

Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP)

Working conditions and common mental disorder among primary health care workers from Botucatu, São Paulo State

Ludmila Candida de Braga¹
Lidia Raquel de Carvalho²
Maria Cecília Pereira Binder³

Abstract *Common mental disorders (CMD) present high prevalence among general populations and workers with important individual and social consequences. This cross-sectional and descriptive study explores the relationship between psychological job demands, job control degree and job support and prevalence of CMD among primary health care workers of Botucatu – SP. The data collection was carried out using an unidentifiable self-administered questionnaire, with emphasis on items relating to demand-control-support situation and occurrence of CMD (Self Reporting Questionnaire, SRQ-20). The data were stored using the software Excel / Office XP 2003, and the statistical analyses were performed in SAS system. It was evidenced that 42.6% of primary health care workers presented CMD. The observed association – high prevalence of CMD with high-strain job (Karasek model) and low prevalence of CMD with low-strain job – indicates that, in the studied city, primary health care work conditions are contributive factors to workers' illness. The survey reveals the need of interventions aiming at caring the workers and also gets better work conditions and increase social support at work.*
Key words *Primary health care, Demand-control model, Occupational health, Mental health, Mental disorders*

Resumo *Os transtornos mentais comuns (TMC) apresentam elevada prevalência em populações gerais e de trabalhadores, com consequências individuais e sociais importantes. Este estudo, transversal e descritivo, explora a relação entre demandas psicológicas, grau de controle e presença de suporte social no trabalho e prevalência de TMC em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). A coleta de dados foi feita por meio de questionário autoaplicável, não identificado, com destaque para itens relativos à demanda-controle-suporte e presença de TMC (Self Reporting Questionnaire, SRQ-20). As informações foram inseridas em banco de dados construído com Excel/Office XP 2003 e a análise estatística, efetuada com o programa SAS. Constatou-se que 42,6% dos trabalhadores apresentavam TMC. A observação de associação - alta prevalência de TMC com elevado desgaste (classificação de Karasek) e baixa prevalência de TMC com baixo desgaste - indica que, no município estudado, as condições de trabalho na atenção básica constituem fator contributivo não negligenciável ao adoecimento dos trabalhadores. Revela-se a necessidade de intervenções direcionadas ao cuidado aos trabalhadores, melhoria das condições de trabalho e aumento do suporte social no trabalho.*

Palavras-chave *Atenção primária à saúde, Modelo demanda-controle, Saúde do trabalhador, Saúde de mental, Transtornos mentais*

¹ Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Av. Bento Lopes s/nº, Distrito de Rubião Jr. 18618-970 Botucatu SP. sts@btu.unesp.br

² Departamento de Bioestatística, Instituto de Biociências, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

³ Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

Introdução

Em princípio, o trabalho deveria ser fonte de prazer, já que, através dele, o homem se constitui sujeito e reconhece sua importância para a sobrevivência de outros seres humanos. A Carta de Ottawa¹, elaborada em 1986, na cidade canadense de mesmo nome, durante a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, reconhece o trabalho como fonte de saúde para o homem.

Para Leplat², no desenvolvimento do trabalho, além de modificar a natureza, o homem modifica-se a si próprio, na medida em que o trabalho propicia ou cerceia o desenvolvimento de suas potencialidades latentes. O autor enfatiza a importância da natureza do trabalho e das condições em que é exercido no desenvolvimento das capacidades dos trabalhadores.

Entretanto, ao longo da história, o trabalho, para a maioria da humanidade, tem representado dor, adoecimento e morte, fruto das diferentes formas de exploração a que os homens têm sido submetidos ao longo dos séculos e que, nos primórdios do século XXI, têm se intensificado.

Praticamente em todos os países do mundo, vêm ocorrendo profundas transformações no mundo do trabalho que, por um lado, guardam estreitas relações com a crise do capitalismo iniciada nos anos setenta e, por outro, com as notáveis inovações tecnológicas, particularmente nos campos da informática, da automação e das comunicações, a ponto de ser denominada terceira revolução industrial³.

A mais recente crise do capitalismo torna-se evidente quando os países capitalistas centrais começam a ser atingidos por prolongada queda nas taxas de acumulação, o que leva o capital a buscar alternativas para retornar aos níveis precedentes, processo que, segundo Antunes³, vem sendo conhecido como acumulação flexível. Para este autor, isso tem significado aumento das taxas de exploração da classe-que-vive-do-trabalho, com sérias consequências para a qualidade de vida e para a saúde e segurança dos trabalhadores. Kurz⁴ enfatiza os efeitos dessa realidade: intensificação do trabalho, aumento da jornada, desregulamentação de direitos trabalhistas e precarização do trabalho.

Com alguns anos de defasagem, essas mudanças no mundo do trabalho começaram a chegar ao Brasil, com efeitos mais dramáticos, uma vez que o “estado de bem-estar social”, conquistado nos países desenvolvidos, no caso brasileiro estava longe de ser alcançado. E, além dis-

so, o país estava mergulhado, há décadas, em crise econômica.

