

Transtornos mentais comuns em educadores sociais

Common mental disorders in social educators

Daniel Luiz Romero¹, Henrique Teruo Akiba², Álvaro Machado Dias³, Antonio de Pádua Serafim⁴

RESUMO

Objetivo: Investigar a presença de transtornos mentais comuns (TMC) em Educadores Sociais de albergues e abrigos do município de São Paulo. **Métodos:** A amostra foi composta por 104 orientadores socioeducativos, entre 18 e 60 anos (masculino e feminino), que prestam serviço para a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS). Utilizou-se um Questionário Sociodemográfico, além do Self Report Questionnaire (SRQ-20). **Resultados:** Os dados demonstraram que há maior prevalência de mulheres nessa função, a maioria dos profissionais já passou por situações de risco no trabalho, 68,3% (71 sujeitos) apresentaram índices que caracterizam a presença de TMC, e 40,4% das mulheres apresentam sintomas de TMC, enquanto o índice de TMC nos homens foi de 27,9%. **Conclusões:** Neste cenário, observou-se que o público feminino é mais vulnerável à presença de TMC em relação ao público masculino.

Palavras-chave

Transtornos mentais comuns, psicopatologia, educador social, orientador socioeducativo.

ABSTRACT

Objective: To investigate the presence of common mental disorders (CMDs) in Social Educator of hostels and housings in the city of Sao Paulo. **Methods:** The sample was composed by 104 Guiding Youth between 18 and 60 years (male and female), who worked at the Municipal Assistance and Social Development in São Paulo. We used a demographic data questionnaire in addition to the Self Report Questionnaire (SRQ-20). **Results:** The main results demonstrated a higher prevalence of women in this function; most professionals have experienced risk situations at work; 68.3% (71 individuals) presented indices that characterize the presence of CMDs; 40.4% of women presented CMDs symptoms, whereas the CMDs rate in men was 27.9%. **Conclusions:** In this scenario, we can conclude that the female audience is more vulnerable to the presence of CMDs in comparison to the male audience.

Keywords

Common mental disorders, psychopathology, social educator, socioeducational advisor.

Recebido em
28/3/2016
Aprovado em
25/11/2016

1 Universidade Metodista de São Paulo (Umesp), Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde.

2 Universidade de São Paulo (USP), Departamento de Psicologia Experimental.

3 Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Departamento de Psiquiatria, Laboratório Interdisciplinar de Neurociências Clínicas.

4 USP, Faculdade de Medicina, Hospital das Clínicas, Departamento e Instituto de Psiquiatria. Umesp, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Endereço para correspondência: Antonio de Pádua Serafim
E-mail: a.serafim@hc.fm.usp.br

INTRODUÇÃO

As doenças profissionais e/ou do trabalho, entre elas as relativas à saúde mental, atingem cerca de 160 milhões de trabalhadores a cada ano de acordo com a Organização Internacional do Trabalho¹. Transtornos mentais relacionados ao trabalho são reconhecidos como um importante problema de saúde pública, afetando milhões de pessoas, bem como a economia de cada país². Neste cenário, Levi³ destaca que, considerando as tendências globais na vida profissional, esses transtornos são suscetíveis de se tornar ainda mais frequentes nos próximos anos.

Estudos têm mostrado uma significativa consistência na relação entre problemas de saúde mental e exposição a fatores estressores no trabalho⁴. Por exemplo, Stansfeld e Candy⁵ realizaram uma metanálise incluindo cerca de 75 mil funcionários de diversas ocupações de vários países europeus e no Canadá. Os dados expressaram que a tensão no trabalho, o desequilíbrio esforço-recompensa, a baixa capacidade de decisão, o baixo apoio social, as altas demandas psicológicas, bem como a insegurança no emprego, foram preditivos de doença mental ao longo de um período. Já no que diz respeito aos diagnósticos psiquiátricos específicos, vários estudos longitudinais têm demonstrado uma associação significativa entre exposição ao estresse no trabalho e depressão, principalmente⁴⁻⁷.

Não distante dessas realidades, no Brasil, de acordo com o Anuário Estatístico da Previdência Social⁸, os transtornos mentais e comportamentais figuram como a terceira maior causa de aposentadorias por invalidez relacionadas ao trabalho, ficando atrás apenas das aposentadorias ocasionadas por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo. Dado corroborado por Barbosa-Branco *et al.*⁹ aponta que o impacto dos transtornos mentais como uma condição incapacitante, por exemplo, foi a terceira causa de auxílio-doença pelos trabalhadores em 2008.

