



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

DENIZE PEREIRA DE AZEVÊDO FREITAS

**ATIVIDADES FÍSICAS NO TEMPO DE LAZER E TRANSTORNOS MENTAIS
COMUNS EM TRABALHADORES DE FEIRA DE SANTANA, BAHIA**

FEIRA DE SANTANA-BA

2012

DENIZE PEREIRA DE AZEVÊDO FREITAS

**ATIVIDADES FÍSICAS NO TEMPO DE LAZER E TRANSTORNOS MENTAIS
COMUNS EM TRABALHADORES DE FEIRA DE SANTANA, BAHIA**

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

Orientador: Prof. Nelson Fernandes de Oliveira

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Tânia Maria de Araújo

FEIRA DE SANTANA - BA

2012

Catálogo-na-Publicação: Biblioteca Central Julieta Carteadó - UEFS

Freitas, Denize Pereira de Azevêdo

F936a **Atividades físicas no tempo de lazer e transtornos mentais comuns em trabalhadores de Feira de Santana, Bahia / Denize Pereira de Azevêdo Freitas. – Feira de Santana - BA, 2012.**

91 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Nelson Oliveira.

Coorientadora: Profa. Dra. Tânia Maria de Araújo.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–

Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2012.

1. Transtornos mentais comuns - trabalhador - Feira de Santana, BA. 2. Atividade física - trabalhador - Feira de Santana, BA. 3. Trabalhador - Feira de Santana, BA. 4. Saúde mental - trabalhador - Feira de Santana, BA. I. Oliveira, Nelson. II. Araújo, Tânia Maria de. III. Universidade Estadual de Feira de Santana. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

CDU: 616.89-

057:796(814.22)

DENIZE PEREIRA DE AZEVÊDO FREITAS

**ATIVIDADES FÍSICAS NO TEMPO DE LAZER E TRANSTORNOS MENTAIS
COMUNS EM TRABALHADORES DE FEIRA DE SANTANA, BAHIA**

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

Feira de Santana - BA, ____/____/____

Banca examinadora

Prof. Dr. Nelson Fernandes de Oliveira
(Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS)

Prof. Dr. Francisco Gondim Pitanga
(Universidade Federal da Bahia - UFBA)

Prof^a Dr^a Suzi de Almeida Vasconcelos Barboni
(Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS)

***Dedico este trabalho a Vitor e Rafael, meus filhos,
amores da minha vida.***

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** pela oportunidade de crescimento e por mais esta vitória na minha formação profissional e pessoal.

A minha família: meus pais, **Benedita e Aristides**; ao meu irmão, **Junior**. Mas, meu agradecimento especial a minha irmã, **Nailze**, companheira amiga, confidente e incentivadora que sempre me apoiou incondicionalmente e incentivou desde o início da minha jornada.

Aos meus filhos, **Vitor e Rafael**, que muitas vezes tiveram que ter uma mãe presente fisicamente, mas ausente mentalmente.

A **Maria da Luz Silva**, que muito mais que amiga, foi uma grande companheira que chorou, sofreu e vibrou com meu sucesso. Muito obrigada por tudo!

Aos colegas que se tornaram grandes amigos: **Ricardo Mussi, Paulo Jambeiro, Igor Brasil e Danniela Carvalho**.

A minha “afilhada” **Magna** pela atenção e por atender meus pedidos desesperados sempre com muito carinho.

Aos colegas da **turma 2010**, pois aprendi muito com cada um deles!

Meu muito obrigada a **Mary** que muito mais que amiga se tornou uma mãe.

Aos professores **Nelson Oliveira e Tânia Araújo** pelos momentos de construção do conhecimento, cujas contribuições foram imprescindíveis para o meu progresso e para finalização do meu trabalho.

A **Jorge e Goreth** pelo carinho e atenção. E a muitas “puxadas de orelha” !

Aos professores do mestrado, pois cada um contribuiu para a construção deste conhecimento.

A todos, muito obrigada!

RESUMO

A vida moderna trouxe muitos avanços nas diversas áreas de conhecimento, cultura, trabalho e saúde para a humanidade. Contudo, aliado aos avanços tecnológicos típicos das sociedades atuais, um fenômeno preocupante surgiu, aliado a todas essas mudanças o aparecimento de elevados índices de doenças psicológicas, principalmente os Transtornos Mentais Comuns (TMC), torna-se uma patologia preocupante. Aliado ao fenômeno descrito acima, surge a valorização e importância do lazer para a qualidade de vida e saúde. Esta pesquisa foi realizada no município de Feira de Santana, Bahia, buscou investigar se as atividades físicas no tempo de lazer podem ser fatores protetores à saúde mental dos trabalhadores estando associadas à baixa prevalência de TMC nesta população. Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal, a população do estudo original incluiu uma amostra selecionada, por procedimento aleatório com idade de 15 anos ou mais, residente na zona urbana de Feira de Santana-BA onde foram investigados 4.167 indivíduos. Sendo 2.819 (67,6%) mulheres e 1.351 (32,4%) homens. Destes, 1.557(37,3%) eram trabalhadores, sendo 851(54,7%) mulheres e 706 (45,3%) homens. A população deste estudo é, portanto, constituída de 1557 trabalhadores. Realizou-se análise exploratória e descritiva, taxas de prevalência, razões de prevalência, teste qui-quadrado considerando intervalo de confiança (IC = 95%) e p-valor $\leq 0,05$. Observou-se que 64,9 % dos trabalhadores não realizavam atividades físicas no tempo de lazer. A associação foi estatisticamente significativa entre a ausência de atividades físicas no tempo de lazer e a presença de TMC, não ter freqüentado a escola, sexo, situação conjugal e renda menor que um salário mínimo. O estudo revelou a existência de desigualdades sociais e econômicas para a não realização de atividades físicas no tempo de lazer, apontando para a necessidade de organização de serviços equânimes que atendam a população de trabalhadores em suas diversas realidades.

Palavras-chave: Trabalho, Lazer, Atividade Física no Tempo de Lazer, Saúde Mental, Transtornos Mentais Comuns.

ABSTRACT

Modern life has brought many advances in several areas of knowledge, culture, health and work for humanity. However, coupled with technological advances typical of modern societies, a disturbing phenomenon has emerged, along with all these changes the appearance of high levels of psychological illnesses, especially the Common Mental Disorders (CMD), becomes a disease of concern. Coupled with the phenomenon described above, there is the appreciation and importance of leisure to the quality of life and health. This research was conducted in the municipality of Feira de Santana, BA, sought to investigate whether leisure activities may be protective factors for mental health workers are associated with low prevalence of CMD in this population. This is an epidemiological cross-sectional study population included a sample selected by random procedure aged 15 years or older living in the city of Feira de Santana-BA. We investigated 4167 individuals in the original study. Since 2819 (67.6%) women and 1351 (32.4%) men. Of these, 1,557 (37.3%) were workers, and 851 (54.7%) women and 706 (45.3%) men. The study population is therefore constituted by workers in 1557. Analysis was exploratory and descriptive, prevalence rates, prevalence ratios, chi-square test considering a confidence interval (CI = 95%) and p-value ≤ 0.05 . It was observed that 64.9% of workers did not perform physical activity in leisure time. The association was statistically significant between the lack of leisure and the presence of TMC, not having attended school, sex, marital status and income below minimum wage. The study revealed the existence of social and economic inequalities for not carrying out activities in leisure time, pointing to the need for equitable service organization that meets the population of workers in their realities.

Keywords: Work, Leisure, Physical Activity in Leisure Time, Mental Health, Common Mental Disorders.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFTL	Atividade Física no Tempo de Lazer
AF	Atividade Física
BA	Bahia
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa envolvendo seres humanos
QV	Qualidade de vida
QVT	Qualidade de vida do trabalhador
TM	Transtorno Mental
TMG	Transtorno Mental Grave
TMM	Transtorno Mental Menores
TMC	Transtorno Mental Comum
NEPI	Núcleo de Epidemiologia
R	R Foundation for Statistical Computing
RR	Risco Relativo
RP	Razão de Prevalência
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organización Panamericana de La Salud
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
WHO	World Health Organization

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

- Figura 1** População de Estudo
- Figura 2** Modelo de Predição 1
- Tabela 1** Características sociodemográficas em trabalhadores do município de Feira de Santana, BA, 2007.
- Tabela 2** Aspectos do trabalho do município de Feira de Santana, BA, 2007.
- Tabela 3** Atividade física no tempo de lazer (AFTL) em trabalhadores do município de Feira de Santana, BA, 2007.
- Tabela 4** Atividade física no tempo de lazer em trabalhadores (AFTL) segundo sexo no município de Feira de Santana, BA, 2007.
- Tabela 5** Atividade física no tempo de lazer (AFTL) em trabalhadores do município de Feira de Santana, BA, 2007.
- Tabela 6** Aspectos psicossociais em trabalhadores do município de Feira de Santana, BA, 2007.
- Tabela 7** Prevalências de TMC, razões de prevalências (RP) e intervalos de 95% de confiança (IC95%), segundo características sociodemográficas em trabalhadores do município de Feira de Santana, BA, 2007.
- Tabela 8** Prevalência de TMC, razões de prevalências (RP) e intervalos de 95% de confiança (IC95%), segundo aspectos do trabalho em trabalhadores do município de Feira de Santana, BA, 2007.
- Tabela 9** Prevalências de TMC, razões de prevalências (RP) e intervalos de 95% de confiança (IC95%), segundo atividades físicas no tempo de lazer (AFTL) em trabalhadores do município de Feira de Santana, BA, 2007.
- Tabela 10** Prevalências de TMC, razões de prevalências (RP) e intervalos de 95% de confiança (IC95%), segundo aspectos do trabalho em trabalhadores, do município de Feira de Santana, BA, 2007.
- Tabela 11** Associação entre TMC e AFTL segundo características sociodemográficas e aspectos do trabalho do município de Feira de Santana, BA, 2007.
- Tabela 12** Associação entre TMC e Lazer suficiente segundo características sociodemográficas e aspectos do trabalho do município de Feira de Santana, BA, 2007.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
2	OBJETIVOS	8
2.1	Objetivo Geral	8
2.2	Objetivos Específicos	8
3	REFERENCIAL TEÓRICO	9
3.1	Sociedade e Trabalho	9
3.2	Saúde do trabalhador	15
3.3	Saúde Mental	19
3.4	Trabalho e Saúde Mental	21
3.5	Transtornos Mentais	27
3.5.1	Transtornos Mentais Comuns - TMC	31
3.6	Lazer	33
3.6.1	Lazer Ativo e Passivo	37
3.6.2	Lazer e Trabalho	40
3.7	Atividade Física no tempo de lazer	43
3.8	Transtornos mentais comuns e Lazer	48
4	METODOLOGIA	52
4.1	Tipo do Estudo	52
4.2	Tipo de Estudo	52
4.3	Vantagens e Desvantagens do Estudo	52
4.4	Área de Estudo	53
4.5	População de Estudo	53
4.6	Plano Amostral	54

4.7 Instrumentos de Pesquisa	54
4.8 Definição Das Variáveis Do Estudo	57
4.9 Análises dos Dados	58
4.10 Aspectos Éticos	59
5 RESULTADOS	61
6 DISCUSSÃO	73
6.1 Transtornos Mentais Comuns como Agravante Para Situação De Saúde Mental dos Trabalhadores	73
6.2 A Inatividade no Tempo de Lazer: Confirmação na Realidade dos Trabalhadores	79
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
ANEXOS	87
REFERÊNCIAS	91

1. INTRODUÇÃO

Compreende-se que as principais atividades humanas - lazer e trabalho-entendidas como complementares na vida cotidiana, são essenciais para a subsistência do indivíduo. O trabalho é o principal meio pelo qual o ser humano desenvolve suas potencialidades, é uma ação consciente, parte de um objetivo – satisfação de carências - e evolui de acordo com um plano que este determina para sua vida (BAUMGARTEN, 2002). Já, o lazer não é ociosidade e não suprime o trabalho; o pressupõe. Corresponde a uma liberação periódica do trabalho no fim do dia, da semana, do ano ou da vida (DUMAZEDIER, 2001).

A vida moderna trouxe muitos avanços nas diversas áreas de conhecimento, cultura, trabalho e saúde para a humanidade. Contudo, aliado aos avanços tecnológicos típicos das sociedades atuais, um fenômeno preocupante surgiu, aliado a todas essas mudanças. O aparecimento de elevados índices de doenças psicológicas, principalmente os Transtornos Mentais Comuns (TMC), torna-se uma patologia preocupante. O TMC apresenta como características o estresse, a ansiedade e a depressão que comprometem a saúde das pessoas e interferem nas diversas atividades cotidianas dos indivíduos, gerando uma série de problemas de ordem biológica, social e psicológica.

Aliado ao fenômeno descrito acima, surge a valorização e importância do lazer para a qualidade de vida e saúde. Vem crescendo esta importância na sociedade brasileira, desde a industrialização e urbanização do início do século XX, quando os movimentos sindicais passaram a reivindicar redução da jornada de trabalho o que poderia garantir tempo livre para o lazer; assim, os estudos que buscaram situar o lazer como elemento fundante da ação dos trabalhadores tornam-se elementos essenciais. As lutas sindicais são um outro importante fato social que trouxe benefícios para o campo da saúde do trabalhador atrelando a importância do lazer para saúde dos trabalhadores.

Entende-se o lazer enquanto ação específica do ser humano, sendo considerada uma manifestação e conquista das relações socioculturais e das lutas

sindicais, podendo estar inserido nos processos de relações humanas sendo influenciado por fatores sociodemográficos, políticos e econômicos. Porém, deve-se ter claro que lazer constitui-se em um conceito polissêmico, possuindo diversos significados. Enquanto objeto de estudo, adquirirá significados de acordo com a análise e interpretação do pesquisador envolvido. Desta forma, entende-se que este reflete a vida e o papel das pessoas e sua relação com o trabalho (PADILHA, 2006).

Tratando das questões relativas ao tempo livre do trabalho, os estudos do lazer priorizaram o conhecimento do que se faz no tempo livre, abrindo mão de uma formulação teórica mais ampla capaz de explicar o lazer como uma das ações essenciais que os homens realizam para a produção e reprodução de sua existência.

Considerando-se que algumas atividades laborativas com o decorrer do tempo tornam-se, pela repetição cansativa e tediosa, a via de escape para a insatisfação com o trabalho seria o lazer. As atividades de lazer realizadas no tempo livre visam não só a compensação da insatisfação como a manutenção da homeostase emocional (DEJOURS, 1998).

As atividades de trabalho e de lazer são classificadas como as formas mais comuns de atividade física do ser humano (NAHAS, 2003). Estas distinções são importantes para estudos epidemiológicos, haja vista que as evidências atuais sugerem que diferentes formas de atividade física estão associadas a diferentes aspectos da saúde.

As atividades físicas no tempo de lazer podem contribuir na amenização dos sintomas do estresse e do sofrimento. Tais sintomas podem ser desenvolvidos quando o tempo de trabalho passa a ser um elemento que causa sofrimento e o indivíduo visa diversos mecanismos para manter o controle sobre ele (ROSSO, 2002).

Corroborando com este ponto de vista, Araujo (1999) discute o estresse ocupacional que se fundamenta na resposta do organismo às demandas do ambiente externo que excede a capacidade do indivíduo de fazer frente aos estímulos produzido pelo estresse.

Vários estudos epidemiológicos e qualitativos têm mostrado a importância da ausência de controle e autonomia dos trabalhadores sobre condições e organização do trabalho para explicar diversos problemas de saúde como os cardiovasculares, o sofrimento mental e mesmo os acidentes do trabalho (NAHAS, 2007; MELLO, 2005).

O interesse por investigar os fatores relacionados ao trabalho, lazer e TMC, se deve ao fato de que há relativo consenso na literatura especializada quanto à importância da utilização do tempo livre em atividades de lazer para prevenção e manutenção da saúde mental dos trabalhadores.

Nesse estudo, pretende-se discutir o papel das atividades de lazer, em especial as atividades físicas no tempo de lazer, para a prevenção de TMC na saúde do trabalhador. Espera-se contribuir com diretrizes que explicitem a importância das atividades de lazer para saúde mental dos trabalhadores.

Tendo em vista os objetivos propostos neste trabalho que serão apresentados a seguir, será feita uma breve retrospectiva da história do trabalho e da saúde do trabalhador, sobre o sofrimento psíquico do trabalhador e as condições para seu aparecimento, bem como a definição do conceito de lazer.

Contextualizando os objetos de estudo analisa-se a relação sociedade e trabalho. Também será preciso investigar a relação entre saúde do trabalhador, qualidade de vida e saúde mental. Para, por fim, entender as relações estabelecidas entre as atividades de lazer e a influência destas na saúde mental do trabalhador.

Diante do exposto questiona-se: as atividades no tempo de lazer podem ser fatores protetores à saúde mental, estando associadas à baixa prevalência de TMC nos trabalhadores do município de Feira de Santana?

Assim, levanta-se a hipótese de que as atividades físicas no tempo de lazer podem ser fatores protetores à saúde mental dos trabalhadores estando associadas à baixa prevalência de TMC nesta população.

2. OBJETIVOS

GERAL:

Investigar a associação entre práticas de atividade física no tempo lazer e a prevalência dos Transtornos Mentais Comuns (TMC), levando em conta aspectos do trabalho profissional, sociodemográficos, psicossociais e hábitos de vida.

ESPECÍFICOS:

- Descrever as práticas de lazer mais frequentemente realizadas, especialmente as atividades físicas;
- Analisar características associadas à participação em atividades de lazer;
- Descrever os TMC segundo características do trabalho e hábitos de vida;

3. REFERENCIAL TEÓRICO:

Iniciamos este estudo partindo da noção de impossibilidade de compreensão do lazer deslocada dos problemas que ocorrem no modo de organização da sociedade. Entendendo que o lazer, tal como o conhecemos na atualidade, é fruto das transformações ocorridas no modo como os homens estão produzindo sua existência. Também o trabalho, como atributo da condição humana, é realizado pelo homem desde o início dos tempos. Em uma abordagem político-social, o trabalho ao longo da história, assumiu diferentes concepções: uma necessidade para a produção de valor e de mercadorias; uma forma de ação ou coerção, conforme a motivação do sujeito à sua realização; como alienação e exploração. Desta forma, torna-se relevante o entendimento das relações estabelecidas socialmente entre o indivíduo e o trabalho.

3.1 SOCIEDADE E TRABALHO

Desde que as sociedades se tornaram mais complexas, foi introduzida a separação entre atividade intelectual e trabalho manual, com a conseqüente desvalorização deste último, exercido por escravos e servos. Com a ascensão da burguesia, a visão pejorativa do trabalho foi substituída pela sua valorização. No entanto, esse fato mascarou a exploração da sociedade dividida em classes, ao ocultar a alienação no trabalho, que traz em seu bojo também a alienação no lazer (PEIXOTO, 2006). O trabalho pode ser considerado basicamente como o conjunto de ações que levam à produção de bens individuais e coletivos, promovendo o desenvolvimento pessoal, familiar e até de uma nação (BENITO & SCHMIT, 1997).

Compreender atual sociedade do trabalho requer algumas reflexões, aliadas ao fato do lazer enquanto categoria social fundamental. Reflete-se sobre o lazer dos indivíduos que é assegurado pela Constituição de 1988 no art. 6º: este acontece pela livre vontade de cada um ou é determinado pelas condições materiais impostas pela situação real onde este indivíduo está inserido? Os homens em sociedade são sujeitos ativos ou passivos da sua ação? As pessoas podem escolher seus “estilos

de vida” e ser mais ou menos saudáveis? O lazer pode garantir melhor “qualidade de vida”? São questões que nos levam a refletir sobre a função social do lazer na moderna sociedade do trabalho.

Para Maar (2009), a chamada “sociedade do trabalho” é uma construção social constituída por homens e mulheres no curso do processo de reprodução de vida material, na interação social e com a natureza. A sociedade atual é uma “sociedade do trabalho” sob a forma social determinada da acumulação do capital. O processo de construção da sociedade atual exigiu uma série de condições históricas antes não existentes – uma ética do trabalho, a conversão de trabalho em mercadoria, o apoio social à acumulação sem propósito de uso.

A dependência da sociedade com o trabalho impõe critérios e condições da acumulação em todos os âmbitos das relações dos homens entre si e com a natureza levando a “medida do tempo de trabalho” (MAAR, 2009). Essa medida do tempo amplia a noção deste dedicada ao trabalho, ao mesmo tempo em que constrói a imaginária noção de falta de tempo para o não trabalho.

Torna-se claro que é impossível gerar riquezas sem a mediação central do trabalho. O que gera riquezas, entretanto, impõe uma nova lógica ao trabalhador: o trabalho como centro da sua existência (PEIXOTO, 2006).

De acordo com Arendt (1989), o trabalho é uma das condições básicas para a vida humana. O trabalho produz um mundo artificial de coisas buscando transcender as vidas individuais. Ao acrescentar objetos ao mundo, o trabalho possibilita a criação de um ambiente de coisas permanentes com as quais nos familiarizamos através do uso.

Algumas reflexões baseadas na teoria marxista serão necessárias para a compreensão sobre processo de trabalho. Marx (2003) define o trabalho como um processo em que estão envolvidos homem e natureza. O homem coloca as forças naturais do seu corpo para apropriar-se dos recursos da natureza e transformá-los em formas úteis para o atendimento das suas necessidades.

A primeira instância em que se define alguma ação humana como **trabalho** é aquela em que o que é produzido adquire um **valor de uso**. A definição clássica de trabalho é aquela que o qualifica como um processo de interação entre o homem e a natureza, mas ela não basta para defini-lo, pois o trabalho envolve uma série de outras relações, que se dão muito mais a nível social do que apenas no âmbito da relação homem/ natureza. Entende-se, portanto, que o processo de trabalho é composto pelo próprio trabalho, pelo objeto e meios de trabalho.

Compreende-se o meio de trabalho como uma coisa ou complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre o objeto, ou seja, o instrumento.

Na concepção marxista, a forma como se dá a relação entre os meios de produção e as forças produtivas, isto é, entre a propriedade dos meios de produção e o trabalho, é chamada de modo de produção. O modo de produção é o que se usa para marcar a distinção entre as diversas épocas econômicas, e significa o **como** se produz, **com que instrumentos** se produz e **para que fim** se produz. A apropriação dos meios de produção vai definir a divisão social do trabalho entre quem trabalha e os que detêm os meios de produção e se apropriam do produto final do trabalho, isto é, entre o trabalhador e o capitalista.

Desta forma, o processo de trabalho, enquanto categoria ontológica do ser social impõe condições que levam ao “estranhamento” do trabalhador. Isto ocorre porque o trabalhador não reconhece a si mesmo no processo de produção; percebendo-o como destrutivo sendo, portanto, nocivo a saúde.

Já Lorena Holzmann (1997) define a divisão social do trabalho como o processo através do qual ocorre a diferenciação e especialização das atividades de produção e reprodução dentro de um determinado grupo, com funções distintas sendo desempenhadas por indivíduos ou conjuntos de indivíduos distintos.

Com o desenvolvimento da divisão social do trabalho criou-se uma nova situação, especialmente a partir da Revolução Industrial: a separação e crescente diferenciação entre o trabalho manual e o trabalho intelectual.

Durkheim (1964) explica a divisão social do trabalho como um processo sociológico através do qual se pode explicar a transição de sociedades simples para sociedades complexas. A divisão social do trabalho, mesmo se/ ou apesar de acompanhada de uma especialização nas tarefas individuais, significa a criação de um modo de **organização do trabalho**, voltado ao incremento da produção. A divisão do trabalho é um tipo de coordenação da ação social, e por ser não natural, racionalizada e organizada pelos homens, se tornou uma das principais características das sociedades humanas. A existência da divisão social do trabalho significa a **separação das tarefas de execução das outras tarefas de produção**.