Segundo Pochmann⁵, no contexto da concorrência internacional não regulamentada, a concentração da inovação tecnológica nas grandes corporações agravou a exclusão de muitos países do espaço econômico. O corolário disto tem sido o aumento do desemprego e o predomínio da criação de empregos precários, com baixos salários, acarretando retrocesso produtivo e social para o país.

Nas últimas décadas, tem-se observado aumento do número de trabalhadores sem proteção social: empregos precários, organização de falsas cooperativas, admissão em falsos estágios, exercício de atividades como falsos autônomos ou em situação de falsas terceirizações⁵.

As influências do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores são conhecidas desde a antiguidade e, ao longo dos últimos três séculos, cresceu progressivamente a compreensão das relações entre trabalho e processo saúde-doença. Avanços em vários campos do conhecimento têm contribuído para isto, particularmente os da epidemiologia, da psicologia social, da ergonomia, dentre outros⁶.

A precarização do trabalho tem sido responsável pela piora das condições de saúde e pela mudança do perfil epidemiológico de adoecimento dos trabalhadores, com destaque para o aumento das doenças relacionadas ao trabalho ou atípicas e, entre elas, dos transtornos mentais⁶.

Transtornos mentais comuns (TMC) é uma expressão criada por Goldberg e Huxley⁷ para designar sintomas tais como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, que demonstram ruptura do funcionamento normal do indivíduo, mas não configuram categoria nosológica da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10), bem como dos Manuais de Diagnóstico e Estatística (DSM) da Associação Psiquiátrica Americana⁸. Entretanto, os transtornos mentais comuns constituem problema de saúde pública e apresentam impactos econômicos relevantes em função das demandas geradas aos serviços de saúde e do absenteísmo no trabalho⁸.

No Brasil, vários autores têm revelado alta prevalência desses transtornos nas populações estudadas⁹⁻¹³, cujas consequências, individuais e sociais, reforçam a necessidade de identificação precoce, para orientar intervenções individuais e coletivas^{14,15}.

Em vários estudos, numerosos fatores têm sido associados à prevalência de transtornos men-

tais comuns, dentre os quais atributos do indivíduo^{10,11,16,17}, aspectos sociais e familiares^{9,13,17-20} e aspectos do trabalho. Dentre os últimos, cabe citar a baixa renda^{11,16}, a exclusão do mercado formal de trabalho^{10,16,18} e o desemprego¹⁸ e, em destaque, as altas demandas psicológicas no trabalho e o baixo controle sobre o trabalho¹².

Segundo Karasek²¹, as demandas são as pressões psicológicas a que os trabalhadores são submetidos no trabalho e podem originar-se da quantidade de trabalho a executar na unidade de tempo e/ou do descompasso entre as capacidades do trabalhador e o trabalho a executar. Quanto ao controle, trata-se do grau de autonomia ou possibilidade que ele tem de “governar” o seu trabalho, a partir de suas habilidades e conhecimentos. Esse autor desenvolveu modelo de análise do trabalho denominado demanda-controle, cuja representação se dá em uma figura quadrangular, na qual cada quadrante representa associações entre os níveis das demandas e os graus de controle, ou seja:

- . demandas psicológicas elevadas e baixo controle do trabalho ou **job strain**, configurando condição de trabalho geradora de desgaste psicológico elevado;

- . demandas psicológicas elevadas e alto grau de controle sobre o trabalho ou trabalho ativo, situação considerada como potencialmente desafiadora e capaz de propiciar o desenvolvimento das potencialidades dos trabalhadores;

- . baixas demandas psicológicas e baixo controle ou trabalho passivo, configurando situações desestimulantes, geradoras de tédio e de desinteresse;

- . baixas demandas psicológicas e alto grau de controle ou baixo desgaste, situação em que haveria pouco desgaste para o trabalhador, uma vez que ele tem as melhores condições para planejar e para executar seu trabalho.

A esse modelo bidimensional, Johnson²² acrescentou o suporte social, considerado uma terceira dimensão.

A saúde mental dos profissionais de saúde: o caso da atenção básica

Segundo o Ministério da Saúde²³, a atenção básica constitui **um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias demo-**

cráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Cunha²⁴ ressalta a complexidade da atenção básica, que implica exigências diversificadas aos trabalhadores, que não se esgotam na realização do diagnóstico e na orientação do tratamento. Ao contrário, a atenção básica busca superar a visão reducionista de necessidades de saúde como equivalentes a processos fisiopatológicos, transformando-se em espaço privilegiado para a prática da integralidade do cuidado e para a valorização da subjetividade²⁵.

Além das exigências inerentes à atenção integral à saúde e à humanização das práticas, os trabalhadores da saúde ficam expostos a situações geradas pela pobreza e pelas desigualdades sociais, assim como pelas deficiências dos demais níveis do sistema de saúde. E mais, necessitam desenvolver múltiplas habilidades e incorporar tecnologias bastante complexas para superar os desafios que se colocam no cotidiano do trabalho.