No entanto, entende-se que o problema parece ainda maior quando nos reportamos aos Transtornos Mentais Comuns (TMC). TMC se refere aos quadros que apresentam sintomas não psicóticos, como insônia, fadiga, sintomas depressivos, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, que produzem incapacidade funcional das pessoas, mas que não preenchem os requisitos para os diagnósticos de transtornos mentais, seja do Manual Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) ou da Classificação Internacional de Doenças (CID). Além disso, as dificuldades encontradas por clínicos em diagnosticar sintomas de TMC demonstram a necessidade de capacitação desses profissionais, a fim de evitar gastos excessivos com encaminhamentos, pedidos de exames desnecessários e prescrição indiscriminada de medicações¹⁰.

Embora essas queixas não se enquadrem em um diagnóstico psiquiátrico como um transtorno, elas provocam

prejuízos funcionais ao indivíduo que as apresenta e apontam a necessidade de atendimento e acolhimento¹⁰.

Nesse escopo, os TMC constituem um problema de saúde pública e representam um alto custo social e econômico, uma vez que corroboram o aumento da demanda em serviços de saúde e problemas no trabalho, como abandono, faltas não justificadas, afastamento, além da diminuição da motivação¹¹.

Dessa forma, as condições de trabalho também corroboram a ocorrência de TMC, dentre as quais se destacam: baixa renda, exclusão do mercado formal de trabalho, desemprego e, em evidência, as altas demandas psicológicas e o baixo controle sobre o trabalho e seus resultados¹².

Nesse cenário, destacamos o Educador Social. Esse profissional geralmente trabalha em Organizações não Governamentais (ONGs) que prestam serviços para a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS).

Em geral, o Educador Social atua no subsídio a indivíduos que se encontram em situação de risco ou vulnerabilidade social, ou seja, uma população que vive um quadro de humilhação social, privada de condições básicas, como educação, saúde, lazer, saneamento básico, trabalho, moradia e segurança.

Esse profissional tem como praxis em seu trabalho o atendimento e o acolhimento de pessoas com deficiência, crianças, adolescentes, adultos e idosos em situação de rua. Cabe a ele desenvolver ações de relacionamento e convivência em grupo, cujo objetivo é facilitar o convívio familiar e comunitário, realizar atividades lúdicas e recreativas, administrar conflitos por meio do diálogo, realizar visitas domiciliares, auxiliar na higiene pessoal, ministrar medicamentos, preparar o indivíduo para o desligamento institucional, além de trocar informações com outros profissionais tanto da rede assistencial quanto da saúde.

Para este estudo foram selecionados apenas os Educadores Sociais que trabalham na Rede de Proteção Especial de Alta Complexidade, como os Serviços de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes, mais conhecidos como abrigos, e em Centros de Acolhida às Pessoas em Situação de Rua, mais conhecidos como albergues.

Os Serviços de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes têm como objetivo acolher e garantir proteção integral às crianças e adolescentes de ambos os sexos, em situação de risco pessoal, social e de abandono, cujas famílias ou responsáveis encontram-se temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção. Essa condição caracteriza-se por uma situação de medida de proteção aplicada às situações dispostas no Artigo 98 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), sempre que os direitos forem ameaçados ou violados e no que couber, segundo o estabelecido nos Artigos 90 a 94.

Enquanto os Centros de Acolhida às Pessoas em Situação de Rua têm como objetivo desenvolver ações que contribuam para a reinserção social e garantir proteção integral às pessoas em situação de rua, maiores de 18 anos de idade,

de ambos os sexos, ou grupo familiar com ou sem crianças, sempre respeitando o perfil de cada usuário, bem como sua orientação sexual.

Nesse contexto, o objeto de estudo deste trabalho foi investigar a presença de TMC em Educadores Sociais que trabalham em albergues e abrigos na Cidade de São Paulo.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo transversal com 104 Educadores Sociais (40 homens, 64 mulheres), com idades entre 18 e 60 anos, que na ocasião da pesquisa trabalhavam em ONGs que prestam serviços para a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) em albergues e abrigos da cidade de São Paulo. O período da coleta dos dados se deu entre novembro de 2013 fevereiro de 2015.

