



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

MÔNICA DANTAS FARIAS

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE TRABALHADORES DA ZONA
URBANA DE FEIRA DE SANTANA - BA**

FEIRA DE SANTANA – BA
2007



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

MÔNICA DANTAS FARIAS

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE TRABALHADORES DA ZONA
URBANA DE FEIRA DE SANTANA - BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, como exigência para obtenção do grau de mestre pela Universidade Estadual de Feira de Santana.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof^a Dr^a. Tânia Maria de Araújo

FEIRA DE SANTANA – BA
2007

Ficha Catalográfica

F238t Farias, Mônica Dantas
Transtornos mentais comuns entre trabalhadores da
zona urbana de Feira de Santana – BA / Mônica Dantas
Farias. – Feira de Santana, 2007.
108 f. : il.

Orientadora: Tânia Maria de Araújo

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de
Feira de Santana, 2007.

1. Transtornos mentais. 2. Trabalhadores - Saúde mental. 3.
Estresse ocupacional. I. Araújo, Tânia Maria de. I. Universidade
Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 616.89

MÔNICA DANTAS FARIAS

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE TRABALHADORES DA ZONA
URBANA DE FEIRA DE SANTANA - BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, como exigência para obtenção do grau de mestre pela Universidade Estadual de Feira de Santana.

Feira de Santana, ____/____/____

Profª Drª. Tânia Maria de Araújo
(Universidade Estadual de Feira de Santana)

Prof. Dr. Paulo Gilvane Lopes Pena
(Universidade Federal da Bahia)

Prof. Dr. Carlito Lopes Nascimento Sobrinho
(Universidade Estadual de Feira de Santana)

Especialmente dedicada aos meus queridos pais, **Elisa e Edmundo** por ter me ensinado a valorizar a vida e amar as pessoas, e a minha amada filha **Ana Elisa** o melhor e mais precioso presente de Deus.

AGRADECIMENTOS

A Deus que me sondas e de longe entendes o meu pensamento, que estás ao meu lado todo o tempo, em todas as situações. A ti Senhor toda glória e para sempre.

Aos meus pais, insubstituíveis amigos, que nunca deixaram de acreditar em mim, me apoiaram e rezaram o tempo todo pela minha vitória!

A Ana Elisa a quem privei da minha presença em momentos especiais. Obrigada filha pela compreensão e paciência.

Aos meus queridos irmãos Mundinho, Ludimila e minha cunhada Cristiane, que sempre me apoiaram. Lu, valeu as orações!

Aos meus pequeninos sobrinhos Rodrigo e Pedro que representam alegria, esperança e beleza.

À professora Tânia Araújo pelos ensinamentos, pela paciência, por ter me direcionado pelo melhor caminho. Obrigada professora, por ter acreditado em mim!

Aos professores do mestrado especialmente Davi, Maura, Judith, Acácia que sempre encontrei atenção e carinho nos momentos difíceis.

Ao professor Nelson Oliveira pelos seus valiosos ensinamentos estatístico e pela paciência.

Ao Professor Carlos Teles pela contribuição e disponibilidade.

Aos meus amigos que diariamente estiveram ao meu lado renovando minhas esperanças com palavras de incentivo e coragem para que eu vencesse o cansaço

e as dificuldades, especialmente, Luiz Neto, Adailton, Vilma, Joseli, Charlene, Antonia, Ana Márcia e Patrícia Malvar. Obrigada por vocês existirem na minha vida!

Ao NEPI e a todos os bolsistas, mas com carinho especial a Juarez pela atenção, disponibilidade e torcida!

A Goreth, a Siomara, Rosane, funcionárias do mestrado, pela atenção, pelo apoio com que sempre me atenderam.

A Fátima, funcionária do Comitê em Pesquisa com Seres Humanos (CEP/UEFS), pela receptividade e atenção dispensada.

A todos inesquecíveis colegas do mestrado, Lavínia, Rogério, Gilmar, Andréia, Márcia, Leonor, Deise, Elaine, Tatiana, Wernner, Luciane, Liz, Carla, Marla, Analy pelos momentos que passamos juntos, pelo cuidado recíproco, pela amizade, especialmente, Marcos pela confiança, carinho e companhia, a Patrícia Martins companheira de grandes conquistas, a Cristina, por todo apoio, atenção, e disponibilidade. Valeu CRIS! Nós somos amigas do "R".

A Sueli pelos domingos que passamos concentradíssimas estudando o "R".

A Faculdade Nobre de Feira de Santana pela oportunidade e confiança na realização da docência

A Paloma pela atenção, disponibilidade a todo instante em me ajudar.

A Kionna pela escuta atenta aos meus anseios, pelo cuidado com os mínimos detalhes, pelas palavras de incentivo, pela experiência de quem já conhecia o caminho! Miga, você é ótima! .

Aos professores Paulo Gilvane Lopes Pena e Carlito Lopes Nascimento Sobrinho por ter aceitado compor a banca examinadora e pelas valiosas sugestões.

Mas... Sinto muitas saudades do meu querido tio Dudu, que partiu sem ao menos poder agradecê-lo!

Amanhã...

Amanhã será um lindo dia
Da mais louca alegria
Que se possa imaginar
Amanhã, redobrada a força
Pra cima que não cessa
Há de vingar
Amanhã, mais nenhum mistério
Acima do ilusório
O astro rei vai brilhar
Amanhã a luminosidade
Alheia a qualquer vontade
Há de imperar, há de imperar
Amanhã está toda a esperança
Por menor que pareça
O que existe é pra festejar
Amanhã, apesar de hoje
Ser a estrada que surge
Pra se trilhar
Amanhã, mesmo que uns não queiram
Será de outros que esperam
Ver o dia raiar
Amanhã ódios aplacados
Temores abrandados
Será pleno, será pleno

Guilherme Arantes

Composição: Guilherme Arantes

RESUMO

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) constituem-se uma das principais morbidades que atinge parcela significativa da população. Estudos apontam a importância das condições socioeconômicas e características do trabalho como possíveis fatores de riscos à ocorrência de transtornos mentais entre trabalhadores. As mudanças ocorridas no mundo do trabalho, como a reestruturação produtiva e a acumulação flexível trouxe conseqüências para o processo de produção e principalmente, para os trabalhadores. As condições de trabalho podem afetar a saúde bio-psíquica dos trabalhadores levando-os ao adoecimento. O objetivo deste estudo foi descrever a prevalência de Transtornos Mentais Comuns em trabalhadores da zona urbana do município de Feira de Santana-Bahia, Brasil, segundo as características sociodemográficas e do trabalho profissional. Foi realizado estudo de corte transversal, incluindo trabalhadores com idade igual ou superior a 15 anos, em atividade remunerada com ou sem vínculo empregatício que residiam na zona urbana do município. Utilizou-se ficha domiciliar, um questionário contendo questões sobre características sóciodemográficas e do trabalho profissional, aspectos psicossociais do trabalho e saúde mental. Para avaliar os aspectos psicossociais do trabalho utilizou-se o Job Content Questionnaire (JCQ) e para medir os transtornos mentais comuns foi utilizado o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). Realizou-se análise univariada e multivariada (análise de Regressão Logística Múltipla). Foram estudados 1.311 trabalhadores. A prevalência Global de TMC foi de 25,2%. Achados obtidos na regressão logística revelaram associação estatisticamente significativa entre os TMC e variáveis sociodemográficas como sexo, escolaridade, renda; estilo de vida, lazer e característica de trabalho de alta exigência. Os resultados deste estudo apontam para a atenção à organização do trabalho e da saúde mental dos trabalhadores e propõe reflexão sobre possibilidades de ações públicas que caminhem na direção de melhorar as condições de vida, de trabalho e saúde mental dos trabalhadores.

Palavras-chave: transtornos mentais comuns, estresse ocupacional, saúde mental e trabalho.

ABSTRACT

The Common Mental Disorders (TMC) are one of the main causes of morbidity that affect a significant part of the population. Studies point at the importance of the socio-economic conditions and the characteristics of labor as possible risk factors to the occurrence of mental disorders among workers. The changes that happened in the world of labor such as productive restructuring and flexible accumulation brought consequences to the production process and mainly for the workers. The labor conditions can affect the biopsychic health of the workers and can cause sickness. The goal of this paper was to describe the prevalence of Common Mental Disorders in workers of the urban zone in the county of Feira de Santana, Bahia, Brazil based on the socio-demographic characteristics and professional labor. A study of cross cutting was done including workers of the same age or superior to 15 years of age in paid activities with or without labor vinculum that live in the urban zone of the county. A residence sheet was used as well as a questionnaire containing questions about socio-demographic characteristics, professional work characteristics, psychosocial job aspects and mental health. To evaluate the psychosocial aspects of work, the Job Content Questionnaire (JCQ) was used and to measure the common mental disorders a Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) was used. A uni-and multi varied analysis was carried out (analysis of multiple logistic regression). 1,311 workers were studied. The global prevalence of TMC was of 25.2 %. Findings obtained in the logistic regression revealed a statistically significant association among the TMC and socio-demographic variables like sex, schooling, income, life style, leisure and high job demand characteristics. The results of this study point at the attention towards the organization of work and the mental health of the workers and suggest serious thought as to the possibilities of public engagements that lead to the improvement of life conditions, labor and mental health of the workers.

KEY WORDS: common mental disorders, job stress, mental health and work

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das Características sociodemográficas entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana/ BA, 2002.....	50
Tabela 2	Distribuição das características do trabalho entre trabalhadores da zona urbana de Feira e Santana- BA, 2002	52
Tabela 3	Distribuição percentual (%) dos hábitos e estilo de vida segundo sexo dos trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana - BA, 2002.....	53
Tabela 4	Distribuição percentual (%) dos motivos da prática de atividades regulares de lazer segundo sexo dos trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana-BA, 2002	54
Tabela 5	Distribuição percentual (%) das atividades socioculturais de lazer segundo sexo dos trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana-BA, 2002	55
Tabela 6	Distribuição percentual (%) das atividades físicas de lazer segundo sexo dos trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana-BA, 2002	56
Tabela 7	Distribuição dos aspectos psicossociais do trabalho em trabalhadores da zona urbana de Feira e Santana-BA, 2002	58
Tabela 8	Características laborais dos trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana-BA, 2002 segundo os tipos de trabalho do modelo Demanda Controle	61
Tabela 9	Distribuição das características sociodemográficas segundo vínculos de trabalho em Feira de Santana/ BA, 2002	63
Tabela 10	Distribuição das características do trabalho segundo seus vínculos em Feira de Santana/ BA, 2002	65
Tabela 11	Distribuição dos hábitos de vida segundo vínculos de trabalho em Feira de Santana/ BA, 2002	67

Tabela 12 Prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) por característica sociodemográfica entre trabalhadores da zona urbana de Feira e Santana-Ba, 2002	69
Tabela 13 Prevalência de TMC segundo características do trabalho entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana-BA, 2002	71
Tabela 14 Prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) segundo estilo de vida dos trabalhadores da zona urbana de Feira e Santana-Ba, 2002	72
Tabela 15 Prevalência dos aspectos psicossociais do trabalho segundo TMC em trabalhadores da zona urbana de Feira e Santana-Ba, 2002.....	74
Tabela 16 Prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) segundo aspectos psicossociais do trabalho entre os trabalhadores da zona urbana de Feira e Santana-Ba, 2002	75
Tabela 17 Valores estimados pelo modelo final de regressão logística múltipla	76
Tabela 18 Razões de prevalências ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança (95%) entre características sociodemográficas e do trabalho obtidas no modelo de Regressão Logística Múltipla e transtornos mentais comuns (TMC)	77

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 Modelo Bidimensional de demanda-controle de Karasek.....	35
FIGURA 2 Fluxograma de cálculo amostral.....	43
FIGURA 3 Curva ROC para análise do poder discriminatório do modelo.....	78
FIGURA 4 Análise dos Resíduos através os Padrões de Co-variáveis	79

LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1** Distribuição dos trabalhadores de Feira de Santana- BA,2002
segundo aspectos psicossociais do trabalho (MDC).....59
- GRÁFICO 2** Prevalência (%) de TMC nos trabalhadores da zona urbana de
Feira de Santana – Bahia,2002.....68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ARLM - Análise de Regressão Logística Múltipla

BA - Bahia

DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socio-Econômicos

DPM - Distúrbios Psíquicos Menores

INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

JCQ - Job Content Questionnaire

MDC - Modelo Demanda Controle

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OMS - Organização Mundial de Saúde

ROC - Receive Operating Characteristic

RP - Razão de Prevalência

SRQ- 20 - Self- Reporting Questionnaire

TMC - Transtornos Mentais Comuns

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	19
2 OBJETIVOS	23
2.1 OBJETIVO GERAL	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	25
3.1 AS TRANSFORMAÇÕES DO MUNDO DO TRABALHO: BREVE PERCURSO HISTÓRICO.....	25
3.2 AS RELAÇÕES ENTRE TRABALHO E SAÚDE.....	31
3.3 ABORDAGENS TEÓRICO-METODOLÓGICAS SOBRE PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	33
3.4 SAÚDE MENTAL E TRABALHO	38
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	41
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	41
4.2 CAMPO DE ESTUDO	42
4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	42
4.4 AMOSTRA	43
4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	44
4.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO	45
4.7 ANÁLISE DE DADOS	46
4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	48
5 RESULTADOS	50
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES.....	50
5.2 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO.....	58
5.3 A SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES	69
5.4 ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA MÚLTIPLA (ARLM)	77

6 DISCUSSÃO	82
6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	82
6.2 SÍNTESE DOS RESULTADOS.....	82
6.2.1 Transtornos mentais comuns entre trabalhadores	82
6.2.2 Aspectos Psicossociais do Trabalho	87
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS.....	92
ANEXO	98
ANEXO A - AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS	99
ANEXO B - QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL.....	100
ANEXO C – APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL SÃO RAFAEL.....	108
ANEXO D – APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA – BA.....	109

Introdução

1 INTRODUÇÃO

O Século XXI se configura pela globalização econômica e mudança no mundo do trabalho. A industrialização acelerada da produção, a rápida transformação do conhecimento científico em tecnologia, a informatização, o desenvolvimento dos meios de comunicação em massa e a ampliação do papel da mídia na sociedade, entre outros fatores da vida moderna, são responsáveis por mudanças significativas na vida dos homens, individual e coletivamente. Segundo Ianni (2002), no âmbito da fábrica global criada com a nova divisão transnacional do trabalho e da produção, a transição do fordismo¹ ao toyotismo² e a dinamização do mercado mundial, favorecido pelas tecnologias eletrônicas, estruturam-se novas formas de trabalho.

As mudanças no mundo do trabalho, que interferem diretamente nas condições e organização do trabalho, também afetam a saúde do trabalhador.

No Brasil, a partir da década de 90, a reestruturação produtiva significou mudanças radicais nas técnicas e nas formas de organização da produção. A flexibilização das estruturas produtivas, da organização e divisão social do trabalho determinou profundas modificações na natureza, significado e conteúdo do trabalho.

Dentre as mudanças ocorridas citam-se a desregulamentação e a perda de direitos trabalhistas e sociais, legalização dos trabalhos temporários e crescimento da informalização do trabalho, com conseqüências no aumento do número de trabalhadores autônomos e subempregados; fragilização das organizações sindicais e das ações de resistência dos sujeitos sociais e a terceirização que contribui para o aumento da jornada de trabalho, acúmulo de funções, de exposições a fatores de risco para a saúde, ausência de proteção e segurança à saúde e baixos salários.