A esses aspectos somam-se as mudanças atuais no mundo do trabalho, que não pouparam o setor saúde da precarização, gerando medo, isolamento e submissão dos trabalhadores. A falta de reconhecimento profissional, aliada à discussão tardia sobre planos de cargos e salários para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e ao arrocho salarial no âmbito do sistema de saúde, dentre outros, são reveladores dessa precarização.

Em relação aos usuários do SUS, verifica-se o aumento da demanda por serviços públicos de saúde, de tal sorte que cerca de 75% da população brasileira tornou-se quase inteiramente dependente desse sistema²⁶. Para Luz²⁷, o aumento da busca por cuidados em saúde constitui uma espécie de compensação pelo esvaziamento de valores culturais da sociedade, dilacerados pelo capitalismo.

A associação de transtornos psíquicos às profissões de saúde tem sido estabelecida por uma série de estudos que, até o momento, têm privile-

giado as categorias dos médicos e dos enfermeiros, sobretudo em atividades hospitalares, particularmente de urgência/emergência e centros de terapia intensiva^{12,28-30}.

Alguns estudos têm revelado frequência elevada de transtornos mentais comuns entre os profissionais investigados^{12,30}, associada a situações de risco, conforme modelo demanda-controle, especialmente as com altas demandas.

Abordando a relação trabalho-saúde entre enfermeiros do Programa de Saúde da Família em parte da grande São Paulo, Santos³¹ identifica, no cotidiano do trabalho desses profissionais, situações de alta exigência emocional, acarretando desgaste físico e mental.

Este estudo, cuja motivação inicial relacionou-se estreitamente com a vivência profissional de duas das autoras, teve como objetivo explorar as relações entre demandas psicológicas, grau de controle e presença de suporte social no trabalho e prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP).

Metodologia

Trata-se de estudo populacional de corte transversal, realizado de abril a outubro de 2006, em município de médio porte do Estado de São Paulo.

Fundada em 23 de dezembro de 1843, Botucatu - *Ibytu-katu*, que em tupi significa “bons ares” - é uma cidade paulista de 121.274 habitantes³², localizada a 224,8 km da capital. O perfil de atividade econômica do município caracteriza-se por participação nos setores de prestação de serviços e industrial³³.

A rede básica de saúde do município compõe-se de dezessete unidades de saúde (oito unidades de saúde da família, oito centros de saúde - dois dos quais gerenciados pela Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp - e um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador).

Até 1986, a cidade contava com duas unidades básicas de saúde, então denominadas centros de saúde. Neste ano, portanto antes da implantação do SUS, teve início a expansão desses serviços, com a criação de unidades municipais. Em 2004, foram implantados o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e o Programa de Saúde da Família, este último priorizando áreas periféricas e com população em piores condições de vida e de saúde.

Casuística

No período estudado, a rede básica de saúde possuía efetivo de 399 trabalhadores, dos quais 378 aderiram ao estudo. Dezenove trabalhadores afastados por motivo de doença foram incluídos no estudo, com intuito de reduzir o efeito do trabalhador sadio³⁴.

Participaram do estudo todas as categorias profissionais que compõem o efetivo da rede básica: trabalhadores administrativos, agentes comunitários, auxiliares/técnicos de enfermagem, auxiliares de consultório dentário, auxiliares de serviços gerais, enfermeiros, médicos, outros profissionais de nível superior e outros profissionais de nível médio.

Coleta de informações

Foi realizada por meio de questionário autoaplicável, não identificado, distribuído e recolhido por profissional habilitada para fornecer as explicações necessárias aos trabalhadores.

O questionário compôs-se de quatro seções:

Seção A: informações sociodemográficas dos trabalhadores (idade, sexo, situação conjugal, naturalidade, escolaridade e existência de dependentes);

Seção B: informações sobre o trabalho (vínculo empregatício, ocupação, atividade exercida, características da jornada de trabalho, etc.);

Seção C: questões para avaliar a satisfação no trabalho (objeto de outro estudo);

Seção D: questões destinadas à exploração da situação de trabalho relativas às demandas psicológicas, ao grau de controle sobre o próprio trabalho e à existência de apoio social no trabalho. Questões destinadas à investigação de TMC, por meio do *Self Reporting Questionnaire* ou SRQ-20.

Para avaliação dos aspectos demanda/controle/suporte, utilizou-se a versão resumida do questionário de Karasek, conhecido como *Job Stress Scale* traduzido e validado por Alves *et al.*³⁵ para utilização no Brasil. Trata-se de dezessete questões, das quais cinco referem-se às demandas do trabalho, seis, ao grau de controle exercido pelo trabalhador sobre sua atividade, e seis, aos mecanismos de suporte no trabalho existentes.