O tamanho da amostra foi calculado considerando as variáveis demográficas e do SQR pelo Nomograma de Altman com uma relação estatística significativa de 5% ($\alpha = 0,05$) e poder de 85% ($1 - \beta = 0,5$).

Não foram considerados para o estudo outros profissionais que mantinham contato com os usuários dos serviços, como agentes operacionais, bem como Educadores Sociais que trabalhavam em serviços assistenciais de baixa e média complexidade.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Metodista de São Paulo sob o parecer nº 375.522/13. Todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de iniciar as respostas dos instrumentos. A pesquisa foi realizada no ambiente de trabalho e a seleção da amostra foi feita de acordo com a disponibilidade de horário dos participantes, bem como da autorização do gerente do serviço. Foram convidados para participar do estudo 120 educadores sociais, dos quais apenas dezesseis se recusaram a participar.

Foi utilizado um Questionário Sociodemográfico incluindo questões como gênero, idade, nível de escolaridade, tempo de trabalho, jornada e situação de risco. Para mensurar a variável TMC, utilizou-se o *Self-Report Questionnaire* – SRQ-20. Esse instrumento foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e validado para o Brasil por Mari e Willians¹³ e é composto por vinte perguntas, sendo quatro sobre sintomas físicos e 16 sobre sintomas emocionais, com duas possibilidades de resposta (sim/não); não inclui questões sobre sintomas psicóticos, nem sobre o consumo de álcool e outras drogas. Cada resposta afirmativa pontua com o valor um. Os escores obtidos estão relacionados com a probabilidade de presença de transtorno não psicótico, variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade) e o ponto de corte para o SRQ-20 independente do gênero foi de oito (8). Com esse ponto de corte o instrumen-

to apresenta sensibilidade para presença de TMC de 86,3% e especificidade de 89,3%¹⁴.

As análises estatísticas foram realizadas com o SPSS, versão 21.0. Os dados referentes às variáveis quantitativas foram organizados em termos de médias e desvio-padrão e analisados pelo teste *t*-Student e ANOVA e correlação de Pearson. Quanto à avaliação paramétrica das variáveis qualitativas, estas foram apresentadas em tabelas de frequência utilizando-se o teste exato de Fischer. De maneira a verificar os efeitos de gênero, escolaridade, idade, jornada de trabalho, tempo de trabalho e situação de risco sobre a probabilidade de os participantes apresentarem TMC, uma regressão logística binária foi realizada utilizando o método de entrada forçada. A fim de detalhar a interação entre essas variáveis em níveis, um modelo de classificação baseado em árvore (CHAID Exhaustivo) foi executado. O nível de significância de 5% foi usado para todos os testes estatísticos.

RESULTADOS

Na tabela 1 estão expressos os dados demográficos dos sujeitos pesquisados neste estudo. Quanto ao gênero, observa-se uma prevalência de mulheres em relação aos homens, bem como a maioria sendo casada. O ensino médio se apresenta como o nível de escolaridade mais frequente e tendo uma média em torno de dois anos (22,7 meses) de trabalho na área. No que concerne ao desempenho da função de Orientador Socioeducativo, a maioria considera que essa atividade apresenta algum tipo de risco.

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos 104 educadores sociais

Variáveis	Categorias	N	%	Média ± DP	P
Gênero	Feminino	64	61,5		< 0,05*
	Masculino	40	38,5		
Idade				47,3 ± 7,0	
Estado civil	Solteiro(a)	43	41,3		
	Casado(a)	50	48,1		
	Separado(a)	7	6,7		
	Viuvo(a)	4	3,8		
Escolaridade	Ensino médio	47	45,2		
	Superior completo	22	21,2		
	Superior incompleto	35	33,7		
Tempo de trabalho (meses)				22,7 ± 6,7	
Situação de risco	Sim	69	66,3		< 0,05*
	Não	35	33,7		

* Teste exato de Fischer.

As situações de risco relacionadas no questionário socio-demográfico foram: ameaças de agressões físicas e psicológicas (incluindo ameaças de morte), ofensas, transmissão de doenças, provocações, acidente de trabalho, assalto a mão armada, tentativa de abuso sexual, tentativa de agressão, violência física e verbal e ameaça com arma branca.

Já na tabela 2 estão expressos os resultados referentes à presença de TMC na amostra estudada.

