



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - UEFS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE-DS

ANA CLÁUDIA CONCEIÇÃO DA SILVA

**ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO E
TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE
TRABALHADORES INFORMAIS**

Feira de Santana-BA

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ANA CLÁUDIA CONCEIÇÃO DA SILVA

**ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO E
TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE
TRABALHADORES INFORMAIS**

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

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Professora Doutora Tânia Maria de Araújo

Feira de Santana-BA

2007

Ana Cláudia Conceição da Silva

**Aspectos psicossociais do trabalho e Transtornos Mentais
Comuns entre trabalhadores informais**

Feira de Santana-BA, ____ / ____ / ____

Banca examinadora

Profª Drª Tânia Maria de Araújo

(Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS)

Profª Drª Ana Bernarda Ludermir

(Universidade Federal de Pernambuco-UFPE)

Profª Dr. Carlos Eduardo Soares de Freitas

(Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS)

**A todo trabalhador,
que vive e sobrevive na bravura do labor,
que luta,
que conquista,
que desafia,
que contesta,
que prova,
que sorri,
que aprende,
que busca,
que constrói.**

**Que tem um jeito peculiar de ser.
E que possui a arte do fazer.**

Especialmente dedicada a meus pais,
Dona Conceição e Sr. Prensa
(Raimundo).

Irmãos coragem

Manhã, despontando lá fora
Manhã, já é sol, já é hora
E os campos se abrindo em flor
Que é preciso coragem
Que vida é viagem
Destino do amor

Abre o peito, coragem, irmão!
Faz do amor sua imagem, irmão
Quem à vida se entrega
A sorte não nega seu abraço, seu chão

O rumo, a raça, a roda, o rodeio
O rio, a relva, o risco, a razão
Mas quem à vida se entrega
A sorte não nega seu abraço, seu chão

Irmão, é preciso coragem...
Irmão, é preciso coragem...

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste estudo só foi possível devido ao apoio vindo de todas as direções:

A **Deus**, ser superior que garantiu o desejo, a coragem, a perseverança, e bravura diante do caminho e dos obstáculos.

Aos **meus pais**, pelo exemplo de perseverança, luta, coragem, pela torcida, pelas privações. Desculpe-me a ausência.

A **meus irmãos, irmãs, e sobrinhos**, pelo apoio, pelo incentivo, pela torcida.

A **minha irmã Eliana**, pelo apoio incondicional, faça chuva ou faça sol, literalmente. Agradeço a assessoria e o incentivo.

A **Tânia Araújo**, que soube dosar como ninguém as orientações, ao direcionar-me no melhor caminho. Pelos ensinamentos e esclarecimentos recebidos, pela paciência, pelo incentivo, pelo respeito as minhas escolhas. Suas contribuições sempre estarão presentes na minha vida.

A **Rita de Cássia Pereira Fernandes** e **a Alexandre Jacobina**, pelo exemplo de competência e luta no campo da Saúde do Trabalhador. Em parte vocês são culpados por enveredar-me por este caminho. A final de contas foi a partir do Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador-ISC/CESAT que decidi onde poderia contribuir de forma efetiva e eficaz no campo da saúde.

Aos **amigos Angélica Riccio, Ailton Oliveira, e Ailton Santos**, pela escuta, pelo incentivo, pelo "pensar", pela assessoria, pela cumplicidade, por tudo. Vocês fazem parte de um grupo seletivo. Fazem parte desta conquista.

A **Mariluce, Vilara, Marcos Vínicios, Hyrlana, Viviane, Karine, Jair, e Marcio**, pelo apoio, pelo incentivo, pela escuta, pela paciência, pelos encontros, pelos desencontros, pela partilha de alegrias e aflições. Podem contar comigo, sempre. Valeu a caminhada !!!!

A **Rhanes**, pelo apoio, pela humildade, pelo incentivo, e pela escuta.

A **Jefferson, Janaína, Karla Maria, Nice, Aline Barbosa e Juliana** pelo apoio, pelo incentivo. Valeu!!!

A **Maria Ângela**, pela sabedoria, humildade, compreensão, simplicidade, e acolhimento. Sabe como ninguém tornar os caminhos menos tortuosos e mais prazerosos.

A **Roseny**, pelo respeito ao profissional, pela compreensão, pelo apoio, pelo acolhimento, por acreditar.

A **Cristiane Dias, a Helena, a Lorena**, pela escuta, pelo incentivo, pelo apoio, pelos conselhos. Obrigada por tudo.

A **Nelson Oliveira**, pelos ensinamentos e esclarecimentos recebidos, pela paciência, e pelo exemplo de humildade ao administrar o conhecimento.

Aos **colegas do Mestrado em Saúde Coletiva-UEFS**, pela convivência, pela partilha de experiências.

As professoras do Mestrado em Saúde Coletiva-UEFS, **Marluce Assis, Maria Conceição Costa, Lúcia Servo, e Rosely Cabral**, pelo aprendizado construído, pela sabedoria, e principalmente pela sensatez.

Ao **Núcleo de Epidemiologia da UEFS**, pelo acolhimento, pelo convívio, pela solicitude, e pelo aprendizado construído. A **Paloma**, pela solicitude. A **Juarez e a Franciele**, vocês são especiais.

A **Equipe da Secretaria da Pós-graduação em Saúde Coletiva-UEFS**, pela solicitude e pelo acolhimento.

A **Vilma Santana**, pelos esclarecimentos, pela disponibilidade de referências bibliográficas, pela coragem e iniciativa, de sempre contribuir para epidemiologia ocupacional.

A **Letícia Nobre e a Roberval Oliveira** pelos esclarecimentos e disponibilidade de referências que se remetessem ao meu objeto de pesquisa.

A **Norma Souto** pelos esclarecimentos e incentivo.

A **Eliana Trindade e a Cristina**, pela disponibilidade, pelo incentivo, pelo acolhimento, pela na busca de referências bibliográficas e de estratégias comunicativas.

A Márcia Falcão e a Fátima Falcão pela busca de estratégias comunicativas.

As Instituições promotoras do II CEST (ISC/CESAT), por me proporcionar novos horizontes e novos amigos.

A Carla, a Jose, e a Lai, pelo acolhimento.

A Lauro Porto , José Bouzas, Gabriela, Karina, Marlene, Lucas e Marco pela solicitude, na reta final.

A todos que se posicionaram como anjos-da-guarda e aqueles que estiveram na torcida, pois o incentivo e a certeza de poder contar sempre com vocês, foi o ingrediente fundamental para concretização de mais um sonho.

A todos que se posicionaram na contramão, pois a coragem e a perseverança duplicaram.

RESUMO

Os transtornos mentais comuns (TMC) constituem-se importante problema de saúde pública, atingindo parcela significativa da população. Esses transtornos caracterizam-se por sinais e sintomas como insônia, fadiga, irritação, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Determinadas características do trabalho, bem como as condições de vida, têm sido apontadas como possíveis fatores de riscos para a ocorrência de transtornos mentais, entre trabalhadores. As formas de trabalho podem levar ao desgaste psicobiológico dos trabalhadores, sendo elemento potencial de adoecimento. Os aspectos psicossociais do trabalho têm sido apontados como importantes estressores ocupacionais, com impactos significativos na saúde mental dos trabalhadores. Este estudo objetivou avaliar a associação entre os aspectos psicossociais do trabalho, na informalidade, e a ocorrência de transtornos mentais comuns, em Feira de Santana, Bahia, Brasil. Foi realizado um estudo de corte transversal, incluindo residentes na zona urbana de Feira de Santana com idade igual ou superior a 15 anos. Foram utilizadas uma ficha domiciliar e um questionário contendo questões sobre características sociodemográficas, características do trabalho profissional, aspectos psicossociais do trabalho e saúde mental. Para mensurar aspectos psicossociais do trabalho utilizou-se o Job Content Questionnaire (JCQ); e para aferir Transtornos Mentais Comuns foi utilizado o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). Realizou-se análise univariada, estratificada, e multivariada (análise de regressão logística múltipla). A prevalência global de transtornos mentais comuns foi 27,9%. Prevalências mais elevadas de transtornos mentais foram observadas nos grupos de alta exigência (36,4%) e trabalho passivo (30,5%), enquanto a prevalência em baixa exigência foi 21,9%. Achados obtidos na regressão logística revelaram associação entre aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais. Trabalhadores em alta exigência (RP:1,54; IC: 1,25–1,89) e em trabalho passivo (RP: 1,25; IC: 1,01–1,56) apresentaram maior prevalência de TMC do que o grupo de baixa exigência, após ajuste por idade e sexo, através da regressão logística múltipla. Os achados revelam a importância da organização do trabalho na saúde mental dos trabalhadores. Portanto, sugere-se o aumento do controle sobre a atividade e redimensionamento da demanda psicológica envolvida no trabalho.

Palavras-chave: Aspectos psicossociais do trabalho, transtornos mentais comuns, informalidade.

ABSTRACT

Common mental disorders (CMD), characterized by signs and symptoms such as insomnia, fatigue, irritation, forgetfulness, lack of concentration and somatic complaints, are an important public health problem affecting a significant share of the world's population. Possible risk factors for the occurrence of mental disorders among workers include specific work features and life conditions. Since work arrangements may lead to workers' psychobiological damage and potential sickness, psychosocial work features have been considered psychosocial work stressors with significant impacts in workers' mental health. This cross-sectional study was aimed at assessing the association between psychosocial work features in informal work environments and the CMD occurrence in urban dwellers in Feira de Santana (Bahia, Brazil) aged 15 or older. Data on household sociodemographics, occupational features, psychosocial work aspects and mental health were gathered by means of questionnaires. The Job Content Questionnaire (JCQ) and the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) were used to assess psychosocial work aspects and CMD, respectively, whereas univariate, stratified and multivariate (multiple logistic regression) analyses were the statistical procedures employed. Overall CMD prevalence was found to be 27.9%. Higher prevalence CMD rates were found in groups with high work demand (36.4%) and passive work (30.5%), whereas groups with low work demand showed a prevalence of 21.9%. Logistic regression procedures revealed an association between psychosocial work features and CMD: workers in groups of high demand (PR:1.54; CI: 1.25–1.89) and passive work (PR: 1.25; CI: 1.01–1.56) showed higher CMD prevalence rates than the low demand group after adjusting for age and sex. Since these findings demonstrate the importance of work arrangements for the workers' mental health, an increase in the control of work activities and a redimensioning of the psychological work demand is urged.

Key Words: psychosocial work features, common mental disorders, informal work arrangements.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos trabalhadores informais segundo variáveis sociodemográficas. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.	75
Tabela 2	Proporção dos trabalhadores informais na distribuição espacial segundo sexo. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.	76
Tabela 3	Proporção dos trabalhadores informais segundo subdistritos e faixa etária. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.	77
Tabela 4	Caracterização dos trabalhadores informais segundo lazer e hábitos de vida. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.	78
Tabela 5	Proporção dos trabalhadores informais segundo variáveis ocupacionais. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.	80
Tabela 6	Proporção dos trabalhadores informais segundo sobrecarga doméstica. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.	81
Tabela 7	Caracterização da população de estudo segundo a exposição. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.	83
Tabela 8	Caracterização dos trabalhadores informais segundo Modelo Demanda-Control e variáveis ocupacionais. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.	86
Tabela 9	Caracterização dos trabalhadores informais segundo Modelo Demanda-Control e hábitos de vida. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.	97
Tabela 10	Prevalência de transtornos mentais comuns segundo variáveis sociodemográficas entre os trabalhadores informais. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.	89
Tabela 11	Prevalência de transtornos mentais comuns segundo variáveis ocupacionais entre trabalhadores informais. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.	90
Tabela 12	Prevalência de transtornos mentais comuns segundo hábitos de vida entre trabalhadores informais. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.	91

Tabela 13	Prevalência de transtornos mentais comuns segundo sobrecarga doméstica entre trabalhadores informais. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.	91
Tabela 14	Prevalência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores informais segundo Modelo Demanda-Controle. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.	92
Tabela 15	Análise estratificada da associação entre aspectos psicossociais do trabalho segundo as co-variáveis de estudo. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.	94
Tabela 16	Análise estratificada da associação entre co-variáveis e transtornos mentais comuns entre expostos (alta exigência) e sadios, e entre não expostos e doentes. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.	95
Tabela 17	Análise estratificada da associação entre co-variáveis e transtornos mentais comuns entre expostos (trabalho passivo) e sadios, e entre não expostos e doentes. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.	96
Tabela 18	Análise estratificada da associação entre co-variáveis e transtornos mentais comuns entre expostos (trabalho ativo) e sadios, e entre os não expostos e doentes. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.	97
Tabela 19	Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns ajustados pelas variáveis confundidoras. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.	98
Tabela 20	Estimativa do modelo selecionado na análise de RLM. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.	98
Tabela 21	Razões de Prevalências ajustadas e intervalo de confiança (95%) entre aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.	101

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Modelo Demanda-Controle	51
Figura 2	Fluxograma da população estudada. Feira de Santana-Ba, 2002.	61
Figura 3	Estimativa de ponto corte do SRQ-20 para a população urbana de Feira de Santana-Ba, 2002.	65
Figura 4	Relação entre Sensibilidade e Especificidade do SRQ-20 em diferentes pontos de cortes para população urbana de Feira de Santana-Ba, 2002.	65
Figura 5	Modelo de predição	67
Figura 6	Distribuição dos trabalhadores informais segundo subdistrito. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.	76
Figura 7	Curva ROC do modelo estudado	102
Figura 8	Gráfico diagnóstico de influência	102
Figura 9	Quadro representativo da síntese dos principais achados na associação entre aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores informais.	106

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BA	Bahia
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CDC	Center for Disease Control
CIS-R	Clinical Interview Schedule
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DRT	Delegacia Regional do Trabalho
H₀	Hipótese nula
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
JCQ	Job Content Questionnaire
TEM	Ministério do Trabalho e Emprego
OCT	Organização Científica do Trabalho
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Internacional do Trabalho
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
RENAST	Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador
RLM	Regressão Logística Múltipla
ROC	Receiver Operating Characteristic
RP	Razão de Prevalência

RS	Rio Grande do Sul
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SRQ-20	Self Reporting Questionnaire-20
SUS	Sistema Único de Saúde
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO.....	18
1.1 Introdução.....	19
CAPÍTULO 2- FACETAS DA METAMORFOSE DO TRABALHO.....	23
2.1 Processo e organização do trabalho.....	24
2.2 Metamorfoses no processo de trabalho.....	27
2.3 Processo de informalidade e trabalho informal.....	31
CAPÍTULO 3 - SAÚDE MENTAL E TRABALHO INFORMAL: DESVELANDO SEUS LAÇOS.....	38
3.1 Relação saúde-trabalho.....	39
3.1.1 Modelos de atenção à saúde do trabalhador.....	41
3.1.1.1 A Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador-RENAST..	43
3.2 Convergindo para a saúde mental e o trabalho informal.....	46
3.2.1 O Modelo Demanda-controle.....	48
3.2.2 Os Transtornos Mentais Comuns-TMC.....	52
CAPÍTULO 4 – OBJETIVOS DO ESTUDO	54
4.1 Objetivo geral.....	55
4.2 Objetivos específicos.....	55
CAPÍTULO 5 - MATERIAIS E MÉTODOS.....	56
5.1 Tipo de estudo.....	57
5.1.1 O uso do estudo de corte transversal.....	57
5.1.1.1 Plano amostral	58
5.1.1.2 Processo e seleção dos indivíduos.....	59
5.2 Campo de estudo.....	60
5.3 População de estudo.....	60
5.4 Instrumentos de pesquisa.....	61
5.4.1 O Self Reporting Questionnaire (SRQ-20).....	62
5.5 Definição das variáveis de estudo.....	63
5.5.1 Avaliação da associação entre aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores informais.....	66

5.6 Aspectos éticos da pesquisa.....	71
CAPÍTULO 6 - RESULTADOS.....	73
6.1 Caracterização da população de estudo.....	74
6.1.1 Caracterização dos trabalhadores informais segundo a distribuição espacial	75
6.1.2 Caracterização dos trabalhadores informais segundo hábitos de vida	77
6.2 Características ocupacionais.....	78
6.3 Distribuição dos trabalhadores informais segundo os aspectos psicossociais do trabalho.....	81
6.4 Padrão de ocorrência dos transtornos mentais comuns entre trabalhadores informais.....	87
6.5 Associação entre aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores informais.....	92
6.5.1 Análise estratificada.....	92
6.5.2 Análise multivariada.....	98
CAPÍTULO 7 - DISCUSSÃO.....	103
7.1 Limitações do estudo.....	104
7.2 Síntese dos resultados.....	105
7.3 Transtornos Mentais Comuns entre trabalhadores informais.....	107
7.4 Aspectos psicossociais do trabalho.....	113
CAPÍTULO 8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	115
REFERÊNCIAS.....	119
ANEXOS	131
ANEXO 01 - Modelo do Questionário.....	132
ANEXO 02 - Comunicação Interna – Aprovação do Projeto de Pesquisa.....	141

Capítulo 1 - Introdução

“(...) nesse sentido, que o labor científico caminha sempre em duas direções: numa, elabora suas teorias, seus métodos, seus princípios e estabelece seus resultados; noutra, inventa, ratifica seu caminho, abandona certas vias e encaminha-se para certas direções privilegiadas. E ao fazer tal percurso, os investigadores aceitam os critérios da historicidade, da colaboração e, sobretudo, incubem-se da humildade de quem sabe que qualquer conhecimento é aproximado, é construído.

(Maria Cecília Minayo, 1994, p. 12)

1.1 Introdução

O mercado de trabalho do Brasil, no início da década de 90, estava concentrado no setor industrial. No entanto, já no final deste período, o setor de serviços passou a concentrar a maior parte da força de trabalho nas principais regiões metropolitanas (DIEESE, 2001). Os anos 90 representaram a ruptura do crescimento dos postos formais de trabalho, fazendo crescer a informalidade no mercado de trabalho, que até as décadas de 60 e 70 era considerada como subemprego (NORONHA, 2003). Neste contexto, a desregulamentação, a flexibilização e a terceirização nas formas de trabalho constituem expressão da lógica societal, na qual o capital prevalece sobre as características humanas do trabalho.

No Brasil, em 1992, 55,2% dos postos de trabalho estavam no setor informal; em 1999, esse percentual passou para 56,3% e, em 2001, representou 54,6% da população ocupada (SILVA et al, 2002), revelando aumento do número de trabalhadores que exerciam suas atividades no setor informal. Em 1995, no município de Feira de Santana, 64% dos trabalhadores que exerciam suas atividades no setor informal, quase 2/3 da população economicamente ativa compunha este setor da economia feirense, distribuídos nos serviços (34%), no comércio (32,8%) e na indústria (9,9%) (NASCIMENTO, 1996).

A heterogeneidade da estrutura ocupacional, no contexto histórico atual, nos remete à dinâmica social, onde fenômenos construídos coletivamente impactam no cotidiano dos atores deste processo, os trabalhadores (POSSAS, 1989). Entendendo-se que a relação saúde-trabalho é compreendida como fenômeno

coletivo e social (LAURELL; NORIEGA, 1989), tais condições, avanços e retrocessos nas formas de trabalho podem levar ao desgaste biopsíquico dos trabalhadores, sendo elemento potencial de adoecimento.

A informalidade trouxe características peculiares para a saúde dos trabalhadores, na medida em que proporciona baixos níveis de poder de decisão e de controle pessoal sobre as formas de remuneração e aumento da extensão das jornadas de trabalho (LUDERMIR, 2000). Seligmann-Silva (1994, p. 46) enfoca a importância do trabalho, destacando que “o trabalho, conforme a situação, tanto poderá fortalecer a saúde mental quanto levar a distúrbios que se expressarão coletivamente em termos psicossociais e/ou individuais, em manifestações psicossomáticas ou psiquiátricas”.

Se compreendermos que as formas de organização do trabalho, incluindo o tipo de contexto de trabalho, podem determinar as condições de trabalho, e que essas condições podem ter repercussões negativas sobre a saúde física e mental dos trabalhadores, cabe-nos avaliar quais os processos, especialmente aqueles relativos à organização do trabalho, e seus possíveis efeitos sobre a saúde. A partir deste entendimento geral, definimos um campo específico de interesse: Qual a relação entre aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores informais, no município de Feira de Santana?

A escolha do tema, aqui apresentado, relaciona-se à possibilidade deste estudo fornecer elementos norteadores para o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador/RENAST, através do Observatório Nacional de Saúde do Trabalhador/Ministério da Saúde. Desta forma, fortalecendo a Macrorregião Nordeste (divisão regional da RENAST), através de ações de assistência e vigilância à saúde do trabalhador, e o Ministério do Trabalho e

Emprego-MTE, através da Delegacia Regional do Trabalho-DRT, os achados aqui produzidos poderão nortear as ações de fiscalização deste órgão.

Este estudo também possui relevância científica, uma vez que avaliou a associação entre aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores informais em Feira de Santana, estimando a prevalência de transtornos mentais comuns entre esses trabalhadores e sua relação com estressores ocupacionais. É importante ressaltar que este estudo poderá contribuir para o conhecimento na área, uma vez que o instrumento utilizado para definir os estressores ocupacionais, o Job Content Questionnaire-JCQ, não foi ainda utilizado para estudar populações de trabalhadores informais. Desse modo, poderá também testar a capacidade deste instrumento para identificar grupos de risco à saúde entre esse tipo de trabalhadores.

Em função da relevância do impacto das metamorfoses do trabalho na saúde mental dos trabalhadores do setor informal, nos países em desenvolvimento, este estudo buscou preencher lacunas na produção de conhecimento sobre a dimensão psicossocial do trabalho e os transtornos mentais comuns que possam estar acometendo o grupo de trabalhadores selecionado para o estudo. Portanto, foi necessário compreender a relação saúde trabalho, a definição de setor informal, processo de informalidade, e o impacto das metamorfoses do trabalho na saúde mental dos trabalhadores.

É importante salientar que este estudo não visou discutir a formalização da informalidade. Buscou-se fornecer elementos que possibilitem a atuação no contexto da informalidade.

Nesta perspectiva, a presente dissertação, toma como população de estudo trabalhadores informais, grupo exposto a várias cargas de trabalho, além de ocupar a maioria dos postos de trabalho no Brasil.

A dissertação apresenta, no segundo e terceiro capítulos, a contextualização do objeto de estudo, enfocando os aspectos relevantes para o entendimento da temática em questão: processo e organização do trabalho, metamorfose no trabalho, processo de trabalho, processo de informalidade e trabalho informal, relação saúde-trabalho, aspectos psicossociais do trabalho e saúde mental.