Neste contexto, se configura o panorama da exclusão social e da deterioração das condições de saúde e dos contratos de trabalho. Diversos setores da classe de trabalhadores passam a ser excluídos; sem qualificação engrossam o contingente de trabalhadores em empregos temporários, em tempo parcial ou vivem o desemprego estrutural.

¹ Fordismo: modelo posterior ao Taylorismo, a lógica é produzir em massa e produzir em grandes quantidades.

² Toyotismo: modelo japonês de gerenciamento da produção objetiva o aumento dos lucros com redução dos custos.

Em função das mudanças no mundo do trabalho criou-se uma classe trabalhadora heterogênea, fragmentada e complexa, dividida entre trabalhadores qualificados e desqualificados, inseridos no mercado formal e informal, constituído de jovens e velhos, homens e mulheres

“...a partir dos anos 70, a economia global passou a evoluir favoravelmente à geração de um maior excedente de mão-de-obra. Para uma população economicamente ativa estimada em 1999 pela Organização Internacional do Trabalho em três bilhões de pessoas, havia cerca de um bilhão de trabalhadores vivendo com a sua capacidade de trabalho subutilizada. Ou seja, um a cada três trabalhadores encontrava-se na situação de desemprego ou exercendo atividades de sobrevivência” (POCHMANN, 2001, p.81)

Segundo Mendes e Dias (1995) é cada vez mais difícil separar um mundo do trabalho pertencente ao âmbito da fábrica e um mundo fora dele, pois ambos formam uma unidade, onde o trabalhador ao mesmo tempo que transforma este mundo, também é transformado, configurando-se um modo de viver a partir de determinantes sócio-históricos e diferenciado em classes sociais.

Diversos estudos apontam a importância das condições socioeconômicas como fator determinante dos padrões de morbi-mortalidade das populações, com associação positiva entre nível socioeconômico e condição de saúde (LUDERMIR e MELLO-FILHO, 2002; BARRETO e GIATTI, 2006).

Nos últimos anos, registra-se crescente preocupação com o diagnóstico e avaliação da saúde mental das populações, com destaque para os transtornos mentais comuns (TMC) caracterizados por sinais e sintomas como: modificações do humor, irritabilidade, esquecimento, insônia, fadiga, agressividade, dificuldade de concentração e queixas psicossomáticas (GOLDBERG e HUXLEY, 1992).

Estudos da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) apontam que uma em cada quatro pessoas no mundo será afetada por um distúrbio mental em uma determinada fase da vida. Entretanto, muitas pessoas com transtornos mentais comuns não são identificadas pelos sistemas de saúde e sofrem ao longo de suas vidas sem tratamento adequado.

Desta forma, considera-se de extrema importância o direcionamento do olhar para os trabalhadores e para as formas de organização do processo laboral, realizando estudos e reflexões com vistas a contribuir para a produção teórico-

prática acerca das organizações e condições de trabalho e suas influências sobre a saúde do trabalhador.

Segundo Dejours (1992), estudos sobre as condições de trabalho têm demonstrado a existência de fatores de agressão à saúde relacionados com o trabalho. Deterioração, desgaste, envelhecimento precoce são implicações das diferentes relações do homem com o seu trabalho.

Dejours (1992) destaca ainda que a relação prazerosa entre o aparelho psíquico e o trabalho ocorre quando a atividade laboral se sustenta no livre funcionamento com relação ao conteúdo da tarefa, sendo assim, se o trabalho é favorável a esse livre funcionamento, existe o equilíbrio, se a ele se opõe, então, será fator de sofrimento e de doença. Desta forma, o trabalho pode causar infelicidade, alienação e doença mental, ou ser mediador de auto-realização, de sublimação ou de saúde.

Em assim sendo, a proposta deste estudo é descrever a prevalência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana com ênfase nas condições de trabalho.

Portanto, espera-se que os resultados deste estudo possam subsidiar a reflexão sobre a situação da saúde mental dos trabalhadores deste município e contribuir para a elaboração de projetos e políticas de saúde mental para orientar os sistemas de gestão dos serviços de atenção à saúde, os serviços de segurança e ambiente das empresas, além de orientar as ações sindicais em saúde, voltadas a proporcionar melhores condições de trabalho e, conseqüentemente, de vida à população de trabalhadores.

Face ao exposto estabelecemos como um problema a ser investigado nesta pesquisa:

Quais as características do trabalho que podem estar associadas à ocorrência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana – Bahia?

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores da zona urbana do município de Feira de Santana, Bahia, segundo as características sociodemográficas e do trabalho.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico dos trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana;
- Estimar a prevalência de transtornos mentais comuns entre os trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana segundo tipo de vínculo empregatício, setor de trabalho e carga horária semanal de trabalho;
- Avaliar a prevalência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores urbanos de Feira de Santana de acordo com níveis de controle do trabalhador sobre o próprio trabalho e níveis de demanda psicológica envolvida na execução das tarefas.
- Estimar a prevalência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana segundo hábitos de vida.

Revisão de Literatura

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 AS TRANSFORMAÇÕES DO MUNDO DO TRABALHO: BREVE PERCURSO HISTÓRICO

O Trabalho é uma relação dialética³ entre o homem e a natureza, é atividade na qual o ser humano satisfaz suas necessidades. Segundo Antunes (2005 p.125), “o trabalho mostra-se como um momento fundante de realização do ser social, condição para sua existência; é o ponto de partida para a humanização do homem”.

No processo de trabalho, o homem que trabalha transforma-se a si mesmo e subordina as forças da natureza ao seu próprio poder, conseqüentemente, também transforma a natureza.

Sendo assim, o trabalho é uma condição de existência que permite ao homem expandir suas energias, suas potencialidades e desenvolver sua criatividade, pondo-se em contato com a natureza, com outros homens e consigo próprio. Conforme destaca Araújo (1999, p.238), na atividade laboral os trabalhadores “realizam sua inserção concreta na realidade, recortando possibilidades objetivas de alimentar-se, morar, crescer, realizar-se, adoecer e também morrer”, ou seja, a função social do trabalho é a manutenção da vida e o desenvolvimento da sociedade, portanto se configura como fonte de construção, de realização de satisfação de necessidades materiais.

Ao longo da História, o trabalho foi se distanciando da sua função original de ato de criação, de servir ao bem comum, passando para a rotina da produção com a finalidade de enriquecimento de poucos.

No processo histórico acerca das concepções do trabalho nas diversas épocas e sociedades, a primeira divisão de trabalho, segundo Cotrim (1997) se deu a partir dos sexos, entre homens e mulheres, pois cabiam aos primeiros as tarefas de caçar, guerrear, e garantir proteção ao grupo, enquanto às mulheres eram atribuídas as tarefas domésticas e os cuidados com os filhos.

³ Relação Dialética: relação em que, por meio de influências recíprocas, as contradições entre elementos opostos são superados (COTRIM,1997:23).

No período neolítico, as comunidades já produziam alimentos em quantidade maior que a necessária para o consumo imediato, possibilitando a troca entre os seus membros e tribos vizinhas.

Na Idade Antiga, com a decomposição do regime comunal e o aparecimento da propriedade privada, foi acentuando-se a desigualdade entre os homens livres e os escravos. O trabalho passou a se transformar em atividade indigna de homens livres, pouco diferenciada da atividade animal. Passou-se a valorizar o trabalho intelectual dos homens que podiam se dedicar ao ócio, à contemplação e à teoria. Neste sentido, segundo Cotrim (1977), o filósofo grego Aristóteles (384-322 a.C.) afirmava que a utilidade do escravo era semelhante à do animal, pois ambos, através dos seus corpos, atendiam as necessidades da vida. Os corpos do escravo e do homem livre são diferentes porque o escravo tem o corpo forte, adaptado naturalmente ao trabalho servil e o homem livre tem corpo ereto, inadequado ao trabalho físico, mas apto para a vida do cidadão.

Na Idade Média, a concepção do trabalho, não se alterou muito, pois o trabalho continuava segundo São Tomás de Aquino, filósofo italiano (1221-1274), como “bem árduo”, onde cada indivíduo poderia se tornar cada vez melhor, já que significava provação e fortalecimento do espírito para alcançar o reino do céu.

A partir do Século XVI, com a ascensão social da burguesia ⁴ e a influência da Igreja Católica com o movimento protestante⁵, o trabalho passou a ser revalorizado e o lucro passou a ser visto como um bem. Max Weber (1864-1920), em sua obra *A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*, considerava que havia relação entre a ética protestante, que valorizava o trabalho, com o desenvolvimento do capitalismo.

Weber entendia que quanto mais duro se trabalhava, mais se provava ser merecedor da graça divina. O sucesso (riqueza) era o resultado deste trabalho duro.

No Século XIX, Hegel (1770-1831) definiu o trabalho como de auto-construção do homem, capaz de ser livre por exercer domínio sobre a natureza. Marx, por sua vez, considerava a “auto-construção” como um aspecto fundamental do trabalho, mas, questionava a suposta “liberdade” do trabalhador assalariado, uma vez que, sem opção, este era obrigado a vender sua força de trabalho para

⁴ Classe Social hegemônica do sistema capitalista, que detém os meios de produção.

⁵ Ética Protestante: visão de mundo que propõe a iluminação através da santificação de cada ato particular do cotidiano - abre um campo para o enaltecimento do trabalho visto como a marca da santificação.

sobreviver, submetendo-se ao processo de produção, em condições degradantes, tendo como conseqüências efeitos danosos sobre sua situação de vida e saúde.

No final do século XVIII na primeira fase da Revolução Industrial se consolidou o sistema capitalista industrial, o objetivo era o lucro e a força da mão-de-obra do trabalhador era explorada ao máximo. A partir daí, os recursos passaram a se concentrar ainda mais nas mãos dos proprietários dos meios de produção, principalmente a máquina à vapor, e determinavam o valor da mão-de-obra dos seus trabalhadores.

O novo modo de produção trouxe uma série de implicações para a organização da vida e da sociedade, sobretudo porque separou os ambientes, doméstico e de trabalho, concentrou um grande número de pessoas em um mesmo local, a fábrica, em torno de uma única atividade econômica. Desenhava-se um novo cenário produtivo com a substituição de atividades artesanais por atividades mecânicas nas fábricas.

Segundo Smith (1982), a sofisticação da divisão parcelada do trabalho e a introdução da máquina no início do capitalismo industrial eram instrumentos de aperfeiçoamento do processo de desenvolvimento desse sistema ampliando a produtividade.

No mundo da fábrica, a cooperação trouxe muitas novidades no planejamento, na organização e na execução do próprio trabalho, com a necessidade de padronizar (homogeneizar) a qualidade dos produtos e dos procedimentos bem como a adoção da disciplina (BORGES et al., 2004).

As estratégias utilizadas para fiscalizar e controlar os trabalhadores fez surgir as funções de direção e supervisão, contudo isto não foi suficiente para favorecer a adaptação do trabalhador à nova realidade. Era necessária uma ideologia do trabalho que o valorizasse em oposição ao ócio. Sendo assim, cria-se uma ideologia que atribui centralidade ao trabalho independente do seu conteúdo, associada ao cumprimento do dever.

O trabalho passou a ser considerado como mercadoria. Desta forma as relações de produção se estabeleciam com caráter de domínio e subordinação. Segundo Marx (1982), o trabalho passa a ser considerado como mercadoria, disciplinado, mecanizado, de larga escala e estritamente supervisionado, com padrões mínimos de exigência, concebidos por especialistas e executados por outros, supondo o livre contrato.

No século XX, o conflito entre o capital e trabalho proveniente da Segunda Revolução Industrial teve como consequência um conjunto de fatos socioeconômicos e políticos, os quais favoreceram o incremento na forma de gerenciar o trabalho e as empresas.

Neste contexto surge o progresso técnico-científico que, segundo Mendes Bezerra (1997), permitiu o desenvolvimento de novas máquinas, a utilização de matérias-primas variadas, ampliação dos meios de produção e expansão dos meios de comunicação e informação. Estes elementos foram os grandes propulsores da Terceira Revolução Industrial conforme Castells (1999).

Taylor (1980), em sua obra *Princípios da Administração Científica*, define como objetivo principal dos sistemas de administração, assegurar, ao mesmo tempo, o máximo de prosperidade ao patrão e ao empregado.

(...) a prosperidade do empregador não pode existir, por muitos anos, se não for acompanhada da prosperidade do empregado e vice-versa (...). É preciso dar ao trabalhador o que ele mais deseja – altos salários – e ao empregador também o que ele realmente almeja- baixo custo de produção (p.31).

Segundo Taylor, o trabalhador faz sempre menos do que pode fazer e quando se interessa em produzir é perseguido pelos outros trabalhadores.

A proposta de Taylor para eliminar as causas que atrasam o trabalho é a substituição dos métodos tradicionais - provenientes da experiência prática - pelos científicos, com a adoção do método dos tempos e movimentos, ou seja, substituir os movimentos lentos e ineficientes por outros rápidos e cadenciados. Sendo assim, Taylor considera necessária a decomposição de cada tarefa em suas operações mínimas e a cronometragem de cada movimento do operário na execução das tarefas, a radicalização da divisão entre concepção (gerência) e execução do trabalho (trabalhadores). Durante a execução do trabalho, o trabalhador deve ser poupado de pensar, o que possibilitará ao trabalhador repetir os movimentos ininterruptamente com rapidez e exatidão.

“O trabalho de cada operário é completamente planejado pela direção, pelo menos, com um dia de antecedência e cada homem recebe, na maioria dos casos, instruções escritas completas que minudenciam a tarefa de que é encarregado e também os meios usados para realizá-lo” (p.51).

O taylorismo instituiu um modelo de organização de trabalho denominado de Organização Científica do Trabalho (OCT). A lógica desse modelo caracteriza-se pela rigidez, separação do trabalho por tarefas e níveis hierárquicos, controle sobre o tempo gasto em cada tarefa, produção em tempo mínimo.

Em síntese, as idéias de Taylor foram tentativas de modelar o trabalhador de forma a se comportar com o mesmo padrão de uma máquina, produzindo sem racionalidade.

Posteriormente, surgiu o Fordismo caracterizado por contribuições tecnológicas (mecanização) e econômicas (produção em massa). A lógica do fordismo era produção em massa e o consumo em grandes quantidades, portanto era necessário pagar bem aos trabalhadores para que pudessem consumir.

No final do século XX ocorreu a Terceira Revolução Industrial provocando, mais uma vez, transformações no mundo do trabalho, provenientes do avanço tecnológico, a automação, a robótica e a microeletrônica que invadem as fábricas e afetam as relações sociais de trabalho e de produção do capital.

Segundo Antunes (2005), o modelo taylorista/fordista, no qual o cronômetro e a produção em massa se inserem, é substituído pelo modelo de flexibilização da produção, baseado na especialização flexível.

Segundo Harvey :

“a acumulação flexível é marcada por um confronto direto com a rigidez do fordismo. Ela se apóia na flexibilização dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento dos setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente significadas de inovação comercial, tecnológica e comercial. A acumulação flexível envolve rápidas mudanças dos padrões do desenvolvimento desigual, tanto entre setores como entre regiões geográficas, criando, por exemplo um vasto movimento no emprego no chamado “setor de serviços” como em conjuntos industriais completamente novos em regiões até então subdesenvolvidas”(2004, p.140).

A partir dessas reformulações Harvey considera que a acumulação flexível ainda é uma forma própria do capitalismo e apresenta três características essenciais para explicar o modo de produção: a *primeira* está voltada para o crescimento; a *segunda* estabelece que o crescimento em valores reais se apóia na exploração do trabalho vivo; e a *terceira* que o capitalismo tem uma dinâmica tecnológica e organizacional. A consequência desse processo, na esfera do

trabalho, é que o *trabalho organizado foi solapado* (Harvey, 2004, p.141), o que implicou em altos níveis de desemprego estrutural, pequenos ganhos salariais e retrocesso da ação dos sindicatos.