Tabela 2. Frequência da ocorrência dos sintomas de TMC

Gênero	TMC Positivo		TMC Negativo		Total
	F	%	F	%	
Feminino	42	59,2%*	11	33,3%	51,0
Masculino	29	40,8%	22	66,7%	49,0
Total	71	68,3%	33	31,7%	100,0

* Qui-quadrado de Pearson.

Aplicou-se o teste Qui-quadrado para avaliar a associação entre a presença de sintomas de TMC e os gêneros masculino e feminino.

O valor do teste Qui-quadrado foi de 6,011 ($p = 0,014$), sendo possível afirmar que as mulheres apresentam maior probabilidade estatisticamente significativa de desenvolver os sintomas de TMC em relação ao gênero masculino, estando estes dessa forma distribuídos: 68,3% (71 sujeitos) apresentaram índices que caracterizam a presença de TMC, e 59,2% das mulheres apresentam sintomas de TMC em relação a 40,8% dos homens. Confirmou-se, nesta amostra, que o público feminino apresenta maior vulnerabilidade para o adoecimento em relação ao público masculino.

No que tange à prevalência de TMC na amostra estudada, observa-se que o Educador Social em geral é mais propenso à presença dos sintomas de TMC (68,3%) quando comparado com o de outros estudos, como o de Jansen *et al.*¹⁵, que avaliou a presença de TMC e a relação com a qualidade de vida em jovens e encontrou a presença de TMC em 24,5% da amostra, e o de Maragno *et al.*¹⁶, que estudou a prevalência de TMC em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (PSF) e encontrou a presença de TMC em 24,95% da amostra.

Na figura 1 estão expressas as médias da pontuação dos participantes no SRQ-20.

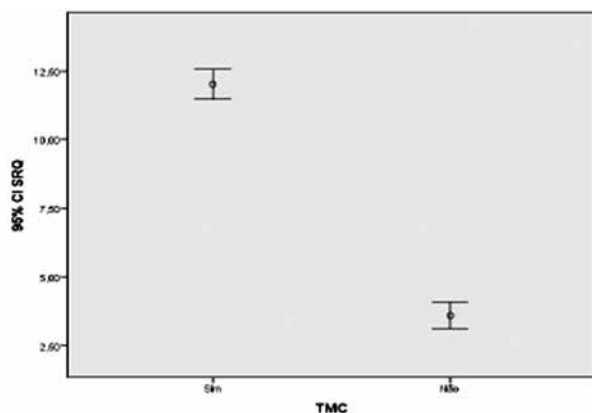


Figura 1. Média da pontuação dos participantes nos SRQ-20.

Utilizou-se o teste *t* para analisar a diferença entre as médias. A média da pontuação dos participantes no SRQ-20 que apresentaram sintomas de TMC foi de 12,02 ($\pm 5,399$), já a média da pontuação dos participantes no SRQ-20 que não apresentaram sintomas de TMC foi de 3,60 ($\pm 1,80$). O resultado do teste *t* foi de 23,28 ($p = 0,05$), o que significa que a média da pontuação dos participantes no SRQ-20 que apresentaram sintomas de TMC é estatisticamente diferente da média da pontuação dos participantes que não apresentaram sintomas de TMC.

Esse dado demonstra dois extremos. Considerando o ponto de corte do SRQ-20 como 8, observa-se que os participantes que pontuaram abaixo de 8, ou seja, não possuem sintomas de TMC, tiveram a média da pontuação de 3,60, o que mostra que esses participantes estão longe do ponto de corte e, por consequência, distante da possibilidade de possuírem sintomas de TMC. Já os participantes que tiveram a pontuação ≥ 8 no SRQ-20 tiveram a média da pontuação de 12,02, o que demonstra que esses participantes, além de possuírem sintomas de TMC, pontuaram de forma expressiva no instrumento.

Na análise da tabela 3, é possível observar que há diferença significativa entre as médias dos grupos relacionados às variáveis gênero e situação de risco no trabalho, ou seja, quem já passou por situação de risco no trabalho obteve média de pontuação significativamente superior aos indivíduos que não passaram por situações de risco no trabalho. Quanto à variável gênero, observa-se que as mulheres possuem média de pontuação significativamente superior à dos homens. Assim, nota-se que tanto mulheres quanto indivíduos que já passaram por situações de risco no trabalho pontuam mais no SRQ-20 e, como consequência, possuem maior presença de sintomas de TMC.

