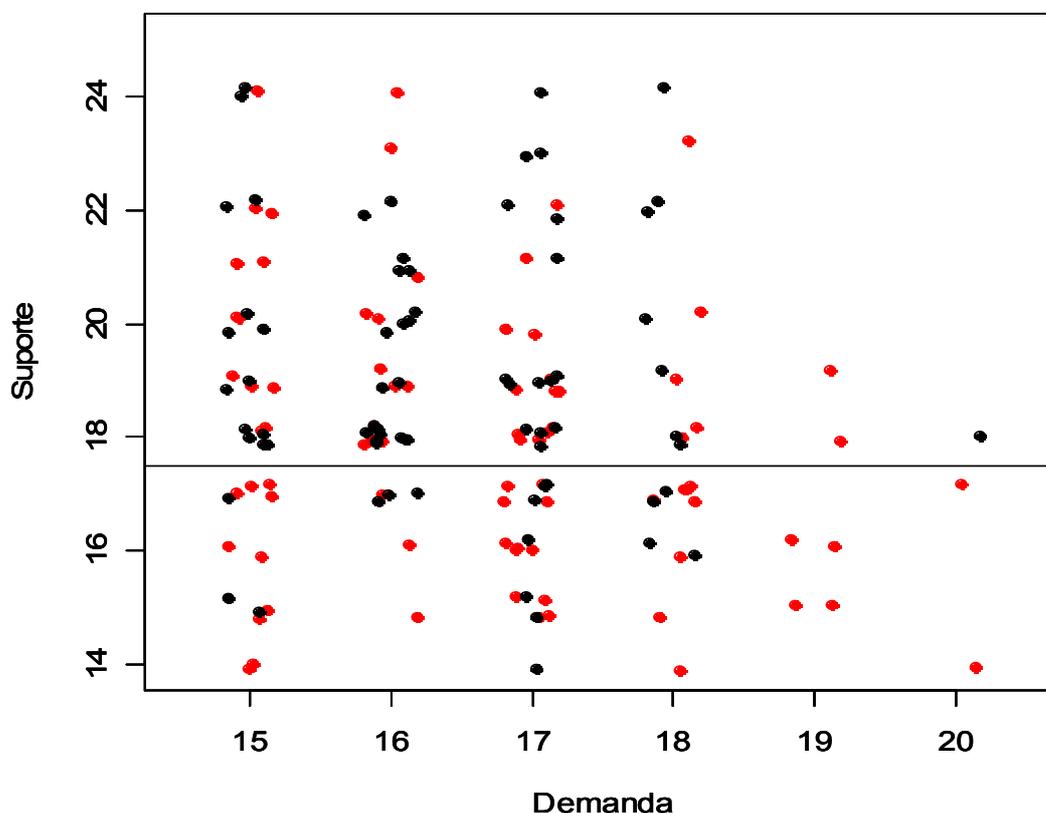


FIGURA 7 – DISTRIBUIÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS, SEGUNDO SUPORTE E DEMANDA (PARTIÇÃO DOS ELEMENTOS COM ELEVADA DEMANDA).

Já para a sub-amostra composta por elementos com baixa demanda (menor ou igual a 14,5), uma nova partição é realizada com base na variável controle, no ponto 15,5. O resultado pode ser visualizado na Figura 8, na qual

verifica-se maior proporção de “casos” para controle inferior a 16 (60%), e de “não casos” para controle igual ou superior a 16 (aproximadamente 83%).