O aspecto demanda tinha como mínimo e máximo possíveis, respectivamente, 5 e 20 pontos, o controle, 6 e 24 pontos e o suporte (apoio social), 6 e 24 pontos. Foram criadas duas categorias para cada aspecto, “alto” e “baixo”, utili-

zando-se como ponto de corte 12,5 para demanda e 15 para controle e para suporte.

A identificação de transtornos mentais comuns foi efetuada por meio do **Self Reporting Questionnaire** – SRQ-20, desenvolvido por Harding *et al.*³⁶, sob coordenação da Organização Mundial de Saúde e validado para utilização no Brasil por Mari e Willians³⁷, tendo sido observadas sensibilidade de 83% e especificidade de 80%. Estudos internacionais encontraram sensibilidade e especificidade variando de 62,9% a 99% e 44% a 95%, respectivamente³⁸. Estudo realizado em Pernambuco determinou sensibilidade de 62,0% e especificidade de 80,0%¹⁶.

A versão mais utilizada em estudos de base populacional é composta por vinte questões: quatro sobre sintomas físicos e dezesseis sobre sintomas psicoemocionais (SRQ-20)^{9,13,16}. As respostas são do tipo “sim” ou “não”, atribuindo-se, respectivamente, valores de 1 e 0. Os pontos de corte sugeridos por Mari e Willians são 5/6 para homens e 7/8 para mulheres, pois, no estudo desses autores, o valor preditivo positivo foi menor entre os homens (66%) do que entre as mulheres (83%).

Neste estudo, foram adotados os pontos de corte sugeridos por Mari e Willians³⁷.

Procedimentos prévios

O passo inicial constituiu-se na apresentação do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, onde foi analisado e aprovado (processo nº 559/2004). Em seguida, obteve-se, junto à Secretaria Municipal de Saúde, a relação de trabalhadores da rede básica segundo a função exercida e a unidade em que trabalhava, informações que foram confrontadas com as existentes nos serviços.

A primeira autora, então, visitou todas as unidades de saúde para explicar aos trabalhadores os objetivos do estudo e como este seria conduzido, ocasião em que os que concordaram em participar preencheram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Visando verificar o tempo aproximado de preenchimento e a clareza do instrumento de coleta de informações, foi realizado piloto em unidade básica de saúde de um município vizinho.

Aplicação dos questionários

Os trabalhadores que aderiram ao estudo e que estavam em atividade preencheram o questionário no próprio local de trabalho e os afastados, nas respectivas residências ou em outro local indicado por eles.

Os questionários foram distribuídos e coletados no mesmo dia por uma mesma profissional (entrevistadora), com experiência nesse tipo de atividade. Sempre que um trabalhador, por razões relacionadas à dinâmica do serviço, não podia interromper suas atividades para preencher o questionário, a entrevistadora, de comum acordo com o trabalhador e a chefia do serviço, voltava em outra ocasião, a fim de evitar transtorno ao serviço, bem como restringir perda de sujeitos que haviam aderido à pesquisa.

Antes da entrega dos questionários, a entrevistadora explicava novamente os objetivos do estudo, dava as instruções gerais sobre o preenchimento, aguardando sua devolução. No caso dos trabalhadores afastados, a entrevistadora, após contato telefônico e autorização do trabalhador, dirigia-se a sua residência ou outro local indicado por ele para a aplicação do questionário.

Os questionários eram identificados apenas quanto à unidade de saúde. Durante a coleta de informações, entrevistadora e a autora principal reuniram-se semanalmente para entrega e revisão dos questionários.

Construção do banco de dados

Foram construídos dois bancos de dados para confrontar as informações e identificar possíveis erros de digitação. Foram utilizados os programas Excel, do Office XP 2003, e Epi Info 6.0.

Análise dos dados

Para detectar a existência de associações entre as variáveis estudadas, utilizou-se o teste do qui-quadrado, tendo-se estabelecido 5% como nível de significância.

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

nas linhas e as maiúsculas, nas colunas das tabelas. Na análise estatística, foi utilizado o pacote estatístico SAS.

Resultados

No período do estudo, as dezessete unidades de saúde possuíam 399 trabalhadores, dos quais dezenove estavam em licença por motivo de saúde. Do total, 378 (94,7%) aderiram ao estudo e responderam os questionários. Destes, 366 trabalhadores estavam em atividade e doze, afastados por motivo de saúde.

Em relação aos principais atributos pessoais, sabe-se que 85% dos indivíduos possuíam idades de 20 a 59 anos; 80% eram mulheres; 58% viviam em união estável; 54% possuíam nível médio de escolaridade e 44%, nível superior; 59% eram naturais de Botucatu ou de cidades vizinhas e 65% possuíam algum dependente.

Situação de trabalho avaliada pelo questionário demanda/controla/suporte

Dos 378 indivíduos que compuseram a casuística, vinte não preencheram todos os itens do questionário demanda-controla-suporte e foram excluídos da análise quanto à situação de trabalho avaliada por estas questões.