Tabela 3. Comparação de médias entre a pontuação no SRQ-20

Variável	Grupos	N	Média SRQ-20	DP	P
Situação de Risco no Trabalho	Sim	67	10,01	4,3	0,041*
	Não	37	8,16	4,4	
Sexo	Masculino	51	8,31	4,4	0,018*
	Feminino	53	10,35	2,7	

* Teste-t de student.

O modelo de regressão logística foi estatisticamente significativo, $\chi^2(11) = 26,955$, $p = 0,005$. O modelo explicou 33% (Nagelkerke R^2) da variância em TMC e classificou corretamente 72,5% dos casos, com uma sensibilidade de 87,3%, especificidade de 38,7%, valor preditivo positivo de 76,5% e valor preditivo negativo de 74,3%. Das variáveis preditivas no modelo, apenas três apresentaram significância estatística: gênero, idade e escolaridade (como apresentado na Tabela 4).

Tabela 4. Resultados da regressão logística avaliando os efeitos de gênero, escolaridade, idade, jornada de trabalho, tempo de trabalho e situação de risco sobre a probabilidade de os participantes apresentarem TMC

	B	Erro-padrão	Wald	Desvio-padrão	p-valor	Razão de chance	95% IC para razão de chance	
							Inferior	Superior
Gênero (feminino)	1,523	0,568	7,194	1	0,007*	4,585	1,507	13,953
Idade	-0,073	0,037	3,954	1	0,047*	0,929	0,864	0,999
Escolaridade ^a			4,596	2	0,100			
Ensino médio	1,366	0,665	4,227	1	0,040*	3,921	1,066	14,426
Superior completo	0,288	0,643	0,2	1	0,655	1,333	0,378	4,702
Estado Civil ^a			0,674	3	0,879			
Casado	0,084	1,653	0,003	1	0,960	1,087	0,043	27,764
Solteiro	0,326	1,624	0,04	1	0,841	1,386	0,057	33,412
Separado	-0,511	1,829	0,078	1	0,780	0,6	0,017	21,606
Tempo de trabalho	-0,019	0,01	3,717	1	0,054	0,981	0,963	1
Jornada de trabalho ^a			0,345	2	0,842			
40 horas semanais	-0,497	0,846	0,345	1	0,557	0,608	0,116	3,195
44 horas semanais	23,88	25867,747	0	1	0,999	2,35E+10	0	.
Situação de risco	0,669	0,554	1,458	1	0,227	1,953	0,659	5,788
Constante	2,533	2,326	1,186	1	0,276	12,594		

^a Níveis utilizados como referência nas variáveis de escolaridade, estado civil e jornada de trabalho; respectivamente: superior incompleto, viúvo e 12 x 36 horas.

*: $p < 0,05$.

As mulheres têm uma chance 4,6 maior de apresentar TMC. O incremento da idade está inversamente relacionado com a presença de TMC, e indivíduos no ensino médio têm cerca de 3,9 mais chance de apresentar TMC do que indivíduos com ensino superior incompleto. Tal diferença não é observada em comparação com indivíduos com ensino superior completo.

Para buscar entender de maneira mais aprofundada a interação entre as variáveis mencionadas para a classificação dos participantes como portadores de TMC, um modelo de árvore de classificação baseado no método CHAID exaustivo foi gerado. Tendo em vista aumentar a confiabilidade dos dados do modelo, foi realizada a validação cruzada destes. Os resultados são apresentados na Figura 2.

O primeiro nível da árvore de classificação corrobora os achados das análises anteriores ao apresentar a diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres ($\chi^2(1) = 5,749$, $p < 0,016$), sendo que 77,8% das mulheres apresentam TMC contra 58% dos homens. No segundo nível, podemos observar que para mulheres existe uma diferença significativa entre aquelas que relataram passar por situação de risco daquelas que não o fizeram ($\chi^2(1) = 21,808$, $p < 0,001$), sendo que 94,1% das mulheres que relataram situação de risco também apresentaram TMC, contra 50% na categoria oposta. No que se refere aos indivíduos do sexo masculino, observamos uma associação com a idade ($\chi^2(3) = 57,547$, $p < 0,001$), de forma que 79,3% dos casos de TMC são de indivíduos com até 37 anos de idade. No último nível observamos que há associação entre escolaridade e

TMC para ambos os gêneros; no caso de mulheres em situação de risco ($\chi^2(2) = 34,541$, $p < 0,001$), 87,8% dos casos possuem ensino médio ou ensino superior incompleto. No que se refere aos homens com até 30 anos ($\chi^2(2) = 10,407$, $p < 0,005$), observa-se um caráter menos acentuado, com 56,25% dos casos de TMC em indivíduos com ensino médio, 18,75% com ensino superior incompleto e 25% com ensino superior completo.