A divisão do trabalho entre os homens nunca é determinada apenas por fatores físicos ou naturais: ela é essencialmente um **fenômeno social**. As transformações sociais recentes no campo do trabalho, provocadas, em grande parte, pela reestruturação do setor produtivo, e o surgimento de novas formas de gestão dos trabalhadores têm influenciado a maneira de ser e de se relacionar dos indivíduos no meio laboral.

Este novo cenário do trabalho, com relações fluidas e vulneráveis, produz alterações importantes no indivíduo/sujeito trabalhador, ao mesmo tempo em que institui novas formas de inserção e de exclusão social. Não ter um trabalho pode significar não ter um lugar no mundo (LANCMAN, 2008).

Já a divisão técnica do trabalho surgiu fortemente no século XX, momento em que se procurava escolher o trabalhador que melhor se adaptasse a determinados postos de trabalho. Nesse período, o fordismo e o taylorismo propuseram a produção em massa com uma racionalização baseada no incremento do ritmo de trabalho como forma de aumento da exploração do trabalhador (ANTUNES, 2001). Esse período traz uma nova tecnologia de submissão, de disciplina do corpo, com a organização científica do trabalho gerando exigências fisiológicas até então desconhecidas como as exigências de tempo e ritmos de trabalho (DEJOURS, 1994).

As mudanças tecnológicas no mundo do trabalho refletem, para Antunes (1999), uma dimensão fenomênica que se apresenta sob a forma da reestruturação

produtiva em suas múltiplas variantes concretas (material e ideológica) no sistema de produção das necessidades sociais e auto-reprodução do capital. O que leva o sistema a aceitar a centralidade do trabalho nas relações sociais modernas.

Contrário às teorias que tentam desconsiderar a importância do trabalho na sociedade, Antunes (2005) argumenta que as transformações tecnológicas influem nas formas de exploração e acumulação do capital, mas não retiram do trabalho seu papel central.

Contudo, o autor tem o cuidado de não se deixar levar pelas análises que fazem uma defesa acrítica acerca do trabalho; em suas palavras “se por um lado, necessitamos do trabalho humano, reconhecemos seu potencial emancipador, devemos também recusar o trabalho que explora, aliena e infelicitiza o ser social”.

Os trabalhadores nas sociedades modernas enfrentam problemas diversos como a expansão do desemprego e, ao mesmo tempo, em que os trabalhadores que continuam empregados sofrem com os males dos excessos e sobrecarga de trabalho estabelecendo uma relação antagônica que têm comprometido as condições de trabalho, a saúde e o tempo livre das pessoas (NAVARRO, 2006). Desta forma, pode-se compreender que o desemprego afirma a centralidade do trabalho no mundo dos homens, afirmando que estar desempregado causa mais “mal” do que “bem estar”, embora esteja ampliado o “tempo livre” do indivíduo.

Antunes (2005), preocupado com o desemprego estrutural (1) e a alienação crescente dos trabalhadores, busca uma alternativa “para além do capital”. Empenha-se em demonstrar que o trabalho ainda representa a categoria central na estruturação das sociedades contemporâneas e os trabalhadores permanecem como os principais protagonistas das transformações sociais.

(1) A globalização neoliberal rompeu com o curso do quase pleno emprego e da proteção social ampliada instalada em várias nações do mundo. Mesmo na periferia do capitalismo, que jamais registrou um patamar de conquista dos trabalhadores equivalente ao das economias avançadas, houve melhoras importantes em relação ao começo do século 20. Atualmente, contudo, a situação inverteu-se, com a piora das condições e relações de trabalho, inclusive no centro do capitalismo. Na periferia, a destruição dos direitos do trabalho tornou-se uma ação quase que contínua. O resultado desse quadro tem sido o aprofundamento da crise de reprodução social no interior do mercado de trabalho. Verificam-se, mais recentemente, sinais de regressão no grau de segurança laboral, ampliando a situação do desemprego estrutural (ANTUNES, 2005).

O autor discute o conceito de classe social marxista, procurando dar um sentido teórico moderno através da expressão “classe-que-vive-do-trabalho”. Sendo criticado, pois para os marxistas ortodoxos a classe que vive do trabalho é a dos capitalistas detentores dos meios de produção. Porém, essa busca em apreender dialeticamente as particularidades das novas formas sociais de relações de trabalho leva o autor a afirmar a centralidade do trabalho na vida dos indivíduos.

A centralidade do trabalho se faz enquanto elemento fundante e estruturante do processo de sociabilização humana, tornando a vida repleta de sentido e realização. Para Antunes, p. 91, 2005: “é totalmente diferente de dizer que uma vida cheia de sentido se resume exclusivamente ao trabalho”. Na busca de uma vida cheia de sentido, o trabalho social, está muito próximo da criação artística, transformando-o em elemento humanizador.

Analisando a nova morfologia do trabalho, o mesmo autor, chama a atenção uma passagem de “O Capital”, em que Marx faz uma comparação entre o trabalhador e seus meios de produção e o Caracol e sua concha. Destacando que da mesma forma que o caracol não pode ser separado de sua concha, o trabalhador também não deve ser separado dos meios de produção. Desta forma, o desafio da sociedade atual é recuperar a indissolúvel unidade entre o trabalhador e seus meios de produção.

A partir do exposto, a noção de trabalho que será adotada neste estudo tem como ponto de partida que este tem participação central na construção da identidade do ser humano, estando na centralidade de suas relações sociais. Em função disso, há no trabalho características relativas aos aspectos históricos e culturais e aspectos singulares de cada pessoa e do coletivo de trabalhadores.

Como delimitação deste estudo será adotada a abordagem utilizada por autores que privilegiam o enfoque da relação do indivíduo com o trabalho, como Dejours (1999) e Jacques (2002) que busca entender o trabalhador enquanto ser social que constrói a si próprio num processo dialético que envolve todo coletivo humano. Assim, como aqueles que mais recentemente têm tratado da

ressignificação do trabalho em face das mutações do mundo do trabalho, como Antunes (2000; 2005).

Busca-se identificar o estado compatível dos trabalhadores com a normalidade, mas sabendo que esta normalidade implica uma série de mecanismos de regulação na luta individual e coletiva dos trabalhadores frente às exigências do trabalho, entendido como elemento ontologicamente essencial e fundante e como condição para a existência do homem. Mas, concordando com Antunes (2005) sobre a necessidade de recusa de um trabalho alienado, que ‘explora e infelicita o ser social’. Nessa direção argumenta-se que “uma vida cheia de sentido fora do trabalho supõe uma vida dotada de sentido dentro do trabalho”. (ANTUNES, p. 91, 2005).

Portanto, entender as relações estabelecidas pela equação trabalho/saúde/tempo livre, atualmente, requer uma reflexão sobre as relações de trabalho modernas. Afinal, a atual sociedade do trabalho extingue empregos formais, ao mesmo tempo em que cria formas de trabalhos precarizados; produz tecnologias que elevam a produtividade, diminuição do tempo necessário para a produção e em contrapartida, amplia a jornada de trabalho e a utilização de horas extras prejudicando a saúde e o tempo livre das pessoas (NAVARRO, 2006).

O sofrimento decorrente do trabalho e as estratégias de defesa engendradas pelos trabalhadores (que serão considerados como a população real e “normal”) submetidos, constantemente, a pressões no seu dia a dia, será revisto nos tópicos abaixo.

3.2 SAÚDE DO TRABALHADOR

Em relação ao conceito de saúde, percebe-se que estamos longe de estabelecer um consenso. Todavia, parece ser universal o entendimento de que saúde não se resume apenas à ausência de doença. Há uma tendência em se mudar de um paradigma biológico para ecológico, definindo saúde como uma condição multidimensional, avaliada numa escala contínua, resultante de complexa interação de fatores (NAHAS, 1997). Incluindo-se fatores socioeconômicos e políticos.

Ao considerar saúde com esta amplitude, admite-se que muitos fatores (a nível individual ou coletivo) podem influenciá-la. Aspectos coletivos importantes são a poluição ambiental e a infra-estrutura do local de moradia (água encanada, saneamento e coleta de lixo). Do ponto de vista psicossocial, aparecem os diversos níveis de exigências da vida em sociedade e das relações com outros seres humanos, sejam a nível comunitário ou no trabalho, capazes de gerar ansiedade e estresse. A nível individual, os fatores mais importantes relacionam-se com o estilo de vida pessoal, incluindo a dieta, atividades físicas, comportamento preventivo e controle do estresse (BOUCHARD et al., 1990; NIEMAN, 1990; ORNISH et al., 1990 BRASIL, 1995). Além de fatores externos como, por exemplo, políticas sociais e econômicas.

Com relação à saúde do trabalhador, Freire (2006) entende esta como expressão socioeconômica e política concreta, privilegiada, das relações de trabalho, possibilitando ao mesmo tempo a construção de sujeitos políticos. A saúde do trabalhador tem como objeto o estudo e intervenção nas relações entre trabalho e saúde, podendo ser definido como o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho (MENDES, 1991).

A saúde do trabalhador possui desta forma, amplitude e penetração em todas as esferas das necessidades humanas: material, biopsíquica, psicossocial, sociopolítica, educacional e cultural. A saúde do trabalhador é um conceito concebido como um processo dialético saúde-doença mediado pelos aspectos organizacionais dos processos laborais e relações sociais no trabalho. Sendo o processo entendido como a maneira de trabalhar, desgastar-se, de exploração e resistência dos trabalhadores (FREIRE, 2006).

Este entendimento propõe uma ampliação conceitual, que incorpora aos aspectos físicos, químicos, psíquicos e biológicos, o social, ou seja, propõe no que diz respeito à questão do desgaste, mais um tipo de carga, a carga social. Partindo do princípio de que a carga de trabalho não deve ser considerada somente pela dificuldade ou peso do trabalho, mas deve ser pensada também a partir das demandas particulares do processo de trabalho. A carga de trabalho

[...] é construída e reproduzida no próprio processo de trabalho, expressando-se em fatos como desigualdade, autoritarismo, privação de poder de enfrentamento direto, coerção, chantagem e outras decorrentes da posição social na divisão, processo e organização do trabalho incluindo-se as questões de gênero, idade e etnia, embutidas nas demais. Ela se revela sob todas as formas de 'violência simbólica', implicada nas relações sociopolíticas dos sujeitos em face da realidade deste processo, o que é evidenciado na pesquisa. (FREIRE, 2006:41)

Deste modo a saúde do trabalhador pode ser concebida como um conceito que expressa as relações sociais de produção e de reprodução da força de trabalho de uma determinada sociedade, resultando das múltiplas determinações e mediações dessa totalidade.

Entendendo que a construção de uma identidade social passa pela profissional, e pela condição de trabalhador, o trabalho assume importante papel na construção e resgate da imagem de si mesmo (MORRONE, 2008). Com isso, o processo de deterioração do emprego pode trazer consequências também para a saúde mental do trabalhador.

Pensar saúde do trabalhador significa pensar que o trabalho humano possui um duplo caráter. Se por um lado, representa a base da formação da identidade do sujeito, por outro pode representar também uma fonte de sofrimento mental intenso, tornado-se nocivo à saúde.

Isto significa afirmar que nem todo trabalho é "bom" ou "ruim", pois faz parte que o reconstrói dialética e historicamente. A história revela ao mesmo tempo a crescente exploração do trabalhador com jornadas de trabalho prolongadas, intensificando o ritmo e adotando inovações tecnológicas e organizacionais, porém, mostra a resistência que os trabalhadores travam contra esta situação. A partir desta situação, a saúde do trabalhador não é afetada somente durante sua jornada de trabalho, mas também na redução seu tempo livre e no seu descanso.

O complexo de relações sociais do homem com outros homens e do homem consigo mesmos, conceitua o entendimento de “subjetividade” (ALVES, 2006). Isto implica em entender que objetos como trabalho, lazer e saúde não podem ser compreendidos dissociados de uma totalidade concreta, histórica e social.

Dejours (1994) afirma que a evolução contemporânea das formas de organização do trabalho, de gestão e de administração repousa sobre os princípios que sugerem, precisamente, sacrificar a subjetividade em nome da rentabilidade e da competitividade.

O mesmo autor, afirma que as mudanças no mundo do trabalho provocam impactos nos trabalhadores e no modo como estes se relacionam com o contexto do trabalho, podendo levar à sobrecarga física e psíquica, constituindo-se em causa de sofrimento. Premidos por situações que levam ao sofrimento, os indivíduos desenvolvem formas de resistência, estratégias de defesa que tanto podem levar ao prazer como ao sofrimento e ao adoecimento.

As consequências desses princípios na organização do trabalho são, de um lado, o crescimento extraordinário da produtividade e da riqueza, e, de outro, a erosão do lugar acordado à subjetividade e à vida no trabalho.

Por outro lado, as variáveis intervenientes no trabalho podem gerar agressões ao trabalhador, e, neste sentido, a organização do trabalho pode estabelecer uma relação de dominação da vida psíquica do sujeito e da ocultação de seus desejos.

A satisfação no trabalho tem importância fundamental na relação “saúde - trabalho”. De acordo com Dejours (1992), a organização do trabalho, exerce sobre o homem uma ação específica no aparelho psíquico. O sofrimento mental começa quando o trabalhador, já não pode fazer nenhuma modificação na sua tarefa de modo a atender as suas necessidades fisiológicas e a seus desejos psicológicos, isto é, quando a relação homem /trabalho é impedida da dinâmica de transformação e adequação ao mundo real das subjetividades do sujeito trabalhador.

Na medida em que as classes trabalhadoras constituem-se em novo sujeito político e social, conforme sugere o campo Saúde do Trabalhador, este incorpora a idéia do trabalhador como agente de mudanças, com saberes e vivências sobre seu trabalho, compartilhadas coletivamente. Além de percebê-lo como protagonista histórico, podendo intervir e transformar a realidade de trabalho, participando de aspectos nocivos; das decisões coletivas de prioridades de intervenção e da elaboração de estratégias transformadoras (ODDONE, 1986). A partir da erosão das estratégias de controle podem surgir problemas relacionados a saúde mental que será discutido a seguir.

3.3 SAÚDE MENTAL

Dejours (1994) afirma que falar da saúde é sempre difícil. Normalmente, o sofrimento e a doença são facilmente discutidos. Para abordar um assunto de tão grande relevância deve-se compreender o lócus que a saúde mental (ou sua ausência) ocupa nos dias atuais, como também olharmos esse processo de adoecimento, presente nas classes populares/trabalhadoras como algo que é do coletivo e produzido em conexão com diversos fatores estressores geradores de sofrimento, como a violência, a miséria, desemprego, entre outros. Considerar o processo de saúde mental em sua relação com a cultura e a sociedade implica ampliar o ângulo de visão do homem, percebendo as limitações de qualquer ação individual e nos impulsionando a buscar a participação de outros atores sociais envolvidos neste processo.

Com a precarização do trabalho e o aumento do desemprego estrutural cresceu também a incidência entre os trabalhadores de doenças como depressão, a síndrome do pânico, o estresse, a hipertensão arterial, as doenças cardiovasculares e o alcoolismo que apresentam relação com condições precárias de trabalho comprovadamente (NAVARRO, 2006).

A saúde mental pode ser definida como equilíbrio dinâmico que resulta da interação do indivíduo com os seus vários ecossistemas: seu meio interno e externo, as suas características orgânicas e os seus antecedentes pessoais e familiares (FONSECA, 1985).

Condições laborais inadequadas podem gerar estímulos negativos sobre a saúde mental e física dos trabalhadores, constituindo-se importante fator de risco para transtornos mentais. O estresse e o sofrimento gerados em decorrência de inadequações no processo de trabalho podem ser provocados por fatores intrínsecos como falhas na organização ambiental, nos fatores sociais e de condições para desenvolver as ações, no turno de trabalho, na remuneração, no uso de novas tecnologias, na quantidade de trabalho, entre outros aspectos (STACCIARIN, 2001).

Tal fato vincula a produção dos saberes com seu contexto histórico, social e político, desconstruindo a noção de neutralidade das ciências.

Para manter o padrão funcional de determinada comunidade, cidade ou nação, histórica e socialmente são erigidos pilares de controle social que irão manter, explícita ou veladamente, o compromisso social do funcionamento individual de cada humano inserido em regras de convivência. Sendo necessário assumir determinados comportamentos para fazer parte do convívio social (FOUCAULT, 1986).

Desta forma os indivíduos lidam com os estressores causados por fontes internas e externas de acordo com padrões estabelecidos pelas regras e normas de controle social. Tal fato liga a produção dos saberes com seu contexto histórico, social e político rompendo com a noção de neutralidade das ciências.

Arendt (2004) nos ajuda a pensar os padrões de controle social como trabalho político. Arendt (2004) fala então de um *espaço público*, onde as pessoas possam ver e ser vistas, falar e ser ouvidas, e onde, iguais entre si, todos dispõem sobre os assuntos do bem comum. Entretanto, em algum momento este elo de igualdade é rompido e o indivíduo sente-se “abandonado” da razão de mundo. Buscando em ações internas respostas para suas angústias geradas por fatores estressores externos afetando, assim, a sua saúde mental.

Saúde mental não é a ausência de angústia, nem o conforto constante e uniforme, mas a existência da esperança, das metas, dos objetivos que podem ser elaborados. O que faz as pessoas viverem é o desejo, não só as satisfações. Quando o desejo não é mais possível, surge a perda do vigor, ocasionando o sofrimento. Esta situação de angústia e sofrimento pode representar um perigo para o funcionamento psíquico e físico, levando a pessoa a defender-se menos satisfatoriamente e mais facilmente adoecer (DEJOURS, 2002).

Dejours (1999) propõe uma compreensão da relação entre trabalho e saúde mental, sendo importante compreender que o trabalho nem sempre é patogênico; ele tem, ao contrário, um poder estruturante frente à saúde mental e a saúde física. O trabalho define o momento da expressão do sofrimento psíquico que resulta da estrutura psíquica característica do indivíduo. Assim, seu impacto é considerado individualmente, separado de outros sujeitos, mas certas regulações da relação saúde mental-trabalho passam pelo coletivo.

Portanto, esta relação entre saúde mental e trabalho será abordada no intuito de entender os mecanismos de regulação que buscam os trabalhadores na tentativa de manter o equilíbrio da sua saúde mental.

3.4 TRABALHO E SAÚDE MENTAL

A teoria epidemiológica foi enriquecida com conhecimentos das ciências sociais que permitiram comprovar o caráter social do processo saúde/doença, a reconstrução do objeto de estudo trabalho como um processo coletivo e a estruturação de uma nova proposta de determinação sustentada por uma teoria social.

Sua proposta foi de desenvolver uma abordagem em saúde mental e trabalho que permitisse demonstrar a existência de uma relação entre a condição de vida e de trabalho e o surgimento, a frequência e a gravidade dos distúrbios mentais. Para isto se utiliza de abordagens qualitativas e quantitativas. Identificando as variáveis advindas do diagnóstico do trabalho com as escalas clínicas. Além de recorrer à

entrevista clínica, buscando identificar a psicodinâmica das relações estabelecidas no processo de trabalho.

Vários autores (FONSECA, 1992; ARAUJO, 1999) apontam a relação existente entre trabalho e saúde mental, enfatizando que, muitas vezes, as principais alterações orgânicas geradas em um ambiente de trabalho são de ordem psicossomática. Tais alterações atingem a saúde e, conseqüentemente, a qualidade de vida em âmbito social e familiar do trabalhador. Dentre as alterações orgânicas, são citadas dificuldades para sono/repouso, raciocínio lento e problemas cardiovasculares; além do surgimento de ansiedade, depressão entre trabalhadores que atuam sob pressão e que se afligem com medo de perder o trabalho.

Segundo Jacques (2003) as teorias de uma maneira geral vem confirmando a importância do trabalho na constituição do sujeito e na sua inserção social; bem como este se torna uma estratégia de saúde e como sua ausência pode estar associado ao adoecimento mental. A mesma autora constata que deve haver uma tentativa de articular pressupostos diversos, conceitos e técnicas que apontem para uma reflexão sobre as diferentes concepções de homem, homem/sociedade, ciência e pesquisa que lhes fundamentam.

A mesma autora estabelece quatro amplas abordagens sobre a saúde do trabalhador que se articulam por percursos diversos com a psicologia e com a psicologia social em particular: as teorias sobre estresse, a psicodinâmica do trabalho, as abordagens de base epidemiológica e/ou diagnóstica e os estudos e pesquisa em subjetividade e trabalho. Concordamos com a autora quanto ao fato de não se pretender esgotar ou limitar os diferentes referenciais teóricos e metodológicos propostos, mas expor algumas reflexões acerca daqueles mais difundidos no Brasil.

As teorias sobre estresse giram em torno do conceito de estresse, embasado nas respostas fisiológicas do organismo frente a situações ameaçadoras. Esse referencial originou modelos mais complexos, incluindo a perspectiva social e a subjetividade, identificado como a síndrome de Burnout (RAMMINGER, 2006).

A perspectiva adaptacionista e a inspiração biológica características da psicologia social científica estão presentes nos pressupostos que fundamentam as teorias sobre estresse, bem como seus modelos de ciência e de pesquisa inspirados nos modelos das ciências físicas e naturais (JACQUES, 2003).

O conjunto de teorias sobre estresse privilegia o emprego de métodos quantitativos e os pressupostos teóricos do referencial cognitivo-comportamental, cabendo ao trabalho o atributo de fator desencadeante do processo, com maior ou menor grau de relevância.

Nos estudos de subjetividade e trabalho, este é pensado não apenas como processo de produção de coisas e serviço, mas também dos sujeitos, relativizando as noções de saúde e doença. Ou seja, a saúde mental do trabalhador está relacionada com sua prática reflexiva e com seu protagonismo no trabalho (RAMMINGER, 2006). A temática subjetividade e trabalho busca analisar o sujeito trabalhador definido a partir de suas experiências e vivências adquiridas no mundo do trabalho (NARDI, TITTONI & BERNARDES, 1997). Apresenta como eixo norteador o caráter técnico e econômico do trabalho, cujo significado perpassa a estrutura sócio-econômica, a cultura, os valores e a subjetividade dos trabalhadores.

Como metodologia os estudos de subjetividade e trabalho privilegiam abordagens qualitativas através de técnicas como observação, entrevistas individuais e coletivas, análises documentais. Além de ter nos pressupostos marxistas a sustentação para a concepção sobre a determinação histórica dos processos de saúde/doença e seus vínculos com as condições de vida e de trabalho dos trabalhadores.

Além das abordagens citadas anteriormente, será discutido mais detalhadamente a Psicodinâmica do Trabalho de Christophe Dejours, psiquiatra e psicanalista francês e as abordagens com base no modelo epidemiológico e/ou diagnóstico.

Dejours (1994) desenvolveu estudos e pesquisas sobre o sofrimento decorrente do trabalho e as estratégias de defesa engendradas pelos trabalhadores,

inovando as teorias sobre psicopatologia do trabalho, ao deslocar o enfoque dos estudos da doença mental para a normalidade.

Dejours (1994) passou a interessar-se por descobrir o papel ocupado pelas estratégias de defesa como resistência ao sofrimento no trabalho. Na abordagem proposta, o trabalho também pode ser fonte de prazer, em decorrência do sofrimento criativo. Estas pesquisas e estudos deram origem a uma nova teoria: a psicodinâmica do trabalho.

Para o autor citado a teoria do estresse não foi capaz de abranger trabalhadores cujo psiquismo estivesse dentro da normalidade. Ela seguia sem abordar a significação do sofrimento ou vivência subjetiva, entendendo o estresse sempre como uma situação negativa. Igual superficialidade marcou as teorias sobre motivação e satisfação voltadas a um homem ideal e abstrato, na busca de um estágio inatingível de equilíbrio presente nas ciências da administração, mas inexistente no mundo real. Tampouco a psiquiatria não consegue explicar a situação da grande maioria dos trabalhadores: a normalidade.