Os resultados obtidos para os 358 trabalhadores que responderam todas as questões encontram-se na Figura 1. Esta figura revela predomínio de situação de trabalho ativo com 53,1% dos trabalhadores. Os números representados na figura possibilitam calcular o número de trabalhadores submetidos à situação de demandas psicológicas elevadas – 263 indivíduos ou 73,5%.

Ocorrência de transtornos mentais comuns

Dos 378 trabalhadores que aderiram ao estudo, 161 (42,6%) apresentaram TMC. Não foram observadas associações entre ocorrência destes transtornos e fatores sociodemográficos como gênero, idade, escolaridade, situação conjugal, naturalidade e existência de dependentes diretos do trabalhador.

A distribuição dos trabalhadores segundo ocorrência de TMC e categoria profissional encontra-se na Tabela 1, não tendo sido observadas diferenças estatisticamente significantes entre as várias categorias profissionais. Entretanto,

Grau de controle	Baixo desgaste 79 indivíduos (22,0%) TMC = 13,9%	Trabalho ativo 190 indivíduos TMC = 43,2%
	Trabalho passivo 16 indivíduos (4,5%) TMC = 37,5%	Elevado desgaste 73 indivíduos (20,3%) TMC = 64,4%
	Demandas psicológicas	

Figura 1. Distribuição dos trabalhadores da rede básica de saúde segundo situação de trabalho avaliada pelo modelo de Karasek e presença de transtorno mental comum (TMC). Botucatu, 2007.

considerando-se apenas os dois grandes grupos – trabalhadores em atividades que exigem nível médio de escolaridade e trabalhadores em atividades que exigem escolaridade superior –, constatou-se que, respectivamente, 46,5% e 34,1% dos profissionais apresentaram TMC. O teste do qui-quadrado revelou associação de ocorrência de TMC entre os dois grupos e ocorrência de TMC. O teste de Goodman mostrou que a diferença observada era estatisticamente significativa.

Não foi observada associação estatisticamente significativa quanto à ocorrência de TMC entre as dezessete unidades de saúde. Entretanto, foi possível identificar três grupos distintos de unidades quanto à ocorrência desses transtornos (Tabela 2). O teste de Goodman revelou que a diferença observada na proporção de casos de TMC nas unidades básicas de saúde do grupo 1 e do grupo 3 foi estatisticamente significativa. Já entre o grupo 1 e o grupo 2, assim como entre este e o grupo 3, as diferenças não foram estatisticamente significantes.

A distribuição dos portadores de TMC segundo as quatro situações possíveis do modelo de Karasek (demanda-controla) encontra-se na Figura 1 e, mais detalhadamente, na Tabela 3, na qual a aplicação do teste do qui-quadrado revelou associação estatisticamente significativa

($p < 0,0001$) entre algumas situações de trabalho e presença de TMC. O teste de Goodman indicou que a ocorrência de TMC foi significativamente mais elevada na situação de elevado desgaste (64,4%) em comparação com as demais e significativamente menor (13,9%) na situação de baixo desgaste.

A influência do suporte social no trabalho como fator de proteção em relação à ocorrência

de TMC nas diferentes situações de trabalho do ponto de vista das demandas psicológicas e do grau de controle do trabalhador sobre seu trabalho pode ser analisada na Tabela 4. A aplicação do teste do qui-quadrado mostrou existência de associação ($p < 0,0001$) e os resultados do teste de Goodman revelaram que algumas diferenças foram estatisticamente significantes e outras não (Tabela 4).

Tabela 1. Distribuição dos trabalhadores da rede básica de saúde, segundo categoria profissional e presença de transtornos mentais comuns. Botucatu, 2007.

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

Teste de Goodman – letras maiúsculas (A,B) comparam colunas e minúsculas (a,b), linhas.

Tabela 2. Distribuição dos trabalhadores da rede básica de saúde, segundo presença de transtornos mentais comuns e grupos de unidades de saúde. Botucatu, 2007.

Grupos de Unidades de Saúde	Transtorno mental comum				Total	
	Presente		Ausente		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
GRUPO 1 (A, I, J, G, L, N) ≥ 50,0%	58	54,2 a A	49	45,8 a B	107	100,0
GRUPO 2 (D, H, F, E, B) ≥ 37,0% e <50,0%	53	45,7 a AB	63	54,3 a AB	116	100,0
GRUPO 3 (Q, P, M, C, O, R) < 37,0%	50	32,3 b B	105	67,7 a A	155	100,0
Total	161	42,6	217	57,4	378	100,0

Qui-quadrado $p = 0,0014$

Teste de Goodman – letras maiúsculas (A,B) comparam colunas e minúsculas (a,b), linhas.

Nas situações de trabalho passivo e elevado desgaste, o suporte social no trabalho não influenciou de maneira estatisticamente significativa a ocorrência de TMC. Na situação de elevado desgaste, verificou-se que, na existência de suporte social elevado no trabalho, a proporção de casos de TMC (29/49 ou 59,2%) foi inferior à observada quando o suporte era baixo (18/24 ou 75%).