De acordo com essas experiências da acumulação flexível, foi o modelo japonês – o Toyotismo – que provocou maior impacto no mundo do trabalho através da revolução técnica que operou na indústria japonesa. Este modelo é caracterizado fundamentalmente, pela busca de novos padrões de produtividade, surgimento da microeletrônica, flexibilização da organização e produção do trabalho e busca pela qualidade total (CASTELLS,1999; ANTUNES, 2005).

Nesse contexto, a classe trabalhadora tornou-se fragmentada, heterogeneizada, complexa e precarizada (ANTUNES, 2005). O autor ressalta que é expressivo o contingente da força de trabalho de mulheres em novos setores como a indústria microeletrônica e de serviços, “*o que possibilitou a incorporação e o aumento da exploração da força de trabalho das mulheres em ocupações de tempo parcial, em trabalhos domésticos subordinados ao capital*” (ANTUNES, 2005 p.53).

Exige-se do trabalhador agilidade e criatividade, capacidade para desenvolver várias tarefas (multifuncional), possuir vários conhecimentos (polivalência) e desenvolver habilidades e competências para o trabalho em equipe.

Os determinantes histórico-sociais desse processo são a terceirização e a flexibilização da produção. A terceirização caracteriza-se por contratos de trabalho por tempo determinado, por tempo parcial e prestação de serviços. Verifica-se, nesta tendência, a precariedade do emprego e da remuneração, a desregulamentação das normas legais com relação às condições de trabalho, a diminuição dos direitos sociais, a ausência de proteção e de representatividade dos sindicatos, estabelecendo situações de insegurança no trabalho e contratos de trabalho individualizados.

Segundo Antunes (2005), a flexibilização é representada pela contratação de trabalhadores temporários, redução do número de trabalhadores, horas extras e direitos flexíveis.

Neste processo, citando Antunes, constata-se de um lado a *intelectualização do trabalho manual*, mas de outro, o inverso, uma *desqualificação e subproletarização intensificadas*, marcadas pelo trabalho precário, informal, parcial e subcontratado.

Mészáros (1989) já evidenciava as tendências apontadas por Antunes e concluía que a intelectualização do trabalho manual é coerente e compatível com o avanço tecnológico, mas a desqualificação está sintonizada com o modo de produção capitalista, com sua lógica destrutiva e com a diminuição de bens e serviços.

Para entender as mudanças ocorridas no processo e na organização do trabalho deve-se levar em conta a fundamentação histórica destes, pois as transformações evidenciadas devem ser consideradas como fonte potencial de desgaste físico e mental à saúde do trabalhador. As repercussões sobre a saúde do trabalhador encontram-se associadas, principalmente, às limitações do trabalhador sobre o próprio trabalho, no nível de exigências requeridas e na impossibilidade da livre manifestação da capacidade criativa do trabalhador no desenvolvimento de suas tarefas.

3.2 AS RELAÇÕES ENTRE TRABALHO E SAÚDE.

No contexto brasileiro, na cultura do século XX, pode-se observar a dinâmica da *flexibilização* (Brasil, 2001). As situações a que os trabalhadores estão submetidos tais como sobrecarga de trabalho, excesso ou ausência de trabalho, rapidez na realização da tarefa, necessidade de tomar decisões, fadiga por esforço físico, excessiva carga horária de trabalho e mudanças no trabalho podem ser fatores determinantes de diversas patologias desde os transtornos de ajustamento ou reações ao estresse até as depressões graves e incapacitantes, variando de acordo com o contexto e a forma como o indivíduo responde diante da situação vivenciada.

Apesar de todas as transformações no mundo do trabalho que afetam diretamente a classe trabalhadora, para Antunes (2005) não é possível eliminar o trabalho concreto “indispensável à existência do homem - quaisquer que sejam as formas de sociedade - [como] necessidade natural e eterna de efetivar o intercâmbio material entre o homem e a natureza, e, portanto de manter a vida humana.

A maneira como se estrutura a produção e se organiza o processo de trabalho, associado às condições ambientais, impõe aos trabalhadores exposições

que afetam a sua saúde biopsíquica. Segundo Laurell (1989), as condições de trabalho e suas patologias estão estreitamente relacionadas à organização do trabalho vigente em um determinado espaço social, definindo valores e regras da sociedade. Nesta perspectiva, as concepções de trabalho e saúde estão associadas e devem ser compreendidas na sua dimensão política e econômica.

Segundo Oliveira e Vasconcelos (2005) a saúde:

“é a expressão biopsicossocial, forjada a partir de todas as relações que o homem estabelece com a natureza, impõe - se ou expõe-se nas diversas relações que se estabelece com o trabalho, com o meio ambiente, com as possibilidades de moradia, alimentação, transporte, enfim, nas instâncias que dão suporte a vida e ainda na instância privilegiada das relações entre as pessoas“ (p.18).

Acrescenta-se à concepção de saúde, dada pelos autores citados, ainda as possibilidades de educação, emprego, renda, liberdade e acesso a serviços de saúde. Portanto, a saúde é um conjunto complexo de satisfação de necessidades concretas e de condições efetivas de cidadania, que é atravessada pelas condições concretas de inserção dos indivíduos na estrutura social e, em especial, de inserção em processos de produção e de trabalho específicos.

3.3 ABORDAGENS TEÓRICO-METODOLÓGICAS SOBRE PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

No campo da saúde do trabalhador, existem diversas abordagens teórico-metodológicas que adotam diferentes enfoques para investigar as relações entre o trabalho nas organizações capitalistas, condições de trabalho e repercussões sobre a saúde, quais sejam: a do modo de vida (POSSAS,1989), a do desgaste (LAURELL e NORIEGA, 1989), a do estresse (GARDELL,1982; EYES e STERLING,1977; GARFIELD, 1983; KARASEK, 1979) e a psicodinâmica do trabalho (DEJOURS, 1989; 1992).

Consubstanciado na concepção marxista de trabalho e na determinação da relação saúde – doença como processo social, historicamente determinado, o modelo do desgaste de Laurell e Noriega (1989) adotam o processo de trabalho como categoria central para a compreensão dos nexos bio-psico-sociais que repercutem no processo saúde-doença.

A carga de trabalho é a categoria que permite analisar o processo de trabalho, o caráter e a interação que produzem o desgaste das capacidades vitais do trabalhador.

Portanto, de acordo com Laurell e Noriega (1989)

“o conceito de ‘desgaste’ permite consignar as transformações negativas, originadas pela interação dinâmica das cargas, nos processos biopsíquicos humanos. O desgaste pode ser definido, então, como a perda de capacidade efetiva e/ ou potencial, biológica e psíquica. Ou seja: não se refere a algum processo particular isolado, mas ao conjunto de processos biopsíquicos” (p. 115).

Possas (1989, p.13) trouxe importantes contribuições para a compreensão do processo saúde-doença do trabalhador, ao eleger, como categorias centrais de análise “*as relações entre a inserção ocupacional e o modo de vida do trabalhador*”. Possas (1989) refere-se à inserção socioeconômica como mediador de fatores relacionados “ao modo de vida (estilo de vida e condições de vida)” e “inserção ocupacional (o mercado de trabalho, condições e processos de trabalho)” a que o trabalhador está exposto.

No Brasil, a estrutura ocupacional formal e informal e a coexistência de realidades sociais e econômicas muito distintas, misturando modernidade e atraso, riqueza e pobreza, dificultam os estudos que incorporam a categoria ocupação. Desta forma, os riscos não se distribuem igualmente na sociedade, pois dependem das condições de vida e de trabalho às quais o indivíduo está exposto.

Percebem-se nessas duas abordagens contribuições relevantes para a compreensão do binômio saúde-doença em relação ao contexto social mais amplo, onde se conforma e se processa o trabalho, a partir dos determinantes socioeconômicos do sistema capitalista, fundamentados na teoria marxista ou em teorias críticas. Portanto, para a compreensão dos processos saúde-doença torna-se necessário considerar os aspectos específicos relacionados com a organização e condição de trabalho, numa interação com aspectos mais gerais da vida como o modo e as condições de vida do trabalhador.

Na vida moderna o ambiente de trabalho tem - se modificado em função do avanço das tecnologias com mais rapidez do que a capacidade do homem adaptar-se ao ritmo que impõe as organizações de trabalho. Os profissionais vivem tensão não só no ambiente de trabalho como na vida cotidiana. Portanto, além das responsabilidades ocupacionais, da competitividade nas organizações, da necessidade constante de qualificação, o homem tem que lidar com os estressores da vida em sociedade, como a manutenção da família, segurança, entre outros. É provável que esses fatores também sejam responsáveis pela dificuldade de adaptação que levam ao estresse.

O tipo de desgaste e as relações às quais o homem está submetido nos ambientes de trabalho são fatores determinantes de doenças físicas e mentais. O desgaste emocional é fator significativo na determinação de transtornos mentais, como por exemplo, depressões, ansiedade, doenças psicossomáticas, entre outras.

Os fatores psicossociais são importantes no processo de saúde-doença dos indivíduos, mas sua avaliação deve ser feita considerando, segundo Cassel (1974), a natureza e a propriedade dos estressores psicossociais, as controvérsias sobre o caráter invariável dos estressores e os aspectos subjetivos envolvidos na interpretação desse caráter. Sendo assim, Cassel (1974) aponta duas possibilidades para resolver o dilema entre a natureza e a propriedade dos estressores psicossociais: a primeira seria identificar “as características dos sinais e símbolos” que provocam alterações neuroendócrinas, podendo identificar uma classe geral de

estressores, embora reconhecendo que as diferenças individuais podem gerar reações distintas aos sinais e símbolos; e a segunda possibilidade seria considerar os processos psicossociais como bidimensionais - uma categoria estressora e outra protetora ou benéfica. Nesta concepção, devem-se considerar os apoios sociais como fatores psicossociais que protegem os indivíduos em situações estressoras.

Para França e Rodrigues (2002), o estresse é resultado de uma relação particular entre a pessoa, seu ambiente e as circunstâncias às quais está submetida. Logo, o estresse, por si só, não desencadeia uma disfunção ou doença. Assim, o estresse ocupacional decorre de situações a partir das quais a pessoa percebe o seu ambiente de trabalho como ameaçador, exigindo demandas excessivas e falta de recursos psicológicos para enfrentar a situação. Portanto, podem-se considerar a condição da organização do trabalho e o ambiente físico como elementos estressores.

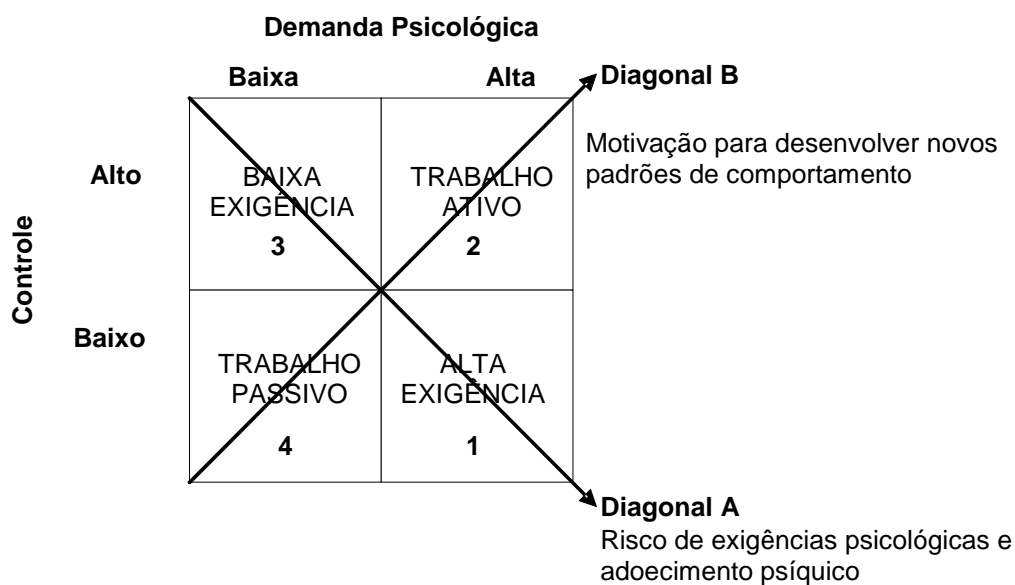
No âmbito desta vertente observa-se uma preocupação crescente com os fatores psicossociais em situações específicas de trabalho. Robert Karasek (1979) propôs um modelo denominado *modelo demanda-controle*, com abordagem bidimensional considerando os seguintes elementos no ambiente de trabalho: as demandas psicológicas (exigências psicológicas na realização das tarefas); e o controle sobre o próprio trabalho (grau de controle no uso de habilidades e autonomia de decisão). A situação saudável seria a que permitisse o desenvolvimento do trabalhador, alternando exigências e períodos de repouso com o controle sobre o processo de trabalho.

As dimensões demanda e controle envolvem aspectos essenciais do processo de trabalho. O controle compreende aspectos referentes ao uso de habilidades (criatividade, aprendizado de coisas novas, variedade de tarefas realizadas e desenvolvimento de habilidades especiais) e à autoridade decisória (liberdade de decidir como realizar as tarefas, possibilidade de opinar sobre o trabalho e de influenciar a política gerencial). A demanda psicológica refere-se às exigências psicológicas que o trabalhador enfrenta na realização das suas tarefas: concentração intensa, pressão do tempo para realização de tarefas, ritmo e volume de tarefas a serem realizadas (ARAÚJO et al., 2003).

A combinação de níveis de controle e de níveis de demanda psicológica estrutura quatro tipos básicos de experiência no trabalho: baixa exigência (alto controle e baixa demanda); trabalho ativo (alto controle e alta demanda); trabalho

passivo (baixo controle e baixa demanda) e alta exigência (baixo controle e alta demanda). O modelo bidimensional de Karasek, assim, é representado por quatro quadrantes e atravessados por duas diagonais. A diagonal B parte do 4º quadrante (trabalho passivo) para o 2º quadrante (trabalho ativo), indicando motivação para desenvolver novos padrões de comportamento, e a diagonal A atravessa o 3º quadrante (baixa exigência) para o 1º quadrante (alta exigência), expressando risco de adoecimento físico e psíquico (Figura 1).

FIGURA 1 – Modelo bidimensional de demanda-controle de Karasek



Fonte: Karasek (1979)

Outro modelo teórico proposto é o da psicodinâmica/psicopatologia do trabalho que enfatiza a centralidade do trabalho na vida dos trabalhadores, analisando os aspectos dessa atividade que podem favorecer a saúde ou a doença.

Segundo Dejours (1992), estudos sobre as condições de trabalho têm demonstrado a existência de fatores de agressão à saúde relacionados com o trabalho. Deterioração, desgaste, envelhecimento precoce são implicações das diferentes relações do homem com o seu trabalho. Ao analisar a inter-relação entre saúde mental e trabalho considera a organização do trabalho como estruturante dos efeitos negativos ou positivos que podem exercer sobre o funcionamento psíquico e à vida mental do trabalhador.

Para Dejours (1992) há uma relação crucial entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico dos homens e quando estas dimensões entram em conflito, ficam bloqueadas as possibilidades entre a organização social e o desejo dos sujeitos, fazendo surgir o sofrimento patológico.

Para Codo, Sampaio e Hitomi (1993), a organização do trabalho exerce sobre o homem uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico. Em determinadas condições emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos e uma organização do trabalho que já não permite fazer nenhuma modificação na realização da tarefa no sentido de torná-la mais integrada às necessidades fisiológicas e aos desejos psicológicos, isto é, quando a relação homem-trabalho é bloqueada.