No quarto capítulo, são apresentados os objetivos do estudo. E no quinto capítulo é apresentada a trajetória metodológica percorrida. As etapas de desenvolvimento do estudo serão detalhadas, desde a escolha do tipo de estudo até o plano de análise dos dados.

A apresentação dos resultados do estudo é feita no sexto capítulo, a partir dos resultados obtidos nas análises descritiva, estratificada, e multivariada. Os dados foram ordenados em: caracterização da população de estudo, características ocupacionais, distribuição dos trabalhadores informais segundo os aspectos psicossociais do trabalho, padrão de ocorrência dos transtornos mentais comuns na população estudada, e avaliação da associação entre aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns.

No sétimo capítulo, são discutidos os resultados do estudo, na tentativa de desvelar os limites e compreender os achados encontrados.

Finalmente no oitavo capítulo, são tecidas considerações finais sobre o estudo realizado. Esta seção pontua os principais resultados encontrados, tece recomendações relevantes acerca do grupo de trabalhadores informais, e aponta questões de interesse para investigações futuras.

Capítulo 2 - As facetas da metamorfose do trabalho

“(…) Como os objetos da investigação científica são complexos e fragmentáveis (de diferentes maneiras, e cada plano de fragmentação pode ser estudado por um número infinito de variáveis), isso cria um dilema: como escolher os recortes, e que critérios os norteiam? Para os racionalistas, a explicação é que toda investigação tem um referencial teórico e uma hipótese, ao passo que, para os empiricistas, ela surge de observações e experimentos, e para outros, a explicação é o analogismo.”

(Jaime Breilh, 2006, p. 275)

2.1 Processo e organização e4.3311773.16436(z) 0.295585(at.3280439)0.6400312ãniah7(4.3

Existem quatro momentos do processo de trabalho (COHN, 1993): cooperação simples (caracterizada pela autonomia no processo de produção); manufatura (divisão técnica do trabalho, ruptura entre a concepção e execução do trabalho/monotonia, repetição); maquinaria (substituição de instrumentos artesanais por máquinas/movimentos estereotipados e repetitivos, trabalho em turnos); e automação (controle pelo computador/imobilidade, redução do esforço físico, desgaste psíquico e alta concentração).

A escola científica ou clássica, representada pelo taylorismo e o fordismo, concretiza-se através de mudanças no processo produtivo, com a aplicação mais intensiva do conhecimento científico à gestão/administração da força de trabalho. O taylorismo instituiu um modelo de organização de trabalho que foi denominado Organização Científica do Trabalho (OCT). Este modo capitalista de produção foi dirigido pela gerência, a qual apoderou-se do processo de trabalho na tentativa de controlar seus elementos (BRAVERMANN, 1987). Caracteriza-se pela rigidez, separação do trabalho por tarefas e níveis hierárquicos, controle sobre o tempo gasto em cada tarefa, produção em tempo mínimo.

Posteriormente, surge o fordismo, o qual implica em produção em massa, através da organização da linha de montagem para ampliar a produção. A lógica do fordismo é produzir em massa e consumir em grandes quantidades. Neste sentido, é necessário pagar bem aos trabalhadores para que eles possam consumir.

Com a crise do modelo taylorista-fordista, de automação rígida (eletromecânica), abriu espaço para a automação flexível (microeletrônica), surgindo, então, o toyotismo (“modelo japonês”). Este modelo caracteriza-se por novos padrões de busca de produtividade, flexibilização da produção, advento da microeletrônica, busca pela qualidade total, e formas transitórias de produção

(ANTUNES, 2003). Os pilares deste novo modelo flexível são: a produção para demanda específica (just in time) e a autonomia fornecida ao trabalhador (autoativação) (MORAES-NETO, 2003). Não obstante, a consolidação do capitalismo substitui o trabalho vivo pelo trabalho morto, colocando o pensar humano no equipamento (automação). A fragilidade do toyotismo, nos remete a incapacidade de lidar com a heterogeneidade dos trabalhadores, assim como, o controle sobre o papel coletivo de trabalho, onde os trabalhadores adequam-se aos interesses coletivos, a chamada “autonomia controlada” (HIRATA & ZARIFIAN, 1991)

A revolução técnica e a expansão industrial possibilitaram o toyotismo. Neste contexto, a classe trabalhadora fragmentou-se, heterogeneizou-se, complexificou-se, precarizou-se, surgindo uma nova forma produtiva, um novo paradigma: a acumulação flexível (ANTUNES, 2003). Esta forma de gestão do trabalho “caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. A acumulação flexível envolve rápidas mudanças dos padrões do desenvolvimento desigual” (HARVEY, 2003; p. 140).

A terceirização e a flexibilização da produção são algumas das características que exprimem este processo histórico-social. A terceirização, desintegra, diferencia e fragmenta o trabalho (DRUCK, 1998). É a expressão mais visível da flexibilização do trabalho (DRUCK; BORGES, 2002), podendo ser caracterizada por: contratos em tempo estabelecido, contrato por tempo parcial e prestação de serviço, sem cobertura legal, sob a responsabilidade de terceiros. Flexibilização pode ser entendida como desvantagem do trabalho e do trabalhador frente ao capital (FREITAS, 2000). A flexibilização pode ser traduzida pela

contratação de trabalhadores temporários, número reduzido de trabalhadores, horas extras, direitos flexíveis (ANTUNES, 2003).

Tanto a terceirização, quanto a flexibilização expressam a precarização social do trabalho. Hirata & Prêteceille (2002), discutem a precarização social a partir de dois componentes, a precarização econômica e a precarização da proteção social.

Todo esse processo de reestruturação produtiva, que se expandiu nas últimas décadas nos países industrialmente mais avançados, acarretou mudanças técnicas e organizacionais, relacionadas às práticas de emprego, conteúdo dos postos de trabalho, divisão de tarefas, divisão do trabalho e da estrutura ocupacional, e das relações de hierarquia e de autoridade, que atingiram os “sobreviventes” e os “excluídos” deste processo: os trabalhadores. Desta forma, este processo parece apontar para novos paradigmas de produção (GUIMARÃES, 2002). É importante destacar o entendimento deste processo, como algo singular e diretamente relacionado à heterogeneidade vigente no momento histórico, econômico, político e social do espaço social contemporâneo.

2.2 Metamorfoses no processo de trabalho

Segundo Codo (1993, p. 97), “o trabalho é mágico porque é duplo, carrega em si a maldição da mercadoria, a fantasmagoria do dinheiro: de um lado aparece como valor de uso, realizador de produtos capazes de atender necessidades

humanas; de outro, como valor de troca, pago por salário, criador de mercadoria, e ele mesmo é uma mercadoria no mercado”.

A força de trabalho é considerada como a capacidade de executar o trabalho (MARX, 1971). De acordo com Braverman (1987, p. 58), *“o que distingue a força de trabalho humana é, portanto, não sua capacidade de produzir um excedente, mas seu caráter inteligente e proposital, que lhe dá infinita adaptabilidade e que produz as condições sociais e culturais para ampliar sua própria produtividade, de modo que seu produto excedente pode ser continuamente ampliado”*.

Através do trabalho é possível “entender e analisar o processo saúde-doença enquanto processo social” (LAURELL, 1989). A relação saúde-trabalho vem assumindo um papel de evidência no campo da Saúde Coletiva, iniciado com a Medicina Social latino-americana, a qual concebe uma relação complexa entre os processos sociais e psicobiológicos (LAURELL, 1995). O impacto das mudanças do trabalho na saúde da coletividade, passa a determinar novos padrões de saúde-doença. Estas mudanças aconteceram em diversos países, impulsionando-se predominantemente naqueles em desenvolvimento com estruturas social, econômica, e política frágeis.

Este impacto econômico-social da globalização e do processo de reestruturação produtiva definiu modos de vida da população brasileira e, conseqüentemente, redefinição dos padrões de saúde-doença no campo da saúde dos trabalhadores (RIGOTTO, 1998). Neste sentido, fica clara a importância do trabalho como elemento central para o entendimento do processo de adoecimento. A abordagem de Laurell e Noriega (1989) desenvolvida na América Latina, a partir do referencial marxista, elege o trabalho como categoria analítica central para a compreensão dos nexos biopsicossociais. No Brasil, Possas (1987) elege a relação

entre estrutura ocupacional e o modo de vida do trabalho (estilo e condições de vida) como essencial para compreensão do processo saúde-doença.

Dejours (1992), na discussão da relação entre adoecimento psíquico e trabalho, no intuito de melhor entender esta relação, descreve dois tipos de sofrimentos na situação de trabalho que são expressos através da insatisfação e da ansiedade. Segundo este autor, o organizador da vida mental no trabalho é a organização do trabalho, onde a vivência e as estratégias adotadas pelo trabalhador no manejo das cargas de trabalho são importantes e peculiares aos coletivos de trabalhadores que desempenham as mesmas atividades. Neves e Seligmann-Silva (2004) propõem o modelo do desgaste mental, colocando o desgaste como elemento central para compreensão da complexidade entre os processos coletivos e psicossomáticos.

A apropriação do termo “metamorfoses do trabalho” nos remete à denominação referida por Ricardo Antunes (2003) para caracterizar as transformações do mundo do trabalho, originalmente utilizado por Marx.

A globalização e o processo de reestruturação produtiva, iniciados nas últimas décadas na sociedade contemporânea, em especial a transição do taylorismo/fordismo para o toyotismo e posteriormente acumulação flexível, trouxe conseqüências para o processo de produção e para a classe trabalhadora. Nesse processo, expandem-se novas modalidades de trabalho, o autônomo, o de tempo parcial, o temporário e em domicílio (RIGOTTO, 1998).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (IBGE, 2005b, p.2) define trabalhador por conta própria como a “pessoa que trabalha explorando o seu próprio empreendimento, sozinha ou com sócio, sem ter empregado e contando, ou não, com ajuda de trabalhador não remunerado”, também denominado trabalho

autônomo. O trabalho em domicílio é aquele em que o trabalhador desenvolve sua atividade no próprio domicílio. O trabalho em tempo parcial é aquele cuja duração não excede vinte e cinco horas semanais. O trabalho temporário, segundo o Ministério do Trabalho e Emprego-MTE (2005), é aquele prestado por pessoa física a uma empresa, para atender a necessidade de substituição de seu pessoal regular e permanente ou acréscimo extraordinário de serviços.

Haja vista a heterogeneidade das formas de trabalho, é importante conhecer as conseqüências da metamorfose do trabalho nos processos de produção e para a classe trabalhadora.

Antunes (2003) sistematiza as conseqüências dos novos modelos de trabalho no processo de produção e de trabalho, destacando: redução do proletariado fabril, incremento do subproletariado fabril e de serviços (trabalho precarizado), aumento do trabalho feminino, aumento dos assalariados médios e de serviços, aumento no sindicalismo desses setores, exclusão dos jovens e dos idosos do mercado de trabalho, inclusão precoce e criminosa de crianças no mercado de trabalho, expansão do “trabalho social combinado” (

Os elementos apresentados pela literatura fornecem subsídios para contextualizar o impacto do trabalho na saúde dos trabalhadores, permitindo avaliar como as novas formas de trabalho impostas pelo capitalismo, podem repercutir na vida e na saúde dos trabalhadores. Portanto, o trabalho constitui-se categoria central para compreensão do processo de adoecimento. Antunes (2003: p. 171) explicita a relevância do trabalho, quando afirma que: *“... o capital pode diminuir o trabalho vivo, mas não eliminá-lo. Pode intensificar sua utilização, pode precarizá-lo e mesmo desempregar parcelas imensas, mas não pode extingui-lo”*.

Neste contexto as metamorfoses do trabalho devem ser consideradas como determinantes do adoecimento psíquico, face aos aspectos acima apresentados.

2.3 Processo de informalidade e trabalho informal

A definição oficial de setor informal foi descrita na década de 70, no Quênia, em um estudo realizado pela OIT (Organização Internacional do Trabalho) sobre a estrutura produtiva e de emprego e renda daquele país, levantando questões sobre as quais, ainda hoje, não se chegou a um consenso. Segundo Silva et al (2002), o documento da OIT, na caracterização de trabalho informal, destaca alguns aspectos conceituais relacionados a: ilegalidade (sem carteira de trabalho assinada), autonomia (iniciativa empreendedora assumida por determinados trabalhadores na busca de melhoria de vida, do próprio negócio, livre do controle patronal) e microempreendimento (desenvolvido por empreendedores que possuem poucos funcionários). Dois tipos de mercado de trabalho foram também descritos: 1) um

setor formal, definido como aquele que possui obstáculos à entrada, recursos externos, sistema impessoal, protegido por cotas e tarifas, grande escala de produção, tecnologia moderna e mão-de-obra qualificada e; 2) um setor informal, definido pela ausência de barreiras à entrada, recursos domésticos, propriedade individual, pequena escala de produção,

Filgueiras, Druck e Amaral (2004), referem-se ao setor informal como consequência do excedente de mão-de-obra resultante do elevado crescimento demográfico, o qual teve como alternativa a ocupação em atividades de baixa produtividade, fora da relação assalariada e sem proteção social. Entretanto, os autores afirmam que a divisão da economia em setores é dual e estática. Para superar este entrave conceitual, passou-se a utilizar o termo informalidade. Os autores destacam que o conceito de informalidade vem sofrendo inúmeras interpretações e qualificações ao longo dos últimos trinta anos, na tentativa de superar a limitação da definição inicial, proposto pela OIT. Tal dificuldade, pode ser devido à heterogeneidade estrutural, que perpassa os diversos países, em especial o Brasil, onde as discrepâncias sociais levam à busca de novas alternativas para sobrevivência.

No final da década de 70, o conceito de informalidade esteve relacionado às atividades e práticas econômicas ilegais, a chamada economia subterrânea.

Na década de 90, com a globalização e reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho, ampliou-se o conceito de informalidade em função do surgimento de uma “nova informalidade”. Nesse novo redimensionamento, a informalidade passou a articular-se com as atividades formais, através da terceirização, de novos produtos, de novas atividades econômicas e redefinição das atividades existentes. Assim, o conceito foi definido como a “presença de novos

trabalhadores informais em velhas e novas atividades, articuladas ou não com os processos produtivos formais, ou em atividades tradicionais da “velha informalidade” que são por eles redefinidas”. Constitui-se numa conexão entre ilegalidade e/ou atividades e formas de produção não tipicamente capitalistas, ou seja, a junção dos dois critérios (FILGUEIRAS; DRUCK; AMARAL, 2004, p. 215). Ressalta-se que as transformações no conceito de informalidade se deram em função do processo de reestruturação produtiva.

Cabe assinalar que a informalidade constitui-se um dos termos mais polêmicos da Economia e da Sociologia do Trabalho. Na sua definição, deve-se levar em conta três critérios: 1) critério quanto a forma de organizar a atividade econômica - (capitalista/ não capitalista), dando origem a dois setores (formal/ informal); 2) critério quanto a natureza jurídica da atividade econômica - (legal/ ilegal), demarcando dois tipos de fenômenos (economia registrada e economia subterrânea; 3) junção dos dois critérios acima referidos, que dá origem a dois segmentos: atividades fordistas ou capitalistas registradas e atividades não fordistas, legais ou ilegais, não registradas, correspondendo aos assalariados sem carteira (FILGUEIRAS; DRUCK; AMARAL, 2004).

Cacciamali (1999; p. 21), define o setor informal como *“uma forma de organização específica que induz, devido às limitações de sua constituição, na maioria das vezes, nas sociedades latino-americanas, à implementação de atividades e negócios que resultam em baixo nível de produtividade e de renda”*.

Não há consenso sobre o significado de formal e informal no Brasil. O entendimento popular mais comumente aceito advém da ordem jurídica, ou seja, informal é aquele trabalhador sem carteira assinada (NORONHA, 2003).

Neste estudo, o trabalhador informal foi definido de acordo o entendimento das relações sociais baseadas na ausência de regulamentação e proteção trabalhistas. Assim sendo, trabalhador informal é aquele que não possui carteira de trabalho assinada, cujo indicador remete ao instrumento de coleta de dados do Projeto-mãe deste estudo.

Entende-se, como trabalho formal, aquele realizado por trabalhadores com vínculo empregatício, pertencentes ao setor formal, compondo a população ocupada, pertencente a população economicamente ativa dos segmentos do mercado de trabalho. Nascimento (1996) define setor formal como aquele composto por empregadores/capitalistas ou empregados assalariados, onde as posições na relação de trabalho são bem definidas.

O processo de informalidade é definido como o *“processo econômico contemporâneo que cria focos de informalidade no âmbito da estrutura produtiva e do mercado de trabalho”* (CACCIAMALI, 1999; p. 21). A autora refere ainda que pelo menos dois recortes deva ser objeto de estudo no campo do mercado de trabalho. O primeiro, é referente à reorganização do trabalho assalariado, que se expressa sob a forma de trabalho assalariado não registrado junto aos órgãos de seguridade social, assim como cooperativas, empreiteiras de mão-de-obra, agências de trabalho temporário, prestação de serviço autônomo. O segundo, é o auto-emprego e outras estratégias de sobrevivência desenvolvidas pelas pessoas que têm dificuldades de reemprego ou ingresso no mercado de trabalho. Este último é referido como o espaço econômico passível de ser explorado por formas de trabalho típicas do setor informal.

As modificações no mundo do trabalho ocorridas no Brasil, nos anos 90, levou ao incremento do trabalho ilegal (aquele sem carteira de trabalho assinada) e

informal (trabalho autônomo ou por conta própria), especialmente nos setores da construção civil, de serviços e do comércio (IBGE, 2005). O setor da construção civil compõe uma parcela representativa do PIB (Produto Interno Bruto), absorvendo mão-de-obra com baixo nível de escolaridade, formas de trabalho desregulamentadas, flexíveis e precárias condições laborais que resultam no aumento do número de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais (SILVA; SILVA, 2005).

A distribuição dos ocupados segundo a natureza não capitalista (que não utiliza o trabalho assalariado), no período de 1996-2000, foi de 55% para o formal e 45% para o informal; segundo a natureza ilegal da atividade, foi de 49% para a economia registrada, e 51% para a economia subterrânea (que não contribui para a previdência social). Ressalta-se que estas informações englobam os ocupados e as formas de agregação, como por exemplo, inclusão dos desempregados ocultos por trabalho precário e os inativos com trabalho excepcional) (FILGUEIRAS; DRUCK; AMARAL, 2004).

Em estudo realizado por Santana et al (2003), foram descritos os indicadores de precarização do trabalho de acordo com o ramo de atividade (construção/outro), em Salvador-Ba. Observou-se que 65,8% da população estudada possuía contrato de trabalho sem carteira de trabalho assinada. Neste mesmo estudo, observou-se que o principal motivo de não ter carteira assinada foi à falta de oportunidade de emprego (51,6%).

Em outro estudo realizado por Santana e Oliveira (2004), cuja população foi composta por trabalhadores da construção civil, observou-se que, no trabalho em domicílio e na rua, havia uma maior concentração de

Por fim cabe registrar que, assim como o trabalho informal, o desemprego ganha espaço na economia brasileira. A taxa de desemprego na região metropolitana de Salvador, em fevereiro de 2005, foi de 24,6% (DIEESE, 2005). Este elevado percentual (cerca de um a cada quatro trabalhadores) pode, por um lado, ser decorrente da fragilidade do mercado formal de trabalho, caracterizado pela instabilidade do vínculo empregatício, baixa qualificação do trabalho e baixos salários; quanto, por outro lado, pode ser implicativo da procura por alternativas de trabalho mais flexíveis com salários mais elevados, autonomia na execução das atividades laborais e o auto-emprego. O trabalho informal guarda essa duplicidade: pode representar, de um lado, ausência de oportunidades, fazendo com que o trabalhador se submeta a qualquer forma de precarização; quanto, por outro lado, pode representar a possibilidade de escolha e opção por formas mais flexíveis e auto reguladas de trabalho. Portanto, como se vê, é um processo complexo, com múltiplas dimensões e direções – assim, ao se estudar fenômenos como este, deve-se atentar para seu caráter multifacetado e para as dificuldades em se observar relações unidirecionais como aquela, muitas vezes esperada, entre uma exposição e um efeito.

O processo de informalidade deve ser associado às diferentes formas de inserção no mercado de trabalho. Essas formas, por sua vez se originam dos processos de reorganização das economias mundial, nacionais e locais, e podem ser apreendidos a partir de sua relação com o setor formal, englobando as formas de trabalho atípicas a este último setor.

Tanto o setor informal, quanto o processo de informalidade, estão diretamente relacionados ao processo de reestruturação produtiva, ordena a

inserção no mercado de trabalho, ampliando as formas de trabalho desregulamentadas, flexíveis e precarizadas.

Capítulo 3 - Saúde mental e trabalho informal: desvelando seus laços

“(...) O desenvolvimento desigual das forças produtivas, das ciências, das técnicas, das máquinas, do processo de trabalho, da organização e das condições de trabalho culmina numa situação muito heterogênea para que se possa fazer uma análise global da relação saúde-trabalho.”

(Christophe Dejours, 1992)

3.1 Relação saúde-trabalho

A relação saúde-trabalho deve ser entendida enquanto processo social. Na tradição latino-americana, este processo tem sido avaliado a partir das contribuições do marxismo, (LAURELL; NORIEGA, 1989), o qual sistematiza três eixos analíticos de investigação: as abordagens teórico-metodológicas empregadas, o tema tratado, e as suas implicações numa ação transformadora. Esses eixos se sustentam no papel dos trabalhadores no processo de produção do conhecimento. Para melhor compreensão dos eixos é necessário o entendimento dos modelos de interpretação da interface saúde-trabalho.

Os modelos de interpretação das relações saúde-trabalho consideram alguns elementos, dentre eles: o levantamento dos riscos e sua explicação socio-política, a saúde relacionada com a condição operária, a problematização da relação trabalho-saúde e os estudos sindicais. O primeiro, devido ao subregistro e a ausência de crítica à análise social, e à recusa, na sua abordagem, vínculo com o contexto social. O segundo, caracteriza-se como uma tentativa de sistematizar e aferir os elementos recolhidos num local de trabalho para retratar as suas condições, com a pretensão de abranger os riscos tradicionais e os elementos psicossociológicos, em que a saúde traduzirá mais um indicador (sinalizador) do que um problema. O terceiro, contesta o modelo sanitarista, a fim de abordar a problemática de Saúde Coletiva como um processo social e político, emergindo a questão saúde como novo objeto social e psicobiológico. Nesta perspectiva, o biológico está submetido ao social, permitindo seu entendimento sob formas históricas singulares. Os estudos sindicais,

apóiam-se nas reivindicações sindicais, através de estudos que tentam mostrar os efeitos adversos à saúde, através do Modelo Operário Italiano (FACCHINI, 1993).