Discussão

A adesão ao estudo foi considerada boa, apesar da perda de alguns questionários pelo preenchimento incompleto, particularmente das questões que avaliam a situação de trabalho segundo o modelo de Karasek.

Tabela 3. Distribuição dos trabalhadores da rede básica de saúde, segundo situação em relação às exigências e ao controle no trabalho e presença de transtornos mentais comuns. Botucatu, 2007.

Situação em relação à demanda/controle	Transtorno mental comum				Total	
	Presente		Ausente		N°	%
	N°	%	N°	%		
Desgaste elevado	47	64,4 a	26	35,6 b	73	100,0
		A		C		
Trabalho ativo	82	43,2 a	108	56,8 a	190	100,0
		B		BC		
Trabalho passivo	6	37,5 a	10	62,5 a	16	100,0
		BC		B		
Baixo desgaste	11	13,9 b	68	86,1	79	100,0
		C				
Total	146	40,8	212	59,2	358*	100,0

* Excluídos 20 trabalhadores que não preencheram todos os itens do instrumento de avaliação de demanda / controle / suporte. Qui-quadrado, $p < 0,0001$

Teste de Goodman – letras maiúsculas (A,B,C) comparam colunas e minúsculas (a,b,c), linhas.

Tabela 4. Distribuição dos trabalhadores da rede básica de saúde, segundo situação de trabalho (demanda-controle), existência de suporte social no trabalho e ocorrência de transtornos mentais comuns. Botucatu, 2007.

Situação de trabalho	Suporte social				Total
	Elevado		Baixo		
	TMC + N° (%)	TMC - N° (%)	TMC +N° (%)	TMC - N° (%)	
Trabalho passivo	5 (31,3) ab	10 (62,5) a	1 (6,2) b	- b	16 (100,0)
	AB	AB	AB	B	
Trabalho ativo	65 (34,2) a	98 (51,6) a	17 (8,9) b	10 (5,2) b	190 (100,0)
	A	B	A	A	
Desgaste baixo	11 (13,9) b	68 (86,1) a	- c	- c	79 (100,0)
	B	A	B	B	
Desgaste elevado	29 (39,7) a	20 (27,4) b	18 (24,7) ab	6 (8,2) b	73 (100,0)
	A	C	A	A	
Total	110 (30,7)	196 (54,7)	36 (10,1)	16 (4,5)	358* (100,0)

* Excluídos 20 trabalhadores que não preencheram todos os itens do instrumento de avaliação de demanda / controle / suporte. Qui-quadrado, $p < 0,0001$

Teste de Goodman – letras maiúsculas (A,B,C) comparam colunas e minúsculas (a,b,c), linhas.

A constatação de que a maioria dos profissionais estava exposta a situações de altas demandas psicológicas no trabalho está de acordo com alguns estudos realizados entre profissionais de saúde³⁰. Isso configura realidade preocupante, já que a alta demanda psicológica no trabalho predispõe ao adoecimento e, em alguns estudos, é descrita como a variável do modelo demanda-controle que melhor discrimina a ocorrência de TMC^{12,30}.

Algumas condições de trabalho, como extensão da jornada de trabalho, tempo de locomoção trabalho-casa-trabalho, fruição regular de férias, flexibilidade do horário de trabalho, realização de cursos de capacitação, possibilidade de informar à chefia sobre o andamento do trabalho e tratamento dado pela chefia às informações sobre o trabalho, investigadas nesta mesma população, foram consideradas adequadas, porém os trabalhadores revelaram-se insatisfeitos com a remuneração, o reconhecimento profissional e a impossibilidade de ascensão na carreira³⁹.

A verificação de que os grupos submetidos a altas demandas psicológicas apresentam os maiores índices de baixo suporte no trabalho mostra combinação ruim, dada a presença de fator de risco para o adoecimento com ausência de fator protetor. Mesmo assim, neste estudo, nas situações de trabalho passivo e elevado desgaste, o suporte não interferiu na ocorrência de TMC.

A ocorrência de TMC na população de trabalhadores da rede básica de Botucatu (42%) foi aproximadamente duas vezes maior que a observada no estudo populacional – 21,7% (IC_{95%} = 19,2% – 24,3%) – efetuado por Lima⁹ e maior também que as prevalências encontradas em outras populações^{10,17}. Trata-se de resultado alarmante devido à magnitude do problema e ao impacto negativo dos transtornos mentais para os indivíduos e para a sociedade¹⁵.

A verificação de que a ocorrência de TMC não esteve associada aos fatores sociodemográficos abordados indica a necessidade de ampliar a investigação da associação a outros aspectos relativos tanto às condições de vida quanto de trabalho da população em questão.