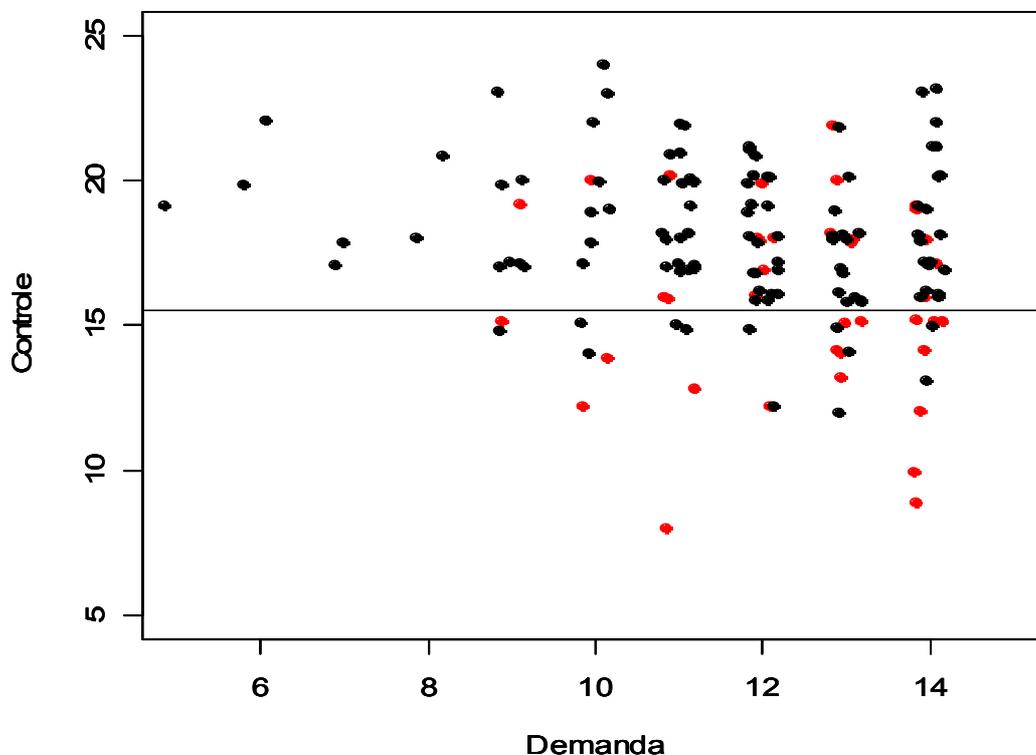


FIGURA 8 – DISTRIBUIÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS SEGUNDO CONTROLE E DEMANDA (PARTIÇÃO DOS ELEMENTOS COM BAIXA DEMANDA).



FIGURA 9 – DENDOGRAMA DE SIMILARIDADE ENTRE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE SEGUNDO ESCORES DE DEMANDA / CONTROLE / SUPORTE, SATISFAÇÃO NOTRABALHO E SRQ-20. BOTUCATU, 2007.

As unidades foram agrupadas segundo grau de semelhança dos escores de demanda / controle / suporte, grau de satisfação, SRQ – 20, como mostra o dendograma de similaridade (Figura 9). Nota-se formação de três grupos de unidades. Apesar desta análise não se basear nos pontos de corte utilizados ou nas categorias construídas neste estudo (por exemplo: “casos” e “não casos”, “alta exigência” e “baixa exigência”, “satisfeito” e “insatisfeito”), consideramos que a mesma foi importante no sentido de avaliar o conjunto de unidades segundo múltiplos critérios simultaneamente. Possivelmente, este agrupamento seja útil no momento de planejamento e execução de intervenções com foco não somente na unidade, mas em grupos de unidades.

### 6.5 – O que mais irrita / chateia / enerva os servidores

O instrumento de coleta de informações continha uma única questão aberta na qual solicitava-se, aos servidores que tinham relações diretas com pacientes: *“escreva com suas próprias palavras o problema que mais deixa você chateado ou nervoso ou irritado na relação com pacientes / usuários”*.

Dos 378 servidores que compõem esta casuística, apenas 23 referiram não ter relações diretas com pacientes. Dos 320 que referiram possuir relação direta com pacientes, 43 deixaram a questão aberta em branco. Assim, 312 servidores expressaram-se, de acordo com a solicitação.

A análise preliminar destas 312 respostas revelou que:

- 103 servidores assinalaram **falta de respeito e agressões verbais** por parte do paciente / usuário, revelada, dentre outras, por frases como *“pacientes sem educação que não respeitam os profissionais”, “pacientes que não respeitam a fila e outros pacientes”, “pacientes que querem tudo na hora, sem entender que tem outras pessoas para serem atendidas antes”, “pacientes que falam que somos todos folgados e não fazemos nada”, “grosseria, incompreensão e pessoas mal educadas”, quando peço para aguardar um pouco eles não têm paciência e me agridem verbalmente”, “ser saco de pancada do paciente”*;
- 19 servidores assinalaram **falta de compreensão** por parte dos pacientes, em frases como: *“a falta de compreensão dos pacientes que não entendem que nós também somos seres humanos e temos necessidades como eles e*

*que não sabemos tudo, temos dores, vontade de fazer xixi etc.”, “falta de carinho e compreensão”;*

- 22 servidores referiram desconforto, incômodo por **não conseguir resolver o problema do paciente**, em frases como *“incapacidade para resolver as queixas”, “não estar em nosso alcance dar solução ao problema do paciente”, “não poder ajudar nos seus problemas e ter que dar desculpas”, “sentir-me impotente no tratamento de paciente com dor crônica”*.
- 16 servidores assinalaram que são incomodados por **pacientes que não seguem as prescrições e utilizam a unidade com grande frequência**: *“não tomar medicações corretamente, não saber os medicamentos que usa, não seguir recomendações médicas”, “pacientes que não seguem a prescrição dada e retornam com a mesma queixa”, “quando o esforço despendido não surte resultados por falta de vontade do paciente”, “abuso do nosso tempo nas consultas”;*
- 12 servidores escreveram frase que foram grupadas em **falta de valorização e de reconhecimento do profissional e do serviço**, expresso em frases como *“depreciação do profissional pelos usuários – mediquinho de posto”, “pessoas que nunca visualizam pontos positivos, sempre os negativos”, “pessoas que não nos dão valor nenhum”, “não reconhecimento do esforço físico e mental por aqueles que temos contato”;*

Embora a solicitação fosse para manifestar os desconfortos advindos das relações com os pacientes / usuários, 48 servidores apontaram falhas / desafios do sistema de saúde, dentre as quais: *“falta de remédios”, “dificuldades no encaminhamento para níveis secundário e terciário”, “pouco tempo disponível para consulta”, “atendimento de grande número de pacientes e não ter tempo para ouvi-los”, “lidar com restrições e infra-estrutura reduzida”, “demanda excessiva e número excessivo de casos extras”*.