O Modelo Operário Italiano introduziu novas práticas de abordagem da saúde dos trabalhadores pautado em quatro conceitos básicos: valorização da experiência e subjetividade operária, participação dos trabalhadores como sujeitos do processo de investigação, levantamento das informações sobre o processo de trabalho e riscos à saúde através dos grupos homogêneos de trabalhadores, e validação consensual das informações (FACCHINI, 1991).

A partir da complexidade da relação saúde-trabalho, alguns aspectos conceituais e metodológicos devem ser elucidados, em particular a categoria analítica processo de trabalho, elemento central para o entendimento do processo saúde-doença. O trabalho é definido como atividade humana desenvolvida no processo de produção de bens materiais (HARNECKER, 1983). O processo de produção é o processo de trabalho que se verifica sob determinadas relações de produção, não perdendo de vista sua finalidade de extração de mais valia, assumida no capitalismo. O processo de trabalho, de fato, é uma categoria capaz de dar conta da abordagem dos processos sociais (LAURELL; NORIEGA, 1989; FACCHINI, 1993). Pode ser definido a partir do materialismo histórico como “todo processo de transformação de um objeto determinado, seja este em estado natural ou já trabalhado, em um produto determinado, transformação efetuada por uma atividade humana determinada, utilizando instrumentos de trabalho determinado” (HARNECKER, 1983, p. 32).

No processo de trabalho, o trabalhador está exposto a um conjunto de cargas de trabalho que definem um determinado padrão de desgaste. Segundo Facchini (1993, p.180), as cargas de trabalho são definidas como “*exigências ou demandas*

psicobiológicas do processo de trabalho, gerando ao longo do tempo as particularidades do desgaste do trabalhador". Esta definição é uma tentativa de substituição do conceito de risco, da epidemiologia tradicional, por carga de trabalho. Esse novo conceito, não se restringe apenas à probabilidade de ocorrência de determinado evento, mas pode fornecer visibilidade aos elementos que caracterizam as reações biopsíquicas do trabalhador, a partir de uma abordagem de determinação social dos processos saúde-doença. As cargas de trabalho podem ser classificadas em físicas químicas, orgânicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas, não havendo hierarquia entre as mesmas. O desgaste psicobiológico é caracterizado como aquele em que há perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica (LAURELL; NORIEGA, 1989).

3.1.1 Modelos de atenção à saúde do trabalhador

Existem três modelos de atenção à saúde no campo da relação saúde-trabalho. Os mesmos foram sendo modificados ao longo do tempo, a partir de exigências tecnológicas e sociais. Mendes e Dias (1991) abordaram o percurso da medicina do trabalho à saúde do trabalhador:

1. Medicina do trabalho - O primeiro serviço de medicina do trabalho surgiu em 1830, dirigido por profissionais de confiança do empregador. Apenas o médico prevenia danos à saúde, e era responsável pelos problemas de saúde ocorridos. Em meio ao período de guerra e pós-guerra, caracterizados por acidentes de trabalho, doenças do trabalho, e, conseqüentemente, alto custo para os empregadores e companhias de seguro, emerge a insatisfação dos trabalhadores associado ao avanço tecnológico e novos riscos de

adocimento, frente à impotência dos médicos. Percebeu-se a necessidade de ação multidisciplinar, com o objetivo de intervir no ambiente. Para tanto, era necessário a participação de outros profissionais, surgindo então a saúde ocupacional.

2. Saúde ocupacional – Diante da perspectiva interdisciplinar e multiprofissional, a saúde ocupacional não sustentou a operacionalização da proposta inicial. Continuou mantendo o mecanicismo, abordando o trabalhador enquanto objeto das ações de saúde, e trabalhando no âmbito do setor trabalho em detrimento do setor saúde. Este cenário culminou na avaliação de insuficiência deste modelo, favorecendo o aparecimento da saúde do trabalhador, frente às exigências por direitos dos trabalhadores, principalmente nos países industrializados. Nesta perspectiva de contraponto, a Itália foi o exemplo clássico da luta operária. Frente ao declínio da saúde ocupacional e a ascensão da saúde do trabalho, temos as seguintes conseqüências: desconfiança dos procedimentos realizados, exposição ocupacional questionada, importância da organização do trabalho, novas tecnologias, transformação nos processos de trabalho, mudança de perfil de morbidade.
3. Saúde do trabalhador – É um campo da saúde pública, e possui como objeto o processo saúde-doença do indivíduo com relação ao trabalho. Neste modelo, o trabalho é considerado como organizador da vida social e espaço de resistência. Os trabalhadores são compreendidos como atores sociais no âmbito da relação saúde e trabalho. Apesar das diferenças entre os diversos países onde este modelo é operacionalizado, os mesmos assemelham-se no

que se refere à participação dos trabalhadores (o saber), no processo de trabalho.

A partir da discussão de Mendes e Dias (1991), é pertinente a abordagem deste último modelo, à luz da realidade brasileira nos dias atuais, no que concerne a Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador-RENAST.

3.1.1.1 A Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST)

Os primeiros dispositivos legais para a estruturação da saúde do trabalhador no Brasil, foram conferidos pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a 1ª Conferência Nacional dos Trabalhadores, em 1987, iniciando-se um processo de discussão sistemática da redefinição sobre as questões da saúde dos trabalhadores. De acordo com a Constituição de 1988, art. 200: “*Compete ao SUS, além de outras atribuições, executar as ações de saúde do trabalhador*”. O avanço quantitativo e qualitativo da institucionalização das práticas de saúde do trabalhador levou ao processo de consolidação do campo da saúde do trabalhador.

Em 1994, foi realizada a 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, cujo tema foi: “Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador”, onde foram fomentadas questões norteadoras para a consolidação da política de saúde do trabalhador no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Atualmente, as políticas públicas de saúde, no Brasil, sustentam a execução de ações de saúde do trabalhador vinculadas ao SUS (Sistema Único de Saúde), estabelecendo caráter multiprofissional e intersetorial, e da responsabilidade dos

Estados e Municípios com o processo de descentralização das ações de saúde (BRASIL, 2005b).

Face à implementação de ações no campo da saúde do trabalhador, foi instituída pelo Ministério da Saúde, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador-RENAST, através da portaria 1679/GM, em 19 de setembro de 2002 (BRASIL, 2005a). Esta portaria estabelece a RENAST, a qual resolve em seu Art. 1º - “Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador-RENAST, a ser desenvolvida de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios” - tratando-se de uma rede hierarquizada em três níveis de gestão (Ministério da Saúde, Secretarias de Estado e Secretarias Municipais de Saúde), visando a criação de uma cultura institucional sanitária frente aos problemas decorrentes da relação saúde, trabalho e meio ambiente.

Em 2005, após uma década, foi realizada a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, cujo tema foi: “Trabalhar sim, adoecer não” (BRASIL, 2005).

Posteriormente a portaria 1679/MS, foi vigorada a portaria 2.437/MS, a qual ampliou e fortaleceu a RENAST no SUS, através do envolvimento de órgãos e setores executores de ações na interface saúde e trabalho, e redefinição da gestão de recursos financeiros para essa Rede. Nesta perspectiva de atenção à saúde do trabalhador, foram criados os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), compostos por uma equipe multiprofissional (fisioterapeuta, psicólogo, médico, terapeuta ocupacional, enfermeiro, assistente social, técnico de segurança no trabalho, auxiliar de enfermagem), com o intuito de promover atenção integral à saúde dos trabalhadores do setor formal e informal, trabalhadores rurais e urbanos, incluindo ações de vigilância, promoção, proteção, recuperação e reabilitação da

saúde dos trabalhadores acidentados ou com doenças relacionadas ao trabalho. Incluiu-se, entre as competências do CEREST, o registro de todos os casos de acidentes e doenças do trabalho; a garantia do encaminhamento para as providências previdenciárias e trabalhistas; a disseminação da cultura de que o trabalho está relacionado à saúde; o apoio o desenvolvimento de estudos e pesquisas neste campo; capacitação de recursos humanos; e fomentar ações de controle social em saúde.

A garantia da atenção integral à saúde dos trabalhadores se dá através de ações de assistência e vigilância. Esta última compõe *“um conjunto de práticas sanitárias, articuladas supra-setorialmente, cuja especificidade centra-se na relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, que engloba estratégias de produção de conhecimento e de mecanismos de intervenção sobre os processos de produção, que implicam necessariamente a superação das práticas atuais em direção à transformação do modelo assistencial e nesta com a assistência calçado nos princípios da vigilância à saúde, para melhoria das condições de vida e saúde da população”* (NOBRE; JACOBINA, 2001).

A vigilância à saúde do trabalhador possui os seguintes objetivos: a) conhecer a realidade da população trabalhadora independente de sua inserção no mercado de trabalho; b) estabelecer medidas de controle dos fatores de risco, visando a transformação das condições de trabalho; c) subsidiar a tomada de decisões dos órgãos competentes, nas três esferas de governo (políticas públicas, planejamento das ações); d) estabelecer sistemas de informação em saúde do trabalhador (base de dados / divulgação das informações); e) avaliar o impacto das medidas adotadas para a eliminação, atenuação e controle dos fatores determinantes de agravos à saúde (BAHIA, 2002).

Na Bahia, atualmente existem 13 CERESTs habilitados, de abrangência estadual e regional, os quais estão distribuídos nas microrregiões do Plano Diretor Regional-Bahia/PDR e devem convergir para o fortalecimento da RENAST (BAHIA, 2006). Observa-se, assim, que a Rede é estruturada como rede nacional de informações e práticas de saúde (DIAS; HOEFEL, 2005), embora seja necessário um grande empenho dos gestores, trabalhadores, empregadores e ações de controle social para consolidar este “projeto” e fazer cumprir a lei.

A estratégia da RENAST emerge como a estrutura operacional do modelo de atenção à saúde do trabalhador no Brasil, visto que possui os principais elementos deste modelo contra-hegemônico a medicina do trabalho e a saúde ocupacional.

3.2 Convergindo para a saúde mental e o trabalho informal

Segundo Neves, Selegmann-Silva e Athayde (2004) existem perspectivas diferentes para pesquisas acerca da saúde mental-trabalho: a teoria do estresse ou do esgotamento profissional (*burnout*), a psicodinâmica do trabalho, e o modelo do desgaste mental. A primeira é definida como o esgotamento físico e emocional, provocando atitudes desfavoráveis em relação ao trabalho e perda de interesse. A psicodinâmica/psicopatologia do trabalho defende a existência de defesas individuais e coletivas, elaboradas pelos trabalhadores para a minimização do sofrimento decorrente da organização do trabalho. A relação da organização do trabalho com o adoecimento psíquico se dá pela desorganização do aparelho mental através do desaparecimento do amortecedor que constitui a responsabilidade de

conceber e realizar tarefas intelectuais (DEJOURS, 1992). O Modelo do desgaste mental tem como alicerce a organização do trabalho, enquanto fonte de tensão, que provoca desgaste (distúrbios psicossomáticos, fadiga, depressão, alcoolismo, e outros).

Estudos realizados no campo da epidemiologia psiquiátrica verificaram a associação entre ocorrência de transtornos mentais comuns e condições de vida e estrutura ocupacional dos indivíduos (LUDERMIR; MELO-FILHO, 2002).

Nesta perspectiva, características específicas do trabalho têm sido estudadas como potenciais fatores de risco à saúde mental. Araújo et al (2003; p. 425) avaliaram a associação entre controle sobre o próprio trabalho e demandas psicológicas e a ocorrência de distúrbios psíquicos menores entre trabalhadoras de enfermagem e observaram, como propunha o modelo teórico adotado no estudo, que “a maioria das reações adversas das exigências psicológicas, tais como fadiga, ansiedade, depressão e doença física ocorriam quando a demanda do trabalho era alta e o grau de controle do trabalhador sobre o próprio trabalho era baixo (trabalho em alta exigência)”. Em estudo realizado por Ludermir (2000), conduzido em Olinda-Pe, se observou que as mulheres inseridas no trabalho formal apresentavam saúde mental melhor que as do trabalho informal, e que homens e mulheres vivenciavam o trabalho informal de modo diferente.

Em outro estudo realizado por Ludermir e Lewis (2003), em Olinda-Pe, sobre trabalho informal e Transtornos Mentais Comuns (TMC), no qual se incluiu sintomas como depressão, ansiedade generalizada, fobia social, somatização e dor psicogênica, dentre outros, observou-se que 63% da população era economicamente ativa, sendo 38% deste universo era composto por trabalhadores informais e 21% por desempregados. A prevalência de TMC em desempregados foi

de 35,7%; em trabalhadores informais foi 35,4%, e nos trabalhadores formais foi de 20,75%; portanto, encontrou-se melhor situação de saúde mental entre os trabalhadores formais do que entre os informais. Sugeriu-se, também, que o trabalho informal pode desencadear conseqüências adversas para a saúde mental devido ao baixo nível de organização do mercado brasileiro, ao grande número de pessoas na força de trabalho de reserva, ao *status* social mais baixo que o trabalho formal, insegurança no emprego, ausência de benefícios e menor controle sobre o salário.

Ressalta-se que a investigação da saúde mental enfocando a organização do trabalho é de suma importância para dar conta da heterogeneidade das formas de trabalho que carregam implicações físicas e psíquicas para o trabalhador, resultando em desgaste.

3.2.1 O Modelo Demanda-Controle

Os fatores psicossociais estão entre os mais importantes aspectos que fatores que influenciam a saúde geral da população trabalhadora (KALIMO et al, 1987). Os aspectos psicossociais têm sido definidos com relação à qualidade subjetiva experienciada pelos trabalhadores no ambiente organizacional (HUANG et al, 2002), e são estruturados a partir de modelos específicos de organização de trabalho específicos.

Estudos na área de saúde ocupacional têm enfatizado a detecção de indicadores da deteriorização da saúde e a presença de sintomas não específicos, incluindo achados difusos e dor, distúrbios do sono, apreensão, ansiedade, e muitas formas de depressão comuns na população trabalhadora (KALIMO et al, 1987). Estes achados podem ser decorrentes da transição nas formas tradicionais de vida

rumo a novos modos de produção, nos países em desenvolvimento, indicando mudanças nos fatores estressores. Paralelamente a esta transição tem-se a individualidade dos trabalhadores, no que se refere à capacidade para enfrentar as situações adversas, características de personalidade que podem interferir no processo saúde-doença.

De acordo com Karasek e Theorell (1990), os estudos sobre estresse, tradicionalmente, não focalizaram a descrição dos efeitos crônicos decorrentes da exposição ao estresse vivenciado no ambiente de trabalho. Os estressores eram relacionados às experiências dos animais, a partir de situações limítrofes com relação a sobrevivência. Apenas na década de 70, os pesquisadores iniciaram a avaliação de situações de estresse relacionado ao ambiente de trabalho.

O mecanismo de estresse envolve subsistemas, os quais interagem em busca do reequilíbrio orgânico frente às demandas ambientais. O cérebro e o sistema neuro-endócrino compõem a rede de estruturas no processo de estresse. Os hormônios do estresse são produzidos a partir de dois sistemas. A partir do sistema neuro-endócrino os outros sistemas são conduzidos ao estado de repouso. Os centros cerebrais superiores enviam informação para o hipotálamo, este através do sistema nervoso simpático conecta com a medula adrenal (via medular simpático-adrenal), a qual libera adrenalina e noradrenalina (catecolaminas) para os centros cerebrais superiores e outras estruturas corporais. O outro sistema é composto pela conexão dos centros cerebrais superiores com o hipotálamo, o qual estimula a liberação de corticóides, através da glândula pituitária; desta forma estimulando o córtex adrenal a liberar cortisol para o hipotálamo, centros cerebrais superiores e outros órgãos (via cortical pituitária-adrenal) (FRANKENHAEUSER, 1991).

Estes hormônios secretados atuam na resposta catabólica (consumo metabólico) frente ao desgaste psicológico, e na resposta anabólica (restauração metabólica) frente ao controle sobre as situações experienciadas pelos indivíduos (KARASEK; THEORELL, 1990).

Dentre os modelos e teorias propostas para avaliar estressores ocupacionais, o modelo demanda-controle, proposto por Robert Karasek (1979) têm-se destacado. Este modelo avalia aspectos psicossociais do trabalho, através do JCQ - Job Content Questionnaire (Questionário do Conteúdo do Trabalho), que é um instrumento desenvolvido para aferir aspectos relacionados às dimensões da demanda psicológica e do controle sobre as atividades desenvolvidas pelo trabalhador (KARASEK et al, 1998; ARAÚJO, 2000; PELFRENE et al, 2003; ARAÚJO et al, 2003; ARAÚJO et al, 2003b; FISCHER et al, 2005). A demanda psicológica relaciona-se com as exigências psicológicas do trabalho na execução de suas atividades laborais. Já o controle sobre a atividade relaciona-se com as habilidades do trabalhador e a participação na tomada de decisões no ambiente de trabalho.

O Modelo demanda-controle, a partir da combinação de grupos de controle (baixo/alto) e demanda (baixa/alta), estrutura diferentes situações laborais: alta exigência (alta demanda e baixo controle), baixa exigência (baixa demanda e alto controle) e trabalho passivo (baixa demanda/baixo controle) e trabalho ativo (alta demanda e alto controle) (Figura 1) (KARASEK; THEORELL, 1990). Neste Modelo, a Diagonal A, da baixa exigência rumo a alta exigência, apresenta riscos de exigência psicológica e adoecimento psíquico. A Diagonal B, do trabalho passivo rumo ao trabalho ativo, constitui situações motivadoras para o desenvolvimento de novos tipos de comportamento.



Fonte: Karasek et al, 1979.

Figura 1 Modelo demanda-controle

O Job Content Questionnaire-JCQ, questionário do conteúdo do trabalho, é utilizado para avaliar aspectos psicossociais do trabalho. A versão recomendada consta de 49 questões distribuídas com relação às dimensões de controle sobre o trabalho (6 questões sobre o uso de habilidade e 3 sobre autoridade decisória); demanda psicológica (9 questões); demanda física (5 questões); suporte social (11 questões); insegurança no trabalho (6 questões); nível de qualificação exigida para o trabalho executado (1 questão) (KARASEK et al, 1998).

É importante ressaltar que, até o momento, segundo dados de literatura, o JCQ foi utilizado apenas para avaliar aspectos psicossociais entre trabalhadores formais (ARAÚJO, 2003; PORTO, 2006; O'CONNOR, 2000; DOEF & MAES, 1999). Portanto, este estudo abordará uma questão ainda pouco estudada, ao contemplar a

população de trabalhadores informais, no que se refere aos aspectos psicossociais, utilizando o JCQ, para avaliar possíveis repercussões sobre a saúde mental.

3.2.2 Os Transtornos Mentais Comuns - TMC

De acordo com a OMS (2001), mais de 25% das pessoas, durante a vida inteira, apresentam um ou mais transtornos mentais ou comportamentais; destaca também que a pobreza, o sexo, a idade, as doenças físicas graves e os fatores familiares e ambientais são determinantes dos transtornos supracitados, indicando que os mesmos resultam de fatores genéticos e ambientais.

Goldberg e Huxley (1992) caracterizam os TMC por sinais e sintomas como insônia, fadiga, irritação, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas.

A maioria dos transtornos mentais e físicos é influenciada pela combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Segundo Coutinho, Almeida-Filho e Mari (1999), como o gênero, a situação conjugal, o desemprego e o nível socioeconômico estão fortemente associados à ocorrência de TMC.

A literatura evidencia que existe uma relação entre fatores socioeconômicos e TMC. Patel e Kleinman (2003) realizaram um estudo de revisão sistemática de literatura com o objetivo de avaliar uma associação entre pobreza e Transtornos Mentais Comuns. Os autores entendem pobreza como fenômeno multidimensional, portanto, utilizaram indicadores de pobreza na perspectiva epidemiológica: baixo *status* socioeconômico, desemprego, ausência de posse de bens, condições de moradia e baixo nível educacional. Observou-se que dentre os onze estudos

elegíveis e selecionados, dez estudos mostraram uma relação estatisticamente significativa entre prevalência de Transtornos Mentais Comuns e indicadores de pobreza, destacando-se o baixo nível educacional. O analfabetismo e uma educação pobre são fatores de risco para os Transtornos Mentais Comuns. Quanto ao gênero, existe diferença na distribuição dos TMC entre os sexos, em países em desenvolvimento, onde as mulheres são mais acometidas. Este fato pode ser decorrente da dificuldade de acesso à escola, violência familiar, menores oportunidades de trabalho e a dupla jornada de trabalho. Outro fato que deve ser considerado é a comorbidade entre adoecimento físico e transtornos mentais.

Araya et al (2003) realizaram um estudo de corte transversal no Chile, cuja população foi composta por adultos entre 16-65 anos de idade; o objetivo do estudo foi avaliar se os indicadores de *status* socioeconômico estavam associados ao aumento da prevalência de TMC. Os resultados mostram uma robusta associação do tipo dose resposta, e associação inversa entre educação e TMC.

Observa-se também a relação entre características relativas ao trabalho (condições e organização do trabalho) e TMC (SOUZA; SILVA, 1998). A incerteza sobre a situação trabalhista, ausência de proteção trabalhista, e baixos salários são responsáveis pela ocorrência de TMC entre trabalhadores informais (LUDERMIR, 2005).

Portanto, os TMC constituem-se um problema de saúde pública que atinge a população, em especial, os trabalhadores, cujos fatores de risco envolvem tanto o ambiente de trabalho, quanto às condições de vida, repercutindo no cotidiano deste grupo populacional específico.

Capítulo 4 – Objetivos do estudo

O alvo vai ser atingido? É questão de delineamento e de tempo.

4.1 Objetivo geral

O objetivo geral deste estudo é avaliar a associação entre aspectos psicossociais do trabalho no setor informal e a frequência de transtornos mentais comuns.

4.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos são: avaliar características do trabalho no setor informal, relacionadas à demanda e controle sobre o trabalho, e estimar a prevalência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores informais.

Capítulo 5 - Materiais e métodos

5 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo é um recorte do Projeto “Distúrbios Psíquicos Menores: estimativas de prevalência e validação de instrumento diagnóstico (SRQ-20)”. Este Projeto foi realizado pelo Núcleo de Epidemiologia da Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS, e conduzido em duas etapas: na Iª etapa realizou-se a triagem dos casos suspeitos de TMC (Transtornos Mentais Comuns), utilizando-se o SRQ – 20; na IIª etapa foi feita seleção de subamostra para validação do SRQ-20.