DISCUSSÃO

Este estudo verte-se sobre questões relativas aos aspectos psicossociais do trabalho, com ênfase na interação entre o ambiente, conteúdo, condições organizacionais e capacidade produtiva. Nesse contexto, pudemos avaliar o impacto de questões emocionais, com ênfase nos sintomas de TMC, cuja presença na população geral faz-se conhecida^{10,12,17}, sem por isso terem sido estudados no contexto dos serviços de saúde em geral.

Nossos resultados revelam que tal quadro acomete profissionais de ambos os sexos, incidindo mais frequentemente entre as mulheres.

Vale destacar que a taxa de sintomas de TMC na população-alvo deste estudo foi particularmente elevada, na comparação com estudos anteriores. Por exemplo, Jansen *et al.*¹⁵ encontraram a presença de TMC em apenas 24,5% da amostra, e Maragno *et al.*¹⁶ observaram a presença do TMC em 24,95% da amostra.

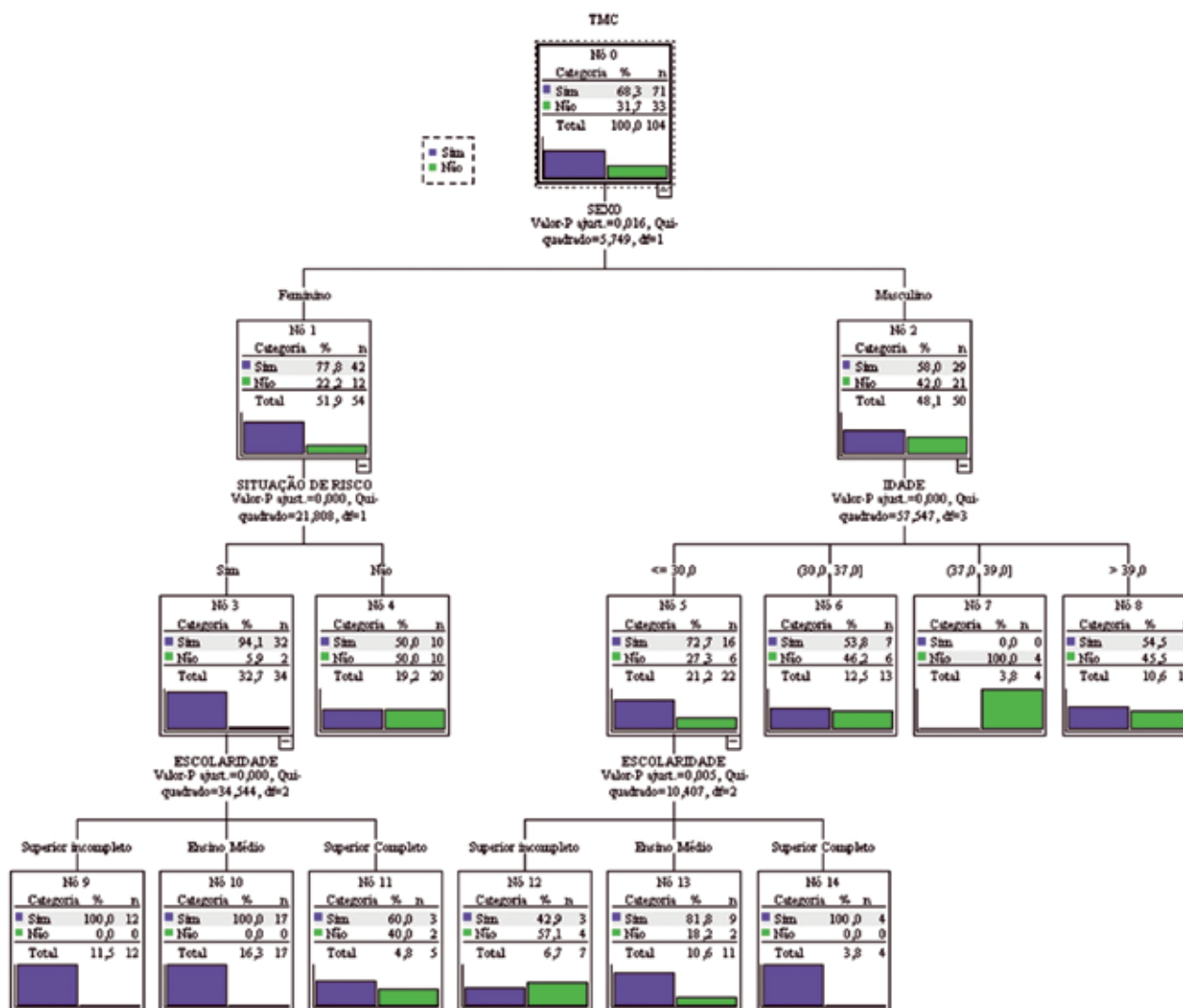


Figura 2. Modelo de classificação em árvore dos portadores de TMC

É de se aventar que as ocupações profissionais dos participantes da amostra do presente estudo tenham papel causal na manifestação elevada de TMC, o que justamente vai ao encontro da máxima de que os transtornos mentais relacionados ao trabalho representam um dos mais sérios problemas de saúde pública da contemporaneidade².

Já no que se refere à maior prevalência entre as mulheres, nossos resultados corroboram estudos como o de Maragno *et al.*¹⁶ que encontraram uma prevalência dos sintomas de TMC no sexo feminino significativamente maior do que nos homens (27,99% vs. 20,94%), ou ainda o estudo de Santos *et al.*¹², o qual verificou a presença de sintomas de TMC em agentes penitenciários. Constatou-se que 100% da população feminina pesquisada preencheu critérios da presença de sintomas do TMC em relação a apenas 11,1% dos homens.

O incremento na idade e no nível de escolaridade aparece como fatores de proteção para a TMC, tal como já obser-

vado por Coutinho *et al.*¹⁸ e Gonçalves *et al.*¹⁹ na população de São Paulo e outras grandes capitais brasileiras. Tal fator protetivo pode estar associado ao fato de sujeitos com maior nível de escolaridade apresentarem mais recursos técnicos e cognitivos para solucionar problemas, reagindo de maneira mais adaptativa aos estressores do ambiente. De maneira semelhante, possuir idade mais avançada pode significar maior grau de maturidade psicossocial e, conseqüentemente, mais recursos para lidar com as intempéries do dia a dia.