As respostas a essa questão são valiosas no sentido de apontar fatores de estresse que, ao lado de outros investigados por meio das questões fechadas, contribuem para explicar a maior prevalência de transtorno mental comum entre os servidores da rede básica de saúde em comparação à população geral de Botucatu.

## ***7. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES***

- 7.1. Em relação a aspectos do trabalho como flexibilidade do horário, realização e remuneração de horas-extras, gozo de férias, tempo de locomoção casa-trabalho-casa, a situação dos servidores da rede básica de saúde de Botucatu, em geral, foi considerada adequada.
- 7.2. Como se esperava, a maioria dos trabalhadores realizava atividades de contato direto com usuários dos serviços, estando, pois, submetida a situações que implicam elevado desgaste emocional.
- 7.3. Evidenciou-se, como fortaleza das equipes, a identificação do bom relacionamento humano como qualidade essencial ao adequado desenvolvimento do trabalho, o que facilita o incremento da humanização das práticas em saúde na rede básica.
- 7.4. Em relação ao grau de satisfação, verificou-se que a maioria dos servidores considera-se satisfeito ou muito satisfeito com seu trabalho.
- 7.5. Evidenciou-se insatisfação da maioria dos servidores:
  - 7.4.1. quanto à remuneração,
  - 7.4.2. quanto aos critérios de avaliação de desempenho profissional.
- 7.6. Possibilidade de fazer carreira, valorização das qualidades profissionais e tratamento da chefia às informações prestadas pelos servidores sobre o trabalho associaram-se ao aumento da satisfação no trabalho.
- 7.7. Observaram-se diferenças entre as unidades quanto ao grau de satisfação dos servidores, embora não estatisticamente significativas.
- 7.8. De acordo com o modelo de Karasek, a maioria dos servidores enquadrou-se em situações de trabalho caracterizadas por demandas psicológicas elevadas.
- 7.9. A prevalência de transtornos mentais comuns entre os servidores da rede básica foi aproximadamente duas vezes superior à observada para a população geral de Botucatu.

7.10. Observou-se associação entre situações de trabalho caracterizadas por demandas psicológicas elevadas e ocorrência de transtorno mental comum.

7.11. A maioria dos servidores com transtornos mentais comuns atribuiu os sintomas assinalados no SRQ-20 ao trabalho.

Estas constatações levam à conclusão que os profissionais da rede básica de saúde de Botucatu estão submetidos a fatores de estresse no trabalho que implicam em prevalência elevada de casos de transtornos mentais comuns. Apesar disso, a maioria ainda se considera satisfeita.

Os fatos relatados levam às seguintes recomendações dirigidas:

- ao poder público municipal, para que envide esforços visando adequar a remuneração dos servidores à relevância dos serviços prestados.
- à Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu para que:
  - ◆ discuta com os servidores reformulação da avaliação de desempenho que assegure reconhecimento profissional e possibilidade de ascensão na carreira, de acordo com o mérito, e que, neste processo, as peculiaridades da atenção básica sejam valorizadas;
  - ◆ explicita claramente os critérios que emergirem desse processo, certificando-se de sua efetiva aplicação e efetuando reavaliações periódicas;
  - ◆ propicie condições para a divulgação dos resultados deste estudo entre gestores e servidores das unidades básicas;
  - ◆ avalie periodicamente as condições de saúde dos servidores, particularmente no que se refere às morbidades relacionadas ao trabalho;
  - ◆ adote, em caráter de urgência, providências para facilitar o acesso dos servidores aos tratamentos indicados, antes que as repercussões em termos de saúde – individual e coletiva –, bem como em termos da produtividade e qualidade dos serviços, atinjam maiores proporções;
  - ◆ defina, em conjunto com os profissionais do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Rubens Maria Lopes, e com participação dos servidores, programas de prevenção (a) primária - intervenção nas

condições de trabalho, particularmente nos aspectos organizacionais e estabelecimento de programas de suporte social no trabalho; (b) secundária - diagnóstico precoce e encaminhamento adequado dos casos; (c) terciária – reabilitação, de modo a viabilizar a recuperação e reinserção dos servidores afastados do trabalho por problemas de saúde relacionados ao trabalho (mas não só).

- às universidades e instituições de fomento à pesquisa, para que incentivem estudos sobre condições de trabalho e saúde dos profissionais que atuam na atenção primária à saúde.

Finalmente, estressores apontados na questão aberta do instrumento utilizado neste estudo merecem ser analisados em maior profundidade visando identificar, tanto os aspectos mais críticos, como os passíveis de intervenção em curto prazo.

## ***8. REFERÊNCIAS\****

---

\* ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação – Referências – Elaboração. Rio de Janeiro, 2002. 22p.  
NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. **List of journals indexed in Index Medicus**. Washington, 2001. 240p.