5.1 Tipo de estudo

5.1.1 O Uso do estudo de corte transversal

O estudo de corte transversal possui como principal característica, a mensuração e a observação das variáveis de interesse realizadas simultaneamente, ou seja, num mesmo período de tempo (SANTANA, 2004a), constituindo uma radiografia do que ocorre em um dado momento. Não há seguimento das pessoas para saber efeitos decorridos.

A população de um estudo transversal é reunida em um momento definido pelo pesquisador, freqüentemente, refere-se ao período de coleta dos dados. Desta forma, é um bom método para identificar freqüências do evento e de fatores de risco,

assim como identificar os grupos, na população, que estão mais afetados ou menos afetados. Sendo assim, verifica simultaneamente a exposição e a doença (ROQUAYROL; ALMEIDA, 2003).

As principais vantagens do estudo de corte transversal são as seguintes: simplicidade e baixo custo; objetividade na coleta, pois os dados sobre exposições, doenças e características das pessoas e do ambiente referem-se a um único momento e podem ser coletados em curto intervalo de tempo; permite descrever características da população; não há necessidade de seguimento das pessoas; fornece subsídios para o planejamento e a avaliação em saúde (PEREIRA, 2000; ROQUAYROL; ALMEIDA, 2003).

As principais limitações deste tipo de estudo são: exigência de amostra de grande tamanho, inadequação para eventos de baixa prevalência; viés de prevalência, ou seja, os indivíduos curados ou falecidos não aparecem na casuística dos casos, o que mostra o retrato parcial do evento; a associação entre exposição e doença é referente à época de realização do estudo e pode não ser a mesma da época do aparecimento da doença; não determina risco absoluto (PEREIRA, 2000).

5.1.1.1 Plano Amostral

Para o Projeto-mãe, que deu origem ao presente estudo, calculou-se o tamanho da amostra, assumindo-se prevalência estimada de Transtornos Mentais Comuns de 25% (OMS, 2001), erro amostral de 3%, com 95% de intervalo de confiança. De acordo com esses parâmetros, estabeleceu-se amostra de 800 indivíduos. Admitindo-se recusas e perdas em torno de 20%, foi inicialmente definida amostra de 960 indivíduos para participação na Iª etapa do estudo. Para corrigir o

efeito do desenho do estudo (amostragem por conglomerado), dobrou-se o tamanho da amostra, definindo-se n amostral de 1920 indivíduos.

Para verificar se o estudo teria poder para avaliar a associação entre aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns, foi recalculado o n amostral utilizando-se os seguintes parâmetros: estimativa da frequência esperada de transtornos mentais comuns entre os expostos (trabalhadores informais em situação de trabalho de alta exigência) de 36,4%; estimativa da frequência esperada de transtornos mentais comuns em não-expostos (trabalhadores informais em situação de baixa exigência) em 21,9%; intervalo de confiança de 95%; e poder de 80% (CDC, 1996). Com base nesses parâmetros, a amostra foi definida em 334 indivíduos. Ressalta-se que, os parâmetros da frequência esperada do evento foram determinados a partir do banco de dados estudado.

5.1.1.2 Processo de seleção dos indivíduos

O município de Feira de Santana-Ba, de acordo com o IBGE, encontra-se dividido em subdistritos, os quais integram setores censitários: cada setor censitário possui ruas, e cada rua possui seus domicílios.

As áreas de estudo incluíram os cinco subdistritos da zona urbana de Feira de Santana (Mangabeira: 40 setores, Pampalona: 42 setores, Santana: 144 setores, Santo Antônio: 68 setores, Subaé: 47 setores). Em cada subdistrito foi realizado sorteio dos setores integrantes do estudo. Em cada setor realizou-se sorteio das ruas para realização das entrevistas. Nas ruas sorteadas foram visitados todos os domicílios, e entrevistados os indivíduos com idade igual ou superior a 15 anos. O domicílio foi considerado como unidade amostral.

5.2 Campo de estudo

A zona urbana de Feira de Santana, município localizado no semi-árido baiano, possui uma área de unidade territorial de 1.363 km², população estimada em 519.173 habitantes, em 2001, sendo 431.730 pessoas residentes na zona urbana (IBGE, 2005a).

Feira de Santana comporta um anel rodoviário que funciona como entroncamento rodoviário para toda a região nordeste e para o interior do estado da Bahia, o que lhe dá características peculiares, favorecendo a permuta de novos modos de vida.

5.3 População de estudo

A partir do banco de dados do Projeto-mãe definiu-se a população estudada, contemplando todos os trabalhadores da área urbana do município de Feira de Santana com idade igual ou superior a 15 anos. A figura 2 apresenta, esquematicamente, a população estudada. Vale ressaltar que, a inclusão de indivíduos com idade inferior a 18 anos foi uma tentativa de não omitir informações referentes à realidade deste município. Entende-se também, que o trabalho infantil diminui o tempo disponível para atividades de lazer, educação, convívio com a comunidade, imputando assim, um papel conflitante ao agir como adultos, porém mantendo a condição de sujeitos em desenvolvimento (OIT, 2006). Nesta

perspectiva fontes potenciais de desgaste emocional (adaptação às novas exigências e controle sobre o trabalho) podem levar ao sofrimento psíquico. Neste estudo, foram identificados 1311 trabalhadores, distribuídos entre 780 (65,9%) pertencentes ao setor informal, e 403 (34,1%) ao setor formal. No setor informal 387 (49,3%) trabalhadores eram do sexo feminino, e 393 (50,4%) do sexo masculino.

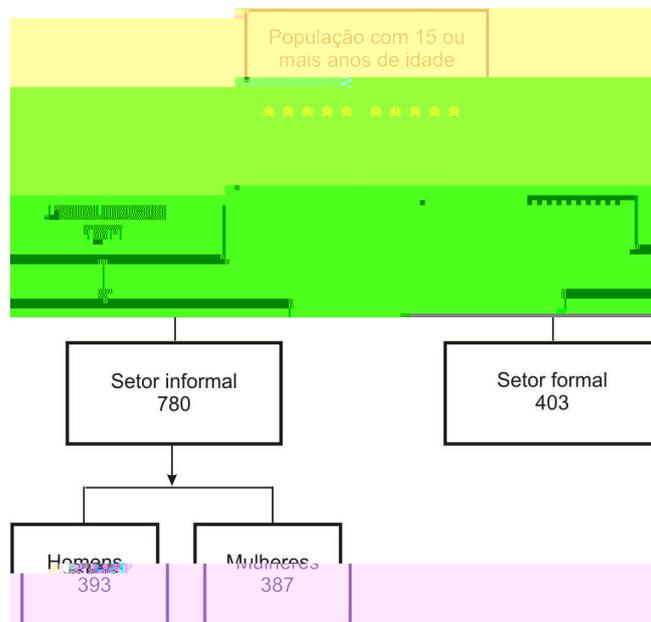


Figura 2 Fluxograma da população estudada. Feira de Santana-Ba, 2002.

5.4 Instrumentos de pesquisa

Foram utilizados na pesquisa uma ficha domiciliar, aplicada ao chefe de família, e um questionário (anexo 1) aplicado a todas as pessoas com 15 anos ou mais idade, contendo 12 blocos de questões, dos quais foram analisados, neste estudo, os seguintes blocos:

1. Características sociodemográficas (sexo, idade, nível de escolaridade, situação conjugal, renda, migração);
2. Características do trabalho profissional (ramo de atividade, carteira de trabalho, tipo de trabalho, carga horária de trabalho semanal, dias de trabalho semanal);
3. Aspectos psicossociais do trabalho relacionados à ocupação principal - investigados a partir do Job Content Questionnaire (JCQ), considerando que este instrumento pode aferir as dimensões psicossociais do ambiente de trabalho – demandas psicológicas e o controle do trabalhador sobre o próprio trabalho (KARASEK, 1985; ARAÚJO, 2000; ARAÚJO et al, 2003a);
4. Avaliação da saúde mental – Foi conduzida a partir da utilização do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), instrumento auto-aplicável utilizado para identificar nível de suspeição de transtornos mentais comuns (WHO, 1994);
5. Características relacionadas aos hábitos de vida (atividades de lazer, consumo de bebida alcoólica, hábito de fumar).

5.4.1 O Self Reporting Questionnaire (SRQ-20)

O Self Reporting Questionnaire-SRQ-20 (anexo 1) é um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde-OMS (WHO, 1994) para avaliar distúrbios não psicóticos, nos países em desenvolvimento. O instrumento não estabelece diagnóstico, apenas suspeita clínica. O SRQ-20 consiste de 20 questões, as quais têm respostas dicotômicas, sim ou não, para cada pergunta. É auto-aplicável, podendo ser utilizado na população trabalhadora, susceptível ao adoecimento psíquico.

5.5 Definição das variáveis de estudo

Variável independente:

Neste estudo, a variável independente principal foram os aspectos aspectos psicossociais do trabalho – avaliados segundo níveis de controle do trabalhador sobre a atividade desenvolvida e demanda psicológica envolvida na tarefa de acordo com o modelo demanda-controle. Controle e demanda foram dicotomizados utilizando-se a média para o ponto de corte.

As situações de trabalho preconizadas nesse modelo foram construídas a partir do somatório dos escores das variáveis referentes a controle e demanda que, combinados, formaram as quatro categorias do Modelo Demanda-Controle: alta exigência (baixo controle/alta demanda), trabalho passivo (baixo controle/baixa demanda), trabalho ativo (alto controle/ alta demanda), baixa exigência (alto controle/baixa demanda). Este último grupo foi assumido como grupo referência. O nível de maior exposição foi caracterizado na situação de alta exigência; enquanto o trabalho passivo e ativo foram considerados níveis intermediários de exposição.

Variável dependente:

A variável dependente estudada foram os Transtornos Mentais Comuns (TMC), avaliados através do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20).

Definição do Ponto de Corte do SRQ-20

Após revisão ampla de literatura nas bases de dados Lilacs, Medline, e Scielo, no período de 1966- 2006, utilizando-se os seguintes descritores (SRQ, SRQ-20, Validity + SRQ, Validity + SRQ-20, Validation + SRQ, Validation + SRQ-20)

foram encontrados 75 publicações que utilizaram o SRQ-20 para avaliar a saúde mental de grupos específicos. Destas 21 estudaram população de trabalhadores. Identificou-se também que do total de publicações encontradas, apenas 9 realizaram estudo de validação do SRQ-20 no mundo, demonstrando a escassez de estudos que validaram este instrumento em população trabalhadora.

Devido à inexistência de consenso na literatura atual quanto ao melhor ponto de corte, para nível de suspeição de TMC, realizou-se estudo de desempenho do SRQ-20 em diferentes pontos de corte. Análise da Curva ROC (Receiver Operating Characteristic) foi utilizada para essa avaliação do desempenho. Entrevistas clínicas com psicólogas foram tomadas como padrão-ouro para comparação. Nas entrevistas utilizou-se o CIS-R (Clinical Interview Schedule). A figura 3 mostra o desempenho de diferentes pontos de cortes. O ponto de corte de melhor desempenho foi obtido em 6/7, ao apresentar sensibilidade e especificidade, respectivamente, 68% e 70,7% com taxas de falso positivo e falso negativo, respectivamente, 29,3% e 32,0%. O valor preditivo positivo (VPP) foi 73,9%, o valor preditivo negativo (VPN) 64,4%, e a taxa de classificação incorreta (TCI) 30,7%. A análise da área abaixo da Curva ROC (JEKEL e KATZ e ELMORE, 2005), revela valor de 0,789, desvio padrão de 0,48, e Intervalo de Confiança-IC95% de 0,696 - 0,882, demonstrando um nível razoável de poder discriminatório entre casos e não casos (Figura 4). Assim, neste estudo, se adotará o ponto de corte 6/7 para classificação de nível de suspeição para TMC.

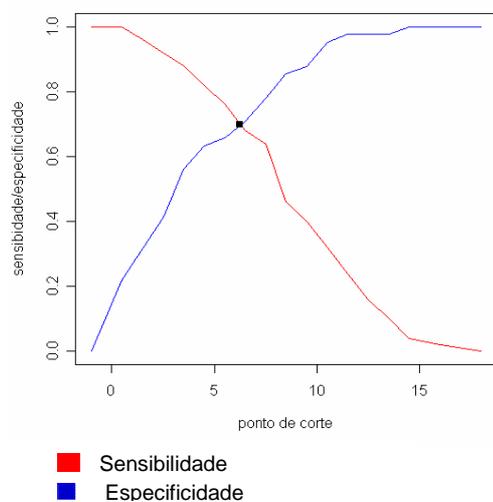


Figura 3 Estimativa de ponto de corte do SRQ-20 para a população urbana de Feira de Santana – BA, 2002.

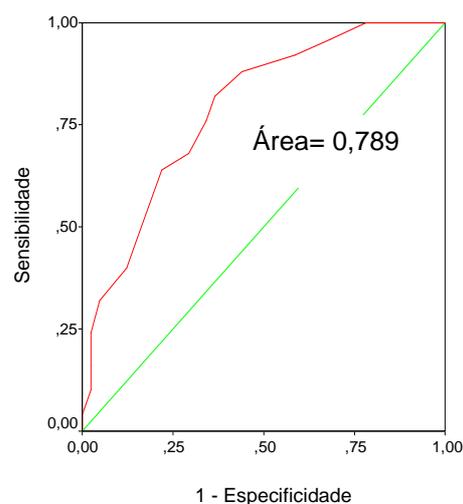


Figura 4 Relação entre Sensibilidade e Especificidade do SRQ-20 em diferentes pontos de cortes para população urbana de Feira de Santana-BA, 2002.

Co-variáveis

De acordo com achados da literatura que apontam relevância de determinadas características para ocorrência de TMC (LUDEMIR, 2000; COSTA et al, 2002; ARAÚJO et al, 2003; LUDEMIR & LEWIS, 2003; PATEL & KLEINMAN, 2003; COSTA et al, 2004; GIMENO et al, 2004; LUDEMIR, 2005; REIS et al, 2005; PORTO, et al, 2006), foram incluídas, neste estudo, as seguintes co-variáveis:

1. Sociodemográficas: sexo (masculino, feminino), idade (“até 40 anos”, “> 40 anos”), nível de escolaridade (analfabeto/ensino fundamental, ensino médio/ graduação, situação conjugal (casado/união estável, solteiro/ divorciado/ separado/viúvo), chefia de família (sim/não), migração (sim: > 2 anos; não: até 2 anos), renda (“até 1SM”, “>1 a 2SM”, “>2 a 4SM”, “ > 4SM”), que posteriormente, foi dicotomizada em baixa e alta (baixa os dois primeiros extratos, e alta os últimos extratos) .

2. Trabalho profissional: ramo de atividade (Classificação Nacional de Atividades Econômicas-CNAE), ocupação, tipo de trabalho (regular, sazonal, temporário), carga horária diária de trabalho (até 8 horas"/ "> 8 horas"), dias de trabalho semanal (até 4 dias, 5 a 6 dias, 7 dias) sobrecarga doméstica (alta/ média/ baixa). A variável ocupação foi agrupada segundo a Classificação Brasileira de Ocupações-CBO, sendo distribuída em nove grupos: G1 (dirigentes de serviços e organizações), G2 (profissionais das ciências/artes/ensino), G3 (técnicos de nível médio), G4 (trabalhadores de serviços administrativos), G5 (trabalhadores do comércio), G6 (trabalhadores agropecuários), G7 (trabalhadores da produção), G8 (trabalhadores de bens e serviços), G9 (trabalhadores da manutenção e reparação) (CBO, 2002).

3. Hábitos de vida: atividades de lazer (sim/não), hábito de fumar (sim/não), e consumo de bebida alcoólica (sim/não).

A co-variável sobrecarga doméstica foi definida a partir do somatório referente ao nível de responsabilidade pelas seguintes atividades: cuidar das crianças, cuidar da limpeza, cozinhar, lavar roupa e passar roupa. Para a construção deste indicador utilizou-se os procedimentos adotados por Aquino (1996).

5.5.1 Análise da associação entre Aspectos Psicossociais do Trabalho e Transtornos Mentais Comuns entre trabalhadores informais

Para avaliar associação entre Aspectos Psicossociais do Trabalho (preditor principal) e os Transtornos Mentais Comuns -TMC (variável dependente), construiu-se o modelo de predição descrito abaixo (figura 5). O modelo estabelece que a

associação principal investigada pode ser influenciada pela presença das potenciais variáveis modificadoras de efeito (nível de escolaridade, situação conjugal, renda e carga horária diária de trabalho) e das potenciais variáveis confundidoras (sexo, idade).

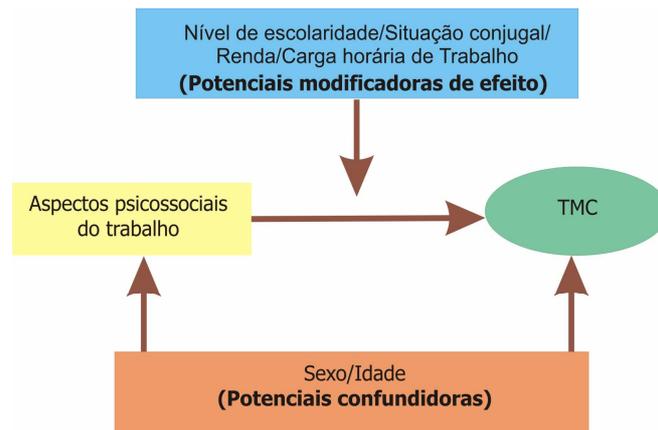


Figura 5 Modelo de Predição

Avaliou-se a associação entre aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns através da análise estratificada e análise multivariada.

Inicialmente realizou-se a análise estratificada, a qual tem por objetivo a divisão dos dados por estratos, devido à necessidade de avaliar e descrever os potenciais fatores modificadores de efeito, e avaliar e ajustar por potenciais fatores confundidores (ROTHMAN e GREENLAND, 1998).

Compreende-se, como variável modificadora de efeito, a terceira co-variável que provocará mudança na magnitude da medida de efeito (ROTHMAN, 1986). Poderá interagir de forma sinérgica ou antagônica. Neste estudo, será avaliada a partir da estimativa de efeito dos estrato-específicos e suas respectivas razões de

prevalência (RP) e intervalos de confiança (IC). A confirmação de interação com a associação principal seguirá o seguinte parâmetro: verificação das medidas estrato-específicas, as quais não deverão estar sobrepostas, ou seja, a medida de ponto de um subgrupo não deve estar contida no intervalo de confiança do outro subgrupo (SANTANA, 2004).

A variável confundidora foi definida como um terceiro “fator de risco” para o efeito em estudo (KLEINBAUM, 1982). É uma distorção nas medidas de associação, considerado como viés que pode ser corrigido. Segundo Rothman (1986), uma variável confundidora deve ter as seguintes características: ser um fator de risco para o efeito estudado; estar associada com a variável de exposição, e não deve ser parte da cadeia causal entre exposição e efeito. A confirmação da presença de confundimento foi assumida quando a co-variável esteve associada, simultaneamente à exposição entre os sadios e ao efeito estudado, entre os não expostos (ROTHMAN, 1986).

Após afastar a presença de interação estatística, as co-variáveis potencialmente confundidoras, foram avaliadas, atendendo-se os critérios explicitados acima. Posteriormente as medidas de efeito foram ajustadas através da Odds Ratio ajustada de Mantel Haenzel.

Por último realizou-se análise multivariada, a qual ajusta simultaneamente um determinado número de confundidores (HENNEKENS, 1987). Dentre os modelos multivariados foi utilizado o modelo de Regressão Logística Múltipla - RLM, indicado para avaliação de uma associação com desfecho dicotômico (doente/ não doente) (KLEINBAUM, 1994). Tal técnica permite que se tenha um entendimento claro da interrelação entre exposição, desfecho, modificadores e confundidores. A análise multivariada permite predizer o que acontece com a variável desfecho na presença

de fatores de risco. A escolha do modelo de RLM foi devido à possibilidade de mensuração da variável desfecho categórica dicotômica, cuja condição, foi a suspeita ou não de transtornos mentais comuns. A análise de RLM seguiu as seguintes etapas:

1. Seleção das variáveis para inclusão no modelo. Foi definido o modelo de regressão logística, a partir do Modelo de predição: utilizou-se como parâmetro de remoção, o critério de relevância científica para a variável idade, e o critério de significância estatística $> 20\%$ ($p \leq 0,20$) para as demais variáveis, através dos testes bilateral de Wald e da Razão de Verossimilhança. Ressalta-se que um nível mais tradicional ($p < 0,05$) pode falhar na identificação de variáveis importantes, e níveis mais elevados podem levar a seleção de variáveis com importância questionável para o modelo, entretanto, faz-se necessário uma análise crítica das variáveis adicionadas ao modelo. Hosmer e Lemeshow (2000) sugerem o critério do valor de p entre 0,15 e 0,20 para inclusão no modelo, então, adotou-se valor de p igual a 0,20;

2. Avaliação de interação estatística, com introdução dos termos produtos (modelo de predição), utilizando-se os testes de Wald e de Razão de Verossimilhança. Este último teste foi realizado comparando-se o modelo com termos produtos e sem os termos produtos (Hosmer e Lemeshow, 2000). Utilizou-se como critério estatístico, nível de significância de 20%;

3. Análise de confundimento. Avaliou-se o efeito na associação principal, e observou-se se as co-variáveis produziram alterações na associação principal em torno de 20%, através da comparação do modelo completo com o modelo sem as potenciais confundidoras. Uma variação acima de 20% no coeficiente estimado do preditor principal, sugerindo a presença de confundimento, resultou na inclusão da

variável no modelo, independente da significância estatística de seu coeficiente estimado (HOSMER e LEMESHOW, 2000, p. 72-74);

4. Diagnóstico do modelo da regressão logística múltipla. Foi avaliada a satisfatoriedade do ajustamento do modelo, considerando os aspectos apontados por Hosmer e Lemeshow (2000, p. 184): *“... O ajustamento de modelos é um procedimento iterativo. Raramente obtemos um modelo final na primeira passagem pelos dados. Porém, devemos manter em mente a distinção entre obter um modelo para ajustar e ter o modelo teoricamente correto”*. Para o diagnóstico, inicialmente foi realizado o teste de bondade do ajuste do modelo, baseado em análise dos resíduos, através do teste de Hosmer e Lemeshow. Posteriormente, foi avaliada a capacidade de discriminação do modelo, através da área abaixo da Curva ROC. Definiu-se como parâmetro: aproximadamente 70% = razoável. Finalmente, a análise da influência dos padrões de covariáveis, através do gráfico dos resíduos de Pearson versus os valores preditos, utilizando como símbolo de plotagem o valor da estatística de influência (Hosmer & Lemeshow (2000);

5. A partir do modelo final, foram estimadas as razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança, através do método Delta, uma vez que os transtornos mentais comuns possuem prevalência elevada, tornando a Odds Ratio uma medida de associação inadequada (OLIVEIRA; SANTANA; LOPES, 1997).