Do choque entre a história individual, com projetos, esperanças e desejos, e uma organização do trabalho que os ignora, resulta um sofrimento que se traduz em insatisfação, medo e angústia no trabalho (DEJOURS, 1989).

A complexa relação entre saúde-doença mental e trabalho, muitas vezes, extrapola os limites de uma determinada abordagem, com empregos de conceitos e procedimentos diversos, entretanto, realizadas a partir de uma reflexão crítica, apresentam argumentos consistentes e não ocasionais, sustentando a estreita relação entre características/condições do trabalho e efeitos sobre a saúde física e mental, dos trabalhadores (JACQUES, 2003).

Neste estudo são investigados aspectos relativos às condições de vida e inserção ocupacional, ao se considerar que o estilo e o modo de vida dos trabalhadores constituem elementos indispensáveis na investigação da saúde. Outro aspecto a ser considerado diz respeito aos fatores psicossociais relacionados ao trabalho, adotando - se o modelo proposto por Karasek, (1979).

Deve-se assinalar, entretanto, que devido à complexidade e a abrangência dos modelos acima apresentados, a proposta de estudo aqui desenvolvida não se esgota em si mesma, representa apenas uma possibilidade de aproximação do complexo objeto investigado (as relações entre características do trabalho e a saúde mental dos trabalhadores). Os fatores e as múltiplas determinações de ordem econômica, política, social e cultural, muitas dessas dimensões não abordadas neste estudo, interferem nas condições de vida e de trabalho, portanto, numa perspectiva mais ampla devem ser consideradas

3.4 SAÚDE MENTAL E TRABALHO

No campo da saúde mental, os transtornos mentais comuns têm ganhado relevância e se constituem umas das principais morbidades que atingem os trabalhadores. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) estima-se a ocorrência de índices de 25% de transtornos mentais comuns (TMC) e 5 a 10% de transtornos mentais graves. Fatores como pobreza, sexo, idade, doenças físicas, fatores familiares e ambientais são apontados como determinantes de TMC.

As transformações ocorridas no mundo do trabalho, segundo Campos (1997), revelam o panorama dramático a que o trabalhador está submetido. As inovações tecnológicas, mudanças no processo de trabalho e as novas formas de organização do trabalho são implementadas através da cultura da exploração e violência no trabalho, reforçado pelo medo do desemprego. É na esteira desse contexto que o trabalho pode levar ao aparecimento das doenças, principalmente as psicossomáticas e mentais.

No Brasil, as estatísticas do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS, 2002) referem que apenas entre os trabalhadores com registro formal, os transtornos mentais ocupam a terceira posição entre as causas de concessão de benefício previdenciário como auxílio doença, afastamento do trabalho por mais de quinze dias e aposentadoria por invalidez. Araújo (1999) considera também como características associadas à elevação da prevalência de transtornos mentais comuns fatores como as diferenças de gênero, as condições de trabalho, desemprego, as características sociodemográficas e características do trabalho doméstico ou dupla jornada de trabalho – profissional e doméstico.

Ludermir (2005) considera a insegurança no trabalho, a ausência de proteção trabalhista, baixos salários como fatores de ocorrência de TMC entre trabalhadores do mercado informal.

A literatura tem apontado a existência de associação entre fatores socioeconômicos e os transtornos mentais comuns. Ludermir e Mello-Filho (2002) realizaram um estudo em Olinda-PE com o objetivo de identificar a prevalência de TMC e avaliar associação com condições de vida e inserção na estrutura ocupacional, e concluíram que a baixa escolaridade, baixa renda e exclusão do

mercado formal de trabalho proporcionam situações de estresse e contribuem para a produção de TMC.

Estudos de epidemiologia psiquiátrica têm verificado a associação de TMC com as condições de vida (a escolaridade, posses de bens duráveis e condições de moradia) e a estrutura ocupacional (renda, ocupação, exclusão do mercado de trabalho). Para Lopes et al. (2003), fatores ambientais desfavoráveis também estão associados ao surgimento de transtornos mentais, destacam ainda que a doença mental pode provocar prejuízos sociais na vida do indivíduo, como baixo nível educacional, desemprego e ruptura das relações sociais.

A situação de trabalho associa-se, direta ou indiretamente com as alterações físicas, químicas e biológicas que provocam danos à saúde. Outro aspecto é que também a violência urbana afeta as mais variadas situações de trabalho, principalmente entre os bilheteiros, motoristas, cobradores, vigilantes e bancários (GLINA, 2001).

Em outro estudo realizado em funcionários do setor administrativo no Rio de Janeiro Lopes et. al (2003), a partir das variáveis sociodemográficas observaram que dificuldades financeiras graves, ter sido vítima de agressão física, rompimento da relação amorosa, mudança forçada de moradia e problemas sérios de saúde foram eventos fortemente associados aos transtornos mentais. Portanto, os TMC constituem-se um problema de saúde pública que atinge a população em geral e, em especial, os trabalhadores, cujos fatores de risco envolvem tanto o ambiente de trabalho, quanto as condições de vida, repercutindo no cotidiano deste grupo populacional específico.

Diante do exposto pode-se considerar uma estreita relação entre as transformações do trabalho e o processo de sofrimento e desgaste mental que experimentam os trabalhadores, submetidos às formas de exploração e violência no trabalho, revelando incerteza sobre o futuro, efeitos em relação à sua saúde física e, principalmente, à saúde mental.

Materiais e Métodos

4 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo utilizou informações coletadas na pesquisa “Distúrbios Psíquicos Menores: estimativas de prevalência e validação de instrumento diagnóstico (SRQ-20) em zona urbana de Feira de Santana”, realizada pelo Núcleo de Epidemiologia da Universidade de Feira de Santana (UEFS).

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, de corte transversal, também denominado de pontual, seccional ou de prevalência. Segundo Rouquayrol (1995) este tipo de estudo se caracteriza como uma pesquisa em que a relação exposição-doença é investigada em um determinado grupo ou comunidade, onde fator e efeito são observados num dado momento histórico. É considerado um ótimo método para detectar freqüências, da doença e de fatores de risco; grupos na população que estão mais afetados ou menos afetados.

Este tipo de estudo se caracteriza pela simplicidade, baixo custo, rapidez e objetividade na coleta, além de descrever as características dos eventos numa população, dos fatores a ela relacionados com o objetivo de identificar casos ou detectar grupos de risco e privilegiar medidas de intervenção imediatas, possibilita investigar as condições ou estados que podem levar à doença, e não simplesmente os estados de doença.

Algumas desvantagens devem ser consideradas: como agravos de baixa prevalência que exigem amostra de grande tamanho; possível erro de classificação, viés de prevalência, ou seja, pacientes curados ou falecidos não aparecem na casuística de casos (PEREIRA, 2005).

É importante, enfatizar, neste tipo de estudo, a dificuldade em identificar o que apareceu primeiro, se foi o fator de exposição ou a doença. Desta forma as inferências sobre relação causa-efeito são prejudicadas ou impossíveis de serem feitas.

4.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo foi realizado na zona urbana do município de Feira de Santana no período de setembro a dezembro de 2002.

O município de Feira de Santana, de acordo com as informações do DATASUS www.datasus.gov.br (2005), possui uma população de 527.625 habitantes, sendo 275.680 (52,25%) mulheres e 251.945 (47,5%) homens. Está distante da capital, Salvador, cerca de 109 Km, localizada numa zona de planície entre o Recôncavo e os tabuleiros semi-áridos do nordeste baiano, sendo a porta de entrada para o sertão da Bahia. Situa-se num entroncamento rodoviário de grande circulação de pessoas e mercadorias, sendo o comércio e a pecuária (gado bovino, principalmente) os pontos fortes de sua economia.

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Para o cálculo do tamanho da amostra do projeto-mãe foi assumido estimativas de prevalência estudada de transtornos mentais comuns 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 indivíduos para a primeira etapa do estudo - etapa de triagem. A população estudada 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.

4.4 AMOSTRA

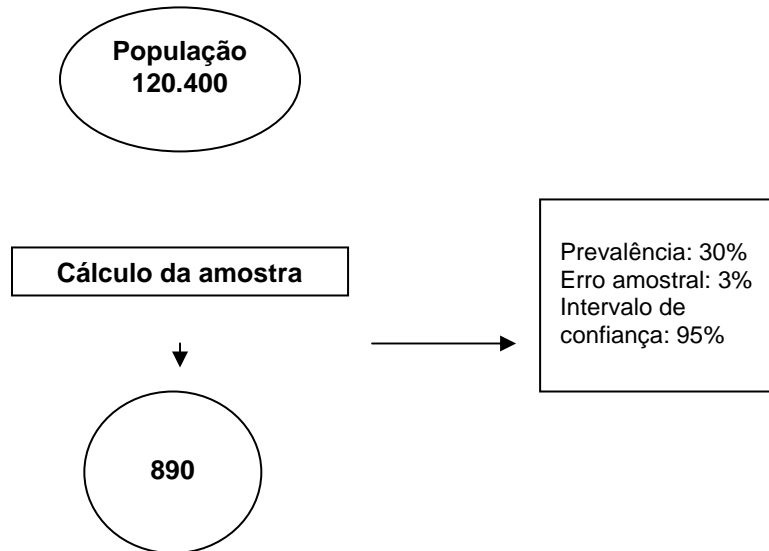
A seleção da amostra na pesquisa “Distúrbios Psíquicos Menores: estimativas de prevalência e validação de instrumento diagnóstico (SRQ-20) em zona urbana de Feira de Santana” foi feita de acordo com os seguintes procedimentos:

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 dos setores censitários a serem incluídos na amostra em cada subdistrito;
5. Seleção aleatória das ruas a serem incluídas 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 elegíveis, compondo a amostra a ser estudada.

Para reduzir o percentual de perdas, foi adotado o procedimento de realizar até três visitas por domicílio.

Para o presente estudo que investigou a população de trabalhadores foi recalculado o tamanho da amostra considerando as estimativas do número de trabalhadores de Feira de Santana (120.400 trabalhadores, segundo o DIEESE (2002)) e as estimativas de prevalências obtidas em grupos de trabalhadores na Bahia mantidos os parâmetros acima mencionados (erro amostral de 3%, com 95% de confiança). A partir desses parâmetros chegou-se ao tamanho da amostra de 890 trabalhadores.

FIGURA 2 - Fluxograma de cálculo amostral



A amostra utilizada neste estudo foi de 1.311 trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana - Ba, o que ultrapassou o valor definido pelo cálculo amostral de 890.

Foram incluídos neste estudo os trabalhadores que, no momento da pesquisa, desenvolviam atividade laboral remunerada com ou sem vínculo empregatício.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Na coleta de dados foram utilizados dois tipos de instrumentos, a ficha domiciliar incluindo informações gerais do domicílio e o questionário individual contendo dados referentes às características sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, entre outras), condições de vida (chefia da família, renda, tipo de moradia), hábitos de vida, saúde reprodutiva, trabalho doméstico, atividades de lazer e atos de violência. Além dessas informações, as questões sobre a saúde mental foram obtidas através da aplicação do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Os aspectos psicossociais relacionados ao trabalho foram avaliados através do *Job Content Questionnaire* (JCQ).

Para este estudo fez-se uso dos blocos de questões referentes às características sociodemográficas, condições de vida, SRQ-20 e JCQ.

4.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO

- Variável dependente: Transtorno Mental Comum (TMC)

O Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) é um instrumento utilizado para avaliação da saúde mental, recomendado pela Organização Mundial de Saúde e desenvolvido por Harding et al. (1980). Trata-se de um questionário auto-aplicável, composto de 20 questões com respostas dicotômicas (Sim/Não) para detectar morbidade psíquica não psicótica.

No Brasil, o SRQ-20 foi validado por Mari (1986), estimando como ponto de corte “ótimo” 7/8, ou seja, os indivíduos que responderam sete questões ou mais positivamente foram considerados suspeitos de serem portadores de transtornos mentais comuns.

- Variáveis descritoras

Considerando que este estudo é do tipo exploratório, com o intuito de descrever prevalências de TMC segundo um conjunto de possíveis fatores de risco, em especial, fatores relacionados ao trabalho, o mesmo avaliou a prevalência de TMC segundo as variáveis:

- Características sociodemográficas: sexo, idade, escolaridade e renda.
- Características do trabalho: tipo de contrato de trabalho (formal e informal), carga horária semanal de trabalho, setor de trabalho (comércio, indústria, transporte, educação, serviços em geral e serviços domésticos)

Para avaliação dos aspectos psicossociais do trabalho referente ao controle e demanda do trabalho foi utilizado o Job Content Questionnaire (JCQ), proposto por Karasek (1985).

O Job Content Questionnaire (JCQ), ou Questionário do Conteúdo do Trabalho é um instrumento desenhado para medir aspectos psicossociais do trabalho. O JCQ é composto de 49 questões, sendo que 27 questões estão relacionadas da seguinte forma: 9 questões abordando controle sobre o trabalho; 9

questões sobre carga psicológica do trabalho; 5 questões sobre carga física do trabalho e 4 questões sobre insegurança no emprego, além dessas questões foram incorporadas questões sobre suporte social, controle sobre o trabalho ao nível da estrutura organizacional e insegurança no emprego.

O JCQ mais recente contém as escalas de: a) Controle sobre o próprio trabalho incluindo: uso de habilidades (6 questões), autoridade decisória (3 questões) e autoridade decisória no nível macro (8 questões); b) Demanda Psicológica: 9 questões; c) Demanda Física: 5 questões e d) Suporte social -11 questões: proveniente da chefia: (5 questões) e proveniente dos colegas de trabalho: 6 questões; e) Insegurança no trabalho: 6 questões e f) Uma questão sobre nível de qualificação exigida para o trabalho que é executado (corresponde ao nível de instrução que é requerido no posto de trabalho ocupado) (ARAUJO et al., 2003).

Trata-se de questionário estruturado, avaliadas em escalas do tipo *Likert* que variam de 1 (discordo fortemente) a 4 (concordo fortemente) divididos em blocos conforme escalas acima descritas.

4.7 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados coletados foram armazenados em banco de dados utilizando o programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), na versão 10.0. Para análise e processamento dos dados também se utilizou o Epi Info versão 6.0 e o "R" The R Foundation for Statistical Computing versão 2.2.1.

Na primeira fase foi realizada a análise da qualidade do banco de dados através da listagem das freqüências simples de todas as variáveis, a fim de observar a qualidade da digitação e corrigir os erros encontrados. Considerou-se para a variável cor da pele a definição dada pelo entrevistado (cor auto-referida).

Inicialmente foi realizada análise descritiva e exploratória da população estudada segundo características sociodemográficas e características do trabalho. Posteriormente, foi realizada a análise univariada para examinar associações das variáveis investigadas e a ocorrência de Transtornos Mentais Comuns (TMC). Em seguida foram calculadas as taxas de prevalência, razões de prevalência (RP) com cálculo de intervalos de 95% de confiança para significâncias estatísticas. Também

foi utilizado o teste qui-quadrado para avaliação de associação entre as variáveis de interesse, adotando-se $p \leq 0,05$ para associação estatisticamente significativa.

Em seguida, com o objetivo de realizar a avaliação simultânea das variáveis estudadas realizou-se análise de regressão logística múltipla (ARLM) de natureza exploratória.

A regressão logística é apropriada para a análise da relação entre uma variável dependente binária e variáveis discretas ou contínuas, permitindo estimar a contribuição independente das variáveis incluídas na análise, para fins de predição ou explicação do efeito estudado. O objetivo da regressão logística é achar o modelo mais adequado, parcimonioso e biologicamente razoável para descrever as relações entre uma variável dependente e um conjunto de variáveis independentes (Hosmer; Lemeshow, 1989; Kleinbaum, 1994).