- ALVES, M. G. M. et al. Versão resumida da “job stress scale”: adaptação para o português. **Rev. Saúde Pública**, v.38, n.2, p. 164-171, 2004.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1995. 158p.
- ARAÚJO, T. M. 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. M.; GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do modelo demanda-controle. **Ciênc Saúde Colet.** v..8, n.4, p. 991-1003, 2003.
- ARAÚJO, T. M.; PINHO, P. S.; ALMEIDA, M. M. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev. Bras. Mater. Infant.**, v. 5, n. 3, p. 337-348, 2005.
- ASSENATO, G. et al. La metodologia epidemiologica in medicina del lavoro. In ABROSI, G. & FOÀ, V. **Trattato di Medicina del Lavoro**. Turim: Unione Tipografico-Editrice Torinese, 1996. p. 63-113.
- BAKER, D. B.; KARASEK, R. A. Occupational Stress. In: LEVY, B. S. & WEGMANN, D. H. (Orgs.) **Occupational Health**. Reconizing and Preventing Work-related Disease. 3.ed. New York: Little, Brown and Company. 1994. p. 381-406.
- BATISTA, K. M.; BIANCHI, E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 534-539, 2006.
- BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 282p.
- BOCCALON, P. et al. Stress e burnout tra allevi infermieri ed infermieri di um'azienda ospedaliera. In: CONGRESSO NAZIONALE S.I. MEDICINA DEL LAVORO E IGIENE IND., 65., 2002, Taormina, Itália, 2002. p. 1-2.

- BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.7, n.3, p.401-412, 2002.
- BORGES, L. O.; YAMAMOTO, O. H. O mundo do trabalho. In: ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. (Orgs.) **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. São Paulo: Artmed, 2004. p.24-62.
- BORGES, L. O. et al. A síndrome de burnout e e valores organizacionais em hospitais universitários. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 15, n. 1, p. 189-200, 2002.
- BOTUCATU. Projeto de Lei nº 053 de 29 de setembro de 2005, aprovado em 28 de novembro de 2005, que trata do orçamento municipal para 2006. Botucatu: Prefeitura Municipal de Botucatu, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. A investigação das relações saúde-trabalho, o estabelecimento do nexos causal da doença com o trabalho e as ações decorrentes. In: **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília, 2001. p. 27-36.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, Brasília, 2000. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm). Acesso em 08 abr. 2007.
- BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica, Brasília, 2006. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/pactos/documentos/pactos\\_vol4.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/pactos/documentos/pactos_vol4.pdf). Acesso em 08 abr. 2007.
- BRASIL. Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000a, Brasília, 2000. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/EC29.doc>. Acesso em 07 ago. 2006.
- BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2006.

- BRASIL. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Brasília, 1990b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2006.
- BRASIL. Lei de Responsabilidade Fiscal. Brasília, 2000b. Disponível em: <[http://www.tesouro.fazenda.gov.br/legislacao/download/contabilidade/lei\\_comp\\_101\\_00.pdf](http://www.tesouro.fazenda.gov.br/legislacao/download/contabilidade/lei_comp_101_00.pdf)>. Acesso em: 07 ago. 2006.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de carreira, cargos e salários**. Brasília, 2007. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?id](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?id)>. Acesso em: 31 mar. 2007.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. **Atenção primária – seminário do CONASS para construção de consensos**. Brasília: CONASS, 2004, 44p.
- BRUCHON-SCHWEITZER, M. Introduction à la psychologie de la santé. In: BRUCHON-SCHWEITZER, M.; DANTZER, R. **Introduction à la psychologie de la santé**. Paris: Presses Universitaires de France, 1994. p. 13-41.
- CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S. A. O programa de saúde da família e os desafios para a formação profissional e educação continuada. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, p. 133-142, 2001.
- CARANDINA, L. et al. **Botucatu em dados**. Botucatu: Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2005.
- CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. **Psicol. Estud.**, v. 9, n. 3, p. 499-505, 2004.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação profissional para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Rev. Saúde Pública**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

- COSTA, A.G.; LUDERMIR, A.B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.1, p. 73-79, 2005.
- COSTA, J. S. D. et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de pelotas, RS. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.5, n.2, 2002.
- COUTINHO, E. S. F.; ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J. J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil, **Rev. Psiq. Clin.**, v. 26, n. 5, 1999.
- CYRINO, A. P. Primeiros passos: constituição do ensino extramuros na Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu (FCMBB). In: CYRINO, A. P.; MAGALDI, C. (Orgs.). **Saúde e comunidade: 30 anos de experiência em extensão universitária em saúde coletiva**. Botucatu: Cultura Acadêmica, 2002. p. 19-33.
- CYRINO, A. P.; SCHRAIBER, L. B. O projeto Centro de Saúde Escola e sua proposta técnico-assistencial. In: CYRINO, A.P.; MAGALDI, C. (Orgs). **Saúde e comunidade: 30 anos de experiência em extensão universitária em saúde coletiva**. Botucatu: Cultura Acadêmica, 2002. p.37-66.
- DIAZ-SERRANO, L.; VIEIRA, J. A. C. **Low pay, higher pay and job satisfaction within the European Union**: empirical evidence from fourteen countries. Ireland: National University of Ireland, (Economics Department Working Paper Series). 2005. p. 1-25.
- ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 14, n. 4, p. 517-525, 2006.
- ELO, A. E. Assessment of mental stress factors at work. In: ZENZ, C. **Occupational medicine**. St. Louis: Mosby – Year Book Inc., 1995. p. 945-959.
- FACUNDES, V. L. D.; LUDERMIR, A. B. Common mental disorders among health care students. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 27, n. 3, p. 194-200, 2005.

- FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Sentimentos de profissionais dos serviços de pronto-socorro pediátrico: reflexões sobre o burnout. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 5, n. 3, p. 319-328, 2005
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro:IMS/UERJ / CEPESC / ABRASCO, 2005. p. 181-193.
- FREUDENBERG, H. J. Stress and burnout and their implication in the work environment. Geneva: International Labour Organization, 2005. 1 CD-Rom.
- FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS - SEADE, **Perfil Municipal de Botucatu**. 2006. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>>. Acesso em: 08 ago. 2006.
- GIGLIO, A. D. et al. A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 52, n. 2, p. 108-112, 2006.
- GUIMARÃES, R. M. Fatores ergonômicos de risco e proteção contra acidentes de trabalho: um estudo caso-controle. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 8, n. 3, p.282-294, 2005.
- HACKER, W. Mental Workload. Geneva: International Labour Organization, 2005. 1 CD-Rom.
- HARDING, T. W. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychol. Med.**, v. 10, p. 231-241, 1980.
- HOUTMAN, I. L. D; KOMPIER, M. A. J. Trabajo e salud mental. **Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo**. Genebra, p. 52-55, 2005.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, **IBGE Cidades@**, 2006. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em: 31 mar. 2007.

- JACQUES, M. G.; CODO, W. Uma urgência, uma busca, uma ética. In: JACQUES, M. G.; CODO, W. (Orgs.) **Saúde mental & trabalho: leituras**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 17-28.
- JOHNSON, J. V.; HALL, E. M. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. **Am Public Health**, v.78, n.10, p.1336-1342, 1988.
- KARASEK, R. et al. The job content questionnaire (JCQ): An instrumental for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. **Occup. Health Psychol.**, v. 3, n. 4, p.322-355, 1998.
- KARASEK, R. Demand/control model: a social, emotional, and physiological approach to stress risk and active behaviour development. Geneva: International Labour Organization, 2005. 1 CD-Rom.
- KURZ, R., Absoluter mehrwert. Disponível em: <<http://www.exit-online.org>>. Acesso em: out. 2005.
- LAUTERT, L. O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 133-144, 1997.
- LEPLAT, J. Développement et dégradation des habilités dans le travail. In: SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PSYCHOLOGIE. PSYCHOLOGIE DU TRAVAIL. **Équilibre ou fatigue para le Travail?** Paris: Entreprise Moderne d'Édition, 1980. p. 55-63.
- LIMA, M. S. Epidemiologia e impacto social. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.21, p. 1-5, 1999.
- LIMA, M. S; SOARES, B. G. O.; MARI, J. J. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: um estudo populacional. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v.26, n.5 , p. 225-235, 1999.
- LIMA, M.C.P. **Transtornos mentais comuns e uso de álcool na população urbana de Botucatu – SP:** um estudo de co-morbidade e utilização de

- serviços. 2004. 146p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- LOPES, C.S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.6, p. 1713-1720, 2003.
- LUDERMIR, A.B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n.3, p. 647-659, 2000.
- LUDERMIR, A.B.; MELO-FILHO, D.A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev Saúde Pública**, v.36, n.2, p. 213-221, 2002.
- MALVEZZI, S. Prefácio. In: ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. (Orgs.) **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. São Paulo: Artmed, 2004. p. 13-17.
- MARI, J.J.; WILLIAMS, P. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary care in the city of São Paulo. **Br. J. Psychiatry**, 148, p. 23-26, 1986.
- MARTINEZ, M. C.; PARAGUAY, A. I. B. B. Satisfação e saúde no trabalho - aspectos conceituais e metodológicos. **Cad Psicol Soc Trabalho**, v. 6, p. 59-78, 2003.
- MARTINEZ, M.C.; PARAGUAY, A. I. B. B.; LATORRE, M. R. D. O. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 55-61, 2004.
- MASLACH, C. *"Burnout"*. In: **Encyclopaedia of Occupational Health and Safety**. 4.ed. Geneva: International Labour Organization, 2005. 1 CD-Rom.
- MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. **Occup. Behav.**, v. 2, p.99-113, 1998.
- MASLACH, C.; LEITER, M. P. **Trabalho: fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa**. Campinas: Papyrus, 1999. 239p.