Ressalta-se que a variável independente era composta por quatro categorias, portanto, foi tratada como variáveis simuladas (*“variáveis dummy”*) para representar as categorias na RLM. Destaca-se também, que as co-variáveis foram dicotomizadas para obter uma discriminação dos subgrupos mais adequada à análise.

Os dados foram analisados através da utilização dos programas estatísticos SPSS - Statistical Package for Social Sciences (1996) versão 9.0 for Windows, The R Foundation for Statistical Computing Version 2.3.1. (R, 2004), e Epi Info Version 6.04 (CDC, 1996).

5.6 Aspectos éticos da pesquisa

Foram contemplados os aspectos éticos dessa pesquisa tomando por base os itens III.3.i, III.3.t e IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos - Resolução CNS 196/96 (BRASIL, 1997) que implica:

a) acesso aos dados registrados em prontuários de pacientes ou em bases de dados para fins de pesquisa científica será autorizado apenas para pesquisadores com projeto de pesquisa aprovado pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde;

b) todas as pessoas, pesquisadores ou colaboradores, terão compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato dos trabalhadores;

c) todas as pessoas do estudo devem ter acesso aos objetivos e concordar formalmente em participar do mesmo através do Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

O Projeto-mãe foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Monte Tabor (Hospital São Rafael) – Projeto de Pesquisa Nº 17/01, intitulado “Distúrbios Psíquicos Menores: estimativa de prevalências de validação de

instrumento diagnóstico” (anexo 2). Todos os indivíduos que participaram do estudo assinaram Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Capítulo 6 - Resultados

“(...) O problema consiste em saber se somos arrastados pela força da correnteza do rio em direção a um fim desconhecido ou se sabemos aonde chegar e estamos conduzindo, ou contribuindo para conduzir o movimento das coisas nesta direção. Somos arrastados ou conduzimos?”

(MATUS, 1993, p. 9)

6.1 Caracterização da população de estudo

A análise dos dados evidenciou que, dos 780 trabalhadores estudados, 49,6% eram do sexo feminino e 50,4% do sexo masculino, revelando proporções similares de homens e mulheres no trabalho informal. A faixa etária predominante foi a de 20 a 29 anos (27,1%), sendo que a média de idade foi 35 anos, desvio padrão de $\pm 13,93$ anos; a idade mínima foi 15 anos, e a máxima 82 anos. O ensino fundamental foi o nível de instrução que concentrou o maior número de trabalhadores informais (50,5%). Com relação à situação conjugal predominaram os casados (49,7%). A maioria dos trabalhadores possuía renda mensal de até um salário mínimo (42,9%), seguido de um a dois salários mínimos (28,3%). O rendimento mensal médio foi de 361,00 reais, sendo o mínimo informado de 10,00 reais, e o máximo de 8.000,00 reais (salário mínimo/SM=181,00). Predominaram trabalhadores procedentes de Feira de Santana (94,6%) (Tabela 1).

Tabela 1 Caracterização dos trabalhadores informais segundo variáveis sociodemográficas. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.

Variáveis	n	(%)
<i>Sexo</i>		
Feminino	387	49,6
Masculino	393	50,4
<i>Faixa etária</i>		
Até 19 anos	107	13,7
20 a 29 anos	211	27,1
30 a 39 anos	193	24,7
≥ 40 anos	269	24,5
<i>Nível de instrução</i>		
Analfabeto	77	9,9
Ensino fundamental	392	50,5
Ensino médio	281	36,2
Graduação	27	3,5
<i>Situação conjugal</i>		
Casado/União estável	386	49,7
Solteiro	309	39,9
Viúvo	23	3,0
Divorc/Disq/Sep	57	7,4
<i>Chefia de família</i>		
Sim	247	32,0
Não	525	68,0
<i>Renda (Salário min 181,00)</i>		
Até 1SM	303	42,9
>1 a 2SM	200	28,3
>2 a 4SM	138	19,5
> 4SM	66	9,3
<i>Migração</i>		
Sim	42	5,4
Não	738	94,6

6.1.1 Caracterização dos trabalhadores informais segundo a distribuição espacial

Observou-se que a maioria dos trabalhadores informais concentrava no subdistrito Santana (49,2%), seguido do subdistrito Santo Antônio, o qual concentrou 18,9% dos trabalhadores (Figura 6 e Tabela 2). Foi observado que a maioria dos trabalhadores informais do sexo feminino residia nos subdistritos de Santana

(42,4%) e Santo Antônio (22,5%); para o sexo masculino predominou a residência no subdistrito Santana (56,0%) e Pampalona (15,8%).

Figura 6 Distribuição dos trabalhadores informais segundo subdistrito. Feira de Santana-Ba, 2002.

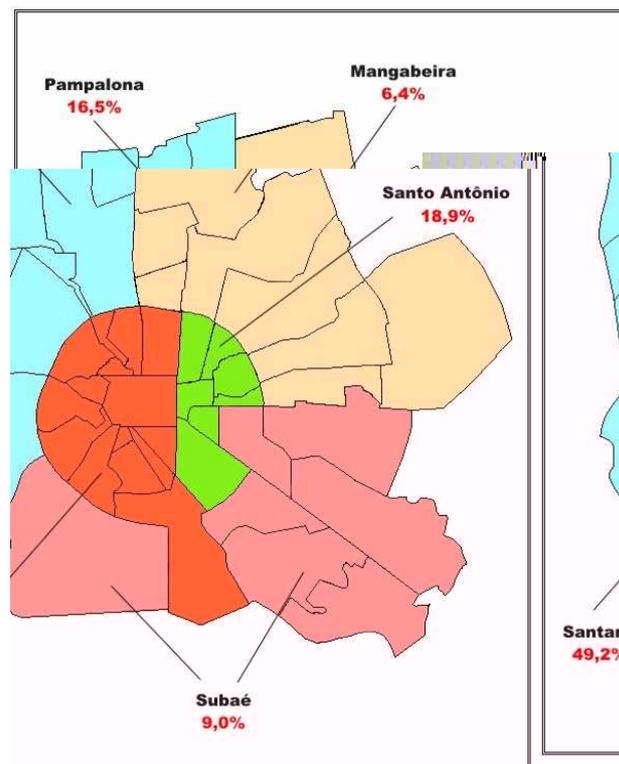


Tabela 2 Proporção dos trabalhadores informais na distribuição espacial segundo sexo. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.

Subdistrito	N	(%)	Sexo			
			Feminino		Masculino	
			n	(%)	n	(%)
Mangabeira	50	6,4	34	8,8	16	4,1
Pampalona	129	16,5	67	17,3	62	15,8
Santana	384	49,2	164	42,4	220	56,0
Santo Antonio	147	18,9	87	22,5	60	15,2
Subaé	70	9,0	35	9,0	35	8,9
Total	780	100,0	387	49,7	393	50,3

Houve maior concentração de trabalhadores com faixa etária “até 40 anos” residentes nos subdistritos Santana (48,1%), e Pampalona (19,9%). Quanto à faixa etária “> 40 anos”, predominaram os residentes nos subdostritos Santana (51,6%) e Santo Antonio (20,2%) (Tabela 3).

Tabela 3 Proporção dos trabalhadores informais segundo subdistritos e faixa etária. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.

Subdistrito	Faixa etária				
	Até 40 anos			> 40 anos	
	N	n	(%)	N	(%)
<i>Mangabeira</i>	50	34	6,4	16	6,4
Pampalona	129	106	19,9	23	9,3
Santana	384	256	48,1	128	51,6
Santo Antonio	147	97	18,3	50	20,2
Subaé	70	39	7,3	31	12,5
Total	780	532	100,0	248	100,0

6.1.2 Caracterização dos trabalhadores informais segundo hábitos de vida

Dentre os hábitos de vida estudados incluíram-se atividades de lazer, consumo de bebida alcoólica e hábito de fumar.

Mais de um terço da população estudada não realizava atividades de lazer (35,1%), 51,7% não consumiam bebida alcoólica, e 81,4% não tinham o hábito de fumar, conforme os dados da Tabela 4.

Tabela 4 Caracterização dos trabalhadores informais segundo atividades de lazer e hábitos de vida. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.

Variáveis	N	(%)
<i>Atividades de lazer</i>		
Sim	506	64,9
Não	274	35,1
<i>Consumo de bebida alcoólica</i>		
Sim	377	48,3
Não	403	51,7
<i>Hábito de fumar</i>		
Sim	144	18,5
Não	635	81,4

6.2 Características ocupacionais

Os trabalhadores informais foram caracterizados segundo as variáveis ocupacionais: ramo de atividade, ocupação, tipo de trabalho (regular, sazonal e temporário), local de trabalho, carga horária e total de dias de trabalho semanal (Tabela 5). Os ramos de atividades predominantes foram: o Comércio (41,3%), serviços em geral (26,8%) e os serviços domésticos (14,4%). O trabalho regular era desempenhado por 76,9% dos trabalhadores informais. Os trabalhadores do comércio (56,9%) representaram a maioria das ocupações referidas no estudo. Observou-se significativa dispersão de locais de trabalho entre trabalhadores informais. A carga horária de até oito horas diárias (54,5%) foi a mais freqüente. A maioria dos trabalhadores informais trabalhava de cinco a seis dias na semana (54,4%), 27,7% trabalhavam todos os dias da semana.

De acordo os dados da Tabela 5, as mulheres estavam marcadamente inseridas nos ramos de serviços domésticos (96,3%) e de ensino (88,0%). Em

contrapartida, os homens estavam inseridos predominantemente na construção (95,0%), na indústria manufatureira (63,6%), e no transporte (100,0%). O comércio e serviços em geral absorveram trabalhadores de ambos os sexos, sem predominância relevante. Observou-se diferença expressiva entre trabalhadores da produção, onde os homens representaram 80,2% da força de trabalho, e as mulheres apenas 19,8%. Evidenciou-se também, que os serviços de manutenção, eram realizados, em sua maioria, pelos homens (97,0%); situação similar à observada na categoria de trabalhadores agropecuários (90,9%). O trabalho regular foi mais freqüente entre as mulheres (52,1%), por outro lado os homens representaram 57,7% do trabalho temporário. Quanto ao trabalho sazonal a inserção dos homens foi predominante (64,7%). Não houve diferença expressiva de carga horária de trabalho entre homens e mulheres. Quanto ao total de dias trabalhados na semana, em ambos os sexos predominaram na categoria 5 a 6 dias (feminino: 50,9% e masculino: 58,8%).

Tabela 5 Proporção dos trabalhadores informais segundo variáveis ocupacionais.

Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.

Variáveis	N	(%)	Feminino		Masculino	
			n	(%)	n	(%)
<i>Ramo de atividade</i>						
Comércio	312	41,3	151	48,4	161	51,6
Serviços em geral	202	26,8	86	42,6	116	57,6
Serviços domésticos	109	14,4	105	96,3	4	3,7
Construção civil	40	5,3	2	5,0	38	95,0
Transporte	34	4,5	-	-	34	100,0
Ind. Manufatureira	33	4,4	12	36,4	21	63,6
Ensino	25	3,3	22			

Tabela 6 Proporção dos trabalhadores informais segundo sobrecarga doméstica. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.

Sobrecarga doméstica	Sexo					
			Feminino		Masculino	
	N	(%)	n	(%)	n	(%)
Baixa	498	64,4	136	27,3	362	72,7
Média	184	23,8	164	89,1	20	10,9
Alta	91	11,8	85	93,4	6	6,6

6.3 Distribuição dos trabalhadores informais segundo os Aspectos psicossociais do trabalho

Os aspectos psicossociais do trabalho entre trabalhadores informais foram categorizados em quatro grupos: baixa exigência, trabalho passivo, trabalho ativo e alta exigência. A distribuição dos trabalhadores segundo os grupos do Modelo Demanda-Controle foi relativamente similar entre os grupos estudados: baixa exigência (29,2%), trabalho passivo (21,0%), trabalho ativo (27,3%), e alta exigência (22,5%).

Não se observaram diferenças relevantes entre os grupos do Modelo Demanda-Controle segundo o sexo. Quanto à faixa etária observou-se predominância de “≥40 anos” (41,9%) no grupo de alta exigência, e 37,6% no grupo de baixa exigência. Evidenciou-se que quando diminui o nível de escolaridade, diminui a frequência das atividades de baixa exigência, trabalho passivo, e trabalho ativo. Observou-se também, que quanto menor a renda aumenta a frequência de atividades de baixa exigência, trabalho passivo e alta exigência. Quanto à migração,

há predominância dos não migrantes em todos os grupos do Modelo Demanda-Controle (Tabela 7).

Tabela 7 Caracterização da população de estudo segundo a exposição. Feira de Santana, 2002.

Variáveis	Aspectos psicossociais do trabalho							
	SIM (EXPOSTOS)						NÃO (NÃO EXPOSTOS)	
	Alta exigência		Trabalho passivo		Trabalho ativo		Baixa exigência	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Sexo</i>								
Feminino	84	23,1	84	23,1	87	24,0	108	51,4
Masculino	78	21,9	67	18,8	109	30,6	102	48,4
<i>Faixa etária</i>								
Até 19 anos	20	21,3	34	36,2	15	16,0	25	11,9
20 a 29 anos	53	26,9	54	27,4	39	19,8	51	24,3
30 a 39 anos	38	20,8	32	17,5	58	31,7	55	26,2
>= 40 anos	51	41,9	31	20,5	84	42,9	79	37,6
<i>Nível de escolaridade</i>								
Analfabeto	22	13,8	16	10,6	19	9,7	12	5,7
Ensino fundamental	91	57,2	84	55,6	88	44,9	98	46,7
Ensino médio/graduação	46	28,9	51	33,8	89	45,4	100	47,6
<i>Situação conjugal</i>								
Casad/U. estável	79	49,3	65	43,6	100	51,3	108	51,4
Solt	63	39,4	74	49,7	70	35,9	78	37,1
Viúvo/Disq/Div/Sep	18	11,3	10	6,7	25	12,8	24	11,4
<i>Renda</i>								
Até 1SM	72	26,1	89	32,2	44	15,9	71	25,7
>1 a 2SM	45	23,9	32	17,0	64	34,0	47	25,0
>2S a 4SM	16	12,7	16	12,7	40	31,7	54	42,9
> 4SM	7	11,5	3	4,9	30	49,2	21	34,4
<i>Migração</i>								
Sim	8	4,9	12	7,9	8	4,1	9	4,3
Não	154	95,1	139	92,1	188	95,9	201	95,7

Nos grupos dos aspectos psicossociais do trabalho predominaram as seguintes categorias: ramo do comércio, trabalhadores do comércio, trabalho regular, carga horária “até 8 horas” , 5 a 6 dias de trabalho semanal (Tabela 8). Com relação aos serviços domésticos observou-se diferença expressiva entre os grupos de trabalho passivo e ativo: neste primeiro grupo atingiu 26,7% enquanto representava apenas 3,7% dos trabalhadores em trabalho ativo.

A distribuição dos trabalhadores nos quatro grupos para o setor da construção foi muito similar, revelando proporções muito próximas de trabalhadores neste setor nas diferentes situações de trabalho analisadas. Com relação à distribuição de trabalhadores em cada situação de trabalho considerando o setor de transporte também se observou diferença expressiva entre trabalho passivo e de baixa exigência - aqui representou 4,8% dos trabalhadores neste quadrante, enquanto em trabalho passivo somou apenas 1,4%. No setor ensino houve predominância das atividades de baixa exigência (5,3%).

Para a variável ocupação, observou-se diferença expressiva nas seguintes subcategorias: dirigentes de organizações, revelando 4,2% no grupo de trabalho ativo, e 0,7% no grupo de trabalho passivo; profissionais das ciências/artes, atingindo 10,9% para o grupo trabalho em baixa exigência, 7,9% trabalho ativo, e 0,7% alta exigência; trabalhadores da produção, representando 10,9% baixa exigência, e o grupo de alta exigência 24,8%.

Com relação ao tipo de trabalho, o trabalho temporário representou diferença entre o grupo de baixa exigência (15,0%), e de alta exigência (22,4%). Houve predominância da carga horária “> 8 horas” no grupo trabalho passivo (62,9%). Com relação à distribuição dos trabalhadores quanto ao total de dias de

trabalho semanal, observou-se que a categoria “7 dias”, atingiu 31,5% no grupo de alta exigência.

Tabela 8 Caracterização dos trabalhadores informais segundo Modelo Demanda-Controle e variáveis ocupacionais. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.

Variáveis	Modelo Demanda-Controle							
	Baixa exigência		Trabalho passivo		Trabalho ativo		Alta exigência	
	N	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<i>Ramo de atividade</i>								
Serviços domésticos	25	12,1	39	26,7	7	3,7	29	14,3
Construção civil	8	3,9	5	3,4	9	4,7	14	5,2
Ind. Manufatureira	5	2,4	3	2,1	12	6,3	9	4,2
Comércio	88	42,5	51	34,9	92	48,4	60	41,7
Transporte	10	4,8	2	1,4	7	3,7	10	4,2
Ensino	11	5,3	5	3,4	7	3,7	2	3,6
Outros serviços	60	29,0	41	28,1	56	29,5	31	26,9
<i>Ocupação</i>								
Dirigentes de organizações	7	3,5	1	0,7	8	4,2	1	0,7
Profissionais das ciências/artes	22	10,9	2	1,4	15	7,9	1	0,7
Técnicos de nível médio	13	6,4	8	5,6	15	7,9	7	4,6
Trab.de serviços administrativos	7	3,5	13	9,1	10	5,3	4	2,6
Trabalhadores do comércio	111	55,0	93	65,0	93	48,9	93	60,8
Trabalhadores agropecuários	6	3,0	1	0,7	3	1,6	-	-
Trabalhadores da produção	22	10,9	21	14,7	35	18,4	38	24,8
Trabalhadores de bens e serviços	3	1,5	-	-	5	2,6	2	1,3
Trabalhadores de manut. e repar.	11	5,4	4	2,8	6	3,2	7	4,6
<i>Tipo de trabalho</i>								
Regular	170	82,1	102	72,3	146	78,5	109	71,7
Temporário	31	15,0	29	20,6	32	17,2	34	22,4
Sazonal	6	2,9	10	7,1	8	4,3	9	5,9
<i>Carga horária</i>								
Até 8 horas	130	61,9	95	62,9	95	43,1	271	71,7

9.52 431.271 Tm [(1)2Q Q q 8.33333770 1.00057 -1 j ET Q Q 0 4

Conforme mostram os dados da Tabela 9, o consumo de bebida alcoólica foi mais expressivo na situação de trabalho ativo (53,6%) e alta exigência (50,6%). O hábito de fumar foi mais elevado no grupo de alta exigência (25,5%); entre os trabalhadores em baixa exigência, 13,8% referiram fumar.

Tabela 9 Caracterização dos trabalhadores informais segundo Modelo Demanda-Controle e hábitos de vida. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.

Variáveis	Modelo Demanda-Controle							
	Baixa exigência		Trabalho passivo		Trabalho ativo		Alta exigência	
	N	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<i>Atividades de lazer</i>								
Sim	155	73,8	79	52,3	142	72,4	91	56,2
Não	55	26,2	72	47,7	54	27,6	71	43,8
<i>Consumo de bebida alcoólica</i>								
Sim	95	45,2	66	43,7	105	53,6	82	50,6
Não	115	54,8	85	56,3	91	46,4	80	49,4
<i>Hábito de fumar</i>								
Sim	29	13,8	26	17,2	36	18,4	41	25,5
Não	181	86,2	125	82,8	160	81,6	120	74,5

6.4 Padrão de ocorrência dos transtornos mentais comuns entre trabalhadores informais

A prevalência de Transtornos Mentais Comuns na população de trabalhadores informais foi de 27,9%. De acordo os dados da Tabela 10, a prevalência de transtornos mentais comuns foi mais elevada entre trabalhadores do sexo feminino (40,6%) do que entre os homens. O grupo de trabalhadores com nível de escolaridade “ensino fundamental”, apresentou a maior prevalência de TMC

(34,4%). Quanto à faixa etária, observou-se maior prevalência de TMC entre aqueles com faixa etária “31 a 40 anos” (31,4%), segundo os estratos considerados. Os trabalhadores viúvos, disquitados, divorciados e separados apresentaram maior prevalência de TMC (36,3%), seguidos dos casados (28,2%). Aqueles que não eram chefes de família apresentaram maior prevalência de TMC (29,9%). Os trabalhadores com menor renda apresentaram prevalência maior de TMC, “até 1SM” (40,3%), “>1 a 2SM” (26,0%). Houve predominância dos TMC entre os não migrantes (33,3%). Entretanto, ressalta-se que às variáveis sexo, nível de escolaridade, chefia de família e renda foram estatisticamente significantes.

Tabela 10 Prevalência (%) de Transtornos Mentais Comuns segundo variáveis sociodemográficas entre os trabalhadores informais. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.

Variáveis	N	n	P(%)	RP	IC95%	Valor de p
<i>Sexo</i>						
Feminino	387	157	40,6	1,76	(1,55 – 2,00)	0,000
Masculino	393	61	15,5	*	-	-
<i>Nível de escolaridade</i>						
Analfabeto	77	30	13,8	2,36	(1,60 – 3,48)	0,000
Ens. Fundamental	392	135	34,4	1,44	(1,27 – 1,63)	0,000
Ens. médio/graduação	308	52	16,9	*	-	-
<i>Faixa etária</i>						
Até 20 anos	135		19,3	*	-	-
21 a 30 anos	203		30,5	1,59	(1,06 – 2,37)	0,020
31 a 40 anos	194		31,4	1,63	(1,09 – 2,44)	0,013
>40 anos	248		25,8	1,44	(0,97 – 2,15)	0,064
<i>Situação conjugal</i>						
Casad/União estável	386	109	28,2	1,10	(0,86 – 1,42)	0,431
Solt /	309	79	25,6	*	-	-
Viúvo/Div/Disq/Sep	80	29	36,3	1,42	(1,00 – 2,00)	0,057
<i>Chefia de família</i>						
Sim	247	57	23,1	0,77	(0,59 – 1,00)	0,048
Não	525	157	29,9	*	-	-
<i>Faixa etária</i>						
Até 40 anos	532	149	27,8	1,0	(0,90 – 1,12)	0,957
> 40 anos	248	69	28,0	*	-	-
<i>Renda</i>						
Até 1SM	303	122	40,3	1,27	(1,17- 1,38)	0,000
>1 a 2SM	200	52	26,0	1,26	(1,11 – 1,42)	0,003
>2S a 4SM	138	19	13,8	1,14	(0,90 – 1,45)	0,341
> 4SM	66	6	9,1	*	-	-
<i>Migração</i>						
Sim	42	14	27,6	0,76	(0,39 – 1,48)	0,424
Não	738	204	33,3	*	-	-

Identificou-se a freqüência de TMC segundo variáveis ocupacionais. Os trabalhadores inseridos nos serviços domésticos apresentaram maior freqüência de TMC (47,7%) (Tabela 11). Observou-se também que trabalhadores que executavam atividades sazonais apresentaram maior freqüência de TMC (32,4%). Aqueles que tinham carga horária de trabalho maior que oito horas foram mais acometidos pelo evento (31,5%) em questão. Observou-se também que os trabalhadores com “até 4

dias” de trabalho semanal foram os mais acometidos (33,8%). Contudo, foi estatisticamente significativa para serviços domésticos, construção civil, comércio, e ensino.