A ARLM foi conduzida conforme os procedimentos recomendados por Hosmer e Lemeshow (1989), e incluiu as seguintes etapas:

- 1ª) Seleção das variáveis a partir dos objetivos do estudo e revisão de literatura, bem como análise do banco de dados;
- 2ª) Verificação de pressupostos do modelo;
- 3ª) Pré-seleção das variáveis para inclusão na análise através do teste de razão de verossimilhança, adotando um valor de $p \leq 0,25$;
- 4ª) ARLM propriamente dita, utilizando procedimento Backward adotando o critério de significância $p < 0,10$, para obtenção do modelo final
- 5ª) Análise de resíduos e diagnóstico da regressão logística múltipla.

A ARLM foi desenvolvida principalmente para análises de estudos de caso-controle, produzindo medidas de OR e não de RP, não sendo assim, recomendado o uso de estimativas de OR, obtida na regressão logística, em estudos de efeitos com elevada ocorrência. Como a prevalência de transtornos mentais esperada neste estudo foi estimada em 30%, distanciando-se dos parâmetros estimados para OR, foi necessário proceder-se ao cálculo das estimativas de RP. Com base nos parâmetros do modelo final, foram estimadas as razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança, utilizando um programa específico o Método Delta, desenvolvido por Oliveira, Santana e Lopes (1997) especificamente para esse fim disponível no pacote estatístico do R.

4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto mãe foi apresentado ao Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos do Hospital São Rafael em Salvador-Ba e aprovado sob o protocolo 17/01 conforme prevê a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, para garantir o sigilo da identidade dos trabalhadores envolvidos no estudo, respeitando-lhes o direito à privacidade.

Os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com as orientações da Comissão de Ética em pesquisa e da Resolução 196/96 sobre ética em pesquisa com seres humanos em consonância com o princípio da autonomia, garantindo-os evitar danos previsíveis, lhes assegurando benefícios e mínimo de riscos, total confidencialidade, e ainda, que os dados coletados seriam utilizados única e exclusivamente para fins de publicações científicas.

O uso das informações do banco de dados mencionado anteriormente foi do banco de pesquisa. O projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, tendo sido aprovado.

Resultados

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES

Na população estudada evidenciou - se percentuais similares entre homens e mulheres, com ligeiro predomínio para o sexo masculino (50,2%) (Tabela 1). A faixa etária predominante foi de 20 a 39 anos (55,4%), portanto, uma população relativamente jovem. A baixa escolaridade foi marcante entre os trabalhadores estudados: 43,5% relataram possuir o ensino fundamental e apenas 6,3% o nível superior. A população de trabalhadores de acordo com a situação conjugal revelou maior frequência de casados (51,5%). Quanto à cor da pele, 57,1% dos trabalhadores auto-referiram cor parda. Com relação ao rendimento mensal verificou-se que 44,5% dos trabalhadores ganhavam de um até três salários mínimos. Foi identificada também a permanência dos trabalhadores no município de Feira de Santana indicando que 94,1% residiam há mais de dois anos nesta cidade.

TABELA 1 Distribuição das características sociodemográficas entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana/ BA, 2002

Características Sociodemográficas	N	%
Sexo (N = 1.311)		
Feminino	653	49,8
Masculino	658	50,2
Faixa Etária (N = 1.311)		
15 - 19 anos	133	10,1
20 - 29 anos	395	30,1
30 - 39 anos	332	25,3
40 - 49 anos	252	19,2
50 anos ou mais	199	15,2
Escolaridade (N = 1.304)		
Analfabeto	103	7,9
Ensino Fundamental	567	43,5
Ensino Médio	552	42,3
Superior	82	6,3
Cor da pele (N = 1.294)		
Branca	276	21,3
Parda	739	57,1
Preta	227	17,3
Outras*	52	4,0
Situação Conjugal (N = 1.304)		
Casado/União livre	672	51,5
Solteiro	507	38,9
Viúvo	36	2,8
Divorciado/Desquitado/Separado	89	6,8
Renda (N = 1.188)		
< 1 salário	479	40,3
1 a 3 salários	529	44,5
3 a 5 salários	108	9,1
>5 salários	72	6,1
Migrante (N = 1.293)		
Sim	662	51,2
Não	631	48,8
Tempo de residência em Feira de Santana (N = 1.311)		
< 1 ano	57	4,3
1 a 2 anos	21	1,6
>2 anos	1233	94,1

* Amarela/indígena/não sabe

O comércio foi o setor que mais empregou os trabalhadores estudados, representando 38,8% do total, seguido pelo setor de serviços em geral (27,8%) (Tabela 2). Como ocupação principal destacou-se os trabalhadores do comércio (48,8%). Os dados revelaram que 76,2% dos trabalhadores começaram a trabalhar com idade entre 15 a 18 anos.

O trabalho regular era desempenhado por 84,4% dos trabalhadores. O vínculo de trabalho mais expressivo foi o assalariado com e sem comissão (35,1%), seguido do profissional autônomo (34,1%). A maioria dos trabalhadores (66,2%) trabalhavam 6 ou mais dias na semana. Em relação ao turno de trabalho, 80,5% trabalhavam durante o dia e apenas 3,4% trabalhavam à noite. Identificou-se elevada jornada de trabalho: a carga horária semanal excedia às 8 horas diárias de trabalho para 38,7%.

TABELA 2 Distribuição das características do trabalho entre trabalhadores da zona urbana de Feira e Santana- BA, 2002

Características do Trabalho	N	%
Setor de Trabalho (N=1219)		
Comércio	473	38,8
Serviços em Geral ¹	339	27,8
Serviços Domésticos	137	11,2
Ensino	84	6,9
Indústria Manufatureira	80	6,6
Transporte	56	4,6
Construção Civil	50	4,1
Tipo de Trabalho (N=1185)		
Regular	1000	84,4
Temporário/Sazonal	185	15,7
Vínculo de Trabalho (N=1127)		
Autônomo	384	34,1
Profissional Liberal	23	2,0
Assalariado com e sem comissão	397	35,1
Biscateiro	110	9,8
Empregado doméstico	110	9,8
Funcionário público	90	8,0
Empregador/empresário	13	1,2
Dias trabalhados por semana (N=1311)		
1 a 5 dias	443	33,8
6 ou mais dias	868	66,2
Turno de Trabalho (N=945)		
Diurno	761	80,5
Noturno	32	3,4
Revesa	152	16,1
Carga Horária Diária de Trabalho (N=1311)		
Até 8hs	803	61,3
> 8hs	508	38,7
Idade que começou a trabalhar (N=1311)		
15 – 18 anos	999	76,2
19 - 25 anos	179	13,7
> 26 anos	133	10,1
Ocupação Principal (N=1240)		
Forças armadas /policiais/bombeiros/militares/G0	1	0,1
Dirigentes de organizações / G1	35	2,8
Profissionais das ciências/artes/ensino / G2	105	8,5
Técnicos de nível médio /G3	84	6,8
Trab. de serviços administrativos / G4	122	9,8
Trab. do comércio / G5	605	48,8
Trab. agropecuários / G6	13	1,0
Trab. da produção / G7	209	16,9
Trab. de bens e serviços/ G8	21	1,7
Trab. da manutenção e reparação / G9	45	3,6

¹ Inclui todos os tipos de serviços, excetuando-se os serviços domésticos.

² Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)

Foram investigadas também, questões relacionadas aos hábitos e estilo de vida dos trabalhadores avaliando diferenças entre o sexo masculino e feminino. Quanto ao consumo de bebida alcoólica foi identificado um maior percentual de consumo entre os homens (67,0%) do que entre as mulheres (30,2%). Quando se questionou sobre o hábito de fumar, 20,4% dos homens relataram serem fumantes contra 12,1% das mulheres.

As práticas de lazer foram avaliadas como item relacionado ao estilo de vida dos trabalhadores. Observaram-se diferenças significantes nos percentuais de participação em atividades de lazer entre homens e mulheres. Constatou-se que 75,2% dos homens referiram praticar atividades de lazer e apenas 38,6% das mulheres as praticavam; ou seja, o percentual dos homens que participavam de atividade de lazer foi cerca de duas vezes maior.

Em relação ao esforço físico envolvido na realização de atividades de lazer, 77,2% das mulheres referiram esforço físico leve, e 47,3% dos homens realizavam atividades moderada/ pesada.

TABELA 3 Distribuição percentual (%) dos hábitos e estilo de vida segundo sexo dos trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana - BA, 2002

Variáveis	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		Total		Valor de <i>P</i>
	N	%	N	%	N	%	
<i>Fuma</i>							
Sim	79	12,1	134	20,4	213	16,3	<0,01
Não	573	87,9	523	79,6	1096	83,7	*
<i>Bebe</i>							
Sim	197	30,2	441	67,0	638	48,7	<0,01
Não	456	69,8	217	33,0	673	51,3	*
<i>Lazer</i>							
Sim	401	61,4	494	75,2	895	68,3	*
Não	252	38,6	163	24,8	415	31,7	<0,01
<i>Esforço físico da atividade de lazer</i>							
Leve	352	77,2	273	52,7	625	64,2	<0,01
Moderada/Pesada	104	22,8	245	47,3	349	35,8	*

Como mostram os dados da Tabela 4, observou-se que os motivos apresentados pelos trabalhadores do sexo feminino e masculino para a prática de atividades regulares de lazer indicaram a necessidade de buscar atividades que possibilitassem a integração e socialização; assim o motivo predominante para 35,4% das mulheres e 34,3% dos homens foi a convivência social, a diversão foi referida por 21,0% das mulheres e 21,5% por homens.

Tabela 4 Distribuição percentual (%) dos motivos da prática de atividades regulares de lazer segundo sexo dos trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana-BA, 2002.

Motivo da prática de atividades regulares de lazer	Feminino		Masculino		Total	
	Sim		Sim		Sim	
	N	%	N	%	N	%
Convivência	401	35,4	487	34,3	888	34,8
Fazer amizades	247	21,8	285	20,0	532	20,8
Diversão	238	21,0	305	21,5	543	21,3
Convívio social	89	7,8	75	5,4	164	6,4
Conhecimento	58	5,2	61	4,3	119	4,7
Praticar esportes	52	4,6	149	10,5	201	7,9
Namorar	46	4,0	53	3,7	99	3,9
É obrigado	2	0,2	4	0,3	6	0,2

Com relação aos tipos de atividades socioculturais realizadas, foi observado que 68,4% das mulheres e 50,7% dos homens referiram visitar amigos. As freqüências de ir à festa, barzinho, seresta e cinema foram muito baixas para ambos os sexos. O hábito de participar de jogos foi mencionado por 34,2% dos homens e 5,6% das mulheres, ir a praia/piscina foi referido por 38,7% das mulheres e 32,4% dos homens (Tabela 5).

Tabela 5 Distribuição percentual (%) das atividades socioculturais de lazer segundo sexo dos trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana-BA, 2002

Atividades Socioculturais	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Visita amigos				
Sim	270	68,4	249	50,7
Não	125	31,6	242	49,3
Festa				
Sim	185	46,8	197	40,1
Não	210	53,2	294	59,9
Barzinho				
Sim	121	30,6	222	45,2
Não	274	69,4	269	54,8
Praia/Piscina				
Sim	153	38,7	159	32,4
Não	242	61,3	332	67,6
Cinema				
Sim	79	20,0	90	18,3
Não	316	80,0	401	81,7
Seresta				
Sim	77	19,5	119	24,2
Não	318	80,5	372	75,8
Jogos				
Sim	22	5,6	168	34,2
Não	374	94,4	323	65,8

Observaram-se, entre os trabalhadores estudados, baixos percentuais para a prática de atividade física tanto para o sexo feminino quanto para o masculino. Apenas 40,3% dos homens referiram praticar futebol/ vôlei (Tabela 6).

Tabela 6 Distribuição percentual (%) das atividades físicas de lazer segundo sexo dos trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana-BA, 2002

Atividades Físicas	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
<i>Ginástica</i>						
Sim	38	9,6	23	4,7	61	6,9
Não	357	90,4	468	95,3	825	93,1
<i>Caminhada</i>						
Sim	81	20,5	53	10,8	134	15,1
Não	314	79,4	438	89,2	752	84,9
<i>Futebol/Vôlei</i>						
Sim	3	0,8	198	40,3	201	22,7
Não	392	99,2	293	59,7	685	77,3
<i>Natação</i>						
Sim	2	0,5	8	1,6	10	1,1
Não	393	99,5	483	98,4	876	98,9
<i>Hidrogenástica</i>						
Sim	15	3,8	3	0,6	18	2,0
Não	380	96,2	488	99,4	868	98,0

5.2 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO

Os aspectos psicossociais do trabalho entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana foram também avaliados. Baixa demanda física foi observada para 54,7% dos trabalhadores estudados, 50,6% tinham alta demanda psicológica.

Cerca de 54% dos trabalhadores referiram alto controle sobre o próprio trabalho.

Em relação ao suporte social global, 76,1% consideraram alto, da mesma forma com suporte dos colegas (76,1%) e suporte com a chefia (54,4%).

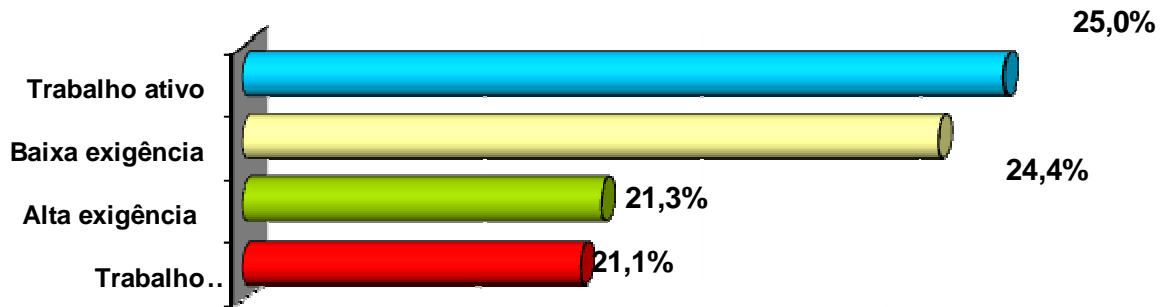
A insegurança no trabalho foi considerada alta para 34,2% dos trabalhadores (Tabela 7).

Tabela 7 Distribuição dos aspectos psicossociais do trabalho em trabalhadores da zona urbana de Feira e Santana-BA, 2002

Aspectos Psicossociais do Trabalho	N	%
<i>Demanda física</i>		
Baixa	694	54,7
Alta	574	45,3
<i>Demanda psicológica</i>		
Baixa	616	49,4
Alta	632	50,6
<i>Controle</i>		
Baixo	577	46,2
Alto	673	53,8
<i>Suporte social global</i>		
Baixa	12	2,5
Alta	466	97,5
<i>Suporte dos colegas</i>		
Baixa	170	23,9
Alta	542	76,1
<i>Suporte da chefia</i>		
Baixa	251	45,6
Alta	300	54,4
<i>Insegurança no trabalho</i>		
Baixa	480	65,8
Alta	249	34,2

Em relação aos aspectos psicossociais do trabalho entre a população investigada foi identificado um maior percentual na tipologia de trabalho ativo (25,0%) e de baixa exigência (24,4%); foram verificados percentuais similares entre o trabalho de alta exigência (21,3%) e trabalho passivo (21,1%) (GRÁFICO 1).