É sobre essa normalidade mantida sobre pressão e à custa do sofrimento que a Psicodinâmica do Trabalho investiga. Dentro do estado de equilíbrio psíquico coexistem numa relação dialética entre o sofrimento e o prazer as vivências do/no trabalho. Em comparação com a psiquiatria a psicodinâmica do trabalho preocupa-se com uma dinâmica mais abrangente das relações estabelecidas no trabalho.

A Psicodinâmica do Trabalho procura destacar as formas de sofrimento e prazer oriundos da relação do sujeito no mundo do trabalho. Propõe uma análise baseada na relação entre saúde mental e trabalho dentro daquilo que a especifica como relação social e central na vida do indivíduo. Destaca que o eixo de análise deve ser deslocado da loucura para a normalidade, pois a maioria dos trabalhadores, apesar das pressões que enfrentam no trabalho, não descompensam psiquicamente (DEJOURS, 1998).

Sendo assim, o sofrimento no trabalho, pode ser mantido através de desenvolvimento e estratégias defensivas que garantam a normalidade aparente e insensibilizem o trabalhador contra o que o faz sofrer.

Esta abordagem busca analisar o elo entre saúde e produção, através da abordagem de questões que dizem respeito à organização do trabalho e seus impactos sobre a saúde mental do trabalhador. O estudo centra-se nas dinâmicas que, em situações de trabalho, conduzem ora ao prazer, ora ao sofrimento. Os estudos de Dejours são considerados fundamentais para entender os processos de saúde, doença e sofrimento no trabalho. O autor desenvolveu conceitos sobre subjetividade do trabalhador, carga psíquica, motivação e desejo, estratégias defensivas e o papel da organização do trabalho para a compreensão da psicodinâmica do trabalho (DEJOURS, 1994).

Mediante tais rupturas epistemológicas cabe a esse modelo teórico contemplar o sujeito no referencial social e histórico no qual esta inserido/inscrito. O meio não deve ser encarado apenas como fator desencadeante de uma vulnerabilidade preexistente no sujeito. Será necessário considerar no trabalho aquilo que o especifica como relação social e articular um modelo de funcionamento psíquico que arranje um lugar teórico para a interface singular-coletivo.

Ferreira (1992) afirma que, ao deslocar o objeto de estudo da loucura para a normalidade, Dejours amplia o objeto de estudo da psicopatologia do trabalho. Não se trata de estudar as doenças mentais descompensadas ou os trabalhadores por ela atingidos, mas sim todos os trabalhadores, a população real e “normal” que está nas fábricas, nas usinas e nos escritórios, e que é submetida a pressões no seu dia a dia. O objeto de estudo passa ser não a loucura, mas o sofrimento no trabalho, um estado compatível com a normalidade, mas que implica uma série de mecanismos de regulação.

A palavra sofrimento encerra o conceito que se estabelece entre o espaço de luta que cobre o campo situado entre o bem estar e a doença mental. Assim para Dejours se o trabalho causa sofrimento também promete em troca um prazer que

pode ajudar na construção do equilíbrio psíquico. Para ele o trabalhador não busca trabalho sem sofrimento, mas sim desafios.

O sofrimento deixa de ser criativo e passa a ser patogênico quando o trabalhador não pode conformar o trabalho aos seus desejos e a suas necessidades fisiológicas. Aumentando sua carga psíquica no trabalho cujo conceito articula-se com o conceito de carga do trabalho, dividida em carga física e carga mental.

De modo geral, o sofrimento mental é bem controlado pelo trabalhador, para impedir que se transforme em patologia. Quando o limiar de tolerância é ultrapassado, um determinado trabalhador pode descompensar. Para evitar adoecer os trabalhadores interpõem uma série de estratégias defensivas entre seu funcionamento psíquico e a organização do trabalho. Tais defesas podem ser de natureza individual ou coletiva.

Quando o sofrimento pode ser transformado em criatividade, trazendo uma contribuição que beneficia a identidade e aumenta a resistência do trabalhador ao risco de desestabilização psíquica e somática, o trabalho passa a funcionar como um mediador para saúde. Ao contrário, quando a situação de trabalho, as relações sociais de trabalho e as escolhas gerenciais empregam sofrimento no sentido patogênico, o trabalho funciona como mediador de desestabilização e da fragilização da saúde (DEJOURS, 1994).

O trabalho pode levar tanto ao pior como ao melhor, do ponto de vista de saúde individual e da política. Muitas mulheres e muitos homens estão, graças ao trabalho, em melhor estado de saúde mental do que estariam caso não trabalhassem. O trabalho pode ser um mediador de emancipação, e não apenas de alienação. Contudo, para elucidar as condições que fazem com que a relação no trabalho acabe em infortúnio ou constitua um mediador insubstituível à saúde, é necessário renovar a teoria do sujeito, da saúde e do trabalho. Reforçando a categoria trabalho como central nas relações sociais

Entretanto, sem desmerecer as grandes contribuições da psicodinâmica, será necessário algumas reflexões sobre os limites dessa abordagem. Para Dejours

(1988) a organização do trabalho se apresenta como uma “porta de entrada” do sofrimento e doença mental, sendo geradora de angústia e de estratégias defensivas. Tais argumentos reforçam a interpretação de que o trabalho se apresenta como um fator que interage com uma constituição psíquica pré existente nos indivíduos, possuindo o trabalho estatuto de causa relevante de problemas psicopatológicos.

Segundo Lima (2002), o trabalho permanece como uma categoria marginal na obra dejouriana, subordinada à subjetividade que continua sendo, por excelência, o objeto da psicodinâmica do trabalho.

As abordagens com base no modelo epidemiológico e/ou diagnóstico apresentam a concepção multicausal como marco explicativo predominante, pois este é um dos elementos fundamentais para a aplicação da epidemiologia no campo da saúde/doença mental.

Segundo Jacques (2003) as concepções marxistas e, na psicologia, os pressupostos da psicologia social histórico-crítica fundamentam a visão ontológica que emana das pesquisas de Codo (2002) e colaboradores. A partir deste pressuposto o trabalho se apresenta como um fator constitutivo do psiquismo e do processo saúde/doença mental. Concordando com Marx afirmam que o trabalho é uma dupla relação de transformação entre o homem e a natureza, sendo, portanto, geradora de significado estando no centro das relações sociais. O mesmo autor afirma que “o sofrimento psíquico e a doença mental ocorrem quando e apenas quando, afeta esferas da nossa vida que são significativas, geradoras e transformadoras de significado” (p.174), sendo o trabalho uma das atividades humanas geradoras de significado por excelência.

3.5 TRANSTORNOS MENTAIS

O conceito de saúde foi amplamente discutido na VIII Conferência de Saúde, passando a ser considerada não apenas como mera ausência de doença, mas como consequência de fatores biopsicossociais relacionados. Sob essa perspectiva,

pensar em prevenção em saúde mental envolve trabalhar não apenas os aspectos emocionais do sujeito, mas também os fatores determinantes do processo saúde/doença como moradia, educação, lazer, renda, trabalho, acesso a serviços de saúde, alimentação e saneamento, entre outros (BLAGEVITCH, 2002).

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), uma em cada quatro pessoas será afetada por um distúrbio mental em uma dada fase da vida. Os transtornos mentais ou neurológicos, ou problemas psicossociais como os relacionados a álcool e drogas, atingem cerca de 450 milhões de pessoas (ARAUJO, 2010).

Transtornos mentais (TM) em geral causam considerável impacto em termos de morbidade, prejuízos na funcionalidade e diminuição da qualidade de vida de seus portadores. O estudo *Global Burden of Disease*, conduzido pela OMS durante a década de 1990, estimou o impacto das 130 condições médicas mais prevalentes no mundo em termos de morbidade e mortalidade, analisando dados oriundos de 54 países. Os resultados demonstraram que, da totalidade dos anos vividos com incapacidade no mundo devido a doenças, 30,8% eram decorrentes de transtornos mentais. O mesmo estudo mostra que dentre as dez primeiras causas de anos vividos com incapacidade no mundo sete são transtornos mentais (WHO, 2001).

Em pesquisas epidemiológicas já realizadas referentes à saúde mental a grandeza dos problemas mentais é destacada, indicando que aumentarão no período de 25 anos. Há uma estimativa de que, em cada quatro habitantes do planeta, um enfrentará algum tipo de Transtorno Mental, podendo ser a depressão, a esquizofrenia, a deficiência mental, o distúrbio da infância e adolescência, a dependência de álcool ou de drogas, ou o mal de Alzheimer (VASCONCELOS; REBELO; MARAU, 1999; OPAS/OMS, 2001).

A alta prevalência de transtornos mentais e o impacto considerável na vida dos indivíduos afetados tem sugerido a necessidade de políticas públicas na área de saúde. Para tanto é necessário dispor de informações adequadas a fim de realizar-se uma análise objetiva das situações sobre as quais se pretende atuar.

Os estudos epidemiológicos em saúde mental propiciam compreender mais claramente a frequência com que esses transtornos ocorrem na população em geral, avaliar suas conseqüências diretas e indiretas em nível individual, familiar e social, além de trazer à tona suas associações com variáveis sócio-demográficas a fim de orientar o reconhecimento de grupos de risco (PEREIRA, 2001).

Os problemas mentais, com relação à carga global de morbidade de todo o mundo, produzem uma carga de 8,1%, enquanto que os transtornos neuropsiquiátricos variam de 3,4% nos países ao sul do Saara a 8,0% na China e regiões da América Latina e Caribe (OPAS/OMS, 1997).

No Brasil, os levantamentos epidemiológicos apontam para uma estimativa de 9% para os Transtornos de Ansiedade, 3% para os Transtornos Somatoformes, 2,6% para os Transtornos Depressivos (na população feminina) e a Dependência ao álcool, com 8,0% e os Transtornos de Ansiedade, com 4,3% (na população masculina) (MARI, JORGE, 1997).

Estes transtornos indicam situações de sofrimento mental (ARAUJO et al, 2005) que atingem o indivíduo no que ele tem de mais subjetivo, sendo determinados por fatores independentes do sujeito (PORTO, 2006). O sofrimento pode interferir na capacidade produtiva e, em alguns momentos, tornar difícil o convívio com os outros (ZAMBRONI, 2006).

Os estudos demonstram que TM podem estar fortemente relacionados ao trabalho e/ou a sua ausência. Diversos estudos destacam que ambientes laborais inadequados, formas como as atividades de trabalho são organizadas, pouca valorização do trabalhador, participação insatisfatória nas decisões do trabalho, demandas laborais excessivas, horários de trabalho em turnos, baixos salários, realização de trabalho sem visibilidade, complexidade do trabalho, ausência de lazer, entre outros fatores, incluindo-se condições de trabalho indesejáveis, com múltiplos riscos ocupacionais podem propiciar TM nos trabalhadores. Tal situação corrobora com as afirmações de Antunes (2000) quanto às questões relacionadas com a precarização do emprego, subempregos ou desemprego estrutural que

comprometem a saúde do trabalhador; bem como, traduz a relação de sujeição deste trabalhador nas atuais relações.

Os Transtornos Mentais surgem quando há desequilíbrio entre os determinantes do processo saúde/doença e a capacidade de resistência/estabilização mental dos trabalhadores, fragilizando-os perante as dificuldades vivenciadas no/pelo trabalho. Os transtornos mentais são alterações do funcionamento da mente que prejudicam o desempenho da pessoa na vida familiar, na vida social, na vida pessoal, no trabalho, nos estudos, na compreensão de si e dos outros, na possibilidade de autocrítica, na tolerância aos problemas e na possibilidade de ter prazer na vida em geral (CAPLAN, 1987).

O TM pode ser definido em termos de severidade. O diagnóstico psiquiátrico, as inabilidades devido ao transtorno e a duração do transtorno (NATIONAL ADVISORY HEALTH COUNCIL, 1993) são critérios importantes para esta classificação. Os TM podem ser classificados em graves (TMG), menores (TMM) e comuns (TMC).

TMG podem ser definidos como aqueles que levam o indivíduo a apresentar deterioração grave de funcionamento mental e social. Como dificuldades de pensamento, interferência no processo do pensamento, experiências desagradáveis com sons, visão ou toque, convicções estranhas ou incomuns, dificuldades de movimentos e ações, concentração diminuída, perda de energia e direcionamento, habilidade reduzida de resolver problemas, inaptidões cognitivas, afetivas e comportamentais que levam a impossibilidades práticas, como falta de amigos, desemprego, atividades de lazer limitadas, falta de cuidados pessoais, dificuldades de moradia e sobrecarga dos cuidadores.

Transtornos Mentais Menores (TMM) acometem cerca de 30% dos trabalhadores ocupados. Este problema pode ocorrer pelas condições desfavoráveis de trabalho, muitas vezes não existindo preocupações mínimas com a saúde do trabalhador. O que pode levar a incapacitação permanente ou temporária do trabalhador.

Como os Transtornos Mentais Comuns (TMC) são objeto de estudo deste trabalho será necessário uma descrição mais detalhada destes.

3.5.1 Transtornos Mentais Comuns - TMC

A denominação TMC se refere aos estados de saúde envolvendo sintomas psiquiátricos não-psicóticos, tais como sintomas depressivos, de ansiedade e psicossomáticos proeminentes, que trazem incapacidade funcional ou ruptura do funcionamento normal das pessoas, embora não preencham os critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo as classificações do DSM-IV e da CID-10 (MARAGNO *et al.*, 2006).

Segundo Santos (2002), TMC se refere à situação de saúde de uma população com indivíduos que não preenchem os critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo as classificações DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition*) e CID-10 (*Classificação Internacional de Doenças – 10a Revisão*), mas que apresentam sintomas relevantes que trazem uma incapacitação funcional comparável ou até pior do que quadros crônicos já bem estabelecidos.

Ainda segundo Santos (2002), esse quadro clínico, em geral, não faz os pacientes procurarem a assistência necessária, e muitas vezes, quando procuram esta assistência, são subdiagnosticados, podendo, desta forma, não receber o tratamento adequado. Pois, como afirma Dejours (1994), muitas patologias que acometem os trabalhadores acontecem dentro de uma “normalidade” mantida a custo de sérias complicações mentais destes mesmos indivíduos.

Torna-se ainda mais relevante se levarmos em consideração a presença de comorbidades com a situação de subdiagnósticos sobre os TM, que acabam por agravar o prognóstico de ambos os problemas, tanto por piora do quadro clínico principal, quanto por aderência inadequada aos tratamentos propostos (SANTOS, 2002).

São considerados TMC os transtornos somatoformes, de ansiedade e de depressão; seus sintomas são: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (ARAUJO et al., 2005).

Os estudos sobre saúde mental têm verificado associação dos TMC com algumas variáveis sociodemográficas. Quanto ao sexo, os estudos descrevem prevalência maior nas mulheres. Com relação à idade, os estudos apresentam resultados diversos: Lima et al.(1999) referem aumento linear da prevalência de acordo com a idade; entretanto, os estudos de Coutinho et al. (1999) e Andrade et al. (1999) descrevem prevalência menor nos maiores de 44 anos e maiores de 60 anos, respectivamente.

Quanto às condições socioeconômicas, escolaridade e renda, tem sido observada uma relação inversamente proporcional entre estas variáveis e a prevalência de TMC (ARAUJO et al, 2005).

Em relação à situação conjugal, os estudos indicam menor prevalência em indivíduos solteiros, quando comparados aos casados. Porém, esta associação é fraca e não se manteve significativa quando os dados foram ajustados segundo as categorias de escolaridade no estudo de Coutinho et al. (1999).

Tem sido verificada também a associação dos TMC com os eventos vitais produtores de estresse, como o baixo apoio social e com variáveis relativas às condições de vida e trabalho tais como baixa escolaridade, menor número de bens duráveis, condições precárias de moradia, baixa renda, desemprego e informalidade nas relações de trabalho (LIMA, 1999).

Pode-se concluir de modo geral que os diversos estudos apontam que *TMC* estão diretamente relacionados a fatores socioeconômicos e inversamente relacionados à densidade da rede de apoio social (COSTA; LUDEMIR, 2005; FORTES, 2004). Isto é, quanto mais baixo o nível socioeconômico de uma população, mais altas as taxas de prevalência de *TMC* (ARAUJO *et al.*, 2005; COSTA; LUDEMIR, 2005; MARAGNO *et al.*, 2005; FORTES, 2004; KLEINMAN, 2003 ;LUDEMIR, 2000, 2005; LUDEMIR; MELO FILHO, 2002; PATEL *et al.*, 1999;

PATEL; COUTINHO *et al.*, 1999;); assim como, quanto mais densa a rede de apoio social, menor o risco de TMC (ARAÚJO *et al.*, 2005; COSTA; LUDEMIR, 2005; FACUNDES; GOLDBERG; GOODYER, 2005; FORTES, 2004; LUDEMIR; MELO FILHO, 2002 ; COUTINHO *et al.*, 1999;).

Com relação ao lazer, Araújo et al (2005) detectaram que os indivíduos que não participavam de atividades de lazer apresentavam quase duas vezes mais TMC do que aqueles que participavam dessas atividades. Neste sentido, as políticas de saúde mental devem incluir em suas ações, propostas de incentivo à prática de atividades de lazer, no intuito de diminuir as barreiras que inibem e dificultam o acesso a essas atividades.

Assim, faz-se necessário ampliar a discussão e detalhar o conhecimento sobre lazer e sua relação com o trabalho e a saúde. Sendo, portanto, o próximo ponto a ser abordado.

3.6 LAZER

O termo "lazer" vem do latim *licere* que significa "ser permitido" e surgiu na civilização greco-romana, onde era entendido em oposição ao trabalho. Nesta sociedade, o lazer era uma atividade essencial, onde na maior parte do tempo livre, os homens se dedicavam às artes, exercícios físicos, filosofia e letras. Em relação às obrigações profissionais, eles empenhavam-se apenas em alguns deveres, tais como atividades políticas e militares, consideradas mais nobres.

O Lazer é um conceito polissêmico que pode ser compreendido sob diferentes pontos de vista, o que não significa que exista uma interpretação correta ou errada para esta categoria. Porém, tomar o lazer enquanto fenômeno social não é uma ação isenta de neutralidade por parte do pesquisador (PADILHA, 2006).

Deve-se compreender que o entendimento do lazer enfrenta resistências das mais diversas. Além, de diversos entendimentos conceituais, desde o entendimento do lazer que favorece a saúde física e mental ao lazer que recupera e mantém o

equilíbrio dos sistemas de produção necessário ao progresso das sociedades e o lazer que pode resolver diversos males sociais. Ou o lazer pode, ainda, ser compreendido além da sua aparência superficial como elemento de alienação dos trabalhadores.

Compreender dialeticamente o fenômeno lazer é uma forma de interpretar criticamente as contradições que se estabelecem entre as classes sociais. Refletindo radicalmente sobre as relações de alienação e contradição, investigar as relações antagônicas e os princípios da contradição que governam o modo de ser e pensar dos sujeitos históricos e sociais.

O lazer sofre modificações de acordo com as peculiaridades do contexto histórico e sociocultural no qual é desenvolvido. Para Dumazedier (2000) o lazer sempre existiu em todos os períodos, em todas as civilizações. Embora o lazer possua traços específicos da civilização nascida da Revolução Industrial, ele não acredita que a ociosidade dos filósofos da antiga Grécia pudesse ser chamada de lazer.

Anteriormente a Revolução Industrial, falava-se em criatividade relacionada ao ócio, mas com o advento da mesma, há o deslocamento do valor criativo do ócio, passando a criatividade a ser focada no trabalho e na produção, havendo até mesmo concepções que associavam o lazer como a fonte dos pecados e perda da “salvação” divina (LESSA, 2005). Para Lessa (2005) o desenvolvimento social e econômico das nações industrializadas veio estabelecer com clareza o tempo de lazer, associando a qualidade de vida à disponibilidade de bens materiais e garantia de lazer, férias e aposentadorias.

Marcellino (2007) acredita que com a Revolução Industrial, pensava-se que o homem seria substituído pela máquina e teria um maior tempo livre para dedicar ao lazer e aos momentos de relaxamento, embora, paradoxalmente houvesse a necessidade do cumprimento de extensas jornadas de trabalho. Mais uma vez, destaca-se a precarização do processo de trabalho, com as relações fragilizadas dentro de um sistema que vem paulatinamente deteriorando as conquistas dos trabalhadores (ANTUNES, 1994).

Para Marcellino (2007), o lúdico, como componente do lazer, esteve presente em todas as épocas da história e pode acontecer em qualquer momento da existência humana, seja em questões relacionadas à família, religião, política e, principalmente, trabalho.

No cenário internacional datam das décadas de 20 e 30 do século XX, os primeiros estudos voltados à problemática do lazer, nos Estados Unidos e na França, igualmente orientados para o ajustamento dos trabalhadores ao uso moral e utilitário do tempo livre. Mas, é a partir da década de 50, que a chamada *sociologia do lazer* toma corpo, com pesquisas sobre o assunto alastrando-se por outros países e estabelecendo interface com outros temas. Há de se registrar que a preocupação com o lazer, ainda que sob o viés da recreação, já ocorria também no Brasil através de estudos realizados por profissionais de diversas áreas (GOMES & MELO, 2003).

Contudo, o que se intentava agora era difundir uma *teoria do lazer* que reorientasse os saberes inerentes a tal fenômeno a partir das experiências realizadas, analisando seus limites, possibilidades, falhas e êxitos, tudo em nome do bem-estar social, do desenvolvimento, do progresso, da integração e da produtividade.

Na década de 70 o lazer passou a ser encarado como um *campo de estudos* capaz de aglutinar pesquisadores e estimular a realização de investigações, projetos e ações coletivas e institucionais (GOMES & MELO, 2003).

Neste momento ocorria o restabelecimento democrático no Brasil o que propiciou condições para que os partidos que compõem o campo popular passassem a ocupar funções estratégicas de gestão do poder público, respaldados pelo sufrágio universal significando avanços dos direitos dos trabalhadores.

De acordo com Santini (1993) o lazer é toda atividade realizada no tempo livre que cada um dispõe. Desse modo, tais atividades possuem, em sua essência, o livre arbítrio, sendo caracterizadas como atividades discricionais (fazer a opção). Esta denominação é utilizada principalmente pelo fato de que tais atividades não trazem em si qualquer sentido de obrigatoriedade ou uma relativa restrição. O tempo livre é

a parcela do tempo linear marcado pelo relógio e que cada um possui após o cumprimento das atividades profissionais e sociofamiliares. O preenchimento deste tempo com atividades discricionais depende da apetência individual.

Camargo (2003) conceitua o lazer como um conjunto de atividades gratuitas e prazerosas, voluntárias e liberatórias, centradas em interesses culturais, físicos, manuais, intelectuais, artísticos e associativos, realizado num tempo livre roubado ou conquistado historicamente sobre a jornada de trabalho profissional e doméstico e que interferem no desenvolvimento pessoal e social dos indivíduos. Sendo que essas ações sofreriam influências dos determinantes culturais, sociais, políticos e econômicos.

Dumazedier (2000) acrescenta ainda que o lazer permite uma participação social maior e livre, a prática de uma cultura desinteressada do corpo, da sensibilidade e da razão, além da formação prática e técnica; oferece novas possibilidades de integração voluntária à vida de agrupamentos recreativos, culturais e sociais; incita a adotar atitudes ativas na utilização de fontes diversas de informações tradicionais ou modernas (imprensa, filme, rádio, televisão). Sendo que lazer possui, três funções: a função de descanso, a função de divertimento, recreação e entretenimento e a função de desenvolvimento.

Bramante (1998) considera o lazer como uma dimensão privilegiada de expressão humana materializada através de experiência criativa de prazer que não se repete no tempo/espaço tem, como eixo central, a ludicidade. Acrescenta ainda que esta dimensão é enriquecida pelo seu potencial socializador, por uma motivação intrínseca e marcada pela percepção de liberdade.