Esperava-se encontrar diferenças estatisticamente significantes na ocorrência de TMC nas diferentes categorias profissionais, sinalizando possíveis peculiaridades dos processos de trabalho como fatores estressores, fato não observado. Mesmo assim, o estudo mostrou maior frequência de TMC no grupo de profissões com exigência de nível médio de escolaridade do que no grupo com exigência de nível superior, sem,

contudo, fornecer elementos concretos que explicassem essa diferença. Cabe assinalar que, para todas as categorias, os valores encontrados para TMC foram superiores aos observados por Lima⁹ na população geral de Botucatu: 21,7% (IC_{95%} 19,2% - 24,3%).

A porcentagem de médicos (33,3%) com TMC ficou abaixo da encontrada para o conjunto de trabalhadores (42,6%). Apesar das diferenças não terem sido estatisticamente significantes, a posição de destaque na equipe de saúde e a possibilidade de ter outros vínculos de trabalho e maior remuneração poderiam explicar ocorrência de menor número de casos de TMC entre os médicos.

Antes de afastar a existência de associação entre categoria profissional e desenvolvimento de TMC em trabalhadores da rede básica de saúde, é necessário dar continuidade aos estudos das condições de vida e trabalho dessa população. Isto porque as categorias em que as porcentagens de portadores de TMC foram mais elevadas são as situadas em escalões hierárquicos inferiores, recebendo salários mais baixos e, em geral, submetidas a maiores exigências quanto ao cumprimento de horários.

A formação de três grupos de unidades com taxas de TMC semelhantes aponta a necessidade de se investir na identificação de características das unidades (condições de vida dos trabalhadores, população de abrangência, processo de trabalho, composição da equipe, características gerenciais, entre outros) que possam explicar essa semelhança e orientar possíveis intervenções visando à redução das taxas de adoecimento. Nesta exploração inicial, não foram esclarecidas essas semelhanças.

A demonstração de que a ocorrência de TMC associou-se positivamente à situação de elevado desgaste e, negativamente, à situação de baixo desgaste está de acordo com a literatura, ou seja, a situação de elevado desgaste apresenta maior risco à saúde e a de baixo desgaste, menor risco^{12,21,30,40}. Neste estudo, a segunda maior prevalência de TMC foi observada nos trabalhadores classificados no grupo trabalho ativo, o que também vai ao encontro dos resultados de outros estudos^{12,30,40}.

Mesmo sem haver significância estatística, o achado de que em situação de elevado suporte social no trabalho, a proporção de casos de TMC é inferior à observada quando o suporte é baixo está de acordo com os achados de Reis *et al.*⁴⁰ e Nascimento Sobrinho *et al.*³⁰. Nas situações de trabalho ativo e de baixo desgaste, o suporte social no trabalho influenciou de maneira estatística-

camente significativa a ocorrência de TMC, concordando com os resultados obtidos por outros pesquisadores^{30,40}.

É preciso assinalar que houve dispersão dos trabalhadores classificados nos grupos trabalho passivo e elevado desgaste, respectivamente, com dezesseis e 73 indivíduos, o que pode explicar a não observação de diferenças estatisticamente significativas entre os subgrupos com e sem suporte social no trabalho, ou seja, que o suporte social no trabalho não teria constituído, nesta casuística, fator de proteção para TMC.

De acordo com o modelo de Karasek, a maioria dos profissionais enquadrou-se em situações de trabalho caracterizadas por demandas psicológicas elevadas. A prevalência de TMC entre os trabalhadores da rede básica foi aproximadamente duas vezes superior à observada para a população geral de Botucatu. Observou-se associação entre situações de trabalho caracterizadas por demandas psicológicas elevadas e ocorrência de

TMC. Para a maioria dos trabalhadores portadores de TMC, os sintomas assinalados no SRQ-20 possuíam relação com o trabalho.

Conclusões

Este estudo demonstra que os profissionais da rede básica de saúde de Botucatu estão submetidos a demandas psicológicas elevadas no trabalho. Além disso, evidenciam-se fatores de estresse no trabalho que implicam prevalência elevada de TMC entre esses trabalhadores. Tais resultados indicam necessidade de intervenção, visando melhorar as condições gerais de trabalho e fornecer suporte social ao coletivo de trabalhadores.

É preciso atentar para o paradoxo representado por situações de trabalho que contribuem para o adoecimento de trabalhadores cujas atividades visam à promoção e à recuperação da saúde de outrem.