GRÁFICO 1 Distribuição dos trabalhadores de Feira de Santana - BA, 2002 segundo aspectos psicossociais do trabalho (MDC)



Ao avaliar as características laborais dos trabalhadores segundo o modelo demanda-controle, verificou-se que o setor de serviços domésticos apresentou o predomínio de trabalho passivo (40,3%). Na indústria manufatureira o maior percentual foi encontrado na tipologia de trabalho ativo (38,0%), também entre o comércio o trabalho ativo (30,0%) foi predominante. Na construção civil identificou-se o trabalho de alta exigência (34,8%) e no setor ensino predominou o trabalho de baixa exigência (35,0%) (TABELA 8).

As maiores proporções de trabalho regular foram observadas em trabalho em baixa exigência e trabalho ativo: por outro lado, a maior proporção de atividade laboral temporária ou sazonal encontra-se em alta exigência.

O trabalho diurno foi freqüente no trabalho de baixa exigência e trabalho ativo apresentando proporções similares, ao passo que, o trabalho noturno e o revezamento de turno foram predominantes no trabalho ativo (29,6% e 34,5%) respectivamente.

As maiores proporções de carga horária de 8 horas diária de trabalho foram encontradas no trabalho de baixa exigência (28,8%) e mais de 8 horas diárias no trabalho ativo (30,0%) e trabalho de alta exigência (26,5%).

A freqüência de trabalho realizado de 1 a 5 dias na semana foi observado no trabalho ativo (29,8%) e 6 dias ou mais foi identificado no trabalho de baixa exigência (27,6%).

Os trabalhadores que relataram possuir carteira de trabalho assinada foram caracterizados pelo trabalho ativo (26,9%) e trabalho passivo (26,1%) diferentemente daqueles que não possuíam carteira de trabalho assinada observou-se trabalho de baixa exigência (29,2%).

As situações de trabalho predominantes entre os biscateiros e as empregadas domésticas foram similares. Em ambas as ocupações destacaram-se o trabalho passivo (30,2% e 42,9%) e em alta exigência (28,1% e 30,6%).

O perfil também foi semelhante entre autônomos e profissionais liberais, para os quais foi mais freqüente o trabalho em baixa exigência e o trabalho ativo.

Entre os assalariados e os funcionários públicos destacou-se o trabalho ativo, 27,4% e 36,1% respectivamente.

Os trabalhadores que iniciaram suas atividades profissionais entre 15 e 18 anos foram representados pelo trabalho ativo (28,1%); para os que iniciaram entre 19 e 25 anos apresentaram trabalho de baixa exigência (32,3%) e aos que iniciaram com mais de 26 anos pertenciam ao trabalho passivo (30,6%) (Tabela 8).

Tabela 8 Características laborais dos trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana-BA, 2002 segundo os tipos de trabalho do modelo Demanda Controle.

Características do Trabalho	Modelo Demanda-Controle							
	Baixa exigência		Trabalho ativo		Trabalho passivo		Alta exigência	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Setor de Trabalho								
Serviços Domésticos	29	23,4	7	5,6	50	40,3	38	30,6
Construção Civil	12	26,1	13	28,3	5	10,9	16	34,8
Ind. Manufatureira	15	21,1	27	38,0	11	15,5	18	25,4
Comércio	118	26,6	133	30,0	85	19,2	107	24,2
Transporte	14	29,2	11	22,9	10	20,8	13	27,1
Ensino	28	35,0	26	32,5	15	18,8	11	13,8
Serviços em geral	91	29,1	91	29,1	76	24,3	55	17,6
Tipo de Trabalho								
Regular	266	28,7	259	27,9	198	21,3	205	22,1
Temporário/ Sazonal	39	22,8	42	24,6	44	25,7	46	26,9
Turno de trabalho								
Diurno	182	25,9	179	25,5	168	23,9	173	24,6
Noturno	6	22,2	8	29,6	7	25,9	6	22,2
Revesamento	27	18,6	50	34,5	36	24,8	32	22,1
Carga horária								
Até 8 horas	215	28,8	191	25,6	182	24,4	158	21,2
Mais de 8 horas	105	23,0	137	30,0	94	20,6	121	26,5
Dias de trabalho								
1 a 5 dias	100	24,6	121	29,8	96	23,6	89	21,9
6 dias ou mais	220	27,6	207	26,0	180	22,6	190	23,8
Carteira assinada								
Sim	87	23,2	101	26,9	98	26,1	89	23,7
Não	210	29,2	196	27,3	149	20,7	164	22,8
Vínculo de trabalho								
Biscateiro	22	22,9	18	18,8	29	30,2	27	28,1
Autônomo	117	33,4	124	35,4	35	10,0	74	21,1
Profissional Liberal	9	40,9	9	40,9	2	9,1	2	9,1
Assala. c/ e s/ comissão	88	23,4	103	27,4	100	26,7	84	22,4
Empregado doméstico	22	22,4	4	4,1	42	42,9	30	30,6
Funcionário público	21	25,3	30	36,1	18	21,7	14	16,9
Empregador/empresário	3	23,1	2	15,4	6	46,2	2	15,4
Início profissional								
15 a 18 anos	236	25,8	257	28,1	207	22,6	215	23,5
19 a 25 anos	54	32,3	40	24,0	32	19,2	41	24,6
Mais de 26 anos	30	24,8	31	25,6	37	30,6	23	19,0

Ao analisar a distribuição das características sociodemográficas segundo o vínculo de trabalho, observou-se que o sexo masculino foi predominante, com exceção para o vínculo empregado doméstico e funcionário público, respectivamente representados por 97,3% e 64,4% por mulheres.

As maiores proporções de trabalhadores na menor faixa etária (15- 19 anos) foram observadas para empregados domésticos (24,5%), biscateiro (16,4%) e assalariado (11,6%). No outro extremo, destacaram-se os autônomos, profissionais liberais e empregador/empresário nas faixas mais velhas (50 anos ou mais). A faixa etária de 20 -39 anos (representando o grupo economicamente ativo), encontrou-se as maiores proporções em todos os tipos de vínculos de trabalho.

Dos trabalhadores estudados mais de 50% eram casados, com exceção dos trabalhadores com vínculo assalariado com e sem comissão e empregado doméstico que eram solteiros (49,9% e 64,2%), respectivamente.

Verificou-se predomínio de renda de 1 a 3 salários mínimos para a maioria dos vínculos de trabalho, exceto para empregado doméstico e biscateiro (96,1% e 71,0%, respectivamente, que recebiam menos de 1 salário mínimo) (Tabela 9).

Tabela 9 Distribuição das características sociodemográficas segundo vínculos de trabalho em Feira de Santana/ BA, 2002

Características Sociodemográficas	Autônomo		Profissional Liberal		Assalariado c/ e s/ comissão		Biscateiro		Empregado doméstico		Funcionário público		Empregador/ empresário	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo														
Feminino	169	44,0	11	47,8	187	47,1	31	28,2	107	97,3	58	64,4	2	15,4
Masculino	215	56,0	12	52,2	210	52,9	79	71,8	3	2,7	32	35,6	11	84,6
Faixa Etária														
15 - 19 anos	19	6,9	2	8,7	46	11,6	18	16,4	27	24,5	0	0,0	0	0,0
20 – 39 anos	176	45,9	13	56,5	268	67,5	50	45,5	65	59,1	44	48,9	8	61,6
40 - 49 anos	102	26,6	2	8,7	58	14,6	21	19,1	10	9,1	30	33,3	2	15,4
50 anos ou mais	87	22,7	6	26,1	25	6,3	21	19,1	8	7,3	16	17,8	3	23,1
Situação Conjugal														
Casado/União livre	233	60,7	15	65,2	171	43,2	57	52,3	30	27,5	62	69,7	9	75,0
Solteiro	106	27,6	7	30,4	196	49,5	38	34,9	70	64,2	18	20,2	3	25,0
Viúvo	14	3,6	0	0	6	1,5	3	2,8	2	1,8	4	4,5	0	0,0
Divorciado/Desq./Separado	31	8,1	1	4,3	23	5,8	11	10,1	7	6,4	5	5,6	0	0,0
Renda*														
< 1 salário	124	35,7	4	25,0	110	29,2	66	71,0	98	96,1	6	7,0	-	-
1 a 3 salários	161	46,4	7	43,8	223	59,2	25	26,9	4	3,9	36	41,9	-	-
3 a 5 salários	35	10,1	3	18,8	31	8,2	2	2,1	0	0,0	20	23,2	-	-
>5 salários	27	7,8	2	12,5	13	3,4	0	0,0	0	0,0	24	27,9	-	-

*Perdeu-se informação referente à renda para o grupo de empregador/empresário.

De acordo com os dados da Tabela 10, observou-se que a maioria dos trabalhadores apresentava trabalho regular em relação aos diferentes vínculos de trabalho. O vínculo que mais se destacou foi o funcionário público (98,8%), com exceção para o biscateiro que apresentou 54,8% de trabalho temporário/sanzonal.

Em relação aos dias trabalhados na semana, 82,2% dos funcionários públicos trabalhavam de 1 a 5 dias e os demais vínculos trabalhavam 6 ou mais dias na semana, principalmente o empregador/ empresário (92,3%). A carga horária diária de trabalho de até 8 horas prevaleceu para o assalariado com e sem comissão (78,8%), embora outros vínculos apresentaram altos percentuais de carga horária diária de trabalho de 8 horas. O empregado doméstico e o empregador/ empresário ultrapassaram a carga horária diária de 8 horas, (63,6% e 69,2%), respectivamente.

Houve um predomínio de indivíduos que começaram a trabalhar na faixa etária mais jovem (15-19 anos) nos diferentes vínculos profissionais, mas se verificou que no vínculo funcionário público, 31,1% dos indivíduos estavam na faixa etária de 19 a 25 anos.

Tabela 10 Distribuição das características do trabalho segundo seus vínculos em Feira de Santana/ BA, 2002

Características do Trabalho	Autônomo		Profissional Liberal		Assalariado c/ e s/ comissão		Biscateiro		Empregado doméstico		Funcionário público		Empregador/ empresário	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tipo de Trabalho														
Regular	287	84,4	17	81,0	357	92,0	38	45,2	80	83,3	83	98,8	9	81,8
Temporário/Sazonal	53	15,6	4	19,0	31	8,0	46	54,8	16	16,7	1	1,2	2	18,2
Dias trabalhados na semana														
1 a 5 dias	102	26,6	11	47,8	135	34,0	44	40,0	16	14,5	74	82,2	1	7,7
6 ou mais dias	282	73,4	12	52,2	262	66,0	66	60,0	94	85,5	16	17,8	12	92,3
Turno de trabalho														
Diurno	157	83,5	19	86,4	301	79,8	64	92,8	39	90,7	55	64,7	9	81,8
Noturno	4	2,1	0	0,0	14	3,7	2	2,9	0	0,0	4	4,7	0	0,0
Revesamento	27	14,4	3	13,6	62	16,4	3	4,3	4	9,3	26	30,6	2	18,2
Carga Horária diária														
Até 8 hs	203	52,9	13	56,5	313	78,8	57	51,8	40	36,4	66	73,3	4	30,8
> 8 hs	181	47,1	10	43,5	84	21,2	53	48,2	70	63,6	24	26,7	9	69,2
Idade que começou a trabalhar														
15 – 18 anos	309	80,5	20	87,0	294	74,1	97	88,2	87	79,1	49	54,4	11	84,6
19 – 25 anos	39	10,1	3	13,0	71	17,9	2	1,8	13	11,8	28	31,1	0	0,0
> 26 anos	36	9,4	0	0,0	32	8,0	11	10,0	10	9,1	13	14,4	2	15,4

A situação dos hábitos de vida segundo tipo de vínculo de trabalho quando analisadas revelaram que o vínculo biscateiro apresentou maior percentual de fumantes (32,7%) quando comparados aos demais vínculos de trabalho, conforme Tabela 11. O uso de bebida alcoólica esteve presente em todos os vínculos, mas prevaleceu no biscateiro (54,5%).

Os mais elevados percentuais de participação em atividades de lazer foram encontrados entre os assalariados, funcionários públicos, e empregadores/empresários. A ausência de participação em atividades de lazer foi mais marcante entre os biscateiros, empregados domésticos e profissionais liberais.

Em relação ao esforço físico envolvido na realização de atividades de lazer 90,4% do empregado doméstico referiram esforço físico leve e 57,1% do vínculo profissional liberal realizavam atividade leve/ moderada.

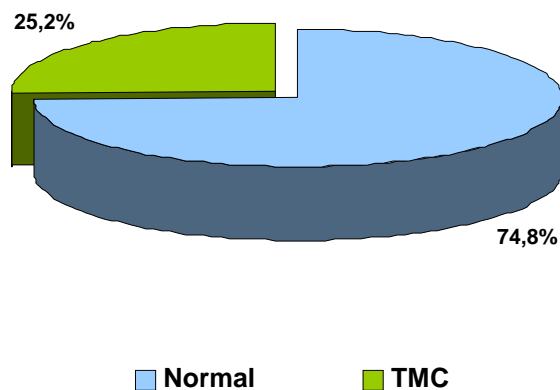
Tabela 11 Distribuição dos hábitos de vida segundo vínculos de trabalho em Feira de Santana/ BA, 2002

Variáveis	Autônomo		Profissional Liberal		Assalariado c/ e s/ comissão		Biscateiro		Empregado doméstico		Funcionário público		Empregador/ empresário	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Fuma</i>														
Sim	69	18,0	4	17,4	41	10,3	36	32,7	16	14,5	12	13,5	2	15,4
Não	314	82,0	19	82,6	356	89,7	74	67,3	94	85,5	77	86,5	11	84,6
<i>Bebe</i>														
Sim	198	51,6	9	39,1	211	53,1	60	54,5	38	34,5	33	36,7	5	38,5
Não	186	48,4	14	60,9	186	46,9	50	45,5	72	65,5	57	63,3	8	61,5
<i>Lazer</i>														
Sim	260	67,7	12	52,2	321	81,1	51	46,4	58	52,7	65	72,2	9	69,2
Não	124	32,3	11	47,8	75	18,9	59	53,6	52	47,3	25	27,8	4	30,8
<i>Esforço físico da atividade de lazer</i>														
Leve	203	69,5	6	42,9	199	58,9	31	54,4	66	90,4	39	55,7	7	77,8
Moderada/Pesada	89	30,5	8	57,1	139	41,1	26	45,6	7	9,6	31	44,3	2	22,2

5.3 A SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES

A Prevalência global de Transtornos Mentais Comuns na população de trabalhadores foi de 25,2% (GRAFICO 2).

GRÁFICO 2 Prevalência (%) de TMC nos trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana- Bahia, 2002



A prevalência de transtornos mentais comuns foi mais elevada entre trabalhadores do sexo feminino (36,6%) do que entre os homens (13,8%), (Tabela 9). A diferença observada foi estatisticamente significativa.

Verificou-se que os trabalhadores mais velhos apresentaram maior prevalência de TMC (32,2%) embora com significância estatística, apenas para o estrato de idade mais avançada. Com relação à escolaridade, observou-se que os trabalhadores com maior nível de escolaridade apresentaram menor prevalência de TMC (17,2%). Os resultados revelaram fator de proteção para níveis mais elevados de escolaridade.

Em relação à cor de pele a raça negra apresentou maior prevalência (preta 28,2% e parda 27,1%). Os viúvos e divorciados/separados/desquitados apresentaram as prevalências mais elevadas de TMC (36,1%).

A baixa renda foi fator importante na ocorrência de TMC. A prevalência de TMC entre aqueles que tinham menos de 1 salário mínimo foi 4 vezes maior quando comparados com aqueles que recebiam mais de 3 salários mínimos.

Verificou – se que 28,7% dos migrantes apresentaram prevalências de TMC embora com significância estatística em relação aos não migrantes (Tabela 12).