- MURTA, S. G.; TRÓCCOLI, B. T. Avaliação de intervenção em estresse ocupacional. **Psicol Teor Pesqui.**, v. 20, n. 1, p. 39-47, 2004.
- NEMES, M.I.B. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: SCHRAIBER, L.B. 2 ed. **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1993. p.65-115.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Relatório mundial da saúde**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa, 2002.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE - OPAS. Carta de Ottawa, Primeira Conferência Internacional para Promoção da Saúde. 1986. Disponível em <<http://www.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2006.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE - OPAS. Dia Mundial da Saúde. Organização Panamericana da Saúde – representação Brasil. 2006. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/mostrant.cfm?codigest=304>>. Acesso em: 07 jul. 2006.
- PEREIRA, M. E. R.; BUENO, S. M. V. Lazer – um caminho para aliviar as tensões no ambiente de trabalho em UTI: uma concepção da equipe de enfermagem. **Rev. Latinoam Enferm**, v. 5, n. 4, p. 75-83, 1997.
- POCHMANN, M. A qualificação profissional está a serviço do emprego? **Debate Sind.**, n. 31, p. 12, 1999.
- POCHMANN, M. O valor estratégico da reforma trabalhista. **Debate Sind.**, n. 47, p. 2004.
- POCHMANN, M. **O emprego na globalização. A nova divisão internacional do trabalho e os caminhos que o Brasil escolheu**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2001. 151p.
- QUINTARD, B. Du stress objectif au stress perçu. In: BRUCHON-SCHWEITZER, M.; DANTZER, R. **Introduction à la psychologie de la santé**. Paris: Presses Universitaires de France, 1994. p. 43-66.

- REIS, E. J. F. B. 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.
- SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 14, n. 1, p. 54-60, 2006.
- SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Orgs.) **Saúde do Adulto**. Programas e ações na unidade básica. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 29-47.
- SELIGMANN, E. Psicopatologia e saúde mental no trabalho. In: MENDES, R. **Patologia do trabalho: atualizada e ampliada**. São Paulo: Atheneu, 2003. p.1141-1182.
- SOBRINHO, C. L. N. et al. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 131-140, 2006.
- SOUZA, M. F. M.; SILVA, G. R. Risco de distúrbios psíquicos menores em área metropolitana na região Sudeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 1, p. 50-58, 1998.
- STACCIARINI, J. M. R.; TRÓCCOLI, B. T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 17-25, 2001.
- SZWARCWALD, C. L. et al. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 5, supl. 1, p. S11-S22, 2005.
- TEIXEIRA, R. R.. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade** – cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-Abrasco, 2003, p. 49-61.

- TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.10, n. 3, p. 585-597, 2003.
- THEORELL, T.; MARMOT, M. social class and cardiovascular disease: the contribution of work. **Int. J. Health Serv.**, v.18, n.4, p.659-674, 1988.
- VOLCAN, S. M. A. et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psíquicos menores: estudo transversal. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 440-445, 2003.
- WEBER, M. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004. 288p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **A user's guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ)**. Geneva: Division of Mental Health, 1994. 80p.

## ***9. ANEXOS***

**CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DA  
REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE BOTUCATU - SP**

QUESTIONÁRIO

## SEÇÃO A – DADOS PESSOAIS

<b>Vínculo de trabalho</b>	<input type="checkbox"/> Estatutário <input type="checkbox"/> CLT (celetista) <input type="checkbox"/> Contrato temporário	<b>OUTRO:</b> _____				
<b>1. Sexo</b>	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino				
<b>2. Idade (em anos completos)</b>	_____					
<b>3. Local de nascimento</b>	<input type="checkbox"/> a. Botucatu <input type="checkbox"/> b. Município da Região de Botucatu <input type="checkbox"/> c. Estado de São Paulo <input type="checkbox"/> d. Outros estados					
<b>4. Estado civil</b>	<input type="checkbox"/> a. Solteiro/a <input type="checkbox"/> b. Casado/a <input type="checkbox"/> c. Companheiro/a		<input type="checkbox"/> d. Separado/a <input type="checkbox"/> e. Divorciado/a <input type="checkbox"/> f. Viúvo/a			
<b>5. Tem filhos dependentes?</b>			<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
<b>6. Tem pais ou outros familiares como dependentes?</b>			<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
<b>7. Qualificação profissional</b>	<input type="checkbox"/> Auxiliar de serviços gerais <input type="checkbox"/> Auxiliar administrativo ou equivalente <input type="checkbox"/> Agente comunitário <input type="checkbox"/> Auxiliar ou técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> Auxiliar de consultório dentário <input type="checkbox"/> Outros profiss. de nível médio (motorista, vigia etc.) <input type="checkbox"/> Enfermeiro/a <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Outros profissionais de nível superior.					
<b>8. Qual seu nível de instrução? (assinalar o mais alto)</b>	Sem escola	Ens. fundamental	Ensino médio	Curso técnico	Ensino superior	Pós-graduação
	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> f
<b>9. E o nível de seus pais? (assinalar o mais elevado)</b>	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> f