Colaboradores

LC Braga, LR Carvalho, MCP Binder participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. **Carta de Ottawa, Primeira Conferência Internacional para Promoção da Saúde**. [site da Internet] 1986 [acessado 2007 mar 20]. Disponível em: <http://www.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf>
2. Leplat J. Développement et dégradation des habilités dans le travail. In: Société Française de Psychologie. **Psychologie du travail. Équilibre ou fatigue par le travail?** Paris: Entreprise Moderne d'Édition; 1980. p. 55-63.
3. Antunes R. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. São Paulo: Cortez; 1995.
4. Kurz R. **Absoluter Mehrwert**. [site da Internet] [acessado 2005 out 12]. Disponível em: <http://www.exit-online.org>
5. Pochmann M. **O emprego na globalização. A nova divisão internacional do trabalho e os caminhos que o Brasil escolheu**. São Paulo: Boitempo Editorial; 2001.
6. Brasil. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
7. Goldberg D, Huxley P. **Common mental disorders – a bio-social model**. 2nd ed. London: Tavistock/Routledge; 1993.
8. Coutinho ESF, Almeida-Filho N, Mari JJ. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultado de um estudo transversal em três áreas urbanas do Brasil. **Rev Psiquiatr Clin** 1999; 26:246-56.
9. Lima MCP. **TMC e uso de álcool na população urbana de Botucatu – SP: um estudo de co-morbidade e utilização de serviços** [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina; 2004.
10. Ludermir AB. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. **Cad Saude Publica** 2000; 16(3):647-659.
11. Costa JSD, Menezes AMB, Olinto MTO, Gigante DP, Macedo S, Britto MAP, Fuchs SC. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. **Rev Bras Epidemiol** 2002; 5(2):164-173.
12. Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev Saude Publica** 2003; 37(4):424-433.
13. Costa AG, Ludermir AB. TMC e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad Saude Publica** 2005; 21(1):73-79.
14. Lima MS. Epidemiologia e impacto social. **Rev Bras Psiquiatr** 1999; 21:1-5.
15. Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial da saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: OMS; 2002.
16. Ludermir AB, Mello-Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a TMC. **Rev Saude Publica** 2002; 36(2):213-221.
17. Araújo TM, Pinho PS, Almeida MMG. Prevalência de TMC em mulheres e sua relação com as características sócio-demográficas e o trabalho doméstico. **Rev Bras Saude Mater. Infant.** 2005; 5(3):337-348.
18. Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: um estudo populacional. **Rev Psiquiatr Calem** 1999; 26(5):225-235.
19. Lopes CS, Faerstein E, Chor D. Eventos de vida produtores de estresse e TMC: resultados do Estudo Pró-Saúde. **Cad Saude Publica** 2003; 19(6):1713-1720.
20. Volcan SMA, Sousa PLR, Mari JJ, Lessa B. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psíquicos menores: estudo transversal. **Rev Saude Publica** 2003; 37(4):440-445.
21. Karasek R. [CD-ROM]. **Demand/control model: a social, emotional, and physiological approach to stress risk and active behaviour development**. Geneva: International Labour Organization; 2005.
22. Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. **Am Public Health** 1988; 78(10):1336-1342.
23. Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
24. Cunha GT. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 2^a ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
25. Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. **Saúde do adulto. Programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 29-47.
26. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. **Cien Saude Colet** 2002; 7(3):401-412.
27. Luz TM. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: Mattos RA, Pinheiro R, organizadores. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Abrasco; 2005. p. 9-20.
28. Benevides-Pereira AMT. **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
29. Seligmann E. Psicopatologia e saúde mental no trabalho. In: Mendes R, organizador. **Patologia do trabalho: atualizada e ampliada**. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 1141-1182.
30. Nascimento Sobrinho CL, Carvalho FM, Bonfim TAS, Cirino CAS, Ferreira IS. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad Saude Publica** 2006; 22(1):131-140.
31. Santos VC. **A relação trabalho-saúde dos enfermeiros do PSF da região de Vila Prudente-Sapopemba: um estudo de caso** [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem; 2007.
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@. 2006 [site da Internet] [acessado 2007 mar 31]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>
33. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. **Perfil Municipal de Botucatu**. 2006 [site da Internet] [acessado 2006 ago 8]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>
34. Assenato G, Ferri G, Porro A, Corrado V. La metodologia epidemiologica in medicina del lavoro. In: Abrosi G, Foà V. **Trattato di Medicina del Lavoro**. Turim: Unione Tipografico-Editrice Torinese; 1996. p. 63-113.

35. Alves MGM, Chor D, Faerstein E, Lopes CS, Werneck GL. Versão resumida da "job stress scale": adaptação para o português. *Rev. Saude Publica* 2004; 38(2):164-171.
36. Harding TW, de Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrado-Ignacio L, Murthy RS, Wig NN. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med* 1980;10:231-241.
37. Mari JJ, Willians P. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986; 148:23-26.
38. World Health Organization. *A user's guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ)*. Geneva: Division of Mental Health; 1994.
39. Braga LC, Binder MCP. Condições de trabalho dos profissionais da rede básica de saúde de Botucatu – SP. In: *Anais do X Congresso Paulista de Saúde Pública. Saúde e Sociedade*, 2007; Botucatu.
40. Reis EJFB, Carvalho FM, Araújo TM, Porto LA, Silvano Neto AM. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica* 2005; 21(5):1480-1490.

Artigo apresentado em 26/11/2007

Aprovado em 22/07/2008

Versão final apresentada em 06/08/2008