Apesar de os resultados apontarem para uma associação mais evidente entre a situação de risco e a presença de TMC nos indivíduos do sexo feminino, esse achado deve ser considerado à luz de outros estudos com pessoas em situações de risco, as quais estão ampla e generalizadamente relacionadas à presença aumentada de TMC^{20,21}.

Outro importante aspecto observado é que o tempo de exposição aos fatores de risco e as altas demandas psicoló-

gicas no trabalho não estão relacionados a variações na taxa de TMC na população estudada. Isto é, a prática profissional prolongada nessa área nem protege o sujeito contra acontecimentos psíquicos, nem favorece sua precipitação, o que sugere que condições psicológicas individuais e independentes do ambiente tenham papel importante na formação do risco de manifestação de TMC, representando importante assunto para estudos futuros.

Posto que o Educador Social pode vir a apresentar sintomas de TMC a qualquer momento, seja no primeiro mês de trabalho ou depois de alguns anos de trabalho, cabe identificar suas disposições de base relacionadas a essa vulnerabilidade, de modo a lhe oferecer suporte, antes mesmo da manifestação dos sintomas.

Este estudo tem como limitação o número da amostra referente à tipificação do serviço em que a amostra foi selecionada, tratando-se de serviços classificados como de alta complexidade. Em todo serviço da assistência social, há Educadores Sociais que trabalham em outros níveis, como baixa e média complexidade, que não foram incluídos na amostra. Outra limitação refere-se a não investigação prévia de presença de transtornos mentais na população investigada por instrumento específico, aspecto esse que pode ter influenciado na alta pontuação do SRQ-20.

CONCLUSÕES

Constatou-se que a maioria dos Educadores Sociais pesquisados possui sintomas de TMC, sugerindo uma exposição às situações de altas demandas psicológicas no trabalho, as quais a maioria dos profissionais relatou sofrer quando descreveram as situações de risco que passam no trabalho. Isso configura uma preocupante realidade, pois essa alta demanda predispõe o trabalhador ao adoecimento.