Para Pinto (1995), discutir o lazer exige: tomada de consciência em relação às contradições do cotidiano; humanização das relações fundadas na ética lúdica; na busca de interfaces com a saúde, a educação e a sociabilização para a cidadania. Nessa perspectiva entende-se que o lazer deva ser fundado na vivência lúdica como exercício de cidadania e de criatividade, desafiando limites de tempo, de espaços e das condições materiais e metodológicas.

Paiva (2003) destaca que a definição de lazer utilizada não deve ser considerada como uma idéia fechada sobre o tema, pois se deve levar em consideração aspectos da sociedade e da época em que se está inserido, bem como a relação com outros componentes da estrutura social. Se não forem considerados – sociedade, cultura, época, ambiente, gênero dos indivíduos, grau de escolaridade e idade – o entendimento do lazer poderá ser equivocado.

Portanto, não há um conceito único e inquestionável de lazer, dada à sua dependência com diversos fatores e diversas manifestações sociais e políticas pelas quais a humanidade vem passando.

Como foi visto muitos conceitos de lazer o associam ao tempo livre, ao ócio ou ao lúdico sendo, muitas vezes, visto como contraponto ao trabalho. Porém, concorda-se com a noção de que o lazer faz parte da natureza humana, assim como o trabalho, não sendo contrários, mas faces diferentes de uma mesma ação: a ação humana.

No geral, lazer seria tudo aquilo que está relacionado ao tempo livre (não trabalho) e atitude (prazer) diante da atividade exercida. Enfim, o conceito de lazer depende da historicidade humana e das concepções individuais, da sociedade laboral e do tempo livre. Porém, é inegável a trajetória histórica social como elemento de contextualização para a produção e entendimento de conceitos relacionados ao lazer.

3.6.1 LAZER ATIVO E PASSIVO

Não há um consenso na literatura sobre a diferenciação entre lazer ativo e passivo. Para uma discussão mais detalhada serão usados tais termos apenas como distinção entre atividades que possam ser consideradas como atividades físicas ou não no tempo de lazer.

Será entendido como Lazer Passivo toda atividade que poupe energia do ser humano no seu tempo de lazer. Assim, atividades como leitura, contemplativas ou dialogadas em grupo ou individuais seriam o lazer passivo.

Já o Lazer Ativo, por sua vez, se caracterizará pela participação da pessoa em atividades físicas, onde ocorra algum gasto energético acima dos níveis normais de repouso.

Entendidos dessa forma, tanto o lazer ativo como o passivo podem permitir a reformulação da experiência individual ou em grupo. Podendo proporcionar interação social e colaborando para níveis fisiológicos e mentais de saúde.

Não será considerado qual o tipo de lazer é mais ou menos importante na vida do indivíduo. Para algumas pessoas o lazer ativo proporciona distração e relaxamento. Para outras, a sensação de prazer virá das atividades de lazer passivo.

Entretanto, para alcançar um dos objetivos deste estudo que é a associação entre atividade física e o lazer, será aprofundada a avaliação do lazer ativo nas experiências de lazer dos indivíduos. Considerando como lazer ativo, as experiências que envolvam algum tipo de atividade física. Pois, principalmente nos dias atuais, o lazer ativo seria muito importante ao ser humano, por este se relacionar as atividades físicas, que são fatores primordiais contra o sedentarismo e o estresse da vida moderna (NAHAS et al.,2010).

A prática de atividades físicas é, reconhecidamente, um importante fator de proteção em relação às doenças crônicas não transmissíveis e elemento chave na promoção da qualidade de vida (SUNDQUIST, 2005; WHO, 2004).

Nas últimas décadas ficou clara a interrelação atividade física - saúde e considerando a elevada prevalência de inatividade física no lazer (MONTEIRO, 1996) e baixo nível de atividade física global (VIGITEL BRASIL, 2008), instituições científicas tem alertado para a necessidade de desenvolvimento de intervenções com vistas à promoção da atividade física (WHO, 2004).

Trabalhadores que mantêm um estilo de vida ativo e saudável constituem um subgrupo populacional que tende a adoecer com menor freqüência e a ter menor incidência de doenças cardiovasculares, diabetes e certos tipos de câncer (PRONK, 2009).

Além disso, existem evidências que indivíduos envolvidos em atividades físicas regulares tendem a ser mais produtivos e estão menos expostos ao risco de sofrer doenças ocupacionais ou mentais (RATZLAFF, 2009; NAHAS, 2006). Neste contexto, resultados de estudos internacionais indicam que mesmo intervenções simples, baseadas em estratégias educativas e atividades informativas, podem ser suficientes para produzir impacto positivo em fatores relacionados ao estilo de vida e a saúde de trabalhadores (YEN, 2001; GOLD, 2000).

Mas, entende-se que “intervenções simples, baseadas em estratégias educativas e atividades informativas” sobre a importância das atividades físicas para uma melhor qualidade de vida ou melhora da saúde, pode não ser suficiente. Pois, compreendê-la desta forma pragmática e linear foge ao entendimento de qualidade de vida e saúde que será discutido posteriormente.

Deve-se lembrar que são necessárias políticas públicas de incentivo e adesão às práticas de atividades físicas no tempo de lazer, entendendo que essas políticas devem considerar também o acesso à educação, saúde, transporte, moradia, saneamento básico, emprego, segurança. Além disto, devem contribuir para a superação de barreiras (sejam arquitetônicas ou de ordem individual); sem comprometer o componente “prazer” na escolha do indivíduo.

Pensar políticas públicas que considerem as condições gerais da população e as características apontadas por Lefebvre (1978) como funções fundamentais para nortear o urbanismo: a ocupação do solo, a organização da circulação, a legislação. A rua segundo este autor, não é um simples lugar de trânsito, pois é um lugar de informações e intercâmbios humanos, encontros, relações e iniciativas entre grupos, um lugar de espetáculo e estímulo. Uma cidade projeta sobre um terreno uma sociedade, uma totalidade social ou uma sociedade considerada como totalidade, compreendida sua cultura, instituições, ética, valores (LEFEBVRE, 1978).

Segundo Bramante (1993), com o aumento da expectativa de vida, os equipamentos urbanos, precisam cada vez mais serem adequados ao seu público em expansão. Assim, pensar políticas públicas voltadas para os trabalhadores significa pensar estratégias de alcance individual e coletivo, onde os governos sejam

responsabilizados pelas ações destinadas ao bem estar da população em geral. Repensando desde políticas sociais e econômicas, até projeções urbanas que incentivem a adesão e permanência dos indivíduos/trabalhadores em políticas voltadas para práticas de atividade física em tempo de lazer.

3.6.2 LAZER E TRABALHO

Segundo Parker (2001, p.79), *"nem todas as sociedades humanas têm feito a mesma distinção entre o lazer e o trabalho que a maioria de nós faz no mundo industrial moderno"*. O que podemos considerar como certo é que na sociedade contemporânea podem-se encontrar aspectos genéricos em comum entre o lazer e o trabalho.

Para Parker (2001), existem três abordagens diferentes sobre o lazer e o trabalho e a cada uma corresponde uma postura específica. Na primeira abordagem, o trabalho é a parte séria da vida e o lazer deve estar subordinado a ele ou, então, nem mesmo existir, pois é perda de tempo, devendo-se priorizar o trabalho. O grau de identificação das pessoas com o trabalho depende da gratificação que este lhe traz. As pessoas que priorizam o trabalho, muitas vezes, encontram nele um grau de satisfação e prazer que outros só encontram no lazer. Devemos assim refletir para além deste entendimento que prioriza o trabalho.

Na segunda abordagem, o lazer pode ser considerado como o grande objetivo da vida e o trabalho é só um meio de atingi-lo; prioriza-se o lazer. Por fim, a terceira abordagem identifica o trabalho e o lazer como partes iguais e de mesma importância para uma vida sadia, e cada um deles pode enriquecer, consideravelmente, o outro; desta forma, é uma abordagem que equilibra, equitativamente, trabalho e lazer.

A partir do exposto, o lazer pode ser interpretado como 'compensatório' se serve para minimizar ou substituir as insatisfações vividas no trabalho. O lazer pode ser interpretado como 'extensão do trabalho' quando há similaridade entre algumas atividades que o indivíduo desenvolve tanto no trabalho, quanto no lazer. O lazer

pode ser interpretado como 'oposição ao trabalho' quando há uma nítida intenção de demarcar o campo do trabalho e o campo do lazer, evitando intencionalmente qualquer similaridade entre os dois. O lazer pode ser interpretado como 'neutro' quando equilibra os padrões de extensão e oposição ao trabalho (PARKER, 2001).

Um meio de se avaliar a importância relativa atribuída ao trabalho e ao lazer pelos indivíduos é *"a escolha feita pelas pessoas entre ter mais renda ou mais lazer"* (PARKER 2001, p. 81), pois em tese o trabalho deveria custear o lazer e possibilitar sua prática no chamado 'tempo livre', isto é, não se costuma buscar um trabalho adicional quando a remuneração recebida está razoavelmente acima daquilo que o indivíduo considera necessário para seu sustento, preservando-se assim o tempo livre para o lazer. O que se percebe, atualmente, é que as questões relacionadas à precarização e o desemprego estrutural determinam diretamente esta decisão. Desta forma, os trabalhadores buscam complementar a sua renda para suprir necessidades básicas através dos múltiplos empregos em detrimento da sua saúde ou do seu lazer (ANTUNES, 1999). Além, do fato acima citado alia-se a concepção de lazer voltado/transformado em espaço de reprodução econômica e ideológica com concepção meramente funcionalista do tempo de lazer dos trabalhadores (ANDRADE, 2006).

O mesmo tipo de trabalho pode afetar diferentemente o lazer em culturas distintas. Uma das questões principais da sociologia do lazer é saber se o próprio lazer é afetado pelo trabalho, preocupando-se com três aspectos da relação entre ambos: a proporção de escolha e de critério de escolha entre trabalho e lazer que é possível ou exigida para o indivíduo; o quanto a atividade exercida visa algum propósito específico ou é exercida por puro prazer; e, por último, avaliar e quantificar a interação social presente na atividade em questão (PARKER, 2001).

Pode-se contestar a idéia de que o lazer seja a solução para diversos problemas ligados ao trabalho ou, sob outro enfoque, uma forma de compensar a *"inevitável difusão do labor desumanizado"*. O lazer pode ser tão produtivo e valioso quanto o trabalho em si, *"acarretando a mesma espécie de envolvimento pessoal e proporcionando o mesmo tipo de satisfação e de realização"* (PARKER, 2001 p. 95).

Na literatura há várias definições sobre como classificar as atividades nos momentos de lazer das pessoas. Para Dumazedier (1999) existem cinco categorias: os interesses físicos, os práticos ou manuais, os artísticos, os intelectuais, os sociais. Marcellino (1983) concorda com tal classificação por estas garantirem todas as necessidades do corpo.

Chaves (2005) propõe uma classificação das atividades de lazer em quatro categorias: atividades físicas, atividades de expectador, atividades sociais, atividades de produção. Este autor acredita não ser possível as atividades físicas ou manuais dissociadas do uso do intelecto.

O problema em relação ao lazer é que geralmente se subestima o fato de que a maior parte da humanidade ainda tem como atividade principal o trabalho, e com ele gasta quase todo o seu tempo e energia. Ignora-se que a qualidade de vida no trabalho afeta o lazer de maneiras extremamente sutis (DEJOURS, 1994).

O fenômeno do lazer é um fenômeno social, portanto, encontra-se historicamente em constante transformação. Como manifestação da cultura em movimento não se consegue dissociar o lazer do trabalho. Para Dejours (1994) o tempo no/e fora do trabalho não seria nem livre e neutro, ou opostos entre si. Ao contrário, o tempo de trabalho e tempo fora do trabalho formariam um continuum dificilmente dissociável. Segundo Andrade (2006), o espaço e o tempo do lazer dos trabalhadores são cheios de conflitos e contradições apresentando condições materiais complexas. Ainda, segundo o mesmo autor, a partir da análise das determinações socioeconômicas sobre o lazer é que se definem as formas de intervir na realidade. Essa compreensão é importante pela atual conjuntura de mundialização do capital e suas conseqüências na formação dos sujeitos e sua relação com o processo de trabalho (ANTUNES, 1995).

Enquanto manifestação cultural, as atividades físicas envolvem diversas características. Porém, a seguir abordaremos as questões destas relacionadas ao tempo de lazer dos trabalhadores, buscando elucidar aspectos que são importantes para o estudo.

3.7 ATIVIDADES FÍSICAS NO TEMPO DE LAZER

Para discussão do tema atividade física no tempo de lazer como fator preventivo das doenças psicossomáticas relacionadas ao trabalho, faz-se necessário, anteriormente, discutir uma temática mais ampla, a qualidade de vida do trabalhador (QVT).

Na área da saúde, o interesse pelo conceito Qualidade de Vida - QV decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor saúde nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos. Assim, saúde e doença configuram um processo compreendido como um *continuum*, relacionados aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e estilos de vida (SCHUTTINGA, 1995).

Consoante a essa mudança de paradigma, a melhoria da QV passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o setor nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças (SCHUTTINGA, 1995). Entretanto, é preciso avaliar as contradições existentes entre as relações e concepções sobre a QV.

Pode-se deduzir que são muitos os fatores que influenciam a qualidade de vida de um indivíduo, incluindo-se aspectos mais objetivos (condição de saúde, salário, moradia) e aspectos mais subjetivos (humor, auto-estima, auto-imagem).

Entretanto, independente do enfoque: global (qualidade de vida) ou específico (qualidade de vida relacionada à saúde) os fatores sócio-ambientais e, mais especificamente, o contexto onde se estabelecem as relações e as vivências de trabalho, parecem ter impacto significativo na QV, pois a maioria dos adultos destina grande parte de suas vidas ao trabalho (KERR, GRIFFITHS & COX, 1996).

A discussão envolvendo QV e o lazer vem crescendo de forma expressiva em nossa sociedade. Entretanto, na atualidade, o aumento da produtividade passa a ser o ponto crucial do trabalho humano e o lazer, a princípio, passa a ser um privilégio

concedido a poucas pessoas, contrapondo-se a idéia deste relacionar-se intrinsecamente ao trabalho.

As atividades físicas no tempo de lazer vêm adquirindo grande importância devido ao fato de que nas relações trabalho-saúde transparecem conflitos e contradições claras de interesse, onde, de um lado busca-se uma otimização das relações de produção no trabalho (com a melhoria das condições físicas do trabalhador) e, do outro, as possibilidades de transformação social, através da luta política assumida pelo pólo *trabalho nas sociedades atuais*.

Neste ponto, será necessário conceituar Atividade Física (AF) e diferenciá-la do Exercício Físico (EF). AF representa qualquer movimento corporal que é produzido pela contração da musculatura esquelética e que aumenta substancialmente o gasto energético acima do repouso que, em última análise, permite o aumento da força física, flexibilidade do corpo e maior resistência, com mudanças, seja no campo da composição corporal ou do desempenho esportivo (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1996).

A AF pode promover a melhora da composição corporal, a diminuição de dores articulares, o aumento da densidade mineral óssea, a melhora da utilização de glicose, a melhora do perfil lipídico, o aumento da capacidade aeróbia, a melhora de força e de flexibilidade, a diminuição da resistência vascular (MATSUDO, 2001). E, como benefícios psicossociais encontram-se o alívio da depressão, o aumento da autoconfiança, a melhora da auto estima (NERI, 2001).

O termo exercício físico, inadequadamente usado como sinônimo de atividade física representa uma das formas de AF. Caracteriza-se por ser uma modalidade de AF que é, em geral, planejada, estruturada e repetitiva, tendo por objetivo a melhora da aptidão física ou a reabilitação orgânico funcional (CASPERSEN, POWELL & CHRISTENSON, 1985).

A transição epidemiológica, que gerou um decréscimo das doenças infecciosas e um aumento das doenças crônicas e com isso a atividade física tem ganhado destaque nas investigações na área de saúde pública. Os benefícios da

prática de atividade física para a saúde e qualidade de vida de pessoas de todas as idades estão bem documentados na literatura científica (FRANKSHI, 1998; PATE, 1998). As pesquisas e estudos epidemiológicos são importantes no sentido de apresentar dados concretos a respeito da situação para que ações possam ser tomadas de maneira criteriosa.

De acordo com o último relatório do Banco Mundial, 56% de todos os óbitos em países em desenvolvimento podem ser atribuídos a doenças não transmissíveis e a OMS estima que até 2020 essas doenças possam causar 80% de todos os óbitos.

Apesar do reconhecimento da importância da atividade física como fator de promoção da saúde e de prevenção de doenças, os baixos níveis de atividade física são bastante frequentes e parece afetar pessoas de todas as idades. No Brasil, os dados disponíveis sugerem que, dependendo da região avaliada, 29% a 97% dos adultos parecem estar expostos a baixos níveis de atividade física (HALLAL, 2005; MASSON, 2005).

Alguns estudos têm demonstrado que os trabalhadores apresentam, em geral, baixos níveis de atividade física e estão expostos a outros fatores comportamentais de risco à saúde (incluindo-se o etilismo, fumo, percepção de baixo nível de saúde e exposição a cargas de estresse elevadas) (PATTERSON, HAINES & POPKIN, 1994; NIEMAN, 1999; BARROS, 1999).

Neste contexto, os estudos publicados apresentam diferentes enfoques sobre AF e QVT. Há aqueles direcionados às questões inerentes a saúde física, como os que visam analisar a interferência das cargas de trabalho na saúde física do trabalhador (BARREIROS, BATISTA & BRITO, 1992; DUARTE et al., 1998); os que analisam a postura corporal dos trabalhadores (MATOS et al., 1998) e as desordens musculoligamentares (MENDES, 1998) frente às solicitações inerentes ao posto de trabalho; os que estudam os hábitos em termos de atividade física, tais como SILVA (1997), NAHAS et al. (1997), ALVAREZ & DUARTE (1997), BARROS (1999), dentre outros.

Por outro lado, identifica-se na literatura a existência de estudos que analisam os distúrbios mentais associados às demandas do trabalho (AZEVEDO, 1994; BORGES & JARDIM, 1997; ANTUNES et al., 2005). De modo geral, todas as diferentes abordagens realizadas trazem contribuições importantes para o campo da saúde do trabalhador. Porém, deve-se avançar nos estudos buscando elementos identificadores da baixa adesão dos trabalhadores a políticas de incentivo à prática de atividades físicas.

Pesquisas em AF relacionada à saúde, que têm se referido ao estudo do comportamento humano, procuram investigar e entender os fatores que controlam e/ou influenciam a prática de AF, para que se produza conhecimento capaz de tornar as práticas de intervenção cada vez mais efetivas (RIDDLE, 1980; CANADIAN FITNESS AND LIFESTYLE RESEARCH INSTITUTE, 1996 ; MARCUS, 1995; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES et al., 1999).

Tais estudos têm origem na preocupação com os padrões de prática de AF, uma vez que pesquisas epidemiológicas apontam uma situação alarmante em relação ao sedentarismo e sua estreita ligação com a mortalidade e morbidade humanas.

Contudo, apesar da crescente compreensão da necessidade de se estimular a população à adoção de hábitos contrários ao sedentarismo, têm-se muito pouco domínio sobre as variáveis intervenientes na adoção de comportamentos e estruturação dos hábitos de vida.

É preciso compreender o comportamento humano relacionado à AF e seus fatores determinantes de maneira cada vez mais detalhada, e planejar e implantar estratégias de intervenção cujo objetivo seja interferir nos padrões de comportamento ativo no tempo de lazer. Para Sallis (1994), é necessário melhor entendimento acerca das influências sobre hábitos de prática de AF, pois se os mais importantes e determinantes fatores puderem ser identificados pode-se torná-los alvo de programas educacionais, políticas públicas ou outras formas de intervenção.

Os níveis de AF variam em diferentes grupos populacionais e diferentes abordagens são necessárias para que haja intervenção efetiva em cada subgrupo. Dados sobre mudanças relativas à prática de AF são necessários para que se possa determinar quando e por que as pessoas estão tornando-se mais ou menos ativas fisicamente ou, ainda, identificar subgrupos populacionais específicos que podem estar reduzindo seus níveis de prática de AF, o que implicaria na necessidade de intervenção.

Caspersen e Kriska (1997) declaram que um dos focos de pesquisa da atualidade tem sido a atividade física de/no lazer (AFLZ), pois devido ao fato de existir hoje menor atividade física no trabalho (pela tecnologia e automação presentes nas tarefas laborais), a AFLZ torna-se uma medida que representa mais fielmente a AF praticada pela população economicamente ativa. Citam que aqueles que não relatam praticar AF no tempo de lazer possuem níveis menores de AF na vida diária, e sugerem que a AFLZ é a mais forte e incontestável “dimensão” de prática de AF relacionada à inatividade física (quanto menor o nível de AF no lazer, maior o nível de sedentarismo).

As atividades de trabalho e de lazer são as atividades centrais na vida do homem e deveriam ser igualmente importantes (NAHAS, 2002). O fato é que no Brasil, apesar das melhorias dos índices relacionados à população de baixa renda, o lazer não pode ser tratado de maneira homogênea como se todas as classes pudessem usufruí-lo da mesma forma. Pois, dependendo das demandas e o contexto da vida dos trabalhadores, estes tem pouca ou nenhuma oportunidade para o envolvimento em atividades físicas, sobretudo no período de lazer.

É necessário esclarecer que está sendo considerado como atividades físicas no tempo de lazer aquelas realizadas em tempo livre de obrigações com o trabalho remunerado. Quanto às barreiras, são razões/motivos declarados pelo indivíduo que representam um fator negativo em seu processo de tomada de decisão (neste caso, para a prática de AF). São fatores determinantes negativamente associados à prática de AF (SALLIS & OWEN, 1999).

Conhecendo tais fatos, julga-se importante investigar as diferentes facetas dos fatores determinantes para a prática de AF como segurança, urbanismo, bem

estar, saúde, emprego, etc. Desta forma, seria uma estratégia eficaz estimular as AFLZ para os trabalhadores com ações concretas de políticas públicas. Tais ações poderiam contribuir com a manutenção da saúde e qualidade de vida dos trabalhadores. Como já foi descrito anteriormente percebe-se a importância da utilização do tempo livre em relação à saúde mental dos trabalhadores.

Neste sentido, Dejours (1994), coloca que a compensação natural das “violências” do trabalho acontece no tempo livre, aliás, está é uma das características do “lazer instrumental”, típico da era industrial.

Não se trata de, limitadamente, considerar que atitudes e simples adoção de “hábitos” considerados saudáveis, resolverão problemas relacionados à inatividade dos indivíduos no tempo de lazer. Isto é, diversos elementos são difundidos no tempo de lazer dos trabalhadores; desde a liberação, criatividade, saúde, descanso, ócio. A partir desta recomposição busca-se a (re) interpretação dos sentidos que o homem/trabalhador dá às suas experiências vividas.

Diversos estudos epidemiológicos demonstram que a adesão a programas de atividades físicas, esportes e exercícios físicos pode trazer benefícios tanto físicos (PAFFENBARGER et al., 1986; BLAIR ET al., 1989) quanto mentais (BOUCHARD, SHEPHARD & STEPHENS, 1994). Estes autores afirmam que o exercício físico reduz os níveis de ansiedade, depressão e raiva. Sendo, portanto um componente importante para saúde mental dos trabalhadores.

3.8 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E LAZER

Para Caplan (1987), o ponto mais importante para manutenção da saúde mental e evitar o distúrbio mental é que as atividades na família ou outro grupo primário sejam dirigidas no sentido de ajudar a pessoa em crise pessoal ou profissional a enfrentar seu problema de alguma forma ‘ativa’, em vez de evitá-lo ou de limitar sua atividade aos mecanismos de alívio de tensão.