Tabela 11 Prevalência (%) de Transtornos Mentais Comuns segundo variáveis ocupacionais entre os trabalhadores informais. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.

Variáveis	N	n	(%)	RP	IC95%	Valor de p
<i>Ramo de atividade</i>						
Serviços domésticos	109	52	47,7	5,41	(1,80 – 16,21)	0,000
Construção civil	40	12	30,0	3,40	(1,05 – 11,06)	0,024
Ind. Manufatureira	33	4	12,1	1,37	(0,33 – 5,67)	0,482
Comércio	312	89	28,5	3,23	(1,08 – 9,66)	0,013
Transporte*	34	3	8,8	-	*	-
Ensino	25	9	36,0	4,08	(1,23 – 13,55)	0,011
Outros serviços	202	41	20,3	2,30	(0,75 – 7,01)	0,112
<i>Tipo de trabalho</i>						
Regular	570	151	26,5	*	-	-
Temporário	135	40	29,2	1,11	(0,80 – 1,55)	0,522
Sazonal	34	11	32,4	1,30	(0,65 – 2,62)	0,453
<i>Carga horária</i>						
Até 8 horas	425	106	24,9	0,79	(0,63 – 0,99)	0,040
> 8 horas	355	112	31,5	*	-	-
<i>Total de dias de trab semanal</i>						
Até 4 dias	136	46	33,8	*	-	-
5 a 6 dias	428	113	26,4	0,78	(0,59 – 1,04)	0,094
7 dias	216	59	27,3	0,81	(0,59 – 1,11)	0,194

Os trabalhadores que não realizavam atividades de lazer tiveram maior prevalência de TMC (40,1%) do que aqueles que realizavam. Prevalências mais elevadas de TMC foram também observadas entre aqueles que não consumiam bebida alcoólica, e os que tinham o hábito de fumar, como mostram os dados da Tabela 12.

Tabela 12 Prevalência (%) de Transtornos Mentais Comuns segundo hábitos de vida entre trabalhadores informais. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.

Variáveis	N	n	P(%)	RP	IC95%	Valor de p
<i>Atividades de lazer</i>						
Sim	506	108	21,3	-	*	-
Não	274	110	40,1	1,88	(1,51 – 2,35)	0,000
<i>Consumo de bebida alcoólica</i>						
Sim	377	95	25,2	0,83	(0,66 – 1,04)	0,098
Não	403	123	30,5	-	*	-
<i>Hábito de fumar</i>						
Sim	144	55	38,2	1,49	(1,16 – 1,90)	0,002
Não	635	163	25,7	-	*	-

Os dados da Tabela 13 mostram que os trabalhadores com sobrecarga doméstica alta apresentaram maior prevalência de TMC (50,5%) do que trabalhadores com baixa sobrecarga (19,5%). A diferença foi estatisticamente significativa, tanto para sobrecarga média, quanto para sobrecarga alta, quando comparados com o grupo referência.

Tabela 13 Prevalência (%) de Transtornos Mentais Comuns segundo sobrecarga doméstica entre trabalhadores informais. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.

Sobrecarga doméstica	N	n	P(%)	RP	IC95%	Valor de p
----------------------	---	---	------	----	-------	--------------

6.5 Associação entre Aspectos Psicossociais do Trabalho e Transtornos Mentais entre trabalhadores informais

6.5.1. Análise estratificada

A Tabela 14 apresenta a avaliação da associação bruta entre aspectos psicossociais do trabalho e TMC entre trabalhadores informais. A prevalência de TMC foi mais baixa no grupo de baixa exigência (21,9%); e mais elevada no grupo de alta exigência (36,4%). A diferença entre esses dois grupos foi estatisticamente significativa.

Tabela 14 Prevalência de Transtornos Mentais Comuns (%) entre trabalhadores informais segundo Aspectos psicossociais do trabalho. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.

<i>Aspectos psicossociais do trabalho</i>	P(%)	RP	IC95%
Baixa exigência+ (↑ controle e ↓ demanda)	21,9	*	-
Trabalho passivo (↓ controle e ↓ demanda)	30,5	1,39	(0,98 – 1,98)
Trabalho ativo (↑ controle e ↑ demanda)	26,0	1,19	(0,84 – 1,68)
Alta exigência (↓ controle e ↑ demanda)	36,4	1,66	(1,20 – 2,30)

* grupo referência

A Tabela 15 apresenta a análise estratificada da associação entre aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns. Adotou-se o grupo baixa exigência (alto controle, baixa demanda) como não expostos (grupo referência). As co-variáveis avaliadas foram: sexo, faixa etária, nível de escolaridade, situação conjugal, renda, e carga horária.

Não foi observada interação estatística entre a associação entre aspectos psicossociais do trabalho e TMC e as co-variáveis estudadas.

Logo após, realizou-se análise de confundimento. Observou-se que as variáveis nível de escolaridade e renda foram potenciais confundidoras para o grupo de alta exigência (Tabela 16), a variável renda para o grupo trabalho passivo (Tabela 17), e nenhuma variável foi potencial confundidora para o grupo trabalho ativo (Tabela 18). Tais resultados foram obtidos a partir da análise por estratos-específicos, haja vista que as mesmas foram associadas ao efeito na ausência da exposição, e a exposição entre os sadios. As demais co-variáveis analisadas não distorceram a associação principal, afastando o possível confundimento.

Tabela 16 Análise estratificada da associação entre co-variáveis e Transtornos Mentais Comuns entre os expostos (alta exigência) e sadios, e entre os não expostos e doentes. Feira de Santana-Ba, 2002.

Co-variáveis	SADIOS		NÃO EXPOSTOS (baixa exigência)	
	RP	IC95%	RP	IC95%
<i>Sexo</i>				
Feminino	0,98	(0,73 - 1,31)	4,49	(2,20 - 9,15)
Masculino				
<i>Faixa etária</i>				
Até 40 anos	1,08	(0,92 - 1,27)	0,72	(0,43 - 1,20)
> 40 anos				
<i>Nível de escolaridade*</i>				
Analf/Ens fundamental	1,47	(1,19 - 1,82)	2,58	(1,41 - 4,69)
2º g/Girad				
<i>Situação conjugal</i>				
Casado/União estável	0,93	(0,73 - 1,19)	1,07	(0,62 - 1,85)
Solt/Viúv/Div/Disq/Sep				
<i>Renda*</i>				
Baixa	1,41	(1,18 - 1,69)	2,70	(1,32 - 5,51)
Alta				
<i>Carga horária diária</i>				
Até 8 horas	1,44	(1,25 - 1,67)	0,87	(0,52 - 1,47)
> 8 horas				

* Presença de confundimento

Tabela 17 Análise estratificada da associação entre co-variáveis e Transtornos Mentais Comuns entre os expostos (trabalho passivo) e sadios, e entre os não expostos e doentes. Feira de Santana-Ba, 2002.

Co-variáveis	SADIOS		NÃO EXPOSTOS (baixa exigência)	
	RP	IC95%	RP	IC95%
<i>Sexo</i>				
Feminino	1,07	(0,81 – 1,41)	4,49	(2,20 – 9,15)
Masculino				
<i>Faixa etária</i>				
Até 40 anos	1,26	(1,10 – 1,45)	0,72	(0,43 – 1,20)
> 40 anos				
<i>Nível de escolaridade</i>				
Analf/Ens fundamental 2º g/Girad	1,25	(0,99 – 1,58)	2,58	(1,41 – 4,69)
<i>Situação conjugal</i>				
Casado/União estável	0,71	(0,53 – 0,94)	1,07	(0,62 – 1,85)
Solt/Viúv/Div/Disq/Sep				
<i>Renda*</i>				
Baixa	1,49	(1,26 – 1,77)	2,70	(1,32 – 5,51)
Alta				
<i>Carga horária diária</i>				
Até 8 horas	1,05	(0,87 – 1,25)	0,87	(0,52 – 1,47)
> 8 horas				

* Presença de confundimento

Tabela 18 Análise estratificada da associação entre co-variáveis e Transtornos

Tabela 19 Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns ajustados pelas variáveis confundidoras. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.

Co-variável	Aspectos psicossociais do trabalho					
	Alta exigência		Trabalho passivo		Trabalho ativo	
	RP ajustada	IC (95%)	RP ajustada	IC (95%)	RP ajustada	IC95%
Nível de escolaridade	1,46	(1,35– 2,06)	1,33	(1,19 – 1,86)	1,24	(1,03 – 1,60)
Renda	1,23	(1,31 – 1,93)	1,30	(1,38 – 1,99)	1,03	(0,93 – 1,43)

6.5.2 Análise multivariada

Regressão Logística Múltipla-RLM

Foi realizada a seleção das variáveis que foram adicionadas ao modelo. A seleção do Modelo de regressão logística múltipla, incluiu:

- O preditor principal: aspectos psicossociais do trabalho;
- A variável desfecho: transtornos mentais comuns;
- As co-variáveis: sexo, faixa etária, nível de escolaridade, situação conjugal, renda e carga horária.

Os termos produtos de interação foram avaliados após sinalização na análise estratificada, através do teste de Razão de Verossimilhança, utilizando-se um valor de $p \geq 0,20$ (Tabela 20).

Posteriormente realizou-se análise de interação, a qual permitiu avaliar simultaneamente os potenciais modificadores de efeito sobre a associação principal em estudo. Entretanto, não foi confirmada a presença de interação estatística, visto que os termos produtos selecionados não permaneceram no modelo final, após a modelagem.

Na análise de confundimento avaliou-se o efeito da associação principal em estudo, e observou-se que a co-variável sexo produziu variação no coeficiente estimado do preditor principal, acima de 20% . Portanto, foi considerada co-variável confundidora, sendo incluída no modelo final (Tabela 20).

Tabela 20 Estimativa do modelo selecionado na análise de RLM. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.

<i>Variáveis</i>	β	Erro-padrão de β	Valor de p	Exp (β)
Alta exigência (HST)	0,776	0,243	0,002	2,150
Trabalho ativo (ACT)	0,331	0,242	0,171	1,393
Trabalho passivo (PAS)	0,431	0,253	0,088	1,539
Faixa etária (IDADDIC)	0,046	0,189	0,810	0,955
Sexo (SEXO)	1,260	0,182	0,000	3,526
Constante	-2,001	0,247	0,000	0,135

O modelo final obtido, portanto, iiac27 0,000 0,135

Encontrou-se associação entre aspectos psicossociais do trabalho e TMC, mesmo após o ajustamento pela co-variável confundidora. Foram estimadas as razões de prevalência-RP e seus respectivos intervalos de confiança-IC, através do Método Delta, visto que o evento em questão possui prevalência elevada, neste estudo.

A RLM revelou que os trabalhadores informais expostos a aspectos psicossociais do trabalho (alta exigência) apresentaram maior prevalência de TMC (cerca de 1,54 vezes), quando comparados com os trabalhadores em situação de baixa exigência. Comparando-se outro nível de exposição (trabalho passivo) com o grupo referência, evidenciou-se que o trabalho passivo também apresentou maior prevalência, cerca 1,25 vezes maior de TMC do que o trabalho em baixa exigência (Tabela 21).

Tabela 21 Razões de Prevalências ajustadas e intervalos de confiança (95%) entre aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns. Feira de Santana-Ba, Brasil, 2002.

	Aspectos psicossociais do trabalho						
	Alta exigência		Trabalho ativo		Trabalho passivo		Baixa exigência Referente
	RP (IC 95%)		RP (IC 95%)		RP (IC 95%)		
Modelo 1**	1,66	(1,20 – 2,30)	1,19	(0,84 – 1,68)	1,39	(0,98 – 1,98)	1,0
Modelo 2 ***	1,54	(1,25 – 1,89)	1,18	(0,91 – 1,46)	1,25	(1,01 – 1,56)	1,0

** bruto

*** ajustado por sexo e idade

Diagnóstico do Modelo

Na avaliação da bondade do ajuste, evidenciou-se que a hipótese nula poderia ser aceita (H_0 = modelo está bem ajustado), pois o teste de Hosmer & Lemeshow revelou $p = 0,143$. Então, considerou-se satisfatório o ajustamento do modelo, a partir deste parâmetro.

Posteriormente foi avaliada a capacidade de discriminação do modelo através da Curva ROC. Ao observar área abaixo da curva, foi evidenciada (área=0,684), revelando um razoável poder discriminatório do modelo para avaliação dos casos e não casos (Figura 7).

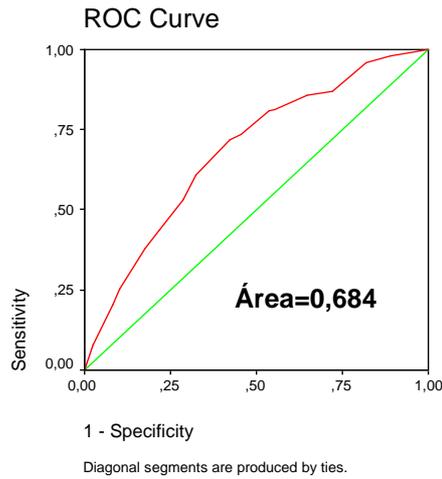


Figura 7 Curva ROC do modelo estudado

Por último, foi realizada a análise da influência dos padrões de co-variáveis. Observaram-se 16 padrões de co-variáveis, totalizando 780 registros individuais. Sessenta e oito observações estavam pobremente ajustadas, porém, não produziram mudanças relevantes dos coeficientes e das medidas ajustadas, ou seja, não foram influentes. (Figura 8).

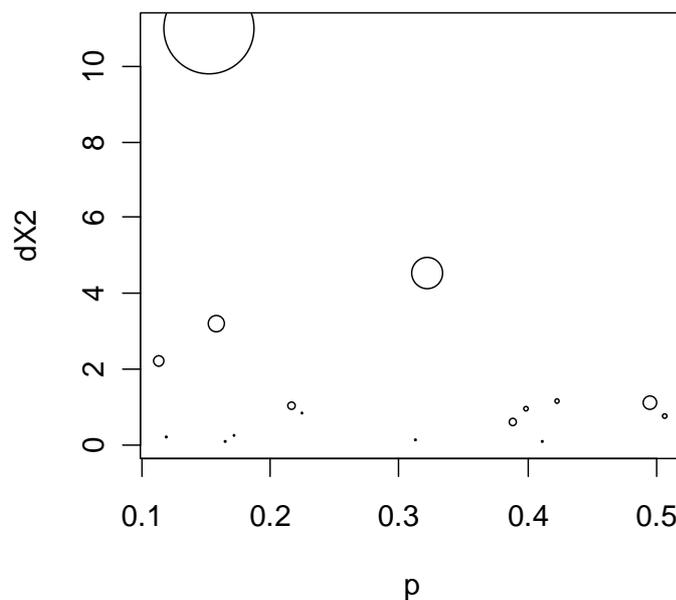


Figura 8 Gráfico diagnóstico de influência

Capítulo 7 - Discussão

“(…) A proposta é metacrítica porque presume que a voz crítica que se expressam nos outros discursos contra-hegemônicos, não compõem uma simples soma, porém formam uma nova capacidade de penetração, interpeleção e questionamento. É esse o significado ou a implicação de uma nova epidemiologia (…)”

(Jaime Breilh, 2006. p. 281)

7.1 Limitações do estudo

Este estudo apresentou algumas limitações, peculiares dos estudos de corte transversal. A dificuldade de avaliação da associação causal numa relação temporal entre exposição e doença, em que não existe definição de qual evento ocorreu primeiro (CHECKOWAY; PEARCE; KRIEBEL, 2004). Tal fato pode resultar em estimativas incorretas relativas a exposição e a doença.

Outra limitação importante referiu-se à causalidade reversa. Embora pouco improvável, não pode ser descartada, visto que os estudos de corte transversal não oferecem condições de distinguir se os aspectos psicossociais do trabalho produziram TMC, ou se trabalhadores com TMC, tornaram-se vulneráveis aos aspectos psicossociais do trabalho.

Salienta-se também, que trabalhadores podem ter sido excluídos do estudo, ou seja, o nível de exposição ou outro fator não avaliado neste estudo, pode ter influenciado a probabilidade de seleção, caracterizando *bias* de seleção (CHECKOWAY; PEARCE; KRIEBEL, 2004).

Existe a possibilidade de *bias* na mensuração das variáveis decorrente do instrumento ou das condições da realização da mensuração (ROTHMAN; GREENLAND, 1998). Neste estudo, não se pode destacar a possibilidade de que os instrumentos utilizados para avaliar os aspectos psicossociais do trabalho e os TMC podem ter apresentado falhas na mensuração dos eventos analisados. Ressalta-se também, que o SRQ-20 é um instrumento de suspeição diagnóstica. Portanto, não rejeita-se a presença de *bias* de informação. Cabe registrar, contudo que se houve dificuldades na mensuração, esta se distribuiu uniformemente nos grupos avaliados

(expostos e não expostos), uma vez que os mesmos instrumentos foram utilizados para avaliar todos os indivíduos estudados.

O efeito do trabalhador sadio também não pode ser desconsiderado, visto que trabalhadores que se afastaram de suas atividades em decorrência dos TMC podem ter sido excluídos do estudo. Portanto, não foi possível avaliar exposição e doença entre aqueles que se afastaram ou abandonaram suas atividades, ou até mesmo aqueles que se curaram (WEN; TSAI; GIBSON, 1983).

Finalmente, a lacuna existente na literatura acerca da avaliação da associação principal estudada entre o grupo de trabalhadores informais pode ter comprometido a obtenção de parâmetros de comparação similares à população estudada.

7.2 Síntese dos resultados

Os TMC foram mais prevalentes entre as mulheres, entre aqueles com nível de escolaridade baixa, casados, renda mensal baixa, trabalhadores dos ramos (serviços domésticos, construção civil, comércio e ensino), tipo de trabalho regular, e com sobrecarga doméstica alta.

Evidenciou-se associação positiva e estatisticamente significativa entre aspectos psicossociais do trabalho e TMC no grupo de alta exigência e trabalho passivo quando comparados com o grupo de baixa exigência.

Na análise estratificada, as seguintes co-variáveis foram potenciais confundidoras da associação bruta estudada: nível de escolaridade e renda para o grupo alta exigência; e renda para o grupo de trabalho passivo.

Na análise de RLM, não foi confirmada a presença de interação estatística. Entretanto, observou-se que a co-variável sexo foi confundidora da associação principal estudada (Figura 9).

Figura 9 Quadro representativo da síntese dos principais achados sobre a associação entre aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores informais.

Influência no Modelo	Análise estratificada	Análise multivariada
Modificadores de efeito	<input type="checkbox"/> Ausência	<input type="checkbox"/> Ausência
Confundidores	<input type="checkbox"/> Nível de escolaridade (grupo alta exigência) <input type="checkbox"/> Renda (grupos alta exigência e trabalho passivo)	<input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> Idade

O Modelo de RLM está bem ajustado, a partir da avaliação da bondade do ajuste, da Curva ROC, e da análise de influência dos padrões de co-variáveis.

7.3 Transtornos Mentais Comuns entre trabalhadores informais

A prevalência de TMC na população estudada foi de 27,9%. Outros estudos, cujo desfecho foram os TMC, revelaram prevalências, em geral, mais elevadas do que a observada neste estudo. Souza e Silva (1998), encontraram prevalência global de 20,3% entre motoristas e cobradores de ônibus urbanos da cidade de São Paulo. Em um estudo realizado por Brant et al (2004) foi constatada prevalência de 23,6% entre gestores. Um estudo realizado por Costa et al (2002), em Pelotas-RS, evidenciou prevalência de TMC de 28,5%. Ludermir e Melo-Filho (2002) ao estudar condições de vida e estrutura ocupacional associados a TMC, identificou prevalência total de TMC de 35,0%. Em outro estudo realizado por Ludermir (2003) entre trabalhadores informais, evidenciou-se prevalência de TMC de 35,4%. Delcor et al (2004), em estudo acerca das condições de trabalho e saúde de professores da rede particular de ensino em Vitória da Conquista-Ba, encontraram prevalência estimada de TMC de 45,2%. Reis et al (2005) observaram elevada prevalência de TMC (55,9%) em professores da rede municipal de Vitória da Conquista-Ba.

A prevalência de TMC entre as mulheres foi maior que entre os homens. Outros estudos identificaram achados semelhantes. Costa et al (2002) observaram que as mulheres possuíam maior prevalência de TMC (34,2%). Facundes e Ludermir (2005) encontraram prevalência de 35,0% para o grupo de mulheres estudantes dos cursos de graduação em Educação Física, Enfermagem, Odontologia e Medicina da Universidade de Pernambuco. Costa e Ludermir (2005) ao estudar indivíduos maiores de 19 anos, na Zona da Mata-Pe, também encontraram prevalência maior

entre as mulheres, 44,1%, contra 24,5% para os homens. Brant et al (2004) observaram maior prevalência (53,3%) entre as gestoras.

De acordo a OMS (2001a), a saúde mental das mulheres é de grande importância, tendo em vista os diversos aspectos envolvidos neste contexto.

a distribuição desigual de tarefas imposta socialmente sobrecarrega um grupo em detrimento do outro. Salienta-se também, que as estratégias desenvolvidas para lidar com estas experiências podem desencadear ou não, o processo saúde-doença mental.