## SEÇÃO B – HISTÓRIA E POSIÇÃO ATUAL NO TRABALHO

<b>10. Há quantos anos trabalha neste serviço ou unidade?</b>		_____	
<b>11. Antes de entrar para este serviço ou unidade, que trabalho você fazia?</b>	<input type="checkbox"/> a. Nenhum trabalho <input type="checkbox"/> b. Trabalho fora do setor saúde <input type="checkbox"/> c. Trabalho no setor saúde com a mesma qualificação <input type="checkbox"/> d. Trabalho no setor saúde com outra qualificação		
<b>12. Você executa <u>predominantemente</u> (na maior parte do tempo):</b>	<input type="checkbox"/> a Atividades de chefia (de unidade ou de equipe) <input type="checkbox"/> b Atividades administrativas <input type="checkbox"/> c Atividades de atendimento ao público (exceto assistência à saúde) <input type="checkbox"/> d Atividades de assistência à saúde <input type="checkbox"/> e Outras atividades		
<b>13. Há quantos anos trabalha na atividade que executa atualmente?</b>		_____	
<b>14. Antes do serviço atual, trabalhou em outro local ou serviço municipal?</b>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
<b>15. Se sim, em quantos?</b>	1 <input type="checkbox"/> a	2 <input type="checkbox"/> b	3 <input type="checkbox"/> c
<b>16. Que meio de transporte usa para vir trabalhar? (considerar a maioria dos dias)</b>	<input type="checkbox"/> a Nenhum	<input type="checkbox"/> b Veículo próprio	<input type="checkbox"/> c Carona
<b>17. Quanto tempo gasta por dia para vir e voltar do trabalho?</b>	<input type="checkbox"/> a. Menos de meia hora <input type="checkbox"/> b. Menos de uma hora <input type="checkbox"/> c. Mais de uma hora		
<b>18. Na sua opinião, seu horário de trabalho é:</b>	<input type="checkbox"/> a. Muito rígido <input type="checkbox"/> b. Rígido <input type="checkbox"/> c. Flexível <input type="checkbox"/> d. Muito flexível		
<b>19. Você faz horas-extras?</b>	<input type="checkbox"/> Muitas	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Raramente
<b>20. Se faz horas-extras, elas são pagas:</b>	<input type="checkbox"/> a. Pelo nº de horas extras feitas <input type="checkbox"/> b. Até certo limite / quando há recurso <input type="checkbox"/> c. Não são pagas		
<b>21. Você pode descontar as horas extras realizadas?</b>		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
<b>22. Você tira férias regularmente, todo ano?</b>	<input type="checkbox"/> a. Sim, sem nenhuma dificuldade <input type="checkbox"/> b. Sim, mas me adaptando às exigências do serviço, sem conseguir tirar férias quando quero. <input type="checkbox"/> c. Não, porque a necessidade do serviço não me permite tirar férias regulamentares que tenho direito.		

23. Você fez algum curso de atualização ou de formação desde que entrou para esse serviço?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	Quantos? _____	
24. Se sim, eles foram úteis para seu trabalho atual?		<input type="checkbox"/> a. Muito úteis <input type="checkbox"/> b. Razoavelmente úteis <input type="checkbox"/> c. Pouco úteis <input type="checkbox"/> d. Inúteis		

### SEÇÃO C – OPINIÕES SOBRE O TRABALHO

25. Considera o trabalho o período mais importante do seu dia?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Não sei
26. Mantidas as condições de trabalho atuais, você acha que ainda poderá continuar trabalhando sem muitas dificuldades por muitos anos?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Não sei
27. Qual é, na sua opinião, a qualidade essencial / mais importante para realização do seu trabalho?	<input type="checkbox"/> a. Bom relacionamento humano <input type="checkbox"/> b. Resistência física <input type="checkbox"/> c. Boa preparação profissional <input type="checkbox"/> d. Ser disciplinado <input type="checkbox"/> e. Ter iniciativa		
28. Em relação ao que você esperava antes de começar a trabalhar, o grau de satisfação com seu trabalho:	<input type="checkbox"/> a. Aumentou <input type="checkbox"/> b. Diminuiu <input type="checkbox"/> c. Continuou igual		

Por favor, assinale sua opinião sobre cada uma das seis perguntas a seguir:

	Muito	Moderada-mente	Pouco	Quase nada
29. Considera seu trabalho fisicamente cansativo?	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
30. Considera seu trabalho pesado do ponto de vista mental/emocional?	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
31. Considera seu trabalho útil para a sociedade?	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
32. Considera seu trabalho interessante?	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
33. Considera seu trabalho adequado à sua capacidade e potencialidade?	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
34. Você está satisfeito com seu trabalho?	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d

Por favor, marque com um X o grau de satisfação em relação aos oito aspectos de seu trabalho apresentados a seguir:

	Grande	Regular	Pequeno	Quase nenhum
35. Retribuição (salário, vales refeição e transporte etc.)	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
36. Ambiente físico (prédio, móveis etc)	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
37. Relações interpessoais	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
38. Possibilidade de fazer carreira	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
39. Melhorar a capacidade profissional	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
40. Autonomia para tomar decisões	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
41. Interesse e variedade das atividades	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
42. Horário de trabalho	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
	Ótimo	Bom	Suficiente	Insuficiente
43. Nível de colaboração no trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Em seu ambiente de trabalho, suas qualidades profissionais são utilizadas e, ou valorizadas:	Muito <input type="checkbox"/> a	Regular <input type="checkbox"/> b	Pouco <input type="checkbox"/> c	Quase nada <input type="checkbox"/> d

Por favor, responda:

45. Qual fator, em sua opinião, é a causa principal de falta de colaboração ou colaboração insuficiente? (indicar só uma resposta)	<input type="checkbox"/> a. Forma de organização do serviço <input type="checkbox"/> b. Pouco preparo dos servidores <input type="checkbox"/> c. Dedicção insuficiente dos servidores <input type="checkbox"/> d. Faltar ao serviço <input type="checkbox"/> e. Diferenças de temperamento dos servidores <input type="checkbox"/> f. A colaboração é boa
46. Se você pudesse mudar duas características da sua condição de trabalho atual, quais você escolheria? (indicar as respostas assinalando 1 para a mais importante e 2 para a segunda mais importante)	<input type="checkbox"/> Retribuição (salário, vales, etc) <input type="checkbox"/> Horário de trabalho <input type="checkbox"/> Ambiente físico (prédio, móveis etc.) <input type="checkbox"/> Relações interpessoais <input type="checkbox"/> Forma de organização <input type="checkbox"/> Critérios de reconhecimento profissional e evolução na carreira <input type="checkbox"/> Critérios de atualização profissional (como é decidido quem faz cursos/treinamentos) <input type="checkbox"/> Nenhum

47. Você e seus colegas de seção/setor têm possibilidade de informar o chefe/responsável sobre o andamento do próprio trabalho?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO		
48. Se SIM, como o chefe / responsável usa essas informações para tomar decisões?	<input type="checkbox"/> a. Leva sempre em conta e considera úteis as opiniões <input type="checkbox"/> b. Leva em conta somente quando considera oportuno <input type="checkbox"/> c. Não leva em conta			
49. Na sua opinião, nesse serviço é possível subir na carreira?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI	
50. Se sim, quem tem mais facilidade?	<input type="checkbox"/> Homens	<input type="checkbox"/> Mulheres	<input type="checkbox"/> Ambos	
51. Você considera que sua vida pessoal é condicionada ou afetada negativamente por seu trabalho?	Muito	Moderadamente	Pouco	Quase nada
	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
52. O trabalho lhe permite dedicar-se à família o tempo que você gostaria?	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
53. As tarefas domésticas são um peso a mais que se soma ao seu trabalho?	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d

### SEÇÃO D – ESTRESSE E TRABALHO

Agora temos algumas perguntas sobre as características do seu trabalho. Por favor, responda colocando um X no quadrado correspondente:

	Freqüen- temente	Às vezes	Rara- mente	Nunca ou quase nunca
54. Com que freqüência você tem de fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
55. Com que freqüência tem que trabalhar intensamente (produzir muito em pouco tempo)?	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
56. Seu trabalho exige demais de você?	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
57. Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas do seu trabalho?	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
58. O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
59. Você tem possibilidades de aprender coisas novas no seu trabalho?	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
60. Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d

61. Seu trabalho exige que você tome iniciativas?	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
62. No seu trabalho você tem que repetir muitas vezes a mesma tarefa?	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
63. Você pode escolher <u>como</u> fazer o seu trabalho?	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
64. Você pode escolher o que fazer no seu trabalho?	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d

	Concordo totalmente	Concordo mais que discordo	Discordo mais que concordo	Discordo totalmente
65. Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
66. No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
67. Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
68. Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
69. No trabalho eu me relaciono bem com os meus chefes.	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
70. Gosto de trabalhar com meus colegas.	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d

Em seguida, solicitamos que responda às perguntas, colocando um X no quadrado correspondente (SRQ: 71-90):

71. Tem dores de cabeça freqüentes?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
72. Tem falta de apetite?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
73. Dorme mal?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
74. Assusta-se com facilidade?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
75. Tem tremores de mãos?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
76. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
77. Tem má digestão?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
78. Tem dificuldade de pensar com clareza?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
79. Tem se sentido triste ultimamente?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
80. Tem chorado mais do que de costume?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
81. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
82. Tem dificuldades para tomar decisões?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	

83. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	
84. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	
85. Tem perdido o interesse pelas coisas?	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	
86. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	
87. Tem tido a idéia de acabar com a vida?	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	
88. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	
89. Tem sensações desagradáveis no estômago?	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	
90. Você se cansa com facilidade?	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	

**A QUESTÃO A SEGUIR DEVE SER RESPONDIDA APENAS POR  
PROFISSIONAIS QUE TÊM RELACIONAMENTO DIRETO COM PACIENTES.**

Escreva com suas próprias palavras o problema que mais deixa você chateado ou nervoso ou irritado na relação com pacientes / usuários?

.....

.....

.....



**Por favor, confira se respondeu todas as perguntas.  
MUITO OBRIGADA**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

18618-000 - Botucatu - SP -- ☎ (014) 38 82-33 09 - Fone-fax (014) 38 82 33 72

---

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_ concordo em participar da pesquisa “Condições de trabalho e saúde dos profissionais da rede pública de saúde de Botucatu – SP”, realizada pela Dra. Ludmila Cândida de Braga, CRM 104 216. Confirmando estar ciente de que o estudo tem por objetivo avaliar a presença de distúrbios mentais comuns e de síndrome do esgotamento profissional (burnout) em servidores de serviços básicos de assistência à saúde. Minha participação consistirá no preenchimento de um questionário não identificado, contendo questões sobre trabalho e queixas de saúde.

Estou ciente, também, de que posso cancelar esse termo a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Os resultados serão apresentados analisando-se o conjunto de questionários e meus dados individuais permanecerão em sigilo. Declaro estar devidamente esclarecido sobre o estudo e saber que a autora coloca-se à disposição para futuros esclarecimentos.

---

Assinatura do entrevistado

Botucatu, \_\_\_/\_\_\_/2006