Diversos estudos buscam analisar a importância das atividades físicas de/no lazer na proteção da saúde mental dos trabalhadores. Raglin (1990) conclui a partir

das suas investigações que atividades físicas regulares podem promover uma prevenção primária na saúde psicológica individual e, ainda, ter uma ação terapêutica em casos clínicos de depressão e transtorno de ansiedade.

Craft e Perna (2004) afirmam que a AF contribui para a diminuição dos sintomas de depressão independente do ganho de aptidão física. Para eles o benefício está mais associado à frequência da prática do que a sua duração. Entre os benefícios estão incluídos melhoras do sono e dos relacionamentos. Citam cinco hipóteses que relacionam AF e saúde mental: aumento da temperatura corporal; liberação de endorfinas; ação das monoaminas; atividades como distração; auto eficácia.

Stella et al. (2002) realizaram um ensaio sobre possíveis benefícios resultantes da relação entre AF e depressão. Sugerem que “a atividade física, quando regular e bem planejada, contribui para a minimização do sofrimento psíquico, além de oferecer oportunidade de envolvimento psicossocial, elevação da auto estima, implementação das funções cognitivas, com saída do quadro depressivo e menores taxas de recaída” (STELLA et al, 2002, p.91).

Taylor, Sallis e Needle (1985) realizaram uma revisão de literatura sobre a relação entre atividade física e exercício e saúde mental. Concluem que a prática de atividade física contribui para o alívio de sintomas associadas à depressão leve a moderada e está associada à redução de sintomas de ansiedade. Recomendam uma agenda de investigação voltada para a determinação da forma, da frequência, da duração e da intensidade para subgrupos da depressão e seus efeitos em longo prazo.

No estudo de Araújo et al. (2005) a disponibilidade de tempo suficiente para as atividades de lazer foi um fator negativamente associado aos transtornos mentais comuns - a prevalência de TMC foi menor no grupo que referiu tempo satisfatório para essas atividades. As autoras afirmam que a participação em atividades de lazer favorece positivamente o estado de saúde mental. Além disso, detectaram que os indivíduos trabalhadores que não participavam de atividades de lazer apresentavam quase duas vezes mais TMC do que aqueles que participavam dessas atividades.

Apresentam também dados referentes à dimensão temporal envolvida nas atividades de lazer evidenciando que o tempo que se tinha para a realização das atividades de lazer era fator relevante para a observância de uma menor prevalência de TMC.

Coleman, Isso-Ahola e Seppo (1993) apontam características das atividades de lazer, que beneficiam a saúde física e mental das pessoas. A primeira delas é que as atividades de lazer, geralmente são realizadas na companhia de outras pessoas, o que promove o bem estar e um apoio social. A outra característica é que a participação em atividades de lazer facilitam a liberdade, a competência e a motivação, amortecendo assim o estresse.

Moreira (2002) destaca que se pode pensar em três tipos de relação entre lazer e a saúde mental: a doença mental limitando o acesso ao lazer, o lazer sendo usado na reabilitação de enfermos e promovendo a melhora da qualidade de vida, e o lazer promovendo um bem estar psíquico através da melhoria da qualidade de vida.

Requixá (1977) confirma a relevância das atividades de lazer como relevantes à atenuação, ou mesmo a superação de problemas para recuperação psicossomática de pessoas de todas as idades.

Bretones (1966), na sua investigação sobre a associação do lazer e TMC, considera que estes são caracterizados pela presença, no plano da consciência, de uma ansiedade irracional, podendo transformar-se em um estado de pânico. Assim, as atividades de lazer poderiam restabelecer a níveis normais a estrutura mental, uma vez que esta permanece intacta conservando-se sua capacidade de compreensão.

Martins (2008) considera o lazer como uma possibilidade viável de intervenção, tratamento e melhora na qualidade de vida dos indivíduos portadores de TMC, porém, considera ser importante a compreensão dos determinantes do comportamento sobre trabalho e sua relação e aspectos sociais envolvidos de maneira a aprofundar conhecimentos a respeito da problemática do lazer,

dissociando-a da visão meramente utilitária da sociedade moderna que o percebe, apenas, como meio de intervenção no corpo social.

Através dos estudos epidemiológicos é possível observar também quais as condições que diminuem a vulnerabilidade aos *TMC*: redes de apoio social, acesso à educação, ao lazer e ao mercado de trabalho. As atividades no tempo de lazer estão sempre entre as condições necessárias para a diminuição da ocorrência de *TMC* na população em geral e entre os trabalhadores especificamente (MOREIRA, 2002).

Contudo, apesar da crescente compreensão da necessidade de se estimular a população à adoção de hábitos de atividades físicas, têm-se muito pouco domínio sobre as variáveis intervenientes na adoção de comportamentos e estruturação dessas atividades no lazer. É preciso tentar compreender o comportamento humano relacionado à AF e seus fatores determinantes de maneira cada vez mais detalhada; planejar e implantar estratégias de intervenção cujo objetivo seja interferir nos padrões de comportamento.

4. METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo foi realizado com base nas informações armazenadas no banco de dados da pesquisa “Caracterização da situação de saúde mental em Feira de Santana, Bahia, Brasil” desenvolvida pelo Núcleo de Epidemiologia do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana visando avaliar a associação entre práticas de atividade de lazer e Transtornos Mentais Comuns (TMC), levando em conta aspectos do trabalho profissional, aspectos sociodemográficos e hábitos de vida.

4.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal. Neste tipo de estudo a população estudada é formada de indivíduos que compartilham de uma mesma experiência, podendo ser exposto ou não exposto e as medidas de interesse são avaliadas simultaneamente (CHECKOWAY, PEARCE; KRIEBEL,2004). O estudo de corte transversal se caracteriza pela observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade (MEDRONHO, 2006).

4.3 VANTAGENS E DESVANTAGENS DO ESTUDO

Este tipo de estudo apresenta a vantagem de ser de baixo custo, realização rápida, elevado potencial descritivo, análise simplificada, facilidade na obtenção da amostra e possibilidade de inferência em relação à população estudada.

Como desvantagens, tem-se a dificuldade em estabelecer fatores de risco, capacidade reduzida de obtenção de dados passados, incapacidade em avaliar fatores de causa/efeito e em controlar exposição. Além do viés de prevalência, ou

seja, as pessoas recuperadas ou falecidas não aparecem na casuística dos casos, o que pode apresentar uma situação sub analisada da doença; além de dificuldades operacionais no caso de doenças de baixa prevalência. (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

4.4 ÁREA DE ESTUDO

O local da investigação foi a zona urbana do município de Feira de Santana, cidade comercial, plana, localizada entre o recôncavo e os tabuleiros semi-áridos do nordeste baiano, à 108 Km da capital Salvador. Conhecida como “Princesa do Sertão”, possui 1344 Km², sendo que a sede estende-se por 111 km². Apresenta clima quente e úmido, situa-se a 324 metros acima do nível do mar. Em última análise do DATASUS (2005), possui 527.625 habitantes, sendo 275.680 (52,25%) mulheres e 251.945 (47,75%) homens.

4.5 POPULAÇÃO DE ESTUDO

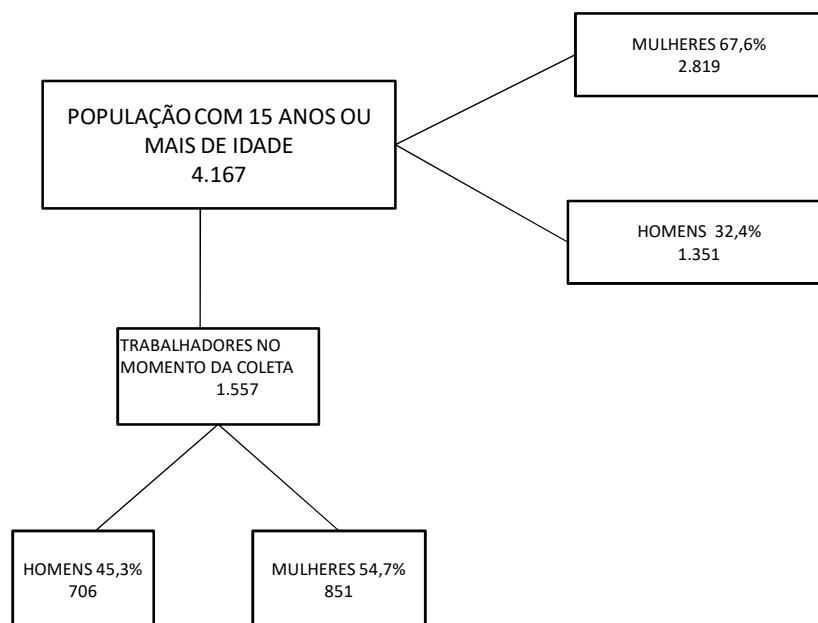
A população deste estudo inclui indivíduos adultos, trabalhadores da comunidade de Feira de Santana-BA. O estudo original incluiu uma amostra selecionada, por procedimento aleatório, da população com idade de 15 anos ou mais, residente na zona urbana de Feira de Santana-BA.

A seleção das áreas foi feita por amostragem estratificada por subdistritos, adotando-se procedimento aleatório, a partir de dados censitários da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); tendo no primeiro estágio o setor censitário como unidade e no segundo estágio o domicílio.

Neste estudo foi feito um recorte da população total estudada: apenas os trabalhadores que estavam em atividade durante o processo de coleta de dados da pesquisa foram incluídos para avaliar a associação entre práticas de atividade de lazer e Transtornos Mentais Comuns (TMC), levando em conta aspectos do trabalho profissional, aspectos sociodemográficos, ambientais e hábitos de vida.

Seguindo-se esses critérios foram investigados 4.167 indivíduos no estudo original. Sendo 2.819 (67,6%) mulheres e 1.351 (32,4%) homens. Destes, 1.557(37,3%) eram trabalhadores ativos, sendo 851(54,7%) mulheres e 706 (45,3%) homens. A população deste estudo é, portanto, constituída de 1557 trabalhadores ativos no momento da coleta, conforme mostra a figura 1:

Fig. 1 – População de Estudo



A partir do exposto, este estudo propõe-se a investigar a associação entre práticas de atividade física no tempo lazer e a prevalência dos Transtornos Mentais Comuns (TMC), levando em conta aspectos do trabalho profissional, sociodemográficos, psicossociais e hábitos de vida. O desfecho estudado foi a presença de TMC e sua associação com a realização ou não de atividades físicas no tempo de lazer.

4.6 PLANO AMOSTRAL

No estudo original para o cálculo do tamanho da amostra se assumiu prevalência estimada de transtornos mentais menores de 25% (OMS, 2001), erro amostral de 3%, com 95% de confiança. Assumindo-se esses parâmetros, estabeleceu-se amostra de 800 indivíduos (LWANGA & LEMESHOW, 1991). Considerando-se o efeito do desenho do estudo (amostragem por conglomerado), dobrou-se o tamanho da amostra, que subiu para um total de 1.600 pessoas. Admitindo-se recusas e perdas em torno de 20%, definiu-se o tamanho da amostra em 1920.

Para a seleção da amostra foram adotados os seguintes procedimentos:

1. Determinação da representação percentual da população por subdistrito da zona urbana;
2. Definição do percentual na amostra de cada subdistrito, a partir dos dados de população residente em cada subdistrito;
3. Listagem dos setores censitários em cada subdistrito;
4. Seleção aleatória dos setores censitários a serem incluídos na amostra em cada subdistrito;
5. Seleção aleatória das ruas a serem incluídos na amostra em cada setor censitário;
6. Todos os domicílios nas ruas sorteadas foram incluídos na amostra;
7. Todos os indivíduos com 15 anos ou mais de idade, residentes nos domicílios das ruas sorteadas, foram considerados indivíduos elegíveis, compondo a amostra a ser estudada.

4.7 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Foram utilizados dois instrumentos de pesquisa: uma ficha domiciliar e um questionário individual.

A ficha domiciliar incluiu informações sobre o domicílio (endereço, número de cômodos, infra-estrutura existente) e sobre os seus residentes (lista de todos os moradores identificando sexo e idade).

O questionário individual incluiu os seguintes blocos de questões:

1. Características sociodemográficas (idade, situação conjugal, escolaridade, chefia da família, renda, tipo de moradia, migração);
2. Características do trabalho profissional (profissão, situação profissional, vínculo de trabalho, local de trabalho, carga horária);
3. Aspectos psicossociais do trabalho - foram investigados a partir do modelo demanda-controle de Karasek, utilizando-se o Questionário sobre o Conteúdo do Trabalho (Job Content Questionnaire) (KARASEK, 1985). Foram avaliados controle do trabalhador sobre o seu trabalho, demandas psicológicas do trabalho, demanda física, suporte dos colegas e chefia e segurança no trabalho;
4. Características do trabalho doméstico (grau de responsabilidade pelas tarefas domésticas, tipos de atividades realizadas, carga horária disponibilizada, apoio na realização das tarefas, participação de parceiros/as na execução das tarefas);
5. Saúde reprodutiva (idade de início da vida sexual, gravidez, número de filhos, tipo de parto, aborto, uso de métodos anticoncepcionais, menopausa);
6. Avaliação da saúde mental - Será conduzida a partir da utilização do SRQ-20 (para detecção de transtornos mentais comuns), CAGE (para triagem de consumo abusivo de álcool), consumo de medicamentos (psicofármacos), padrões de sono.
7. Atividades de lazer - incluiu questões sobre a realização dessas atividades (sim/não) e o tipo de atividade realizadas relaxamento e bem-estar (cinema, conversa com amigos, atividades físicas, jogos variados, tv, rádio, clube) e tempo destinado à essas atividades.
8. Atos de violência (se sofreu e tipos de agressão sofrida).

Neste estudo foram utilizados os blocos de questões referentes às características sociodemográficas; características do trabalho profissional; aspectos psicossociais do trabalho; avaliação da saúde mental; atividades de lazer.

4.8 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO

Este estudo tem como variável resposta os transtornos mentais comuns (TMC) que foram avaliados com o SRQ-20 questionário que permite o rastreamento de transtornos mentais. O SRQ-20, é um questionário de identificação de morbidade psíquica em nível de atenção primária, que foi desenvolvido por HARDING et al. (1980) e validado no Brasil por MARI & WILLIAMS (1986). Como é um instrumento que se destina à detecção de sintomas gerais, torna-se bastante adequado para estudos de população (ARAUJO, 2005).

Neste estudo foi analisado a atividade física no tempo de lazer (AFTL) e tempo suficiente para a realização das atividades de lazer.

A atividade física no tempo de lazer (AFTL) foi avaliada em dois grupos: ativos e passivos. No grupo de ativos foram consideradas as atividades físicas quanto ao esforço “moderadas”(realizadas pelo menos 2 horas semanais, como caminhada, aula de dança, andar de bicicleta) e “pesadas” (atividades realizadas pelo menos 4 horas semanais, como corrida, ginástica, natação, jogos com bola). Para o grupo de lazer passivo foi consideradas as atividades de quanto ao esforço consideradas “leves” (menos de 2 horas semanais) e as sócio culturais jogos, cinema/teatro, festa, seresta, barzinho, praia/piscina, visita a amigos, museus/exposições, bibliotecas, igrejas, assistir TV, ler livro, ouvir; além dos indivíduos que referiram não ter participado de atividades físicas. Esta categorização está semelhante ao de outro estudo realizado (ROCHA et al 2011), porém com população diferente.

Com relação ao lazer também foram avaliadas, além do esforço físico envolvido, o tipo de atividades realizadas e se o tempo disponível para essas atividades era suficiente. Essa última variável foi mensurada de modo dicotômico (sim/não).

As variáveis relativas ao trabalho foram obtidas com os blocos sobre características do trabalho profissional (assalariado ou comissionado, turno de trabalho, se possui carteira assinada, quantos dias trabalha por semana, quantas horas trabalha por dia, quanto tempo tem de trabalho, tem folga, tem férias, qual remuneração mensal) e o bloco sobre aspectos psicossociais do trabalho (se o trabalho possibilitava aprender coisas novas, exigia um alto nível de habilidade, era

encarregado de fazer muitas tarefas, permitia tomar decisões, era repetitivo, requeria criatividade, dava oportunidade de desenvolver habilidades especiais, era capaz de dar opiniões sobre o trabalho que realiza) onde será verificado o controle do indivíduo sobre as suas condições de trabalho.

A sobrecarga doméstica foi avaliada a partir da avaliação das atividades de lavar, passar, limpar e cozinhar. Para a construção do indicador de sobrecarga doméstica foram utilizados os procedimentos que corresponde ao somatório das quatro atividades citadas acima, ponderada pelo número de moradores (exceto a própria entrevistada). Foi considerada alta sobrecarga doméstica as mulheres que assumiam a maioria das atribuições domésticas e baixa sobrecarga doméstica as mulheres que não realizavam atividades domésticas ou realizavam moderadamente.

As características sociodemográficas foram avaliadas a partir das variáveis sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, cor/raça.

4.9 ANÁLISES DOS DADOS

Inicialmente foi feita a caracterização da população estudada. Em seguida foram calculadas as prevalências de TMC considerando atividade física no tempo de lazer e tempo suficiente para realização das atividades de lazer.

Foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas. Foram realizadas análises bivariadas, relacionando as práticas de lazer e as características sociodemográficas da população em estudo.

Foi conduzida análise exploratória e descritiva da amostra estudada segundo características sociodemográficas; características do trabalho profissional; aspectos psicossociais do trabalho; atividades físicas no tempo de lazer.

Foi utilizado teste qui-quadrado para a análise da associação entre as variáveis do estudo TMC e atividades física no tempo de lazer (AFTL) considerando as associações estatisticamente significantes quando $p\text{-valor} \leq 0,05$.

Na avaliação da associação entre lazer e TMC foi construído um modelo de análise de associação entre TMC e atividade física no tempo de lazer (AFTL) e TMC e tempo suficiente para o lazer conforme demonstrado na figura 2.

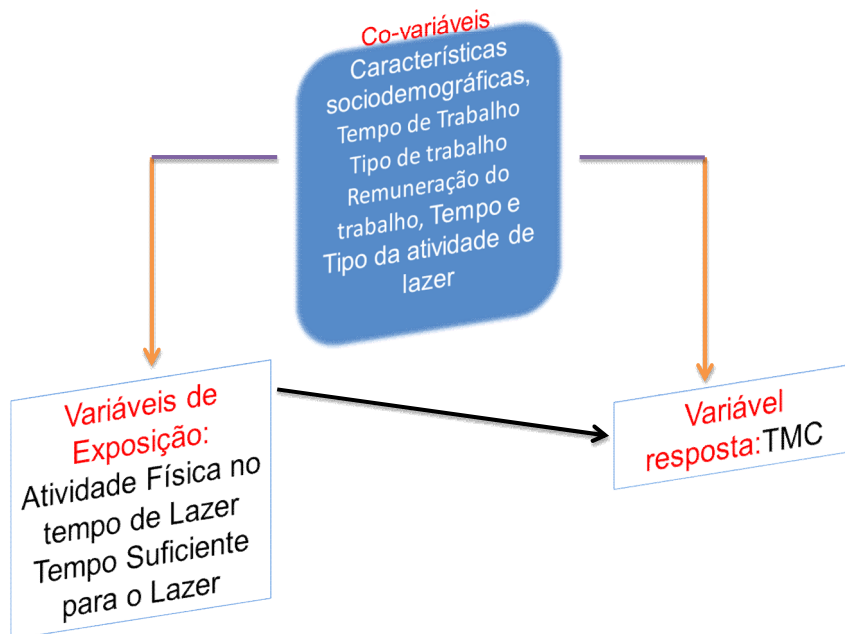


Figura 2. Modelo de análise de associação entre TMC e atividade física no tempo de lazer (AFTL) e TMC e tempo suficiente para o lazer

Os pacotes estatísticos *SPSS Base 11.0* (SPSSINC, 1991), para *Windows* e o *R*, que são ferramentas computacionais de análise estatística de dados foram empregados em todos os procedimentos analíticos.

4.10 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo seguiu as recomendações da resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto que originou o banco de dados foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa (CEP) da UEFS sob parecer de nº (042/2006) e CAAE-0037.0.059.000-06.

5 RESULTADOS

Em relação à caracterização sociodemográfica da população estudada de trabalhadores ativos (N=1557), 54,7% eram do sexo feminino e 45,3% do sexo masculino. Entre os entrevistados 30,0% tinham entre 25 a 34 anos. Com relação a cor, 13,0% referiram ser brancos e 54,2% referiram ter cor da pele parda e 26,4% preta. Com relação a situação conjugal, 47% eram casados ou tinham uma união estável. Dos entrevistados, 44,2% possuíam renda menor ou igual a um salário mínimo. Além disso, 46,7% apresentavam menos de 8 anos de estudo (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas em trabalhadores do município de Feira de Santana, BA, 2007.

Características sociodemográficas (N)	n	%
Sexo (1557)		
Feminino	851	53,3
Masculino	706	46,7
Idade (1555)		
15 a 24 anos	298	19,2
25 a 34 anos	467	30,0
35 a 44 anos	364	23,4
45 a 54 anos	264	17,0
55 a 64 anos	143	9,2
65 anos ou mais	19	1,2
Raça/cor de pele (1547)		
Parda	839	54,3
Preta	409	26,4
Branco	201	13,0
Outros	98	6,3
Escolaridade (1551)		
Nunca freqüentou a escola/Lê e escreve	30	1,9
Ensino Fundamental I	235	15,2
Ensino Fundamental II	424	27,3
Ensino Médio	725	46,7
Ensino Superior	137	8,8
Situação conjugal (1548)		
Casada/união estável	837	54,1
Solteira	538	34,8
Separada/divorciada/desquitada/viúva	173	11,2
Renda média mensal (1493)*		
Menor ou igual a 1 SM (até 380)	660	44,2
2 a 4 SM (381-1520)	763	51,1
5 SM ou mais (acima de 1521)	70	4,7

* SM: Salário Mínimo vigente em 2007: R\$ 380,00.

Com relação aos aspectos do trabalho a grande maioria dos trabalhadores (70,4%) não possuía carteira assinada. Com relação ao turno de trabalho 80,5% trabalhavam em turno diurno. No tocante ao gozo das férias, a maioria (62,8%) referiu não ter férias regularmente; 64,5 % não tinham folga semanal e 47,5% trabalhavam mais de 40h semanais. Com relação ao tempo de serviço 52,7% tinha sete anos ou menos de serviço (Tabela 2).

Tabela 2 - Aspectos do trabalho do município de Feira de Santana, BA, 2007.

Aspectos do trabalho (N)	n	%
Turno de trabalho (1546)		
Noturno/diurno e noturno	301	19,5
Diurno/revezamento/outros	1245	80,5
Carteira assinada (1538)		
Sim	455	29,6
Não	1083	70,4
Férias (834)		
Sim	524	37,2
Não	310	62,8
Folga (829)		
Sim	535	35,5
Não	294	64,5
Carga horária semanal (1530)		
≤40 horas	803	52,5
>40 horas	727	47,5
Tempo de serviço (994)		
Menor ou igual a 7 anos	524	52,7
8 a 14 anos	202	20,3
15 a 21 anos	136	13,7
22 a 28 anos	70	7,0
Acima de 29 anos	62	6,2

Em relação às atividades de lazer 90,4% afirmaram ter algum tipo de lazer. Destes, 69,8% disseram ter lazer suficiente. Sendo que as atividades físicas no tempo de lazer classificadas como lazer ativo foi de 35,1% e 64,9% no lazer passivo. Porém, quando se avaliava o tipo de lazer mais praticado pelos trabalhadores os dados mudavam significativamente. Sendo as atividades sócio culturais as mais apontadas pelos trabalhadores. Demonstrando que as atividades físicas no tempo de lazer eram pouco praticadas pelos trabalhadores. Dentre as atividades de lazer assistir TV foi a mais apontada (94,9%), seguida de ouvir rádio (84,6%). Entre as atividades físicas, a mais praticada foi a caminhada (19,8%), seguida por futebol/vôlei com 15,7% (**Tabela 3**).