Quanto ao nível de escolaridade o ensino fundamental apresentou a maior prevalência (39,1%). Patel e Kleinman (2003) apontam o analfabetismo e o baixo nível de educacional como fatores de risco para os TMC. Em um estudo com a população de Pelotas-RS, acerca do consumo de psicofármacos, observou-se que indivíduos com nível de escolaridade (em anos) baixa possuíam maior prevalência de TMC: “0 ano” (37,9%) e “1-4 anos” (31,0%) (LIMA; SOARES; MARI, 1999). Costa e Ludermir (2005) observaram prevalências elevadas nos grupos de “ensino fundamental” (36,9%) e “analfabeto” (39,9%). Araya et al (2003) evidenciaram que quanto menor o nível de escolaridade, maior a prevalência de TMC.

A inserção predominante de trabalhadores com baixo nível de escolaridade em postos de trabalho do setor informal, em parte é decorrente da grande absorção de força de trabalho em ocupações, cujas relações de trabalho são frágeis e precarizadas. Neste estudo, o ramo do comércio, e o trabalho regular foram os mais freqüentes. Estes achados podem ser atribuídos a diversidade de ocupações e suas respectivas qualificações, haja vista que o trabalho informal absorve trabalhadores com baixa qualificação, oriundos do chamado “exército de reserva” e do contingente de trabalhadores que almejam a inserção no mercado de trabalho. É justamente, esta pretensão de ingressar no mercado de trabalho que contribui para a submissão em quaisquer condições para suprir as necessidades individuais e coletivas. Estas condições, supostamente, modificam a dinâmica das dimensões psicossociais do trabalho (demanda psicológica / controle sobre o trabalho).

Os achados deste estudo, são coerentes com os achados de Souza e Silva (1998) que observaram que indivíduos com salários baixos (" < 3 SM"), apresentaram maior prevalência de TMC (26,7%) do que aqueles com salários mais elevados (15,1%). Lima, Soares e Mari (1999) observaram que indivíduos com renda familiar baixa possuíam maior prevalência de TMC (28,6%). Ludermir (2000) também observou que trabalhadores com renda familiar mensal baixa apresentaram prevalências elevadas de TMC: "0 - 1/4" (55,7%) e "1/4 - 1" (34,7%).

Observa-se que na região Nordeste, a proporção de indivíduos no grupo sem rendimento mensal é similar ao do país, porém, no grupo de “até 1 salário mínimo” é cerca de 60% a mais que o observado no Brasil (25,0%) (IBGE, 2006).

Trabalhadores inseridos nos seguintes ramos de atividades apresentaram prevalências de TMC elevadas: serviço doméstico (47,7%), construção civil (30,0%), comércio (28,5%) e ensino (36,0%). Pode-se sugerir que estes achados revelam as cargas de trabalho que estes ramos expõem os trabalhadores, assim como as características sociodemográficas que contribuem para o maior acometimento. O serviço doméstico sinaliza a dupla jornada de trabalho e as relações trabalhistas precarizadas. A construção civil reflete o baixo nível de escolaridade e a baixa renda. Santana e Oliveira (2004) enfatizam o baixo nível de escolaridade destes trabalhadores, assim como, a pobreza e a mobilidade ocupacional neste ramo, visto que, o saber do ofício da prática cotidiana do trabalho regula a mobilidade neste setor. O comércio pode representar uma parcela de trabalhadores com baixos salários, insegurança no trabalho e relação trabalhista frágil. E o ramo de ensino pode sinalizar baixo controle sobre o trabalho e alta demanda psicológica, condições de trabalho precárias, e insatisfação com o trabalho. Araújo et al (2003b) destacam a relevância dos problemas de saúde mental entre professores. Porto et al (2006) ao estudar a saúde mental de professores, observaram indícios de associação entre exigência do trabalho e TMC.

Os trabalhadores com hábito de fumar apresentaram maior prevalência de TMC (38,2%). Costa et al (2002), em um estudo de prevalência de TMC, em Pelotas, observaram que os fumantes de 20 ou mais cigarros/dia apresentaram maior prevalência de TMC (35,9%). Costa et al (2004) observaram que o fumante pesado possuía maior prevalência de TMC (40,3%). Os achados podem ser decorrentes de

outros fatores associados ao hábito de fumar. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, os pobres fumam mais (BRASIL, 2006), sabendo-se que a pobreza está associada aos TMC (PATEL; KLEINMAN, 2003), provavelmente existe uma linha causal entre estas exposições e os TMC.

Os trabalhadores que não realizavam atividades de lazer apresentaram maior prevalência de TMC (40,1%), cerca de 1,9 vezes, quando comparados com aqueles que realizavam atividades de lazer. Este achado pode ser atribuído a ausência de tempo livre e de condições socioeconômicas e culturais adequadas para a realização de atividades de lazer, onde as cargas de trabalho se sobrepõem às atividades prazerosas. Possivelmente esta linha de tensão implica no desenvolvimento de adoecimento mental entre trabalhadores informais.

Neste estudo, os trabalhadores com sobrecarga doméstica alta apresentaram maior prevalência de TMC (50,5%). Araújo (1999) observou que as trabalhadoras com sobrecarga doméstica alta possuíam prevalência maior de TMC (37,2%) do que aquelas com baixa sobrecarga (25,3%). Araújo, Pinho e Almeida (2005) observaram que mulheres com sobrecarga doméstica alta possuíam maior prevalência de TMC (49,5%).

A sobrecarga doméstica alta contribui para a elevada prevalência de TMC entre os trabalhadores informais. A dupla jornada de trabalho pode estar contribuindo para intensificar o desgaste decorrente da atividade laboral, assim como, potencializar as exigências de determinadas atividades (cargas de trabalho). Considera-se que cuidar de crianças, cuidar da limpeza, cozinhar, lavar e passar roupas imprimem uma maior carga de trabalho a este grupo de trabalhadores.

7.4 Aspectos psicossociais do trabalho

O impacto econômico-social da globalização e do processo de reestruturação produtiva redefiniu os padrões de saúde-doença da população trabalhadora. Neste contexto, as novas formas de vida e os novos modos de produção indicam mudanças nos fatores estressores. Os aspectos organizacionais aparecem como fatores potenciais para o processo saúde-doença mental.

O baixo controle e a alta demanda (alta exigência), e baixo controle e baixa demanda (trabalho passivo), segundo o modelo Demanda-controle são fatores de risco para os TMC. Os achados deste estudo são consistentes com achados de outros estudos que confirmaram associação entre alta exigência (baixo controle e alta demanda) e TMC. Araújo et al (2003) observaram associação positiva entre alta exigência e TMC. Estudo realizado por Porto et al (2006), também evidenciou que trabalhadores docentes expostos a alta exigência apresentaram prevalência de TMC 1,5 vezes maior, quando comparados com os trabalhadores expostos a baixa exigência. A partir do Modelo Demanda-controle, o trabalho passivo é o segundo principal problema psicossocial no trabalho, tendo como características a monotonia e a desmotivação (KARASEK; THEORELL, 1990).

Ressalta-se também, que nas bases de dados consultadas não foi encontrado outro estudo que avaliasse a associação entres aspectos psicossociais do trabalho e TMC entre trabalhadores informais, o que impossibilitou comparação de nossos achados com os de outros estudos em população trabalhadora similares àquela investigada por nós.

Outros estudos evidenciaram a associação entre alta demanda e baixo controle sobre o trabalho e baixo nível de bem-estar psicológico (DOEF; MAES, 1999; O'CONNOR et al, 2000).

Acredita-se que os achados encontrados contribuirão para discussão sobre fatores de risco para adoecimento mental entre trabalhadores informais, no que se refere ao controle sobre o trabalho e a demanda psicológica.

Capítulo 8 - Considerações Finais

“(...) Mire veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas - mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou, desafinam. Verdade maior. É o que a vida me ensinou. Isso que me alegra, montão (...)”

(Guimarães Rosa, 1984, p.21)

A dissertação aqui apresentada teve como objetivo avaliar a associação entre aspectos psicossociais do trabalho e TMC entre trabalhadores informais. Os achados encontrados revelaram associação positiva entre situação de trabalho de alta exigência e de trabalho passivo e TMC.

A exposição aos fatores de risco estudados (alta demanda e baixo controle/baixa demanda e baixo controle) contribuíram para o aumento do evento estudado. Percebe-se também que características individuais e coletivas são relevantes para a ocorrência dos TMC. Características como sexo, nível de escolaridade, renda mensal e sobrecarga doméstica devem ser considerados como fatores associados aos TMC.

Com relação à relevância social, o estudo poderá fornecer subsídios para redefinição de práticas em Saúde do Trabalhador e Saúde Mental no município. Tais práticas serão subsidiadas a partir de informações que revelem o perfil dos trabalhadores estudados. A partir do desvelamento da situação investigada, espera-se contribuir para a promoção da saúde do trabalhador informal em Feira de Santana, e para a defesa da garantia do estabelecido pelo Sistema Único de Saúde/Lei orgânica Nº 8.080/1990 (CARVALHO, 2001). Portanto, para desencadear impacto na gênese do problema (social/econômico) é necessário conhecê-lo. Nesta perspectiva, a atuação intersetorial com os setores Educação, Trabalho, Emprego e Renda, Comércio e Indústria, devem ser operacionalizadas.

Este estudo ainda poderá impactar no setor econômico, pois ele possibilitará a descrição do perfil de morbidade psíquica no município de Feira de Santana. As informações produzidas fornecerão subsídio para a compreensão do impacto da globalização e da reestruturação produtiva sobre a saúde da população trabalhadora, em um contexto específico. Os resultados poderão mostrar o

panorama das formas de trabalho (ocupações) que constitui o setor informal da economia feirense. Desta forma, poderão ser repensadas as relações e condições e trabalho vigentes, a oferta de emprego e renda.

Face às peculiaridades do processo de informalidade, observa-se que às dimensões social, econômica, política, nos âmbitos individual e coletivo, implicam no desvelamento do impacto da globalização e do processo de reestruturação produtiva sobre a saúde dos trabalhadores. O processo de informalidade traduz relações de trabalho precarizadas, fragmentadas e desregulamentadas, na lógica societal capitalista. É neste contexto que as dimensões psicossociais do trabalho conectam com o processo saúde-doença mental. As formas de organização do trabalho vêm imprimindo repercussões sobre a saúde mental dos trabalhadores, portanto, faz-se necessária a adoção de medidas, através do planejamento e operacionalização de ações em atenção à saúde do trabalhador e à saúde mental, que englobem assistência, vigilância, capacitação de recursos humanos, informação, educação e comunicação em saúde.

Tais medidas devem desencadear o aumento do controle sobre a atividade laboral e redimensionamento da demanda psicológica envolvida no trabalho. Para o sucesso desta proposta, assenta-se na possibilidade de concretização das estratégias políticas sugeridas, assim como, na autonomia dos trabalhadores na realização de suas atividades laborais.

Salienta-se também, a importância de investigações futuras acerca da realidade do trabalho informal, na tentativa de desvelar a relação entre as dimensões psicossociais do trabalho e os TMC entre trabalhadores informais.

Os TMC constituem-se um problema de Saúde Pública no município de Feira de Santana-Ba. Portanto, emerge como elemento de reflexão, o papel dos

atores sociais (gestores, trabalhadores, universidade, controle social, profissionais da saúde e dos setores afins) frente à construção e monitoramento das políticas de saúde do trabalhador e saúde mental em nosso país. Acredita-se que a nível municipal, possam ser elaboradas questões norteadoras para impulsionar novas práticas, que culminem no bem-estar psicológico. Entretanto, faz-se necessário o esforço conjunto dos atores sociais na operacionalização das políticas de descentralização das ações de saúde, assim como, na atuação intersetorial, capaz de fornecer subsídios para implantação e implementação de equipamentos sociais coletivos, serviços de saúde especializados e atuantes, e ambientes e processos de trabalho salubres.

Referências

ALVES-NETO, M. Adaptado de: **Mercado ambulante I**. Artistas selecionados. Bienal Naifs do Brasil 2002. Disponível em: <<http://www.secsp.com.br/sesc/hotsites/naif2002/>>. Acesso em: 12 nov. 2006.

AQUINO, E, M. L. **Gênero, trabalho e hipertensão arterial**: um estudo de trabalhadoras de enfermagem em Salvador, Bahia. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva/ISC, Universidade Federal da Bahia. 1996.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

ARAÚJO, T. M. **Trabalho e distúrbios psíquicos em mulheres trabalhadoras de enfermagem**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva/ISC,

SESAB/SUVISA/CESAT-Salvador: CESAT/SESAB, 2002. 351p.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. Diretoria de Promoção e Proteção a Saúde do Trabalhador. Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador-CESAT. **Relatório de gestão do CESAT no período de 2003 a 2006**. Salvador-Ba, set, 2006, p. 11.

BRANT, et al. Trabalho e sofrimento em gestores de uma empresa pública em reestruturação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p. 942-949, jul-ago, 2004.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de assistência á saúde. Conselho Nacional de saúde. Programa Nacional de doenças sexualmente Transmissíveis/AIDS. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde. 1997. 20 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 3: CNST, 3. **Trabalhar, sim! Adoecer, não**: coletânea de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Portaria Nº 1.679, 19 de setembro de 2002**. In: Legislação em saúde do trabalhador. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. **Painel de Indicadores do SUS/Brasil**. Brasília: Ministério da saúde, 2006.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica**: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, p.275.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no séc XX. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

CACCIAMALI, M. C. **Informalidade contemporânea na América Latina**. São Paulo, Cidade Universitária, 1999.

CARVALHO, G. I. **Sistema Único de Saúde**: comentário à Lei orgânica da Saúde (leis 8.080/90 e 8.142/90. 3. ed. Campinas/ SP: Unicamp, 2001.

CBO. Classificação Brasileira de Ocupações. Disponível em: <[http:// www.mtecbo](http://www.mtecbo).

gov.br/buscaresultado.asp?tituloavancado=dowload+cbo&familiares=&ocupacoes=1 sinonimos=1>. Acesso em: 22 Ago. 2006.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. **Epi Info 6, Version 6.04: A Word Processing, Database, and Statistics Program for Public Health**. Atlanta: CDC / Geneva: WHO, 1996.

CODO, W. et al. A magia do trabalho. In: CODO, W. et al. **Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar**. Petrópolis-RJ: Vozes, 1993, p.97-114.

CHECKOWAY, H. ; PEARCE, N. ; KRIEBEL, D. **Research methods in occupational epidemiology**. 2 ed. New York: Oxford University Press, 2004.

COHN, A. Processo e organização do trabalho. In: BUSCHINELLI J. T. P., ROCHA L. E.; RIGOTTO R. M. (Org). **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo: Vozes, 1993, p. 56-75.

COSTA, J. S. D. et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, n. 2, 2002.

COSTA, J. S. D. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, v.2, p. 284-91, 2004.

COSTA, J. S. D. et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n. 2, p. 284-91, 2004.

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. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 26, n. 5, 1999.

DELCOR, N. S. et al. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 (1): 197-196, jan-fev, 2004.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5. ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DIAS, E.C. & HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do

trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.4, p.817, 2005.

DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos. **Mercado de trabalho no Brasil**. São Paulo. 2001.

DIEESE. Pesquisa emprego e desemprego. Disponível em: <www.dieese.org.br/ped/ssa/pedssa0205.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2005.

DOEF, M. V. D. & MAES, S. The Job Demand-Control (Support) Model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. **Work & stress**, v.13, n.2, p. 87-114, 1999.

DRUCK, G. A reestruturação produtiva e os sindicatos: um estudo da imprensa sindical. In: Encontro Nacional da ANPOCS, 22, 1998, Caxambu, **Anais...** Outubro de 1998.

DRUCK, G. & BORGES, A. Terceirização: balanço de uma década. **Caderno CRH**, n.37, p.1-330, jul-dez. 2002.

FACCHINI, L. A. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo de determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: BUSCHINELLI J. T. P., ROCHA L. E.; RIGOTTO R. M. (Org). **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo: Vozes, 1993, p. 178-186.

FACCHINI, L, A et al . Modelo operário e percepção de riscos ocupacionais e ambientais: uso exemplar de estudo descritivo. **Revista Saúde Pública**, v.25, v.5, p. 394-400,1991.

FACUNDES, V. L. D. ; LUDERMIR, A . B. Common mental disorders among health care students, **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.27, n.3, p.194-200, 2005.

FILGUEIRAS, L. A. M. & DRUCK, G. & AMARAL, M. F. O conceito de informalidade: um exercício de aplicação. **Caderno CRH**, v.17, n.41, p. 211-229, 2004.

FISCHER, F.M. et al. Controle, exigências, apoio social no trabalho e efeitos na saúde de trabalhadores adolescentes. **Revista Saúde Pública**, v.39, n.2, p.245-53, 2005.

FARNKENHAEUSER, M. A Biopsychosocial Approach to work Life Issues. In: Johnson, J. V. & Johnson, G. **The psychosocial work environment work organization, democratization and health-essays in memory of Bertil Gardell**. New York: Baywood Publishing Company, p. 49-60, 1991.

FREITAS, C. E. S. de. **Precarização e flexibilização dos direitos do trabalho no Brasil dos anos 90**. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Departamento de Sociologia, Universidade de Brasília.

GIMENO, D. et al. Psychosocial factors and work related sickness absence among permanent and non-permanent employees. **J Epidemiol Community Health**, v.58, p.870-876, 2004.

GOLDBERG, D. & HUXLEY, P. **Common Mental Disorders: A Bio-Social Model**. London: Tavistock Publications/New York: Routledge, 1992.

GUIMARÃES, N. A. Por uma sociologia do desemprego, **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.17, n. 50, out. 2002.

GUÉRIN, F. **Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia**. São Paulo: Edgard Blucher: Fundação Vanzolini, 2001.

HARNECKER, M. **Os conceitos elementares do materialismo histórico**. 2 ed. São Paulo: Global, 1983.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**. 12 ed. São Paulo: Loyola, 2003.

HENNEKENS, C. H. et al. **Epidemiology in medicine**, 1987.

HIRATA, H. S. & ZARIFIAN, P. Força e fragilidade do modelo japonês. **Estudos Avançados**, v. 12, n. 5, 1991.

HIRATA, H. S. & PRÉTECEILLE. Trabalho, exclusão e precarização socioeconômica : o debate das ciências sociais na França. **Caderno CRH**, n. 37, p. 47-80, jul-dez, 2002.

HOSMER, D. W & LEMESHOW, S. **Applied logistic regression**. 2 ed. J Wiley : New York, 2000, 385 p.

HUANG, G. D. et al. Occupational stress and work-related upper extremity disorders: concepts and models. **American journal of industrial medicine**, v.41, p.98-314, 2002.

IBGE. Trabalho informal. Disponível em: <www.gov.br/home/estatistics/populacao/condecaodevida/indicadorminimos/suppme/analiscres...> Acesso em: 13 mai. 2005.

IBGE. Cidade@. Feira de Santana. Informações Estatísticas. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/SINTESE.php?momemum=Feira%20deSant...>> . Acesso em: 22 ago. 2005a.

IBGE. Trabalho informal. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhorendimento/pnad98/saude>> . Acesso em: 09 ago. 2005b, p 2.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional por amostra de domicílio: síntese de indicadores 2005**. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

JEKEL, J. F. & KATZ, D. L. & ELMORE J. G. Entendendo os Erros em Medicina Clínica. In: **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

KALIMO, E. et al. **Psychosocial factors at work: and their relation to health**. Geneva: World Health Organization, 1987.

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

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

KARASEK, R. A. et al. The Job Content Questionnaire (JCQ): An Instrument for Internationally Comparative assessments of Psychosocial Job Characteristics. **Journal of Occupational Health Psychology**, v.3, n.4, p.322-355, 1998.

KARASEK, R. & Theorell, T. **Healthy Work: stress, productivity, and the reconstruction of working life**. United States of America: Basic Books, 1990.

KLEIBAUM, D. G. & KUPPER L. L. & MOGENSTEM, H. **Epidemiologic Research: principles and quantitative methods**. New York: Van Nostrand Reinhold, 1982.

LAURELL, A. C. & NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LAURELL, A. C. Research on work and health in latin américa: the perspective of social medicine. **New solutions**, 1995, p. 53-63.

LIMA, M. S. & SOARES, B. G. O. & MARI, J. J. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional, **Revista de Psiquiatria Clínica**, 26 (50), 1999. Disponível em:

< [http://www.hcnet.usp.br/isp/revista/r265/artigo\(225\).htm](http://www.hcnet.usp.br/isp/revista/r265/artigo(225).htm). >. Acesso em: 3 jul. 2006.

LUDERMIR, A.B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.16, n.930, p.647-659, jul-set. 2000.

LUDERMIR, A. B. ; LEWIS, G. Informal work and commom mental disorders. **Soc Psychiatry Epidemiol**, n.38, p.485-489, 2003.

LUDERMIR, A. B. & MELO-FILHO, D. A. M. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentas comuns. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n.2, abril, 2002.

LUDERMIR, A. B. Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho. **J. Bras. Psiquiatr.** v, 54, n.3, p.198-204, 2005.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Tomo I e II. Brasília: IPEA, 1993.

MARX, K. **O capital**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, volume 1, Livro 1, 1971.

MELO, H. P. O mercado de trabalho nos anos 90: revisitando a invisibilidade do trabalho feminino. LIMA, M. E. B. et al (org). In: **Um debate crítico a partir do feminismo: reestruturação produtiva, reprodução e gênero**. São Paulo: CUT, 2002.

MENDES, R. ; DIAS, E. C. Da Medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, n. 25, v. 5, 1991, p. 341-349.

MINAYO, M. C. de S. (org). A construção do Projeto de Pesquisa. In: MINAYO, M. C. de S. (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis-RJ: Vozes,

1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 2. 1994. **Caderno de Textos/Ministério da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MORAES-NETO, B. **Século XX e trabalho industrial: taylorismo, fordismo, ohnismo e automação em debate**. São Paulo: Xamã, 2003.

MTE, Disponível em: <<http://www.mte.gov.br/Empregador/TrabTemp/Conteudo/conceito.asp>> . Acesso em: 16 ago. 2005.

NASCIMENTO, C. J. S. **Caracterização das relações formais e informais no mercado de trabalho de Feira de Santana**. 1996. Dissertação (Mestrado em Economia) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal da Bahia.

NEVES, M. Y.; SELIGMANN-SILVA, E.; ATHAYDE, M. A saúde mental e trabalho; um campo de estudo em construção In: ARAÚJO, A. (Orgs). **Cenários do trabalho: subjetividade, movimento e enigma**. Rio de Janeiro: DP & A, 2004. p.19 –50.

NOBRE, L. C. & JACOBINA, A. J. R. Instrução Normativa para a Vigilância em Saúde do Trabalhador. BAHIA. In: NOBRE, L. C. & JACOBINA, A. J. R. **Coletânea de legislação em saúde do trabalhador e meio ambiente**. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2001.