Tabela 12 Prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) por característica sociodemográfica entre trabalhadores da zona urbana de Feira e Santana-Ba, 2002

Características	TMC					
	N	N	%	RP	IC	Valor de p
Sexo						
Feminino	653	239	36,6	2,65	(2,13–3,28)	<0,001
Masculino	658	91	13,8	*	*	*
Faixa Etária						
15 - 19 anos	133	27	20,3	*	*	*
20 - 29 anos	395	89	22,5	1,11	(0,76-1,63)	0,597
30 - 39 anos	332	91	27,4	1,35	(0,92-1,97)	0,111
40 - 49 anos	252	59	23,4	1,15	(0,77-1,73)	0,486
50 anos ou mais	199	64	32,2	1,58	(1,07-2,35)	0,017
Escolaridade						
Analfabeto	103	43	41,7	2,63	(1,52- 4,56)	<0,001
Ensino fundamental	567	176	31,0	1,96	(1,17- 3,27)	0,004
Ensino médio	552	95	17,2	1,09	(0,64–0,85)	0,760
Superior	82	13	15,9	*	*	*
Cor da pele						
Branca	276	50	18,1	*	*	*
Parda	739	200	27,1	1,49	(1,13-1,97)	<0,003
Preta	227	64	28,2	1,56	(1,12-2,16)	<0,007
Amarela/Indígena	52	10	19,2	1,06	(0,58-1,96)	0,848
Situação Conjugal						
Solteiro	507	116	22,9	*	*	*
Casado/união livre	672	168	25,0	1,34	(1,08–1,65)	<0,006
Viúvo	36	13	36,1	1,93	(1,21–3,07)	0,010
Div./sep./des.	89	32	36,0	1,92	(1,39-2,65)	<0,001
Renda						
< 1 salário	479	186	38,8	3,88	(2,47- 6,10)	<0,001
1 a 3 salários	529	91	17,2	1,72	(1,07– 2,77)	0,020
>3 salários	180	18	10,0	*	*	*
Migração						
Sim	662	190	28,7	1,31	(1,09-1,59)	<0,004
Não	631	138	21,9	*	*	*

Analisando a prevalência de TMC segundo características do trabalho entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana observou-se que havia diferenças entre as prevalências de transtornos mentais comuns de acordo com o setor de trabalho onde atuavam. Verificou-se que no setor de serviços domésticos a prevalência de TMC foi de 46,7%, e no setor de ensino foi de 28,6%. As diferenças observadas foram estatisticamente significantes (Tabela 13).

O vínculo empregado doméstico (50,9%) apresentou maior prevalência de TMC quando comparado ao empregador/ empresário (15,4%). Todavia, os vínculos de trabalho investigados não apresentaram resultados com significância estatística.

Observou-se que trabalhadores submetidos à atividade temporária/ sazonal apresentaram maior frequência de TMC (61,4%) do que aqueles que tinham trabalho regular (23,7%). Constatou-se também que o trabalho realizado por mais de 6 dias por semana tinha menor prevalência de TMC (24,1%) do que aqueles que trabalhavam um número menor de dias (27,3%), contudo a diferença observada não foi estatisticamente significativa.

Tabela 13 Prevalência de TMC segundo características do trabalho entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana-BA, 2002

Características	TMC					
	N	n	%	RP	IC	Valor de p
Setor de Trabalho						
Serviços Domésticos	73	64	46,7	5,23	(2,22-12,31)	<0,001
Construção Civil	37	13	26,0	2,91	(1,12-7,47)	0,019
Indústria Manufatureira	60	20	25,0	2,0	(1,12-7,02)	0,017
Comércio	353	120	25,4	2,84	(1,21-6,65)	0,006
Outros serviços	277	62	18,3	2,05	(0,86-4,87)	0,083
Ensino	60	24	28,6	3,20	(1,30-7,89)	0,004
Transporte	51	5	8,9	*	*	*
Tipo de Trabalho						
Regular	763	237	23,7	*	*	*
Temporário/ Sazonal	129	56	61,4	1,28	(1,00-1,63)	0,057
Vínculo de Trabalho						
Biscateiro	81	29	26,4	1,71	(0,46-6,37)	0,38
Autônomo	384	105	27,3	1,78	(0,49- 6,43)	0,34
Profissional liberal	23	2	8,7	0,57	(0,09- 3,55)	0,54
Assalariado com e sem comissão	324	73	18,4	1,20	(0,33- 4,35)	0,78
Empregado doméstico	54	56	50,9	3,31	(0,91- 2,00)	0,01
Funcionário público	67	23	25,6	1,66	(0,44- 6,24)	0,42
Empregador/empresário	11	2	15,4	*	*	*
Dias trabalhados por semana						
1 a 5 dias	322	121	27,3	*	*	*
6 ou mais dias	659	209	24,1	0,88	(0,73- 1,07)	0,20

Não se observou diferença de TMC a níveis estatisticamente significante, para consumo de álcool (Tabela 14). Trabalhadores que tinham o hábito de fumar apresentaram prevalência de TMC mais elevada (33,8%) contra 23,5%.

Os trabalhadores que não realizavam atividades de lazer tiveram maior prevalência de TMC (38,8%) do que aqueles que realizavam (Tabela 14).

Tabela 14 Prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) segundo estilo de vida dos trabalhadores da zona urbana de Feira e Santana-Ba, 2002

Variáveis	TMC					
	N	N	%	RP	IC	Valor de p
<i>Fuma</i>						
Sim	213	72	33,8	1,44	(1,16-1,78)	0,001
Não	1096	258	23,5	*	*	*
<i>Uso de bebidas alcoólicas</i>						
Sim	638	132	20,7	0,70	(0,58-0,85)	0,000
Não	673	198	29,4	*	*	*
<i>Lazer</i>						
Sim	895	169	18,9	*	*	*
Não	415	161	38,8	2,05	(1,71-2,46)	0,000

Ao avaliar a prevalência dos aspectos psicossociais e TMC (Tabela 15), observou-se que a alta demanda física é duas vezes maior entre os trabalhadores quando comparados à baixa demanda física, a diferença apresentou significância estatística.

As diferenças observadas para demanda psicológica também foi estatisticamente significante: os trabalhadores com a alta demanda psicológica apresentaram prevalência 23% maior do que aqueles em baixa demanda.

Em relação ao suporte social, os dados revelaram que os trabalhadores que consideravam ter baixo suporte global, colegas e chefia tiveram maiores prevalências de TMC. Os trabalhadores que apresentaram baixo suporte dos colegas

tinham prevalência 1,64 vezes maior de TMC do que os que apresentaram alto suporte social dos colegas. Observou-se significância estatística.

Da mesma forma, os trabalhadores com baixo suporte da chefia apresentavam prevalência 1,24 vezes maior do que aqueles com alto suporte da chefia, embora sem significância estatística.

Os trabalhadores que referiram alta insegurança no trabalho apresentaram prevalência 1,41 vezes maior do que aqueles com baixa insegurança no trabalho. Constatou-se significância estatística nas diferenças de prevalências observadas.

Tabela 15 Prevalência dos aspectos psicossociais do trabalho segundo TMC em trabalhadores da zona urbana de Feira e Santana-Ba, 2002

Aspectos Psicossociais do Trabalho	TMC					
	N	N	%	RP	IC	Valor de p
<i>Demanda física</i>						
Baixa	694	118	17,0	*	*	*
Alta	574	197	34,3	2,02	(1,65 – 2,46)	<0,01
<i>Demanda psicológica</i>						
Baixa	616	139	22,6	*	*	*
Alta	632	175	27,7	1,23	(1,01 – 1,49)	0,03
<i>Controle</i>						
Baixa	577	165	28,6	1,3	(1,07 - 1,58)	<0,01
Alta	673	148	22,0	*	*	*
<i>Suporte social global</i>						
Baixa	12	4	33,3	1,64	(0,72 – 3,71)	0,27
Alta	466	95	20,4	*	*	*
<i>Suporte dos colegas</i>						
Baixa	170	50	29,4	1,64	(1,22 – 2,21)	<0,01
Alta	542	97	17,9	*	*	*
<i>Suporte da chefia</i>						
Baixa	251	60	23,9	1,24	(0,90 – 1,70)	0,19
Alta	300	58	19,3	*	*	*
<i>Insegurança no trabalho</i>						
Baixa	480	97	20,2	*	*	*
Alta	249	71	28,5	1,41	(1,08 – 1,84)	0,01

De acordo com os aspectos psicossociais, identificou-se maior prevalência de TMC no trabalho de alta exigência (33,0%) quando comparado ao trabalho de baixa exigência. Constatou-se significância estatística (Tabela 16).

Tabela 16 Prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) segundo aspectos psicossociais do trabalho entre os trabalhadores da zona urbana de Feira e Santana-Ba, 2002

Variáveis	TMC					
	N	N	%	RP	IC	Valor de p
<i>Baixa exigência</i>	320	65	20,3	*	*	*
<i>Trabalho ativo</i>	328	79	24,1	1,19	(0,88 - 1,58)	0,248
<i>Trabalho passivo</i>	276	67	24,3	1,20	(0,88 – 1,61)	0,245
<i>Alta exigência</i>	279	92	33,0	1,62	(1,23 – 2,14)	<0,001

5.4 ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA MÚLTIPLA (ARLM)

A análise simultânea dos fatores sociodemográficos e do trabalho profissional e transtornos mentais comuns foi feita utilizando o modelo multivariado.

O modelo de regressão logística incluiu além da variável dependente (Transtornos Mentais Comuns) as seguintes variáveis independentes que atenderam o critério para inclusão na análise através do teste de razão de verossimilhança:

Variáveis sociodemográficas: sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, renda, migração.

Variáveis do trabalho: tipo de trabalho, carga horária diária e dias trabalhados na semana.

Variáveis de hábitos de vida: lazer.

Características psicossociais do trabalho: Demanda psicológica.

A análise propriamente dita foi realizada com a retirada de cada co-variável a cada etapa (procedimento backward) até a obtenção do melhor modelo.

O modelo final obtido continha as seguintes co-variáveis sexo, escolaridade, renda, demanda (alta exigência) e lazer que apresentaram associação com a variável dependente (TMC).

Tabela 17- Valores estimados pelo modelo final de regressão logística múltipla

Co-variável	β	OR	Valor de p
Demanda	0,47	1,60	0,001
Renda	0,70	2,02	0,01
Escolaridade	0,89	2,45	0,000
Sexo	1,42	4,15	0,000
Lazer	0,39	1,48	0,004
Constante	-3,43	0,03	0,003

Tabela 18- Razões de Prevalências ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança (95%) entre características sociodemográficas e do trabalho obtidas no modelo de Regressão Logística Múltipla e Transtornos Mentais Comuns (TMC)

Co-variável	RP	IC
Demanda	1,45	(1,14 – 1,84)
Renda	1,78	(1,12 – 2,84)
Escolaridade	2,02	(1,57 – 2,60)
Sexo	3,04	(2,34 – 3,95)
Lazer	1,35	(1,10 – 1,66)

O modelo final obtido incluiu as variáveis: demanda (DEMANDAR), renda (RENDPREG), escolaridade (ESCOLREG), sexo (SEX1) e lazer (LAZER). Portanto, tem-se:

$$\text{Logito (TMC)} = \beta_0 + \beta_1 \text{DEMANDAR} + \beta_2 \text{RENDPREG} + \beta_3 \text{ESCOLREG} + \beta_4 \text{SEX1} + \beta_5 \text{LAZER}$$

As razões de prevalências das co-variáveis investigadas no modelo final em relação aos transtornos mentais comuns demonstraram associação positiva com significância estatística. A prevalência de TMC para os indivíduos expostos ao trabalho de alta demanda foi 1,45 vezes maior do que entre aqueles que estavam em trabalho de baixa demanda quando ajustado por sexo, escolaridade, renda e lazer. A prevalência de TMC para os indivíduos que possuíam baixa renda (≤ 3 salários mínimos) foi de 1,78 vezes maior do que entre aqueles que tinham renda alta (> 3 salários mínimos), quando ajustado por demanda, sexo, escolaridade e lazer. A prevalência de TMC entre os trabalhadores de baixo nível de escolaridade (sem instrução e ensino fundamental) foi de 2,02 vezes maior do que entre aqueles com escolaridade média (ensino médio e superior) quando ajustado por demanda, sexo, renda e lazer. Entre o sexo masculino e feminino, a prevalência de TMC foi 3,04 vezes maior nas mulheres do que entre os homens quando ajustado por

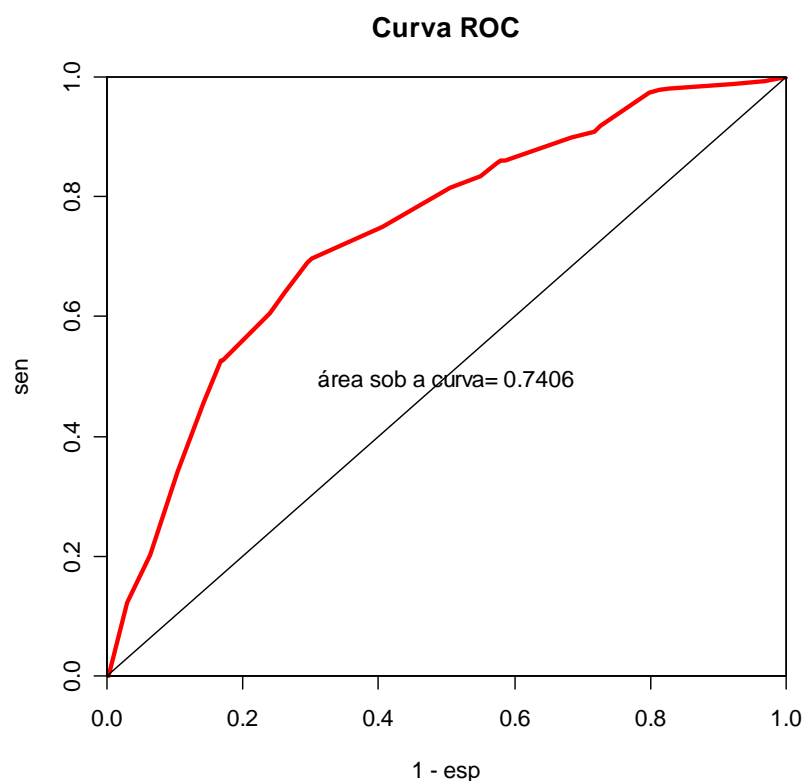
demanda, renda, escolaridade e lazer. A prevalência de TMC foi 1,35 vezes maior para os trabalhadores que não praticavam atividades de lazer do que entre aqueles que praticavam quando ajustado por demanda, sexo, escolaridade e renda.

A bondade do ajuste do modelo foi realizada através do Teste de le Cessie-van Houwlingen-Copas-Hosmer, Curva ROC (Receiver Operating Characteristic) e análise dos padrões das co-variáveis.

No teste de le Cessie-van Houwlingen-Copas-Hosmer analisou-se a hipótese nula, se poderia ser aceita ou rejeitada (H_0 = modelo bem ajustado). O teste revelou $p= 0,63$, desta forma, aceita-se a hipótese nula, ou seja, o modelo revelou estar bem ajustado aos valores observados e esperados.