Tabela 3 – Atividades de Lazer, Lazer Suficiente, Atividade física no tempo de lazer (AFTL) e tipo de Lazer em trabalhadores do município de Feira de Santana, BA, 2007.

Atividade física no tempo de lazer (N)	n	%
Atividades de lazer (1557)		
Sim	1407	90,4
Não	150	9,6
Lazer suficiente (1369)		
Sim	956	69,8
Não	413	30,2
Atividade Física no Tempo de Lazer (AFTL) (1500)		
Ativo	544	35,1
Passivo	1006	64,9
Tipos de atividades de lazer		
<u>Atividades sócio-culturais</u> (1404)		
Assistir TV	1334	94,9
Ouvir rádio	1190	84,6
Visita a amigos	1054	75,1
Igreja	871	62,0
Viagens	787	56,0
Festa	779	55,4
Praia/piscina	777	55,3
Ler livro	735	52,3
Barzinho	578	41,1
Cinema/teatro	387	27,5
Jogos	379	27,0
Seresta	274	19,5
Museus/teatro/exposições/bibliotecas	200	14,2
<u>Atividades físicas</u> (1406)		
Caminhada	279	19,8
Futebol/vôlei	221	15,7
Natação/bicicleta	81	5,8
Ginástica	80	5,7
Yoga/dança	18	1,3
Hidroginástica	14	1,0
Outras	27	1,9

Com relação ao tipo de lazer quando estratificado por sexo, encontrou-se dados bem distintos entre o sexo feminino e masculino. O percentual de mulheres que referiu ter lazer passivo foi de 76,4% e ativo foi de 23,6%. A situação de lazer ativo foi bem maior entre os homens (48,9%) sendo duas vezes maior do que entre as mulheres. Com relação as atividades de lazer 87,2% das mulheres afirmaram ter algum tipo de atividade de lazer; entretanto, 64,0% afirmaram não ter tempo de lazer suficiente.

Quanto as atividades sócio culturais, assistir TV continuou com maior percentual quando estratificado por sexo: 94,3% entre as mulheres e 95,5% para os

homens. Com relação às atividades físicas realizadas no tempo de lazer os percentuais mudaram, pois, as atividades físicas mais realizadas entre as mulheres foi a caminhada (22,0%) e entre os homens foi o futebol/vôlei (31,9%). Já a segunda atividade física mais praticada pelas mulheres foi a ginástica com 6,5% e entre os homens foi a caminhada com 17,4% (**Tabela 4**).

Tabela 4 - Atividades de Lazer, Lazer Suficiente, Atividade física no tempo de lazer (AFTL) e tipo de Lazer segundo sexo no município de Feira de Santana, BA, 2007.

Atividade física no tempo de lazer (N ₁)(N ₂)	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
Atividades de lazer (851)(706)				
Sim	742	87,2	665	94,2
Não	109	12,8	41	5,8
Lazer suficiente (725)(644)				
Sim	464	64,0	492	76,4
Não	261	36,0	152	23,6
Atividade Física no Tempo de Lazer (AFTL) (845)(705)				
Ativo	646	76,4	360	51,1
Passivo	199	23,6	345	48,9
Tipos de atividades de lazer				
<u>Atividades sócio-culturais (742)(663)</u>				
Assistir TV	700	94,3	634	95,5
Ouvir rádio	633	85,4	557	83,9
Visita a amigos	595	80,4	459	69,1
Igreja	555	74,8	316	47,7
Viagens	421	56,7	366	55,1
Festa	406	54,7	373	56,2
Praia/piscina	412	55,5	365	55,0
Ler livro	455	61,4	280	42,2
Barzinho	242	32,6	336	50,7
Cinema/teatro	230	31,0	157	23,7
Jogos	121	16,3	258	39,0
Seresta	118	15,9	156	23,5
Museus/teatro/exposições/bibliotecas (742)(665)	114	15,4	86	13,0
<u>Atividades físicas</u>				
Caminhada	163	22,0	116	17,4
Futebol/vôlei	212	1,2	212	31,9
Natação/bicicleta	20	2,7	61	9,2
Ginástica	48	6,5	32	4,8
Yoga/dança	14	1,9	4	0,6
Hidroginástica	13	1,8	1	0,2
Outras	5	0,7	21	3,2

N₁: total de trabalhadores do sexo feminino

N₂: total de trabalhadores do sexo masculino

Com relação aos aspectos psicossociais do trabalho os dados apontam para 49,0% com baixo controle e 51,0% com alto controle. Com relação a sobrecarga doméstica 36,0% apresentaram baixa; 30,0% média e 34% alta (**Tabela 5**).

Tabela 5 - Aspectos psicossociais e sobrecarga doméstica em trabalhadores do município de Feira de Santana, BA, 2007.

Aspectos psicossociais (N)	n	%
Controle do trabalho (1517)		
Baixo controle	743	49,0
Alto controle	774	51,0
Sobrecarga doméstica (1542)		
Baixa	555	36,0
Média	462	30,0
Alta	525	34,0

Dentre as características sociodemográficas, TMC apresentou associação estatisticamente significativa com o grau de escolaridade, cor, sexo e a renda. A ocorrência de TMC foi maior entre as mulheres, entre os indivíduos com menos de oito anos de estudo e com renda inferior a um salário mínimo (Tabela 6).

Tabela 6 – Prevalências de TMC, razões de prevalências (RP) e intervalos de 95% de confiança (IC95%), segundo características sociodemográficas em trabalhadores do município de Feira de Santana, BA, 2007.

Características sociodemográficas	N	TMC		p-valor	RP	IC95%
		n	%			
Sexo						
Feminino	756	256	33,9	<0,001	2,69	2,09-3,46
Masculino ¹	501	63	12,6		1,00	-
Idade						
>36	573	152	26,5	0,196	1,09	0,90-1,31
≤36 ¹	684	167	24,4		1,00	-
Cor						
Parda/preta	1009	270	26,8	0,001	1,67	1,20-2,33
Branca/amarela/indígena ¹	200	32	16,0		1,00	-
Escolaridade						
Até 8 anos	551	170	30,9	<0,001	1,45	1,20-1,76
> 8 anos ¹	702	149	21,2		1,00	-
Situação conjugal						
Casada/união estável	666	168	27,2	0,775	0,91	0,68-1,21
Solteiro	436	109	25,0		0,90	0,66-1,22
Separado/desquitado/viúvo ¹	151	42	27,8		1,00	-
Renda média mensal³						
≤1 salário mínimo	606	207	34,2	<0,001	2,05	1,66-2,53
>1 salário mínimo ¹	612	102	16,7		1,00	-

¹ Categoria de referência ² associação estatisticamente significativa: p-valor <0,05 ³ Salário mínimo em 2007: R\$ 380,00

A prevalência de TMC foi estatisticamente significativa apresentando forte associação com os trabalhadores que não tinham férias e que trabalhavam mais de seis dias por semana (Tabela 7).

Tabela 7 – Prevalência de TMC, razões de prevalências (RP) e intervalos de 95% de confiança (IC95%), segundo aspectos do trabalho em trabalhadores do município de Feira de Santana, BA, 2007.

Aspectos do trabalho	N	TMC		P-valor ²	RP	IC95%
		n	%			
Turno de trabalho						
Noturno/diurno e noturno	245	70	28,6	0,095	1,16	0,93-1,46
Diurno/revezamento/outros ¹	1001	246	24,6		1,00	-
Carga horária semanal						
> 40 horas	554	134	24,2	0,765	0,93	0,77-1,13
≤ 40 horas ¹	685	178	26,0		1,00	-
Dias da semana trabalhados						
>6 dias	222	63	28,4	0,132	1,14	0,90-1,45
≤6 dias ¹	1019	253	24,8		1,00	-
Carteira assinada						
Não	884	258	29,2	<0,001	1,88	1,44-2,44
Sim ¹	360	56	15,6		1,00	-
Tempo de serviço						
>7 anos	341	92	27,0	0,032	1,27	0,99-1,64
≤7 anos ¹	424	90	21,2		1,00	-
Férias						
Não	310	70	22,6	<0,001	1,74	1,42-2,54
Sim ¹	524	68	13,0		1,00	-
Folga						
Não	207	60	29,0	0,002	1,54	1,15-2,07
Sim ¹	399	75	18,0		1,00	-

¹ Categoria de referência

² associação estatisticamente significante: p-valor <0,05

Maior prevalência de TMC foi observada entre os trabalhadores entrevistados que referiram não ter tempo de lazer (40,0%) com RP de 1,70. A prevalência de TMC foi mais elevada entre aqueles que afirmaram não ter tempo suficiente de lazer (34,7%). Considerando as atividades físicas no tempo de lazer, a prevalência foi mais elevada entre os passivos (28,8%) do que entre os ativos (18,7%) (Tabela 8).

Tabela 8 – Prevalências de TMC, razões de prevalências (RP) e intervalos de 95% de confiança (IC95%), segundo atividades físicas no tempo de lazer (AFTL) em trabalhadores do município de Feira de Santana, BA, 2007.

Atividades de lazer	TMC			P-valor ²	RP	IC95%
	N	n	%			
Lazer suficiente						
Não	352	122	34,7	<0,001	1,90	1,54-2,35
Sim ¹	731	133	18,2		1,00	-
Tipo de lazer						
Passivo	830	239	28,8	<0,001	1,54	1,23-1,93
Ativo ¹	423	79	18,7		1,00	-

¹ Categoria de referência

² associação estatisticamente significante: p-valor <0,05

Quando estratificado por sexo, 34,8% das mulheres não tinham tempo suficiente de lazer, apresentando uma menor prevalência de TMC. Com relação ao tipo de lazer 35,0% das mulheres tinham lazer passivo e 30,5% tinham lazer ativo. No estrato dos homens, 23,5% referiram não ter tempo suficiente para o lazer apresentando uma prevalência de TMC quase três vezes maior que o grupo que referiu ter tempo suficiente para o lazer. Com relação ao tipo de lazer a prevalência de TMC foi maior no grupo que realizava lazer passivo (**Tabela 9**).

Tabela 9 – Associação entre Transtornos Mentais Comuns (TMC) e Atividades Físicas no Tempo de Lazer (AFTL) e Tempo de Lazer Suficiente segundo sexo em trabalhadores do município de Feira de Santana – BA

Atividades de lazer	Feminino					Masculino						
	N	TMC		P-valor ²	RP	IC95%	N	TMC		P-valor ²	RP	IC95%
		n	%					n	%			
Lazer suficiente												
Não	397	106	34,7	0,588	0,98	0,78-, 22	115	27	23,5	<0,001	2,91	1,79-4,75
Sim ¹	237	95	35,7		1,00	-	335	27	8,1		1,00	-
Tipo de lazer												
Passivo	577	202	35,0	0,138	1,15	0,89-, 48	252	37	14,7	0,078	1,41	0,88-2,25
Ativo ¹	174	53	30,5		1,00	-	198	37	10,5		1,00	-

¹ Categoria de referência

² associação estatisticamente significante: p-valor <0,05

A associação entre TMC e AFTL segundo características sociodemográficas e aspectos do trabalho não apresentou resultados significantes para as mulheres passivas no tempo de lazer. Porém, percebeu-se uma razão de prevalência maior no grupo com idade maior que 36 anos (RP= 1,34; IC 95% 0,93-1,93), nas mulheres que trabalhavam por turno diurno/noturno (RP= 1,42; IC 95% 0,79-2,57), nas mulheres que referiram ter folga (RP= 1,60; IC 95% 0,87-2,93) e as que afirmaram ter férias (RP= 1,66; IC 95% 0,87-3,19).

Para os homens, a associação entre TMC e AFTL apresentou resultados significantes para os passivos no tempo de lazer no grupo com idade maior que 36 anos (RP= 2,63; IC 95% 1,03-6,70); no grupo cuja situação conjugal era casado (RP= 2,51; IC 95% 1,27-4,96), foi verificado uma maior prevalência de TMC no grupo que trabalhava por turno diurno/noturno (RP= 4,26; IC 95%1,30-14) e no grupo que trabalhava até 40 horas (RP= 2,06; IC 95% 1,04-4,08) (**Tabela 10**).

Tabela10 – Associação entre TMC e Atividade Física no Tempo de Lazer (AFTL) segundo características sociodemográficas e aspectos do trabalho do município de Feira de Santana, BA, 2007.

Covariáveis	Feminino		Masculino	
	RP	IC95%	RP	IC95%
Idade				
> 36 anos	1,34	0,93-1,93	2,63	1,03-6,70
≤ 36 anos ¹	0,99	0,70-1,40	1,05	0,57-1,93
Cor				
Parda/Preta	1,20	0,91-1,58	1,63	0,97-2,74
Branca/Amarela/ Indígena ¹	0,69	0,32-1,45	0,80	0,23-2,78
Situação conjugal				
Casada/União Estável	1,13	0,80-1,59	2,51	1,27-4,96
Solteira/	1,21	0,77-1,90	0,70	0,30-1,64
Separada/Viúva ¹	1,13	0,60-2,15	0,28	0,03-2,82
Escolaridade				
Até 8 anos	0,96	0,70-1,31	1,40	0,77-2,56
> 8 anos ¹	1,29	0,88-1,87	1,25	0,58-2,67
Renda mensal média				
≤ R\$ 380,00	1,20	0,87-1,67	0,88	0,48-1,62
> R\$ 380, 00 ¹	0,99	0,65-1,50	1,85	0,87-3,96

Tabela10 – Associação entre TMC e Atividade Física no Tempo de Lazer (AFTL) segundo características sociodemográficas e aspectos do trabalho do município de Feira de Santana, BA, 2007. (Continuação)

Covariáveis	Feminino		Masculino	
	RP	IC95%	RP	IC95%
Turno de trabalho				
Noturno/Diurno e Noturno	1,42	0,79-2,57	4,26	1,30-14,00
Diurno/Revezamento/Outros ¹	1,12	0,85-1,49	1,01	0,59-1,74
Carteira assinada				
Não	1,09	0,83-1,43	1,06	0,63-1,78
Sim ¹	1,10	0,61-1,97	2,23	0,74-6,73
Tempo de serviço				
> 7 anos	0,96	0,61-1,53	1,81	0,73-4,46
≤ 7 anos ¹	1,38	0,85-2,24	2,17	0,92-5,11
Férias				
Não	0,86	0,53-1,40	0,78	0,30-2,04
Sim ¹	1,66	0,87-3,19	1,41	0,55-3,61
Folga				
Não	0,96	0,54-1,69	0,68	0,24-1,92
Sim ¹	1,60	0,87-2,93	1,49	0,60-3,67
Carga horária semanal				
> 40 horas	1,00	0,67-1,50	0,96	0,50-1,86
≤ 40 horas ¹	1,30	0,93-1,81	2,06	1,04-4,08
Dias da semana trabalhados				
> 6 dias	0,96	0,55-1,66	0,95	0,36-2,50
≤ 6 dias ¹	1,23	0,92-1,64	1,52	0,89-2,59
Sobrecarga doméstica				
Alta	1,20	0,86-1,69	1,32	0,43-4,08
Baixa/moderada ¹	1,01	0,69-1,46	1,38	0,82-2,30

¹ Categoria de referência

A associação entre TMC e lazer suficiente apresentou dados significantes para as mulheres que referiram não ter tempo suficiente para o lazer de cor parda/preta (RP= 1,40; IC 95% 1,10-1,79) , situação conjugal solteira (RP= 1,74; IC 95% 1,19-2,55) e casada (RP= 1,62; IC 95% 1,19-2,23) e sobrecarga doméstica alta (RP= 1,61; IC 95% 1,20-2,15).

Nos homens a associação entre TMC e lazer suficiente, apresentou uma forte associação com idade maior que 36 anos (RP= 2,63; IC 95% 1,03-6,70), cor

parda /preta (RP= 3,13; IC 95% 1,81-5,54) situação conjugal casado (RP= 3,30; IC 95% 1,72-6,34) e solteiro (RP= 2,35; IC 95% 1,03-5,39), trabalho com variação de turno (RP= 4,26; IC 95% 1,30-14,01), carga horária semanal de até 40 horas (RP= 2,06; IC 95% 1,04-4,08), sobrecarga doméstica baixa/moderada (RP= 2,90; IC 95% 1,69-4,97) (Tabela11).

Tabela 11 – Associação entre TMC e Tempo de Lazer suficiente segundo características sociodemográficas e aspectos do trabalho do município de Feira de Santana, BA, 2007.

Covariáveis	Feminino		Masculino	
	RP	IC95%	RP	IC95%
Idade				
> 36 anos	1,34	0,93-1,93	2,63	1,03-6,70
≤ 36 anos ¹	0,83	0,38-1,82	1,05	0,57-1,93
Cor				
Parda/Preta	1,40	1,10-1,79	3,13	1,81-5,41
Branca/Amarela/ Indígena ¹	1,64	0,75-3,58	1,86	0,54-6,34
Situação conjugal				
Casada/União Estável	1,62	1,17-2,23	3,30	1,72-6,34
Solteira/	1,74	1,19-2,55	2,35	1,03-5,39
Separada/Viúva ¹	0,78	0,42-1,46	3,57	0,25-50,15
Escolaridade				
Até 8 anos	0,96	0,70-1,31	1,40	0,77-2,56
> 8 anos ¹	1,29	0,88-1,87	1,25	0,58-2,67
Renda mensal média				
≤ R\$ 380,00	1,21	0,87-1,67	0,88	0,48-1,62
> R\$ 380,00 ¹	0,99	0,65-1,50	1,85	0,87-3,96

Tabela 11 – Associação entre TMC e Tempo de Lazer suficiente segundo características sociodemográficas e aspectos do trabalho do município de Feira de Santana, BA, 2007. (Continuação)

Covariáveis	Feminino		Masculino	
	RP	IC95%	RP	IC95%
Turno de trabalho				
Noturno/Diurno e Noturno	1,42	0,79-2,57	4,26	1,30-14,01
Diurno/Revezamento/Outros ¹	1,12	0,85-1,49	1,01	0,59-1,74
Carteira assinada				
Não	1,09	0,83-1,43	1,06	0,63-1,78
Sim ¹	1,10	0,61-1,97	2,23	0,74-6,73
Tempo de serviço				
> 7 anos	0,96	0,61-1,53	1,81	0,73-4,46
≤ 7 anos ¹	1,38	0,85-2,24	2,17	0,92-5,11
Férias				
Não	0,86	0,53-1,40	0,78	0,30-2,03
Sim ¹	1,66	0,87-3,19	1,41	0,55-3,61
Folga				
Não	0,96	0,54-1,69	0,68	0,24-1,92
Sim ¹	1,60	0,87-2,93	1,49	0,60-3,67
Carga horária semanal				
> 40 horas	1,00	0,67-1,50	0,96	0,50-1,86
≤ 40 horas ¹	1,30	0,93-1,81	2,06	1,04-4,08
Dias da semana trabalhados				
> 6 dias	0,96	0,55-1,66	0,95	0,36-2,50
≤ 6 dias ¹	1,23	0,92-1,64	1,52	0,89-2,59
Sobrecarga doméstica				
Alta	1,61	1,20-2,15	2,50	0,80-7,77
Baixa/moderada ¹	1,33	0,93-1,91	2,90	1,69-4,97

¹ Categoria de referência

6 DISCUSSÃO

Com relação aos atributos relacionados ao indivíduo, ficou claro que os TMC ocorreram mais no sexo feminino, estava associado a baixa escolaridade, raça negra ou parda, idade dados semelhantes foram encontrados nos estudos de LUDEMIR, 2000; COSTA et al, 2002; LUDEMIR& MELO FILHO,2002; ARAUJO et al, 2005; COSTA et al, 2002.

Já com relação aos aspectos sociais e familiares o TMC está fortemente a ser casado, não dedicar tempo ao lazer no caso das mulheres o que corrobora com os estudos de ARAUJO, 2005 ;LIMA et al, 2005.

Os aspectos do trabalho apresentaram associação com baixa renda, com os trabalhadores com altas demandas psicológicas e baixo controle no trabalho e com alterações no turno de trabalho, folga e tempo de serviço (LUDEMIR & MELO FILHO, 2002 ;ARAUJO et al, 2003 ;SOUZA & SILVA, 1998).

O lazer, de modo geral, apresentou uma associação muito forte com os TMC, sendo fator protetor. Entretanto, quando se categorizou as atividades físicas no tempo de lazer: ativo (relacionados às atividades físicas no tempo de lazer) e passivo (relacionado às demais atividades realizadas no tempo de lazer como ir ao cinema, visitar amigos, ouvir rádio, etc.), foi possível constatar uma associação positiva com relação ao lazer passivo. A prevalência de TMC foi menor no grupo que referiu ter tempo suficiente para o lazer e no grupo que referiu atividades físicas no tempo de lazer sendo classificado como ativo em comparação ao grupo que apresentou o lazer passivo como predominante. Sendo assim, a prática de atividade física no tempo de lazer associou-se inversamente aos TMC.

6.2 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS COMO AGRAVANTE PARA SITUAÇÃO DE SAÚDE DOS TRABALHADORES

As mudanças ocorridas nos perfis de morbimortalidade nas últimas décadas geraram crescente interesse científico pelos fatores associados à saúde mental dos trabalhadores e os diversos fatores relacionados.

Neste estudo diversas características sociodemográficas estavam associadas aos TMC, como sexo, sendo mais prevalentes em mulheres; associação positiva com baixa escolaridade e baixa renda. Resultados semelhantes foram encontrados por Costa e Ludemir (2005). No estudo de Araujo et al. (2006), os aspectos relacionados às condições sociais foram altamente significativos, sendo a prevalência de distúrbios mentais maiores em populações carentes de baixa renda. Quando levada em consideração a escolaridade, a prevalência decresceu com o aumento da escolaridade, sendo menor em jovens (GIULIANELLO et al., 2004).

É interessante observar que a faixa etária predominante da população do estudo, foi de 20 a 39 anos, período em que a maioria dos indivíduos também se encontra casados, tendo como consequência o aumento da responsabilidade familiar e social. Neste estudo, este grupo apresentou uma prevalência maior de TMC associada a renda familiar e a escolaridade mais baixa dos trabalhadores. Segundo a OPAS/OMS (2001) esta população apresenta maior frequência dos transtornos mentais e comportamentais sendo estimado um percentual de aproximadamente 10% da população adulta mundial.

A prevalência global de TMC na população estudada foi de 46,4%. Enquanto a OMS (2000) apresenta uma média de prevalência em torno de 24% para mulheres este estudo encontrou 33,9% entre as mulheres trabalhadoras. As prevalências em estudos internacionais apontam percentuais entre 27,0% a 18% no Chile e na Grã Bretanha, respectivamente (ARAYA et al, 2001). Percebe-se um percentual bem acima da média mundial, este dado demonstra a grande precariedade e fragilidade da situação das mulheres trabalhadoras deste estudo. Merece ser ressaltado que a mulher vem sofrendo mudanças no seu papel na sociedade, que a faz submeter-se a uma carga crescente de estresse ocasionada por exercer atividades que eram específicas do sexo masculino e não ter abdicado das funções que já exerciam. Associado a este fato, o estudo pode comprovar a participação inferior das mulheres em atividades de lazer quando comparadas aos homens.

No estudo de Ludemir e Melo-Filho (2002) os indivíduos com baixa escolaridade (até 04) apresentaram cerca de duas vezes mais TMC do que aqueles

com maior escolaridade. Dado semelhante foi encontrado neste estudo. A associação entre TMC nos indivíduos com menos de 08 anos de escolaridade foi significativa (24,7%). Desta forma, concordando com Murphy et al (2005), uma maior escolaridade parece ter efeito positivo na saúde mental, pois estaria relacionado a melhores possibilidades de escolhas. Este mesmo estudo aponta que quanto maior a escolaridade dos indivíduos, maior sua adesão em atividades físicas no tempo de lazer.