Além do mais, a partir de uma perspectiva de saúde pública, faz-se necessário o crescimento de estudos no contexto do ambiente de trabalho e os possíveis transtornos mentais. Os estudos poderiam investigar a sobrecarga emocional no trabalho, os eventos de estresse específicos que acometem os Educadores Sociais, além de contemplar a avaliação dos motivos de afastamento. Isso implicaria uma elaboração de estratégias organizacionais, bem como individuais de intervenção, como treinamento, capacitação e supervisão semanal junto ao psicólogo da instituição, a fim de minimizar os danos à saúde mental, melhorando a qualidade de vida no trabalho que, por consequência, reverbera na qualidade dos serviços prestados aos usuários dos serviços.

É importante, nessa intervenção, levar em consideração as características de personalidade dos indivíduos, já que determinadas características podem explicar padrões de sentimento e pensamento, tornando idiossincrático cada padrão de

comportamento e capacidade de ajustamento aos estímulos do ambiente, resultando em maior adaptação ou não às demandas do trabalho, bem como maior predisposição ou proteção do indivíduo diante da possibilidade de adoecimento.

Ainda assim, levando-se em consideração o acolhimento e o fortalecimento de vínculos, sendo o Educador Social um intermediador entre as relações dos usuários e suas respectivas famílias, pensa-se também sobre a oferta de serviços de assistência psicológica e psiquiátrica. Dessa forma, poderá ajudar as pessoas com TMC a não agravarem os sintomas, bem como auxiliá-los a trabalhar em condições mais saudáveis.

REFERÊNCIAS

1. Organização Internacional do Trabalho (OIT). A prevenção das doenças profissionais. Suíça: Bureau Internacional do Trabalho, 2013.
2. Savić Č, Belkić K. Why are job stressors relevant for psychiatry? *Br J Psychiatry*. 2014;205(6):425-7.
3. Levi L. The European Commission's guidance on work-related stress and related initiatives: from words to action. In: Rossi AM, Perrew PL, SL Sauter (editors). *Stress and Quality of Working Life: Current Perspectives in Occupational Health*. 2006. p. 167-82.
4. Belkić K, Savić C. *Job Stressors and Mental Health: A Proactive Clinical Perspective*. Singapura: World Scientific Publishers; 2013.
5. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health – A meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32:443-62.
6. Wieclaw J, Agerbo E, Mortensen PB, Burr H, Tuchsén F, Bonde JP. Psychosocial working conditions and the risk of depression and anxiety disorders in the Danish workforce. *BMC Public Health*. 2008;8:280.
7. Grynderup MB, Mors O, Hansen AM, Andersen JH, Bonde JP, Kaergaard A, et al. A two-year follow-up study of risk of depression according to work-unit measures of psychological demands and decision latitude. *Scand J Work Environ Health*. 2012;38:527-36.
8. Ministério da Previdência Social. Secretaria de Políticas de Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social. Brasília (DF); 2012.
9. Barbosa-Branco A, Bültmann U, Steenstra I. Sickness benefit claims due to mental disorders in Brazil: associations in a population-based study. *Cad Saúde Pública*. 2012;28:1854-66.
10. Fonseca MLG, Guimarães MBL, Vasconcelos EM. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Rev APS*. 2008;11(3):285-94.
11. Silva-Junior JS, Fischer F. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. *Rev Saúde Pública*. 2014;48:186-90.
12. Santos DCD, Dias J, Pereira MBM, Moreira TA, Barros DM, Serafim AP. Prevalência de transtornos mentais comuns em agentes penitenciários. *Rev Bras Med. Trab (São Paulo)*. 2010;8(1):33-8.
13. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986;148:23-6.
14. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczynski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):380-90.
15. Jansen K MT, Ores LC, Souza LDM, Konradt CE, Pinheiro RT, Silva RA. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(3):440-8.
16. Maragno L, Goldbaum M, Novaes HMD, Galvão César CL. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(8):1639-48.
17. Ludemir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(2):213-21.

18. Coutinho LMS, Matijasevich A, Scazufca M, Menezes PR. Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). *Cad Saúde Pública*. 2014;30(9):1875-83.
19. Gonçalves DA, Mari JJ, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF, et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(3):623-32.
20. Assunção AA, Silva LS. Condições de trabalho nos ônibus e os transtornos mentais comuns em motoristas e cobradores: Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2012. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(12):2473-86.
21. Costa MGS, Dimenstein MDB, Leite JF. Condições de vida, gênero e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas. *Estudos de Psicologia (Natal)*. 2014;19(2):145-54.