NORONHA, E. G. Informal, ilegal, Injusto: percepções do mercado de trabalho no Brasil. **Revista Brasileira de Ciência Sociais**, v.18, n.53, out. 2003.

O'CONNOR. D. B. et al. The effect of job strain on British general practitioners' mental health. **Journal of Mental Health**, v.9, n.6 , p. 637-654, 2000.

OLIVEIRA, N. F. ; SANTANA, V.S. ; LOPES, A . A. Razões de proporções e uso do método delta para intervalos de confiança em regressão logística. **Revista Saúde Pública**, v.31, n.1, p. 90-9, 1997.

[ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO](#). **Módulos de auto-aprendizagem sobre saúde e segurança no trabalho infantil e juvenil**. Organização Internacional do Trabalho. -Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 152 p. il
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança, 2001.

OMS. Organização Mundial de Saúde. THARA, R. & PATEL, V. Women's Mental Health: a public health concern. **Regional Health Forum**. v.5, n.1, 2001a.

PATEL, V. ; KLEINMAN, A . Poverty and common mental disorders in developing countries. **Bulletin of the World Health Organization** . v.81, n.8, 2003.

PELFRENE, E. et al. The Job Content questionnaire: methodological considerations and challenges for future research. **Arch Public Health**, n.61, p.53-74, 2003.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2000.

PORTO, L. A. et al. Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. **Revista Saúde Pública**, v. 40, n.5, p. 818-26, 2006.

POSSAS, C. Padrões epidemiológicos: uma proposta conceitual. In: POSSAS, C POSSAS C. **Epidemiologia e saúde: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1989.

R (The R Foundation for Statistical Computing) Version 2.3.1. **R: a language and environment for statistical computing**. ISBN 3-900051-00-3. Viena-Austria, 2004. Disponível em < [http://: www.R-project.org](http://www.R-project.org) >. Acesso em: 18 jul. 2006.

REIS, E. J. F. B. et al. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p. 1480-1490, set-out, 2005.

RIGOTTO, R. M. Saúde dos trabalhadores e meio ambiente em tempos de globalização e reestruturação produtiva. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.25, n.93-94, dez. 1998.

ROSA, J. G. **Grande Sertão: veredas**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1984.

ROTHMAN, R. **15710.6759(a)-4.32873(c)-4.52556(i)-2.16558(o)0.64j T*[(R)1y16436(i)-2.164**

ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA, N. F. **Epidemiologia & saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SANTANA, V. S. **Introdução a epidemiologia ocupacional**. SESI-UFBA-ISC, Maio, 2004a.

SANTANA, V.S. & OLIVEIRA, R.P. Saúde e trabalho na construção civil em uma área urbana de Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.3, p.797-811, mai-jun, 2004.

SANTANA, V. S. et al. Acidentes de trabalho não fatais: diferenças de gênero e tipo de contrato de trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 2, p. 481-193, mar-abr, 2003.

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

SILVA, J. L. T. (at al). **A informalidade no mercado de trabalho brasileiro e as políticas públicas do governo federal** . Estudo elaborado pelo Observatório do mercado de trabalho do Ministério do trabalho e emprego (TEM), à propósito da Reunião de Ministros do trabalho do Mercosul, Bolívia e Chile, a ser realizado em Salvador (BA), nos dias 30 e 31 de Outubro de 2002.

SILVA, J. S. & SILVA A. C. C. Estudo dos acidentes de trabalho na construção civil em Salvador. In: CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA, **Resumos...** Belo horizonte, Jul. 2005.

SOUZA, M. F. M. & SILVA, G. R. Risco de distúrbios psiquiátricos menores em área metropolitana na região Sudeste do Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 32, n.1, p. 50-8, 1998.

SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Base 9.0 for Windows. **User's Guide** (1996). Chicago), I.L., SPSS.

WEN, P. & TSAI, S. P. & GIBSON, R. L. Anatomy of the Healthy Worker Effect: a Critical Review. **Journal of occupational Medicine**, v. 25, n. 4, April, 1983.

WISNER, A. **Por dentro do trabalho: ergonomia: método teoria e técnica**. São Paulo: FTD: Oboré, 1987.

WHO. World Health Organization. **A user's guide to the self reporting questionnaire** (SRQ). Compiled by M. Beusenbergh and J. Orley. Division of mental health. Geneva, 1994.

Anexos

ANEXO 1 – Modelo do Questionário

**UEFS - DEPARTAMENTO DE SAÚDE
NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA**

Setor Censitário:
Subdistrito: ____

PROJETO: SAÚDE

Nº de ordem:

Data: ____/____/____ Hora de início: ____: ____ h

1. Nº do domicílio: _____ 2. Nº do morador: _____ 3. Bairro: _____

I - INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

1. Sexo: 1() Feminino 2() Masculino	2. Idade: ____ anos	3. Tem filhos? 1() sim 2() não Quantos filhos: _____
4. Situação conjugal: 1() Casado(a) 4() Viúvo/a 2() União livre 5() Divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a) 3() Solteiro/a 9() Outras - Especifique: _____	5. Qual sua religião? 9() não sabe 1() Católica 2() Protestante 3() Candomblé 4() Espírita 5() Umbanda 6() sem religião	
6. Na escola, qual a última série /grau que concluiu com aprovação () Nunca foi à escola () Lê e escreve um bilhete simples e entende o que lê () Iº grau () IIº grau () Superior		<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
7. Dentre as alternativas abaixo, como você classificaria a cor da sua pele? 1() branca 2() amarela (oriental) 3() parda 4() origem indígena 5() preta 9() não sabe		Classificação (do entrevistador) da cor da pele (do entrevistado) ()
8. Nasceu em (cidade): _____		UF: _____
9. Há quanto tempo (em anos) vive em Feira de Santana (sem interrupções)? ____ anos ____ meses		

II - TRABALHO PROFISSIONAL

1. Está trabalhando atualmente? 1() Sim 2() Não	2. Com que idade começou a trabalhar? ____ anos 8() não se aplica
--	---

3. HISTÓRIA OCUPACIONAL

Por favor, informe sobre os empregos/trabalhos que você teve nos últimos 12 meses, começando pelo atual:

Emprego/Atividade	Período		Setor	Carteira assinada?	Sofreu algum acidente de trabalho?	1. regular 2. temporário 3. sazonal
	2. Inicial;	3. Final				
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

7.						
8.						
9.						

Código SETOR: 1. serviços domésticos; 2. Construção civil; 3. Indústria manufatureira; 4. Comércio; 5. Transporte; 6. Ensino; 7. Outros serviços (especificar)

<p>4. Se não está trabalhando, você está:</p> <p>1 () Desempregado 5 () Vivendo de rendas</p> <p>2 () Afastado por motivo de doença 6 () Estudando</p> <p>3 () Afastado por motivo particular 7 () Sempre foi dona-de-casa siga para bloco III</p> <p>4 () Aposentado 8 () Outros. Especificar: _____</p>		<p>5. Se estiver desempregado, quanto tempo está desempregado?</p> <p>_____ anos _____ meses</p>
<p>6. Qual sua ocupação principal (aquela na qual você usa a maior parte do seu tempo)? _____</p>		
<p>7. Qual o tipo de vínculo que você tem nesta ocupação?</p> <p>1 () Biscateiro (siga para questão 9) 5 () Empregado doméstico siga para questão 9</p> <p>2 () Autônomo (siga para questão 9) 6 () Funcionário público</p> <p>3 () Assalariado com comissão 7 () Profissional liberal</p> <p>4 () Assalariado sem comissão 8 () Empregador/empresário</p> <p>10. Outro (especificar): _____</p>		
<p>8. Seu turno de trabalho é:</p> <p>1 () Diurno fixo 3 () Diurno e noturno (escala alternante)</p> <p>2 () Noturno fixo 4 () Revezamento de turnos</p> <p>(alternantes)</p> <p>6 () Outros. Especifique: _____</p>		<p>12. Quanto tempo você leva para chegar ao trabalho? _____: _____ h</p>
<p>9. Quantos dias você trabalha por semana? _____ dia(s)</p>		<p>13. Além desta ocupação, você tem outra atividade regular que lhe dê rendimentos?</p> <p>1 () sim 2 () não</p>
<p>10. Quantas horas por dia você trabalha? _____: _____ horas</p>		<p>14. Que tipo de atividade? _____</p>
<p>11. A empresa onde você trabalha é a mesma que lhe paga?</p> <p>1 () sim 2 () não 9 () não sabe</p>		<p>15. Carga horária semanal nesta atividade: _____: _____ h</p>
<p>12. Em que tipo de lugar você trabalha?</p> <p>1 () empresa 4 () Em sua própria casa</p> <p>2 () repartição pública 5 () Na casa de outra pessoa</p> <p>3 () na rua 6 () Outro: _____</p>		<p>12. Quanto você ganha (por mês) em média?</p> <p>R\$ _____</p>

III - ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO (em relação à OCUPAÇÃO PRINCIPAL)

Gostaríamos de saber agora sobre algumas características de seu trabalho atual. Abaixo estão colocadas algumas frases e gostaríamos que, para cada uma delas, você indicasse o seu grau de concordância ou discordância com que está sendo dito.

* Controle sobre o trabalho	
<p>Seu trabalho lhe possibilita aprender novas coisas.</p> <p>1 () Discordo fortemente 2 () Discordo</p> <p>3 () Concordo 4 () Concordo fortemente</p>	<p>Seu trabalho é repetitivo.</p> <p>1 () Discordo fortemente 2 () Discordo</p> <p>3 () Concordo 4 () Concordo fortemente</p>
<p>Seu trabalho exige um alto nível de habilidade.</p> <p>1 () Discordo fortemente 2 () Discordo</p> <p>3 () Concordo 4 () Concordo fortemente</p>	<p>Seu trabalho requer que eu seja criativo.</p> <p>1 () Discordo fortemente 2 () Discordo</p> <p>3 () Concordo 4 () Concordo fortemente</p>
<p>Em seu trabalho, você é encarregado de fazer muitas</p>	<p>No seu trabalho, você tem oportunidade de</p>

tarefas diferentes. 1()Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente	desenvolver habilidades especiais. 1()Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente
Seu trabalho lhe permite tomar decisões sobre as tarefas que você realiza (como fazer, a que tempo fazer etc). 1()Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente	Você é capaz de dar opinião sobre o que acontece no seu trabalho. 1()Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente
Em seu trabalho, você tem pouca liberdade para decidir como fazer suas próprias tarefas. 1()Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente	
* Autoridade de decisão no nível macro	
Há possibilidade de suas idéias serem consideradas na elaboração das políticas adotadas na empresa (contratação, nível salarial, demissão, compra de novos equipamentos etc.) 1()Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente	Seu trabalho inclui supervisão de outras pessoas. 1()Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente
* Demandas psicológicas	
Seu trabalho é realizado sob ritmo acelerado. 1()Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente	Suas atividades incluem trabalho pesado. 1()Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente
Você é solicitado a realizar um volume excessivo de trabalho. 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente	O tempo para realização das suas tarefas é suficiente para concluí-las. 1()Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente
Em seu trabalho, você está livre de demandas conflitantes. 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente	Seu trabalho é frenético. 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente
Suas tarefas, muitas vezes, são interrompidas antes que você possa concluí-las, adiando para mais tarde a sua conclusão. 1()Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente	Seu trabalho exige longos períodos de intensa concentração em uma mesma tarefa. 1()Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente
Esperar pelo trabalho de outras pessoas, muitas vezes, torna mais lento o ritmo do seu trabalho. 1()Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente	
* Demandas físicas do trabalho	
Seu trabalho exige atividade física rápida e contínua. 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente	Seu trabalho exige muito esforço físico. 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente
Seu trabalho exige, por longos períodos, que você mantenha sua cabeça e seus braços em posições	Muitas vezes, seu trabalho exige que você

	3() Concordo	4() Concordo fortemente
Seu grupo de trabalho ou unidade toma decisões democraticamente.	Você é um membro do sindicato ou da associação de empregados.	
1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente	1() sim 2() não	
Sua opinião ou da associação de empregados tem influência sobre a política da empresa.	Você tem influência sobre as políticas do sindicato ou associação de empregados.	
8() Não sou um membro da associação 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente	8() Não sou um membro da associação 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente	

IV- SAÚDE REPRODUTIVA

Idade na 1ª relação sexual	Nº de gestações	Nº de partos	Último parto			Nº de filhos N. V	Nº de abortos	Uso de M.A.C. Tipo ()	Climatério
			Normal	Cesárea	Fórceps				

M.A.C. = Método anti-concepcional - 1.sim; 2.não/ Tipo: 1. pílula; 2.tabelinha; 3.camisinha; 4.DIU; 5.diafragma; 6.ligadura;7..outro

2. Gravidez atual: 1()sim 2() não

3. Há outra pessoa grávida residente na casa? 1()sim Idade: ___ __ anos 2() não

V- ATIVIDADES DOMÉSTICAS

1. Abaixo estão listadas algumas tarefas da casa. Avalie o grau de responsabilidade que você possui por cada uma delas.

	1 Não	2 Sim, a < parte	3 Sim, divide igualmente	4 Sim, a maior parte	5 Sim, inteiramente	8 sem crianças pequenas
1. Cuidar das crianças ?						
2. Cuidar da limpeza?						
3. Cozinhar ?						
4. Lavar roupa ?						
5. Passar roupa ?						

6. Você recebe algum tipo de ajuda para a realização dos trabalhos da casa? 1()sim 2() não 3() não faz tarefas domésticas	7. Quais os dias da semana que você realiza trabalhos da casa? 1() Todos os dias 8() não faz 2() de segunda a sexta
De quem você recebe ajuda?	

1 () Ninguém 2 () Empregada (mãe/irmã/filha/vizinha) 3 () Marido/ companheiro	4 () Esposa/ companheira 5 () Outra mulher 6 () Outro homem (pai/irmão/filho/vizinho)	3 () Nos finais de semana 4 () Somente aos sábados 5 () Somente aos domingos
---	--	---

VI - ATIVIDADES DE LAZER

1. Você participa de atividades de lazer?

1 () sim 2 () não **siga para questão 4**

2. Qual o tipo de atividade?

8 () não participa

Atividades sócio-culturais:

1 () jogos* 2 () cinema/teatro 3 () festa 4 () seresta
5 () barzinho 6 () praia/piscina 7 () visita a amigos

Atividades físicas:

10 () ginástica 11 () caminhada 12 () futebol/volei

13 () natação 14 () hidroginástica

Outros: _____

3. Qual a frequência semanal das atividades de lazer realizadas? ____ ____ vezes

4. Você participa de algum: 8 () não participa

1 () Movimento comunitário 5 () Clube
2 () Academia 6 () Grupo religioso

3 () Centro de Convivência

4 () Centro Comunitário

5. Qual a principal razão para sua participação em atividades de lazer? (Pode ser assinalado mais de uma resposta)

1 () É obrigado 5 () Por necessidade humana de convívio social
2 () Para encontrar amigos 6 () Para adquirir conhecimentos e habilidades
3 () Para praticar esportes 7 () Namorar
4 () Divertir-se/ recrear-se 9 () não sabe
Outra _____

6. As atividades de lazer ajudam sua convivência com outras pessoas?

1 () sim 2 () não

7. Quantas horas você tem livre para se divertir ou descansar durante a semana?

____ ____ horas

8. Em relação ao esforço físico, como classificaria suas atividades de lazer?

1 () Leve (lê, ouve rádio, assiste TV)
2 () Moderada (caminha, anda de bicicleta, aula de dança ou atividade física, pelo menos, 2 horas semanais)
3 () Pesada (corre, faz ginástica, natação, jogos com bola ou atividade física, pelo menos, 4 horas semanais)

* Jogos: baralho, dominó, dama etc.

VII - PADRÕES DE SONO

Durante as ÚTIMAS QUATRO SEMANAS, com que frequência você tem tido alguns desses problemas relacionados ao sono?

1. Dificuldade para pegar no sono. 1 () nunca 2 () raramente 3 () algumas vezes 4 () freqüentemente 5 () quase todo dia	5. Cai no sono facilmente a qualquer hora durante o dia 1 () nunca 2 () raramente 3 () algumas vezes 4 () freqüentemente 5 () quase todo dia
2. Acorda no meio da noite e sente dificuldade para voltar a dormir. 1 () nunca 2 () raramente 3 () algumas vezes 4 () freqüentemente 5 () quase todo dia	6. Acorda muitas vezes, mas freqüentemente volta a dormir. 1 () nunca 2 () raramente 3 () algumas vezes 4 () freqüentemente 5 () quase todo dia
3. Tem ataques de sono durante o dia (períodos repentinos de sono que você não pode resistir). 1 () nunca 2 () raramente 3 ()	7. Precisa de muito mais tempo do que os outros para acordar pela manhã. 1 () nunca 2 () raramente 2 () algumas vezes

algumas vezes 4 () freqüentemente 5 () quase todo dia	3 () freqüentemente 4 () quase todo dia
4. Tem dormido menos do que o habitual porque tem trabalho. 1 () nunca 2 () raramente 3 () algumas vezes 4 () freqüentemente 5 () quase todo dia	

VIII- SELF-REPORT-QUESTIONNAIRE - SRQ-20

As próximas questões estão relacionadas a situações que você pode ter vivido nos últimos **30 DIAS**. Se você acha que a questão se aplica a você e você sentiu a situação descrita nos últimos **30 DIAS** responda **SIM**. Por outro lado, se a questão não se aplica à você e você não sentiu a situação, responda **NÃO**.

Se você está incerto sobre como responder uma questão, por favor, dê a melhor resposta que você puder.

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

IX - USO DE MEDICAMENTOS

1. Em relação a remédio calmante ou para dormir (por ex. diazepam, valium, lexotan, olcadil, nitrazepam, rivotril), VOCÊ : 1 () usa 2 () costumava usar 3 () nunca usou 9 () não sabe	2. Você fazia uso do remédio ou calmante: 0 () nunca usou 2 () às vezes 1 () raramente 3 () freqüentemente
3. Quantas vezes no último mês você usou algum remédio calmante ou para dormir? 0 () não usou 3 () usou de 10 a 20 vezes 1 () usou de 1 a 2 vezes 4 () usei mais de 20 vezes 2 () usou 3 a 9 vezes 5 () não sabe	4. O remédio usado foi indicado por: 1 () familiares 0 () não usou 2 () amigos 3 () você próprio 4 () vendedor da farmácia 5 () médico através de receita

X - USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

Responda as questões abaixo, assinalando a melhor alternativa.

<p>1. Você consome bebidas alcoólicas atualmente? 1 () sim siga para questão 6 2 () não</p>	<p>2. Você já foi consumidor de bebidas alcoólicas? 1 () sim 2 () não siga para bloco XI</p>
<p>3. Com que frequência você bebia? 1 () raramente 3 () 2 a 3 dias/semana 2 () um dia/semana 4 () todo dia</p>	<p>9. Já perdeu ou chegou atrasado no trabalho, escola, ou em outra atividade por causa da bebida ou ressaca?</p>
<p>4. Há quanto tempo parou de beber? ____ anos ____ meses</p>	<p>10. Você já se desentendeu ou discutiu com pessoas por você beber ou ter bebido muito? 1 () sim 2 () não () não sabe</p>
<p>5. Por quanto tempo você bebeu? ____ anos ____ meses siga para bloco XI</p>	<p>11. Você já dirigiu um carro ou moto após ter bebido bastante? 1 () sim 2 () não () não sabe</p>
<p>6. Você bebe... 1 () raramente 3 () 2 a 3 dias/semana 2 () um dia/semana 4 () todo dia/quase todo dia</p>	<p>12. Algum familiar, amigo, médico ou outro profissional de saúde já se mostrou preocupado com seu consumo de bebida alcoólica ou sugeriu que você reduzisse esse consumo? 1 () sim 2 () não () não sabe</p>
<p>7. Você considera este consumo exagerado? 1 () sim 2 () não () não sabe</p>	<p>8. Já esteve alto ou de ressaca por causa de bebidas alcoólicas? 1 () sim 2 () não () não sabe</p>

XI - HÁBITO DE FUMAR

<p>1. Você fuma atualmente 1 () sim siga para questão 6 2 () não</p>	<p>5. Quantos cigarros você fumava por dia? ____ cigarros</p>
<p>2. Você já foi fumante? 1 () sim 2 () não siga para Bloco XII () não sabe</p>	<p>6. Há quanto tempo você fuma? ____ anos ____ meses</p>
<p>3. Há quanto tempo parou? ____ anos ____ meses</p>	<p>7. Quantos cigarros você fuma em média por dia? ____ cigarros</p>
<p>4. Por quanto tempo você fumou? ____ anos ____ meses</p>	

XII - ATOS DE VIOLÊNCIA – VITIMIZAÇÃO

Esta seção trata de atos de violência dos quais você pode ter sido vítima nos últimos 24 meses. Por favor, reflita sobre o que aconteceu e responda às seguintes perguntas:

____ Anote o número de vezes 00=Não aconteceu 99=Não sabe / Não respondeu

<p>1. Alguém lhe roubou alguma coisa à mão armada nos últimos 24 meses? ____.</p>
<p>2. Você sofreu alguma agressão nos últimos 24 meses? ____.</p>
<p>3. Você foi ferido com uma faca ou outra arma branca nos últimos 24 meses? ____.</p>

4. Você foi ferido com uma arma de fogo (revólver, pistola, escopeta etc.) nos últimos 24 meses?
____.____

5. Você sofreu algum acidente de trânsito nos últimos 24 meses? ____.

Entrevistador: _____

Duração da aplicação: __ __: __ __ h

ANEXO 2 – Comunicação Interna – Aprovação do Projeto de Pesquisa

	COMUNICAÇÃO INTERNA	Data:	29/11/01
		Nº:	139/01
De:	CEP	Para:	PROFA. DRA. TÂNIA MARIA DE ARAÚJO
Cc:			
Ref.:	PROJETO DE PESQUISA Nº 17/01		

Ilma. Sra.
Profa.Dra.Tânia Maria de Araújo
M.D. Pesquisadora Responsável
Projeto de Pesquisa nº 17/01

Prezada Senhora :

Informamos a V.Sª que o CEP apreciou e aprovou, na Reunião Ordinária de 31 de outubro de 2001, o Projeto de Pesquisa de n.º 17/01, intitulado "Distúrbios Psíquicos Menores: estimativa de prevalências e validação de instrumento diagnóstico", podendo V.Sª iniciar o referido Estudo.

Atenciosamente,



Dr.Edson Duarte Moreira Júnior
Coordenador do CEP

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)