Com relação a saúde mental de trabalhadores uma pesquisa realizada em setores administrativos de uma empresa de construção civil e estruturas metálicas (RIBEIRO,2008) teve como objetivo analisar os fatores de risco para a saúde mental de trabalhadores . A pesquisa revelou que tanto o desgaste físico como o mental predispõem a doenças ocupacionais. De modo geral, a pesquisa indicou que (78,1%) referiram participar de atividades recreativas ou lazer; (53,1%) praticavam atividades físicas; (46,8%) relataram alterações de sono e repouso. No nosso estudo foram encontrados dados interessantes com relação ao lazer, pois 90,4% referiram ter algum tipo de atividade de lazer, destes 69,8% consideraram o tempo de lazer suficiente. Ficando estes dados bem acima dos estudos encontrados. O que leva a hipótese de qual seria o entendimento de lazer pela população de estudo, partindo do pressuposto de conceito polissêmico do lazer toda e qualquer atividade fora do tempo de trabalho poderia ser considerada lazer para população de estudo. Já com relação a atividade física (considerada como lazer ativo neste estudo), apresentou percentuais mais baixos com relação a este estudo ficando de acordo com os diversos estudos (SALLES-COSTA, R. et al.,2010; ARAÚJO, TM; AQUINO,E; MENEZES, G; SANTOS,CO; AGUIAR,L. 2003) realizados sobre a inatividade dos trabalhadores no tempo de lazer, apresentando uma inatividade no tempo de lazer em torno de 64,9%.

Este estudo encontrou prevalências de TMC em diversos aspectos do trabalho, sendo significativa a ausência de férias e a média salarial. O estresse financeiro pode diminuir o acesso a bens duráveis e melhores condições de vida, tornando-se um mecanismo psicológico causador de TMC (MARAGNO et al , 2003). Tal situação pode ser entendida como limitação ao lazer, pois dificulta o acesso a diversas atividades que teriam algum tipo de custo (como deslocamento para

cinema, teatro, visitas, etc.). Corroborando a idéia de planejamento voltado para políticas públicas de lazer voltadas para população e acessibilidade a estas (BRANT, LC; DIAS, EC, 2004).

Neste estudo destacamos o lazer que, como já foi discutido, embora seja um elemento fundamental para qualidade de vida e saúde mental dos trabalhadores, tem sido pouco explorado. No estudo de Camões (2008) o lazer esteve associado positivamente à maior escolaridade e a maior renda, concordamos que os resultados deste estudo apontam que a escolaridade influencia os diferentes domínios da prática de atividade física no tempo de lazer, pois, pessoas com maior escolaridade tiveram uma tendência a ser mais ativas no tempo de lazer.

Em outro estudo prospectivo composto por 4.030 funcionários de uma universidade localizada no Rio de Janeiro (SALLES-COSTA, R. et al.,2010), foram analisadas as respostas sobre atividade física de lazer (AFTL) de 3.740 participantes. Os resultados encontrados demonstram um domínio masculino na prática de AFTL, a idade, a escolaridade e a renda familiar estiveram diretamente associadas à prática de exercícios. Os resultados encontrados sugerem que as atividades físicas praticadas no tempo destinado ao lazer representam um domínio da vida cotidiana organizado segundo determinadas convenções, onde homens e mulheres apresentam comportamentos distintos no que se refere à prática de exercícios físicos. Dados semelhantes foram encontrados no nosso estudo, onde a prática de atividades físicas no tempo de lazer foi maior entre os homens sendo para este grupo um fator protetor e enquanto para as mulheres foi modificador. Isto pode se dar, pelo fato das mulheres trabalhadoras apresentarem dupla jornada sendo a segunda jornada relacionada as atividades domésticas sobrando pouco tempo para se dedicar ao cuidado consigo mesmas (PINHO, 2006).

O papel de cuidadora do lar, exercido pela mulher, influencia diretamente no acesso desta parcela da população às atividades de lazer, pois o cuidado dos filhos, parentes idosos e enfermos que normalmente é realizado pela matriarca da família, faz com que o auto cuidado e procura por serviços para o cuidado da própria saúde fique em segundo plano devido às muitas atribuições no lar, ocupação esta que demanda mais tempo quanto maior é o tempo dedicado ao trabalho formal.

A presença de TMC entre as mulheres deste estudo (33,9%) está acima dos padrões indicados pela OMS (24,0%), portanto, é importante observar que ainda há parcela significativa da população feminina que não dispõe de tempo suficiente para se dedicar a outras atividades que não sejam o trabalho e as funções domésticas. Sendo esta a parcela de trabalhadores que mais é atingida pela presença de TMC fato que demonstra a importância de se ampliar estratégias que produzam impacto na prática das atividades de lazer entre as mulheres.

Dentre os fatores associados, a níveis estatisticamente significantes, ao TMC está o fato da mulher ter frequentado menos anos a escola, o que corrobora com estudos realizados onde a associação foi estatisticamente significativa entre mulheres com cinco a oito anos de estudo e a sobrecarga doméstica (PINHO,2006).

As mudanças nos padrões culturais e sociais impulsionaram o crescimento da força de trabalho feminino e transformaram seu perfil. Segundo dados do IBGE (2006) a maior taxa de participação das mulheres no mercado de trabalho a partir de 2005 foi de 74% de mulheres entre 30 a 39 anos e casadas ou em situação conjugal estável e mães. Ainda, segundo o IBGE (2006), 92% das mulheres ocupadas se dedicam aos afazeres domésticos, enquanto apenas 51,6% dos homens encontram-se na mesma situação. Ou seja, a dupla jornada feminina é uma realidade. Neste estudo confirmou que existe uma relação inversamente proporcional entre sobrecarga doméstica e atividades físicas no tempo de lazer.

O percentual de ausência de lazer de 9,6% encontrado no presente estudo foi menor se comparado a pesquisa realizada em Pelotas, RS (17,0%) (HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006) e no estado de Pernambuco (18%) (ALBUQUERQUE et al., 2009). Mas, como já foi explicado, este fato se deve ao entendimento dos trabalhadores a respeito do significado do lazer considerando as atividades sócio culturais como uma forma de lazer.

Pode-se perceber que a falta de tempo suficiente para as atividades de lazer foi um fator negativamente associado aos transtornos mentais comuns. A prevalência de TMC foi menor no grupo que referiu tempo satisfatório para essas

atividades. A relação entre atividade física e TMC, demonstrou que a participação em atividades de lazer apresentou relação favorável e positiva com o estado de saúde mental dos trabalhadores de modo geral.

Com relação ao tipo de lazer quando estratificado por sexo, encontrou-se dados bem distintos entre o sexo feminino e masculino. Praticamente o percentual de mulheres que referiram ter lazer passivo foi de 76,4 % e ativo foi de 23,6%. Com relação aos homens o lazer passivo apresentou percentual de 51,1% e o lazer ativo de 48,9 %. Este dado difere do estudo de Folsom e colaboradores (1985) onde foi observado que 34% dos homens e somente 17% das mulheres mantinham atividades relacionadas ao lazer ativo (atividades físicas). Porém, a associação foi estatisticamente positiva para o estrato masculino sendo que as atividades de lazer passivo apontam ser protetoras para este estrato.

Além disso, foi detectado que os indivíduos que não participavam de atividades de lazer apresentavam quase duas vezes mais TMC do que aqueles que participavam dessas atividades. O tempo que se tinha para a realização das atividades de lazer foi fator relevante para a observância de uma menor prevalência de TMC no grupo que afirmou ter tempo suficiente para sua prática.

Com relação à modalidade de atividade física realizada no tempo de lazer, foi predominante a caminhada entre as mulheres (22,0%) sendo seguida pela ginástica (6,5%). Enquanto, para os homens, a modalidade mais praticada foi o futebol/vôlei (31,9%), seguida da caminhada com 17,4%. Estes percentuais apresentam dados interessantes. Em primeiro lugar, percebemos que a caminhada é realizada pela maioria dos trabalhadores, isto pode ocorrer pela simplicidade da realização desta modalidade, afinal o indivíduo não precisa de muitos acessórios ou uma grande infraestrutura para a realização de caminhadas. Para os homens verifica-se o futebol que pode estar relacionado a questões culturais e de gênero; pois, futebol é praticado em qualquer “campo de várzea” em nosso país.

Entretanto, estes dados reforçam a concepção de que há necessidade de infraestrutura urbana adequada como a construção de equipamentos de lazer (como parques, ciclovias e quadras poliesportivas) para que seja garantido o acesso ao

lazer para população em geral, através de políticas públicas que legitimem o direito constitucional de acesso ao lazer e a formulação de programas de educação e saúde voltados à mudança de comportamento e a adoção de estilo ativo de vida, com especial atenção para as atividades físicas, o que poderá contribuir para a elevação do nível de atividade física no tempo de lazer na população de trabalhadores.

6.3 A INATIVIDADE NO TEMPO DE LAZER: CONFIRMAÇÃO DA REALIDADE DOS TRABALHADORES

Em um estudo (BENEDETTI, 2008) que teve o objetivo de avaliar a associação entre nível de atividade física e o estado de saúde mental de pessoas da cidade de Florianópolis, Santa Catarina, em 2002. Verificou-se associação estatisticamente significativa e inversa de demência e depressão com atividade física total e atividade física no lazer. Os resultados reforçam a importância de estilo de vida ativo para prevenção de problemas de saúde mental. Infere-se que a atividade física tem conseguido reduzir e/ou atrasar os riscos de demência, embora não se possa afirmar que a atividade física evita a demência.

Em um artigo sobre Inatividade física no lazer em trabalhadores da indústria do Rio Grande do Sul, Brasil (NAHAS et al,2011) a prevalência e os fatores associados à inatividade física no lazer em trabalhadores foi de 45,6% . Participaram do estudo 2.265 trabalhadores, sendo a maioria homens (55,9%). A inatividade associou-se com: sexo feminino, ter companheiro (a), ser fumante, não estar satisfeito (a) com o peso corporal e apresentar percepção negativa de bem-estar no lazer. Conclui-se que a prevalência de inatividade física no lazer em trabalhadores foi elevada, sendo o sexo feminino e a percepção de bem-estar no lazer negativa os fatores mais fortemente associados à ocorrência de tal comportamento. Neste estudo foi encontrado percentuais maiores com relação a inatividade física no tempo de lazer pelos trabalhadores ficando em torno de 64,9%. Entretanto, pode-se verificar, neste estudo, que a inatividade física no tempo de lazer é maior nas mulheres, sendo a prevalência de TMC maior neste grupo.

No Brasil, apesar de ausência de estudos de abrangência nacional para investigar o nível de AFTL na população, os trabalhos até então observaram uma tendência da inatividade física no lazer na nossa população como no estudo na cidade de Salvador onde foi identificada uma prevalência de sedentarismo no lazer de 82,7% entre as mulheres e 60,4% entre os homens (PITANGA FJG, LESSA I., 2005).

Corroborando com estas informações, estudo realizado em 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal encontrou uma modesta participação em AF suficientes no lazer (pelo menos 30 minutos diários em cinco ou mais dias da semana ou atividades de intensidade vigorosa por pelo menos 20 minutos diários em três ou mais dias da semana) para os adultos com idade igual ou superior a 18 anos. Como extremos, estiveram São Paulo (SP) com 11,3% (IC95% 9,5; 13,1) e Vitória (ES) com 20,5% (IC95% 18,1; 22,8) tendo Salvador (BA) apresentado 17,0% (IC95% 14,4; 19,6) (VIGITEL, 2007).

Um estudo conduzido por WAGMACKER, D.S.; PITANGA, F.J.G.(2005) demonstrou que a atividade física no tempo livre (AFTL) tem efeito protetor contra doenças crônicas, incluindo hipertensão arterial sistêmica (HAS). Neste estudo foi observada uma prevalência elevada de inatividade física no tempo livre na população estudada, aproximadamente 79,7%. Outro estudo com a população de Pelotas no Sul do Brasil a prevalência foi de 80,6%(DIAS-DA-COSTA J S, HALLAL PC, WELLS JCK .,2005). No nosso estudo foi encontrado cerca de 65% de inatividade no tempo de lazer entre os trabalhadores.

Enfim, a precarização das relações de trabalho e o processo que se articula com cargas excessivas de trabalho vêm crescendo em diversos países industrializados. Em especial no Brasil, desde a década de 70 este processo vem se acelerando. Elevadas sobrecargas de trabalho mostram a realidade de desvalorização e precarização das relações trabalhistas. O que ficou demonstrado com os resultados dos estudos apresentados.

Assim, os resultados implicam no redimensionamento temporal da vida cotidiana onde a categoria central continua sendo o trabalho. Ficando o tempo

dedicado a si ou lazer em segundo plano uma vez que o mercado de trabalho conduz a uma sobrecarga em função das suas demandas e necessidades.

Neste sentido concordamos com Araujo et al (2006) , ao afirmar que o amadurecimento da saúde do trabalhador passa por condições de promoção e bem estar social que envolve desde estruturas e ampliação de áreas de lazer ao acesso ao mercado de trabalho e políticas de geração de rendas.

Considerando os possíveis limites deste estudo, pode-se afirmar de modo geral que alta sobrecarga de trabalho, baixa instrução e renda e ausência de estruturas para atividades no tempo de lazer podem conduzir aos TMC a população de trabalhadores.

A OPAS/OMS (2001) reforça que estruturas sociais e econômicas precárias podem levar o indivíduo a situações de sofrimento tanto na participação de atividades de trabalho como nas atividades de lazer e que os trabalhadores que apresentam TMC são muitas vezes discriminados socialmente. O impacto dos transtornos mentais e comportamentais estende-se para além da esfera econômica e social, mas também sobre o padrão de vida dos indivíduos e de seus familiares. O que gera o grande desafio da sociedade atual em recuperar a indissolúvel unidade entre o trabalhador e a construção da sua identidade, preservando características relativas aos aspectos históricos e culturais de cada indivíduo e do coletivo de trabalhadores. Repensando as relações de saúde e a necessidade de adotar medidas de proteção e ressignificação das relações trabalhistas.

A investigação sobre atividades físicas no tempo de lazer é necessária para o reconhecimento de aspectos contraditórios do lazer para a vida individual de mulheres e homens e para as relações sociais. Assim, as atividades de lazer podem ter resultados diferentes e simultâneos promovendo bem estar e saúde ou reforçando modelos de desigualdades sociais.

Além disso, a simples mensuração do tempo dedicado ao lazer, não é recomendável para qualificar o tipo de atividade; o contexto social, o grau de autodeterminação ou escolha e as relações de poder estabelecidas entre os gêneros também influenciarão diretamente o tempo de lazer. Embora, pôde-se verificar,

neste estudo, que o grupo de trabalhadores que refere ter tempo suficiente para o lazer foi o grupo que apresentou baixa prevalência de TMC. Percebemos, portanto, a importância da relação temporal para a realização de atividades físicas no tempo de lazer dos trabalhadores.

Dentre vários elementos a serem considerados na concepção e definição de qualidade de vida, a prática de atividades no tempo de lazer e o tempo suficiente para sua realização se faz presente, caracterizando o estilo de vida das pessoas, particularmente porque nos níveis de prevenção é considerada como primária aquela que busca evitar ou minimizar os efeitos de ações que prejudiquem a saúde.

Hoje, existe constante preocupação em minimizar os efeitos do trabalho sobre a saúde. Assim, cada vez mais empresas oferecem a seus funcionários programas para a promoção da qualidade de vida que abordam diversos aspectos de saúde. É inegável a relação estabelecida entre qualidade de vida, promoção da saúde e atividades no tempo de lazer. Entretanto, torna-se necessário repensar qual atividade no tempo de lazer entendemos como promotora de saúde. E em qual contexto socioeconômico está inserida.

Os dados encontrados demonstram que a saúde mental dos trabalhadores vai além de incentivo pontual para atividades de lazer. Envolve questões mais amplas como melhores condições de trabalho e políticas econômicas que envolvam melhor qualificação e melhorias salariais, bem como redução efetiva da jornada de trabalho. Porém, confirmou-se que a prática de atividade física no tempo de lazer favorece a melhoria nos sintomas relacionados aos TMC (ansiedade, baixa estima, insônia, fadiga), pois proporciona aumento da auto estima e da sensação de bem estar (RIBEIRO; OLIVEIRA, 2008).

Os resultados encontrados reforçam a necessidade de estratégias de saúde pública voltadas para população de trabalhadores. Com incentivo especial a adoção de estilo de vida ativo através da atividade física no tempo de lazer o que pode conduzir a melhorias na saúde mental dos trabalhadores (PELUSO; ANDRADE, 2005).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados trazidos por este estudo demonstram a necessidade de maiores investigações sobre trabalho, atividades físicas no tempo de lazer e saúde mental. Buscou-se a desconstrução de paradigma dicotomizado entre trabalho e lazer, reforçando que esta discussão precisa estar na pauta dos órgãos públicos e de saúde. O desafio que se impõe é investir em políticas públicas e traçar estratégias de incentivo ao lazer dos trabalhadores, em especial, o lazer ativo. Assim, este estudo procurou contribuir para reflexão e um novo olhar sobre a saúde mental dos trabalhadores e sua associação com atividades físicas no tempo de lazer.

Os avanços conquistados pela humanidade trouxeram muitos benefícios. Porém associados a estes benefícios, ocasionaram, paralelamente, problemas à saúde dos trabalhadores. Esse fato ainda é reforçado pelas sérias dificuldades políticas e econômicas enfrentadas pelos países em desenvolvimento. Além disso, o desgaste físico e emocional, a baixa remuneração são fatores associados às condições de trabalho que influenciam diretamente a saúde do trabalhador. Podemos considerar que a ausência de lazer colabora para o agravamento dessa situação.

Entendemos que a compreensão das relações do trabalho com o lazer vai além de afirmar que este é importante para a promoção da saúde mental e na qualidade de vida do trabalhador. Preferimos utilizar nesta análise o entendimento do lazer como um tempo privilegiado para a vivência de valores que gerem mudanças de ordem moral e cultural necessárias para transpor a estrutura social vigente. Os pressupostos dessa definição vão ao encontro de um sentido humano na busca por melhores condições de ser/estar no mundo.

Dentre os vários elementos a serem considerados na concepção e definição de qualidade de vida e saúde mental dos trabalhadores, o lazer, isto é, o tempo suficiente para as experiências do lazer e as atividades relacionadas a estes seriam fundamentais. Em especial o lazer ativo relacionado à prática de atividade física no tempo de lazer se faz presente e necessário, caracterizando o estilo de vida das

peças, particularmente, porque as atividades físicas são consideradas como ações primárias para prevenção da saúde e como estratégia para se evitar ou minimizar os efeitos de ações do trabalho que possam prejudicar o estado geral de saúde dos indivíduos.

Porém, deve-se aceitar e transpor a idéia de que atividade física no tempo de lazer é promotora de qualidade de vida, isto significa olhar para o corpo social dos trabalhadores com uma visão para além do funcional e utilitarismo. O lazer não vem sendo tratado com atenção necessária pelas políticas públicas e pelos agentes de saúde; ao mesmo tempo, que não é visto como tempo absolutamente necessário para potencializar a qualidade de vida dos trabalhadores.

Nesse sentido, a saúde dos trabalhadores deve ser pensada por meio de cuidados que permitam um encontro das necessidades objetivas com escolhas de atividades que contemplem aspectos culturais, psicológicos e existenciais, de forma reflexiva e que resulte possível acerto na escolha das práticas a serem realizadas em busca do atendimento das suas necessidades subjetivas/objetivas. Não se trata, portanto, de questionar a importância das atividades físicas no tempo de lazer como fundamental para a promoção da saúde, o que já foi discutido e afirmado anteriormente. Trata-se de refletir sobre o que vem sendo regulado como forma de alcançar determinado estado de saúde de modo a evitar patologias relacionadas a saúde mental dos trabalhadores como os TMC.

A relação estabelecida entre indivíduo e atividade física no lazer deve ser mais do que mera “prática física”, proporcionando investimento afetivo e emocional, além de despertar prazer – o que poderá dar sentido aos cuidados com o próprio corpo. Neste sentido, devem-se repensar as normas limitadoras e estabelecidas das sociedades entre atividades de lazer e saúde. Tais normas atuam por intermédio do controle político e ideológico, destinado a administrar as escolhas dos indivíduos trabalhadores.

Essas questões provocam a reflexão sobre os discursos que impelem a busca pela normatização da corporeidade, que definem o cuidar-se, o estilo de vida desejável, a qualidade de vida, o lazer. Remetem aos pressupostos que moldam a

ordem social no que diz respeito ao ponto de vista de uma sociedade que necessita de homens e mulheres produtivos; aos mecanismos coercitivos que agem sobre as pessoas, pautando o que se deve ou não fazer em relação ao comportamento saudável.

Parece importante que se possa alinhar interesses por meio de um pensar crítico e reflexivo, na medida do possível, desvinculado das atividades de natureza exclusivamente biomédica. É fundamental que, mesmo nos casos onde o interesse seja a prática dessas atividades, seja possível exercitar o olhar crítico sobre elas, a partir de escolha consciente.

Devemos reconhecer que os humanos são seres complexos, que não podem ser apreendidos em sua totalidade pela simples justaposição das dimensões física e mental. Tal consideração remete à concepção de “novas humanidades” necessárias ao pensarmos na redefinição dos conceitos de qualidade de vida, saúde, lazer e atividades físicas que norteiam a percepção social de trabalho na atualidade.

As relações existentes entre o trabalho, lazer e a saúde mental devem ser entendidas como objeto de estudo e intervenção, e os seus objetivos são de promover e proteger a saúde dos trabalhadores mediante ações de vigilância aos riscos, às condições e às doenças ocupacionais, bem como de organizar e prestar assistência aos trabalhadores. Entendendo as relações envolvidas neste processo como indissociáveis dos determinantes socioeconômicos que determinam a assimetria entre as escolhas dos trabalhadores em ter lazer ou mais renda para suprir suas necessidades básicas.

Portanto, devem-se considerar os determinantes da saúde do trabalhador como os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais, que respondem pelos fatores de risco ocupacionais presentes nos processos de trabalho e nas condições de vida. As perspectivas para o avançar da saúde do trabalhador talvez seja a busca de evidências científicas e metodologias modernas de investigação, para além de simples implementação de intervenções e propostas, repensando as estruturas sociais e econômicas como um todo para a adoção de estratégias efetivas.

Isto significa ir além do senso comum a respeito da importância do lazer para saúde mental dos trabalhadores, convém procurar compreender os enormes desafios da complexidade da vida e do trabalho cotidiano desta classe. Portanto, a busca de melhores condições de vida deve estar atrelada a fatores que promovam qualidade de vida e que possa ser feita a partir de escolhas refletidas e conscientes. E que, junto com outros aspectos sociais e econômicos, contribua para um processo civilizatório mais humano e significativo para os trabalhadores.

ANEXOS

REFERÊNCIAS:

ACMSM. **AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE**. Position Statement. V20p. 265274,2007.

ALVAREZ, B. R., DUARTE, M. F. S. **Methodology for evaluating- the quality of life related to worker's health**. In: TRIENNIAL CONGRESS OF THE INTERNATIONAL. 1997.

ANDRADE LHSG, LÓLIO CA, GENTIL V, LAURENTI R. **Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da Cidade de São Paulo**, Brasil. Rev Psiq Clín 1999; 26(5). <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista> (acessado em 25/Jun/ 2010).

ANTUNES,R. **Adeus ao trabalho? Ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. São Paulo: Cortez; 2001.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 4 ed. São Paulo : Boitempo, 2001.

ANTUNES, Ricardo. **O caracol e sua concha**: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho, São Paulo: Boitempo, 2005.

ARAÚJO, TM; AQUINO,E; MENEZES, G; SANTOS,CO; AGUIAR,L. **Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadores de enfermagem**. Rev Saúde Pública 2003; 37(4): 424-33.

ARAÚJO, TM.**Trabalho e Distúrbios Psíquicos em Mulheres Trabalhadoras de Enfermagem**.Tese de Doutorado – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva, Salvador-BA, 1999.

ARAÚJO TM, PINHO OS, ALMEIDA MMG. **Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico**. Rev Bras Saude Mater Infant. 2005; 5(3):337- 48.

ARAÚJO, D.S.M.S de; ARAÚJO, C.G.S de. **Autopercepção corporal de variáveis da aptidão física relacionada à saúde**. Rev Bras Med Esporte, Niterói, v. 8, n. 2, abr. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922002000200003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 mar. 2011. doi: 10.1590/S1517-86922002000200003.

ARENDT, H. **Origens do Totalitarismo**. Trad. Roberto Raposo. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

ARENDT.**A Condição Humana**. Trad. de Roberto Raposo, Rio de Janeiro: Forense, 1983.

AROUCA ASS. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva** [Tese de Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1975.

AZEVEDO, M. A. de. **Recrutamento e seleção – orientação para a saúde mental**. Caderno de psicologia de Belo Horizonte. v. 2, n.3, p. 47-60. (1994, dezembro)

BARBARO, A. Marino et al . **Transtornos mentais relacionados ao trabalho: revisão de literatura**. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, ago. 2009 . Disponível em <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762009000200008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 mar. 2011.

BAUMGARTEN, M. **Conhecimento, Planificação e Sustentabilidade**. In São Paulo em Perspectiva, São Paulo, Fundação SEADE, v. 16, n.3, jul/set 2002, p 31-41.

BARREIROS, L., BAPTISTA, F. BRITO, J. (1992). **Análise da carga de trabalho: aplicações em serviços administrativos e contexto industrial**. In: SIMPÓSIO EUROPEU DE ERGONOMIA, 1992, Portugal. Anais... Portugal: Faculdade de Motricidade Humana, 1992. p. 79-103.

BARROS, M. V. G. **Atividades Física no Lazer e Outros Comportamentos Relacionados à Saúde dos Trabalhadores da Indústria em Santa Catarina, Brasil**. 1999.

BLAGEVITCH, FR **Ética não é produto, mas vende**. Gazeta Mercantil, 08/02/2002.

BOUDON, R. & BOURRICAUD, F. **"Divisão do trabalho"**. In: **Dicionário crítico de sociologia**. São Paulo: Ática, 1993, pp. 167-172.

BORGES, L. H., JARDIM, S. R. **Organização do trabalho e saúde mental**. In: CONGRESSO LATINO AMERICANO DE ERGONOMIA, 4, 1997, Florianópolis. Anais .Florianópolis: Associação Brasileira de Ergonomia. 1997.

BRANT, LC; DIAS, EC **Trabalho e sofrimento em gestores de uma empresa pública em reestruturação**. Caderno Saúde Pública, julho-agosto, 2004; 20(4):942-9.

BRASIL. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, out. 2004 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000500006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 mar. 2011. doi: 10.1590/S0034-89102004000500006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho. Manual de Procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

BRETONES, L. **Psiquiatria no Mundo Moderno**. Versão Portuguesa. São Paulo: Herdes, 1966.

BOUCHARD, C.; SHEPHARD, R. J.; STEPHENS, T. **Physical Activity, Fitness, and Health: International Proceedings and Consensus Statement**. Champaign: Human Kinetics. 1994.

CAMARGO, L.O. **O que é o Lazer?** São Paulo: Brasiliense, 2003.

CAMARGO, L. O. de L **O que é lazer**. São Paulo : Brasiliense, 1992.

CAMARGO, L. O. de L. **Educação para o lazer**. São Paulo : Moderna, 1998.

CAMÕES M, LOPES C. Fatores associados à atividade física na população portuguesa. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(2):208-16.

CASPERSEN, C. J., POWELL, K. E., CHRISTENSON, G. M. (1985). **Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research**. *Public Health Reports*, 100, p.126-131.

CAPLAN, G. **Princípios de Psiquiatria Preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar Editores S.A,1987.

CODARIN, M. A.F. et al . **Associação entre prática de atividade física, escolaridade e perfil alimentar de motoristas de caminhão**. *Saude soc.*, São Paulo, v. 19, n. 2, June 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000200017&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Mar. 2011. doi: 10.1590/S0104-12902010000200017.

CHAVES, MEC; Valadares, CAM; Lino, MLMR;Bussacos,M. **Lesões por esforços repetitivos e sofrimento mental em diferentes profissões**. *Revista Brasileira Saúde Ocupacional*. 2002; 28:105-6.

CIOLAC, E.G.; GUIMARAES, G. V. **Exercício físico e síndrome metabólica**. *Rev Bras Med Esporte*, Niterói, v. 10, n. 4, ago. 2004 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922004000400009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 mar. 2011. doi: 10.1590/S1517-86922004000400009.

CFLRI – Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute. 1988 **Campbell survey on well-being in Canada**. Disponível em: <www.cflri.ca/pdf/e/88norms.pdf> . Acesso em: 05 maio 2011.

COLEMAN, ISSO-AHOLA, S.E. **Leisure and health: the role of social support and self determination**. *Journal of Leisure Research*, v5, n 4, p.350, 1993.

COUTINHO ESF, A. Filho N, Mari JJ. **Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil**. *Rev Psiq Clín* 1999; 26(5). [http:// www.hcnet.usp.br/ipq/revista](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista)

CRAFT, Lynette. PERNA, Frank M. The benefits of exercise for the clinically depressed. **Primare Care Journal Clinical Psychiatry**, v.6, n.3. p.104-111. 2004.

CUNHA, N. **A felicidade imaginada**. São Paulo : Brasiliense, 1987.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

DEJOURS. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DELBONI, T. H. **Vencendo o Stress**. São Paulo: Makron Books, 1997.

DIAS-DA-COSTA JS, HALLAL PC, WELLS JC, DALTOE T, FUCHS SC, MENEZES AM, ET AL. Epidemiology of leisure-time physical activity: a population-based study in Southern Brazil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(1):275-82.

DUMAZEDIER, J. **Lazer e cultura popular**. 3ed São Paulo: Perspectiva, 2000.

DUMAZEDIER, J. **A teoria sociológica da decisão**. São Paulo ; SESC, 1980.

DUMAZEDIER, J. **Sociologia empírica do lazer**. São Paulo : Perspectiva, 1979.

DUMAZEDIER, J. **A revolução cultural do tempo livre**. São Paulo: Studio NOBEL : SESC, 1997.

DURAN, EC M; COCCO, MIM. **Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem do pronto socorro de um hospital universitário**. *Rev Latino-Americana de Enfermagem*, 2004; 12(1):43-9.

DURAN, EC M; COCCO, MIM. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In:CHANLAT, JEANFRANÇOIS (Coord.), **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996. , p. 149-173.

DURAN, EC M; COCCO, MIM **A banalização da injustiça social**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.

DURAN, EC M; COCCO, MIM. **A carga psíquica do trabalho**. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da escola dejouriana a análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994. p. 21-32.

DURAN, EC M. **Conferências brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho**. São Paulo: Edições Fundap, 1999. 160p.

DURAN, EC M. **O fator humano**. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 2002.

DURAN, EC M. **O trabalho como enigma**. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I. (Orgs.). *Christophe Dejours: da psicopatologia a psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004 a. p. 127-139.

FARINATTI, P. T. V. et al. **Programa domiciliar de exercícios: efeitos de curto prazo sobre a aptidão física e pressão arterial de indivíduos hipertensos**. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 84, n. 6, jun. 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2005000600008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 mar. 2011. doi: 10.1590/S0066-782X2005000600008.

FERREIRA, L. **Análise do trabalho dos operadores da unidade de gasolina de aviação da Refinaria Presidente Bernardes de Cubatão da Petrobrás**. São Paulo, FUNDACENTRO. 1992.

FREIRE, Lúcia M. de B. **Serviço Social organizacional: teoria e prática em empresa**. São Paulo: Cortez, 1987.

FREIRE, Lúcia M. de B.. **Saúde do trabalhador e Serviço Social: possibilidades pelo avesso do avesso**.1998. Tese (Doutorado em Serviço Social) — Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

FREIRE, Lúcia M. de B. **Assessoria e consultoria a gestores e trabalhadores como trabalho do assistente social**. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. *Assessoria, Consultoria & Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 2006. p. 184-203.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

FONSECA, AF. **Psiquiatria e Psicopatologia**. Lisboa: Fundação Calouste Goulbenkian; 1985.

GLINA, DMR; ROCHA, LE; BATISTA, ML; MENDONÇA, MG. **Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexo com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática**. *Caderno Saúde Pública*, 2001; 17(3):507-15

GOMES, C.M. 2004. **Pesquisa Científica em Lazer no Brasil – Bases Documentais e Teóricas**. São Paulo: ECA / USP (Dissertação de Mestrado).

GOLDBER D., Huxley P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Tavistock; 1992.4

GUMARAES, J. M. N.; CALDAS, C. P. **A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática**. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 9, n. 4, Dec. 2006 . Available from

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000400009&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Mar. 2011. doi: 10.1590/S1415-790X2006000400009.

HALLAL PC, MATSUDO SM, MATSUDO VK, ARAUJO TL, ANDRADE DR, BERTOLDI AD. **Physical activity in adults from two Brazilian areas: similarities and differences.** *Cad Saúde Publica.* 2005;21(2):573-80.

HARDING, T.W.; ARANGO, M.V.; BALTAZAR, J. ;CLIMENT, C.E.; IBRAHIM, H.H.A.; IGNACIO, L.L.; MURTHY, R.S. & WIG, N.N. (1980) – **Mental Disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four development contries.** *Psychological Medicine*, 10: 231-241.

HELOANI, JR. Capitão, CG. **Saúde mental e psicologia do trabalho.** São Paulo em Perspectiva, 2003; 17(2):102-8.

HOSMER, D.W.; LEMSHOW, S. **Applied Logistic Regression** .New York: Wiley, 1989. 307p. p.1-175.

IBGE - **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Censos 1999 e 2000.

JACQUES, M. G. C. **Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho.** *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, Jan. 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822003000100006&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Mar. 2011. doi: 10.1590/S0102-71822003000100006.

JOIA, L. C.; RUIZ, T.; DONALISIO, M.R. **Grau de satisfação com a saúde entre idosos do Município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil.** *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 17, n. 3, set. 2008 . Disponível em http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742008000300004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 mar. 2011. doi: 10.5123/S1679-49742008000300004.

KRISKA, A. M. & CASPERSEN, C. J., **A collection of physical activity questionnaires for health-related research.** *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 29:S3-S205. 1997.

LACAZ, F. A. C. **Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100013&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Mar. 2011. doi: 10.1590/S1413-81232000000100013.

LANCMAN, S. (Org.). **Políticas Públicas e processo de trabalho em saúde mental.** 1. ed. brasilia: paralelo15, 2008. v. 1. 223 p

LAURENTI, R. **A mensuração da qualidade de vida.** *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 49, n. 4, 2003 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000400021&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Mar. 2011. doi: 10.1590/S0104-42302003000400021.

LIMA MS, SOARES BGO, MARI JJ. **Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional.** Rev. Psiq. Clínica 1999; 26(5). <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista>

LIMA, MS. **Epidemiologia e impacto social.** Rev. Bras. Psiquiatria 1999; 21 Supl 1:1-5.

LIMA MS, BÉRIA JU, TOMASI E, CONCEIÇÃO AT, MARI JJ. **Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study.** Int J Psychiatry Med 1996; 26:211-22.

LIPP, M.E.N.. **“Como enfrentar o stress”.** São Paulo: Editora Ícone. 1990.

LIPP, M.E.N.. **“Qualidade de vida no manejo do stress”.** In: Zamignani D. R. “Sobre comportamento e cognição: A aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos”. Santo André: Editora Abytes. 1990

LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. **Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, Dec. 2003 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000600015&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Mar. 2011. doi: 10.1590/S0102-311X2003000600015

LUDERMIR AB, MELO DA Filho. **Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns.** Rev Saúde Pública. 2002; 36(2):213-21.

MAIA, L. C.; DURANTE, A. M G; RAMOS, L. R. **Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais,**

MARCELLINO, N. C. **Estudos do Lazer: uma introdução.** Campinas, SP: Autores Associados, p.2, 2006.

MARCUS, R.; DRINKWATER, B.; DALKY, G., 1992. **Osteoporosis and exercise in womem.** Medicine Science Sports Exercise, 24(suppl): S301-S307.

MARI, J. & WILLIAMS, P.A .(1986) .- **A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo.** *Brit. J. Psychiatry*, 148: 23-26.

MARI JJ, Jorge MR. **Transtornos psiquiátricos na clínica geral.** Psychiatry On-line Brazil 1997; 2. [http:// www.polbr.med.br/arquivo/tpqcm.htm](http://www.polbr.med.br/arquivo/tpqcm.htm) (acessado em 14/Jan/2011).

MARX, K. **O capital. Crítica da economia política.** Livro 1, v. 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

MASSON,C.R.DIAS-DA-COSTA;J.S.OLINTO,M.T.et al. **Prevalence of physical inactivity in adult women in São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil.** Cad. Saúde Pública, v.21, n.6, Nov-dez, p.1685-95, 2005.

MATSUDO, S.V. **Envelhecimento, atividade física e saúde.** Revista Mineira de Educação Física, Viçosa, v.10, n.1, p.193-207, 2002.

MATSUDO, S.M.et al. **Evolução do perfil neuromotor e capacidade funcional de mulheres fisicamente ativas de acordo com a idade cronológica.** Rev Bras Med Esporte, Niterói, v. 9, n. 6, nov. 2003 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922003000600003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 mar. 2011. doi: 10.1590/S1517-86922003000600003.

MENDES, L. F.;CASAROTTO R.A.**Tratamento fisioterápico em distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho: um estudo de caso.** Revista de Fisioterapia da USP, v. 5, n.2, p.12732,1998.

MENDES, R. & DIAS, E.C. **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador.** Rev Saúde públ., S.Paulo, 25:341-9, 1991.

MENDONCA, C.P.; ANJOS, L. A. **Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, June 2004 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300006&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Mar. 2011. doi: 10.1590/S0102-311X2004000300006.

MELLO, M. T. et al . **O exercício físico e os aspectos psicobiológicos.** Rev Bras Med Esporte, Niterói, v. 11, n. 3, jun. 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922005000300010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 mar. 2011. doi: 10.1590/S1517-86922005000300010.

MENDONCA, C.P.; ANJOS, L.A. dos. **Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, jun. 2004 . Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 mar. 2011. doi: 10.1590/S0102-311X2004000300006.

MENDES, R. **O Impacto dos Efeitos da Ocupação Sobre a Saúde de Trabalhadores**. Rev. Saúde Pública; 22 (4): 311-326, 1988.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A; BUSS, P. M. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 mar. 2011. doi: 10.1590/S1413-81232000000100002.

MONTEIRO, M. F.; SOBRAL FILHO, D. C.. **Exercício físico e o controle da pressão arterial**. Rev Bras Med Esporte, Niterói, v. 10, n. 6, dez. 2004 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922004000600008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 mar. 2011. doi: 10.1590/S1517-86922004000600008.

MONTEIRO CA, CONDE WL, MATSUDO SM, MATSUDO VR, BONSENOR IM, LOTUFO PA. **A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil**, 1996-1997. *Rev Panam Salud Publica*. 2003;14(4):246-54.1,7,32

MONTEIRO CA, MOURA EC, JAIME PC, LUCCA A, FLORINDO AA, FIGUEIREDO IC, ET AL. **Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas**. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(1): 47-57.

MONTEIRO CA, FLORINDO AA, CLARO RM, MOURA EC. **Validity of indicators of physical activity and sedentariness obtained by telephone survey**. *Rev Saúde Pública*. 2008 Aug;42(4):575-81

MOREIRA, R. F. **Lazer e Saúde Mental em idosos**. Dissertação de Mestrado apresentada no Curso de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira Santana, 2002.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 3.ed. Londrina: Midiograf, 2003.

NAHAS, M. V. **Lazer ativo: um programa de promoção de estilos de vida ativos e saudáveis para o trabalhador da indústria**. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, v.15,n.4, São Paulo, 2010.

NIEMAN, D. C. **Exercise testing and prescription: a health-related approach**. 4 ed. Mountain View, CA: Mainfield. 1999

ODDONE I, M. G, GLORIA S, BRIANTE, CHIATTELLA M, RE A. **A luta dos trabalhadores pela saúde**. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde/ São Paulo: Editora Hucitec; 1986.

OLIVEIRA, EI.; ROLIM, M. A. **Fatores que influenciam os enfermeiros a utilizarem a atividade física na assistência a pacientes psiquiátricos**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 37, n. 3, set. 2003 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-

62342003000300012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 mar. 2011. doi: 10.1590/S0080-62342003000300012.

OMS- **Seminário Nacional de direito à Saúde Mental**, Brasília, 2001.

OPAS-OMS 25^a **Conferência Sanitária Pan-Americana**, Washington, DC, 21-25 set 1998.

PARKER, S. **A sociologia do lazer**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

PAFFENBARGER, R. S., HYDE, R. T., WING, A.L., HSIEH, C. **Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni**. New England Journal of Medicine, n. 314, p.605-613. 1986.

PATE, RUSSEI et al. **Physical Activity and Public Health: A Recommendation from Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine**. JAMA, vol.273, n.5, p.402-407. 1995.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: Teoria e Prática**. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

PINHO PS, ARAÚJO TM. **Trabalho de enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais**. Rev Enferm UERJ, 2007; 15(3):329-36.

PERES, F. F. et al. **Lazer, esporte e cultura na agenda local: a experiência de promoção da saúde em Manguinhos**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, Sept. 2005. Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300032&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Mar. 2011. doi: 10.1590/S1413-81232005000300032.

PITANGA FJ, LESSA I. **Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos**. Cad Saude Publica 2005;21(3):870-7.)

PINHO PS, ARAÚJO TM. Trabalho de enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais. Rev Enferm UERJ, 2007; 15(3):329-36.

PORTO LA, CARVALHO FM, OLIVEIRA NF, SILVANY AM NETO, ARAÚJO TM, REIS EJFB, DELCOR NS. **Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores**. Rev Saúde Pública. 2006; 40 (5):818-26.

PONDE M.P. **Lazer e Saúde Mental em Mulheres Trabalhadoras**. Revista Ciência Médica, 2003.

RAGLIN, JOHN S. **Exercise and mental health: beneficial and detrimental effects**. Sports Medicine, v.9, n.6, p.323-329. 1990.

RATTO, L. R C; MENEZES, P. R; GULINELLI, A. **Prevalence of tobacco use in individuals with severe mental illnesses**, São Paulo, Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, Aug. 2007 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400003&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Mar. 2011. Epub June 05, 2007. doi: 10.1590/S0034-89102006005000039.

REBELO, P. AP. **Qualidade em Saúde:Modelo teórico, realidade, utopia e tendência**. Rio de Janeiro: Quality mark Ed. 2007.

REQUIXA, R. **O lazer no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1977.

RIBEIRO, J. et al . **Saúde mental de trabalhadores de setores administrativos de uma empresa de construção civil e estruturas metálicas**.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. São Paulo: Atlas, 2002.

ROBERTS, K. & G. PARSELL – **Culturas da juventude, transformação social e a transição para a vida adulta na Grã-Bretanha, *Análise social* 105/106 (25), 1990, pp. 167-192.**

ROCHA, Saulo Vasconcelos. **Transtornos Mentais Comuns e atividade física no lazer entre residentes de áreas urbanas de Feira de Santana-Bahia**. Dissertação de Mestrado, 2009.

ROCHA, S.V; ALMEIDA, M; ARAUJO, T.; VIRTUOSO, J. **Fatores Associados à atividade Física no lazer entre residentes de áreas urbanas de um município do nordeste do Brasil**. Rev. Bras. Cineantropometria do Desempenho Humano, 2011, 13 (4): 247-264.

ROEDER, M. **Benefícios da atividade física em pessoas com transtornos mentais**. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde v.4, n.2, p. 62-76, 2003.

ROSSO, M. **Avaliação: processo de construção do conhecimento ou mais uma ferramenta de exclusão**. Caderno Variedades, p. 4-5. São Paulo, 2002.

ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SALLES-COSTA, R. et al . **Gênero e prática de atividade física de lazer**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2011 . Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 mar. 2011. doi: 10.1590/S0102-311X2003000800014.

SALLES-COSTA R, HEILBORN ML, WERNECK GL, FAERSTEIN E, LOPES CS. **Gênero e prática de atividade física de lazer**. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(sup. 2): 325-33..

SANTOS MESB. **Transtornos mentais comuns em pacientes com AIDS que fazem uso de anti-retrovirais no Estado de São Paulo, Brasil [Dissertação de Mestrado]**. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.

SATO, L; BERNARDO, MH **Saúde Mental e Trabalho: os problemas que persistem**. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2005, 10(4):868-9.

SEGRE, M.; FERRAZ, FC. **O Conceito de Saúde**. *Revista Saúde Pública*, v.31, n.5, p.538-542, 2007.

SILVA, L. H. **"Divisão social do trabalho"**. In: CATTANI, Antonio David (org.). *Trabalho e tecnologia: dicionário crítico*. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Editora da Universidade, 1997, pp.64-67.

SCHUMACKER, R. E. **A Beginner's guide to structural equation modeling**, 2^a ed, USA, 2004.

SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v.5, n.1, fev. 2009, Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762009000100004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 mar. 2011.

STACCIARIN, JMR; TRÓCCOLI, BT. **O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro**. *Ver Latino-Am Enfermagem*, 2001; 8(6):17-25.

STELLA, Florindo et al. **Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física**. *Motriz*, v.8, n.3, p.91-98. 2002.

TAMAYO, A. et al . **A influência da atividade física regular sobre o autoconceito**. *Estud. psicol. (Natal)*, Natal, v. 6, n. 2, 2001 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2001000200004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 mar. 2011. doi: 10.1590/S1413-294X2001000200004.

TAMAYO, A. **Prioridades axiológicas, atividade física e estresse ocupacional**. *Rev. adm. contemp.*, Curitiba, v. 5, n. 3, dez. 2001 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-6552001000300007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 mar. 2011. doi: 10.1590/S1415-6552001000300007.

TAYLLOR, Barr. SALLIS, James. NEEDLE, Richard. The relation of physical activity and exercise to mental health. **Public Health Reports**, v.100, n.2, p.195-202, mar/abr. 1985.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General**. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, The President's Council on Physical Fitness and Sports, 278 p., 1996

VIEIRA, José Luiz Lopes; PORCU, Mauro; ROCHA, Priscilla Garcia Marques da. **A prática de exercícios físicos regulares como terapia complementar ao tratamento de mulheres com depressão**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.56, n1, p.23-28. 2007.

WACHS, Felipe. **Educação física e saúde mental: uma reflexão introdutória**. In: FRAGA, Alex Branco. WACHS, Felipe (orgs.). **Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p.87-98.

WAGMACKER, D.S.; PITANGA, F.J.G. **Atividade Física no Tempo Livre como Fator de Proteção para Hipertensão Arterial Sistêmica**. *R. bras. Ci e Mov.* 2007; 15(1): 69-74.

ZAMBRONI, PC. **Trabalho, organização e pessoas com transtornos mentais graves**. *Cad Psicol Soc Trab.* 2006; 9(1):91-105.

ZAMBRONI, PC. **Trabalhando com saúde: trabalho e transtornos mentais graves**. *Psicol Estud.* 2006; 11(1):175-83.

ZAITUNE, M.P. A. et al . **Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos**, Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, June 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000600008&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Mar. 2011. doi: 10.1590/S0102-311X2007000600008.