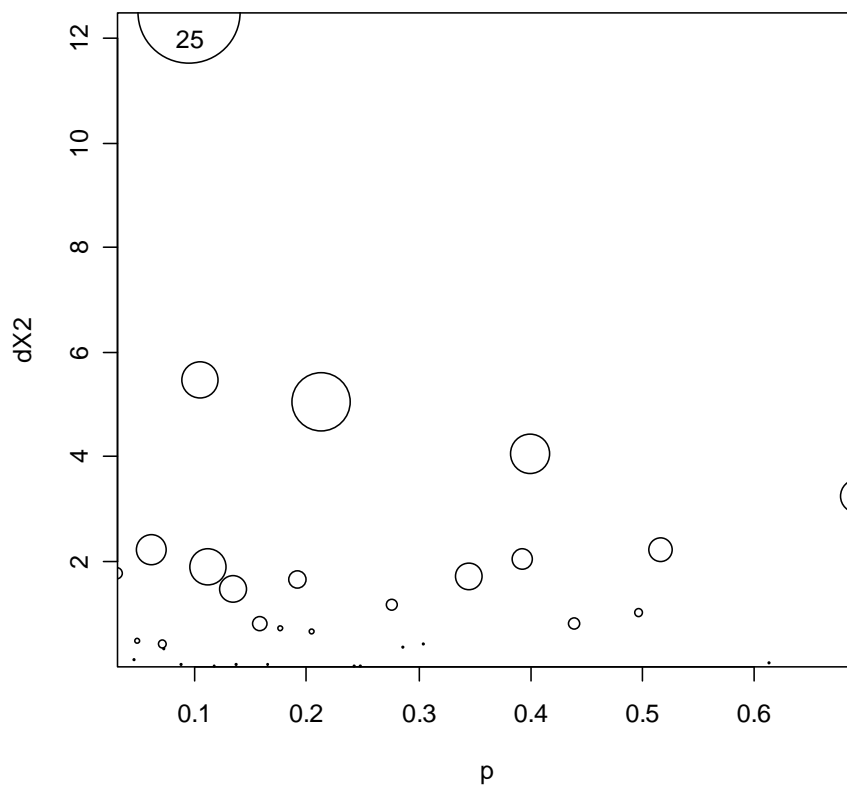
A análise da Curva Roc também foi feita para comprovar o poder de discriminação do modelo. Portanto, foi analisada a área da curva de 0,740, o que indica razoável poder discriminatório de casos e não casos (FIGURA 3).

FIGURA 3 - Curva Roc para análise do poder discriminatório do modelo



Em seguida foi feita análise do padrão de co-variáveis e se as observações encontradas eram influentes o suficiente para serem excluídas do banco de dados. Após verificar a influência do resíduo no modelo constatou-se pouca influencia, não havendo portanto, diferença significativa no modelo com e sem a observação (FIGURA 4).

FIGURA 4 – Análise dos Resíduos através dos Padrões de Co-variáveis.



Discussão

6 DISCUSSÃO

6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo apresentou algumas limitações peculiares de estudo de corte transversal. Pode ter havido viés de seleção, pois se estudou apenas quem estava trabalhando no momento da pesquisa, portanto quem adoeceu e perdeu o emprego não entrou no estudo (viés de sobrevivência), também não se pode descartar a hipótese de causa reversa, ou seja, não se identifica se os TMC influenciam nos fatores associados ou vice-versa. Em relação à ocupação profissional, houve dificuldade em definir a classificação das ocupações: profissional liberal e autônomo.

6.2 SÍNTESE DOS RESULTADOS

Os TMC foram mais prevalentes entre os indivíduos do sexo feminino, entre aqueles com baixo nível de escolaridade, os divorciados, separados / desquitados, com renda mensal baixa, trabalhadores dos setores (serviços domésticos, comércio e ensino), tipo de trabalho (temporário/sazonal).

Segundo o estilo de vida os TMC, foram mais prevalentes entre os indivíduos que fumavam e não praticavam atividades de lazer.

Evidenciou-se maior prevalência de TMC entre indivíduos pertencentes ao grupo de alta demanda psicológica no trabalho.

6.2.1 Transtornos mentais comuns entre trabalhadores

A prevalência global de TMC na população estudada foi de 25,2%. Outros estudos, cujo desfecho foram os TMC, encontraram prevalências semelhantes e ou superiores. Estudo realizado por Delcor et al. 2004), para avaliar as condições de

saúde e trabalho de professores da rede particular de ensino, identificou prevalências de distúrbios psíquicos menores de 44%. Outros estudos como os de Souza e Silva (1998) encontraram prevalências de 20,3% entre motoristas e cobradores de ônibus urbanos da cidade de São Paulo; Lima et al. (1996) em Pelotas observaram uma prevalência de TMC de 22,7%, que aumentava com a idade; Costa et al (2004), também em Pelotas, constataram prevalências de TMC de 28,5%. Um estudo realizado pelo Pró-Saúde na Universidade Pública do Rio de Janeiro (LOPES, 2003), em um estudo entre funcionários administrativos para avaliar a associação entre a ocorrência de eventos da vida produtores de estresse e a presença de TMC, encontraram prevalência de 29,0%; Araújo et al. (2003) identificaram a prevalência de 33,3% de distúrbios psíquicos menores entre trabalhadoras de enfermagem num Hospital Público de Salvador-Ba.

A prevalência de TMC entre as mulheres foi maior que entre os homens. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Lopes et al. (2003) ao investigar a associação de TMC e características sociodemográficas para sexo ($p < 0,001$), renda ($p < 0,001$) e situação conjugal ($p < 0,003$). Brant (2004) constatou a existência de associação significativa ($p < 0,05$) entre gênero e sofrimento, pois trabalhadores do sexo feminino apresentaram seis vezes mais chance de apresentar sofrimento do que um trabalhador do sexo masculino.

Segundo a OMS (2001), as mulheres estão mais vulneráveis ao desgaste da saúde mental em função dos diversos aspectos relacionados a situações de pobreza, analfabetismo, famílias numerosas, violência doméstica, trabalho doméstico, reprodução e aspectos culturais.

Antunes (2005) ressalta que neste novo modelo de reprodução flexível houve um aumento do contingente da força de trabalho de mulheres em novos setores como a indústria microeletrônica e de serviços possibilitando, principalmente a exploração da *força de trabalho das mulheres em ocupações de tempo parcial, em trabalhos domésticos subordinados ao capital*. Sendo assim, a mulher, além das suas responsabilidades domésticas e familiares é obrigada a adaptar suas atividades à vida profissional, que podem ser fatores de exposição para transtornos mentais comuns.

A OMS (2001) refere que muitos estudos indicam a associação entre o sexo feminino e os TMC e, as mulheres têm duas vezes mais risco de TMC do que os homens.

Neste estudo, a variável sexo também esteve fortemente associada aos TMC, pois as mulheres apresentaram prevalência 2,7 vezes maior de TMC do que os homens. Estes achados podem estar relacionados às mudanças e às transformações dos ambientes e processos de trabalho considerando as relações de gênero, sobretudo em função das diferentes experiências de trabalho às quais homens e mulheres estão submetidos, em especial o sexo feminino onde a distribuição desigual das tarefas socialmente impostas sobrecarregam um grupo em detrimento do outro. É importante salientar que as formas desenvolvidas para lidar com estas experiências podem ou não contribuir para o processo saúde-doença mental.

Quanto ao nível de escolaridade, o analfabetismo apresentou maior prevalência (41,7%). Patel e Kleinman (2003) apontaram que o analfabetismo e o baixo nível de escolaridade são fatores de risco para os TMC. Costa e Ludermir (2005) constataram altas prevalências nos grupos de nível fundamental e analfabeto (39,9%) respectivamente. Maragno et al.(2006), num estudo de prevalência de TMC e variáveis sociodemográficas, constataram uma tendência linear de aumento de TMC em função do menor grau de escolaridade. O nível de instrução proporciona aos indivíduos melhores condições de vida, tanto nos aspectos socioeconômicos como na inserção na estrutura ocupacional, e desempenho do papel social; influencia também nos aspectos relacionados à vida pessoal como motivações, realização de sonhos, auto-estima, melhores perspectivas futuras e fundamentalmente a busca de novos conhecimentos. A ausência de escolaridade diminui o poder de decisão do indivíduo, gerando uma significativa diminuição da capacidade de influenciar o meio, e, conseqüentemente, podendo gerar prejuízo à saúde mental (COUTINHO et al.,1999; PATEL et al.,1999; LUDERMIR, 2002). De acordo com Ludermir e Melo-Filho (2002, p.8) *a educação tem um efeito direto na saúde psicológica, pois aumenta a possibilidade de escolhas na vida e influencia aspirações, auto-estima e aquisição de novos conhecimentos que podem motivar atitudes e comportamentos mais saudáveis.*

Segundo o IBGE, (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) 2000, no município de Feira de Santana, a taxa de analfabetismo chega a 21%, enquanto que em todo o Brasil a taxa é de 13%.

Os desquitados, divorciados e separados, quando comparados aos solteiros, apresentaram mais exposição à ocorrência aos TMC, embora não haja

consenso na literatura quanto à associação entre TMC e situação conjugal, pois em estudos de corte transversal não se identifica o fator causa-efeito e neste caso é preciso maior conhecimento, sobretudo podemos considerar a possibilidade de causalidade reversa, ou seja, que os indivíduos portadores de TMC podem ter menor chance de se casarem. Entretanto, supõe-se que indivíduos casados dispõem de maior suporte familiar e social. Além do mais segundo Costa e Ludermir (2005), sentir-se amado e cuidado poderá diminuir a ansiedade, a depressão e somatização, favorecendo uma melhor adaptação às circunstâncias e efeitos dos eventos produtores de estresse.

A renda esteve fortemente associada aos TMC. Sparrenberger et al. (2003) em estudo realizado entre a população adulta (mais de 20 anos) residente na zona urbana de Pelotas, RS observaram que quanto menor a renda familiar, maior a prevalência de distress (21% entre aqueles com renda inferior a dois salários mínimos versus 9,1% entre os que tinham renda maior do que dois salários mínimos). Lopes et al. (2003) encontraram associação entre a presença de TMC e renda ($p=0,001$). A falta de dinheiro pode levar ao estresse e à insegurança, mecanismos causadores de estresse. O baixo nível de escolaridade pode ser fator determinante para que trabalhadores com menor oportunidade aceitem os baixos salários ou estejam inseridos no mercado informal.

Lopes et al. (2003) consideram que as populações que estão submetidas a níveis socioeconômicos mais baixos, à instabilidade no emprego ou ao desemprego estão mais sujeitas a eventos de vida estressantes, tendendo, inclusive, a assumir importância maior na ocorrência de TMC.

O município de Feira de Santana, pela sua localização geográfica, como entroncamento rodoviário favorece o grande fluxo migratório de regiões mais pobres para o município. Segundo Araújo (2001), esta situação geográfica facilita a migração crescente de pessoas que na sua maioria são desprovidas de renda e instrução. Estas evidências são confirmadas por Queiroz et al. (2004), ao observar que a migração é um fator que tem concorrido para a degradação ambiental e aumento do contingente populacional de baixa renda no município.

Neste estudo, o setor de serviços domésticos foi aquele que apresentou a maior prevalência. Este achado pode estar relacionado à condição de baixo nível de escolaridade e, conseqüentemente, à falta de qualificação que dificulta a mobilidade social nesta ocupação. Geralmente o trabalho doméstico é realizado sem as

garantias trabalhistas, predominando ausência de vínculo de trabalho com carteira assinada, dupla jornada de trabalho e mais de cinco dias trabalhados na semana.

Os trabalhadores que não realizavam atividades de lazer apresentaram associação com TMC (38,8%) cerca de 2,05 vezes maior do que aqueles que realizavam atividades de lazer. Este achado pode significar ausência de tempo livre, falta de condição financeira e cultural para realização de atividades de lazer em função da carga de trabalho e dupla jornada de trabalho. Sabe-se que a prática de atividades de lazer favorece processos de socialização, integração social e condições favoráveis à saúde mental. Conforme Almeida et al. (2005) os indivíduos que participam de atividades de lazer coletivamente estabelecem relações afetivas entre si e o mundo possibilitando melhores condições de saúde, socialização e interesse pela vida.

Outro fator a ser considerado que contribui para ausência de atividade de lazer é a elevada carga de trabalho a que estão submetidos os trabalhadores que, para sobreviverem, são obrigados a exercer várias atividades a exemplo de vigilantes, professores, médicos, e empregadas domésticas, dentre outros. Estudo realizado por Araujo et al. (2003) com o objetivo de descrever as prevalências de distúrbios psíquicos menores em grupos populacionais de professores universitários e dentistas constataram que cerca de 61% dos professores dedicavam 35 horas semanais às atividades profissionais e os cirurgiões-dentistas (50%) tinham carga horária semanal de trabalho variando de 36 a 44 horas. O duplo emprego foi referido por 47% dos professores e 42,3% dos dentistas relataram possuir dois ou mais empregos.

De acordo com Pinho (2006) as atividades de lazer contribuem para eliminar o estresse, a angústia, e a depressão, entretanto o lazer deve ser praticado de forma motivadora, prazerosa e criativa encarada como uma atividade com sentido, realizada no tempo disponível; sem caráter de obrigação, como as atividades de âmbito profissional, doméstico, religioso e social.

Feira de Santana é uma cidade que oferece poucas possibilidades para a prática do lazer, principalmente culturais (artísticas, intelectuais, e turísticas). No centro da cidade podem-se encontrar alguns espaços reservados para práticas de atividades esportivas, mas longe de atender a população que vive na periferia. As opções encontradas são freqüentar bares e restaurantes para aqueles que podem pagar, além do mais, estas práticas sugestionam o uso de bebida alcoólica, e

estimula a violência. As atividades de lazer são importantes e contribuem fundamentalmente na saúde física, mental e social dos indivíduos.

Um estudo realizado por Pondé et al. (2003) consideravam que o lazer como atividade sociocultural tem importante papel na saúde mental das pessoas, constituindo-se inclusive como fator de proteção da saúde mental.

Infelizmente não foi possível apresentar dados mais consistentes em relação à disposição de equipamentos para o lazer no município de Feira de Santana por não ter sido encontrado informações nas fontes pesquisadas.

6.2.2 Aspectos Psicossociais do Trabalho

O processo de globalização e a reestruturação produtiva trouxeram mudanças significativas no mundo do trabalho. Neste contexto se configura novas formas de vida e de produção, trazendo também novos fatores estressores, principalmente relacionados à organização do trabalho que incidem no processo saúde-doença mental.

Segundo o modelo demanda-controle proposto por Karasek (1999) as situações de baixo controle e alta demanda (alta exigência) e baixo controle e baixa demanda (trabalho passivo) são condições propícias a riscos de TMC. Os achados deste estudo são coerentes com os achados de outros estudos que constataram associação entre alta exigência (baixo controle e alta demanda).

Reis et al. (2005) constataram prevalência bruta de Distúrbios Psíquicos Menores (DPM) elevada em um grupo de professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Ba. Professores expostos ao trabalho de alta exigência apresentaram prevalência de 1,74 vezes mais elevada em distúrbios psíquicos menores do que trabalhadores em situação de baixa exigência.

Araújo et al. (2003) encontraram prevalências de DPM entre grupos de professores universitários e cirurgiões - dentistas no trabalho de alta exigência. Neste estudo foram encontrados trabalho de alta exigência entre os setores de construção civil e serviços domésticos. Após a ARLM o trabalho de alta exigência foi estatisticamente significativa. O que confere segundo o modelo demanda – controle

que o trabalho com alta exigência concentra os maiores riscos à saúde dos trabalhadores.

Glina et al.(2001) afirma que quanto menor a autonomia do trabalhador na organização de sua atividade, maiores as possibilidades de que a atividade gere transtornos à saúde mental. As novas formas presentes na organização do trabalho, a tecnologia e a precarização do trabalho provocam insegurança no emprego e intensificam o trabalho.

Sobrinho (2004), em estudo realizado com médicos em Salvador constatou elevada prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores (DPM) nas situações de alta exigência e trabalho ativo demonstrando que a demanda psicológica tem um papel mais relevante que o controle na produção de sofrimento psíquico.

Espera-se que os achados encontrados neste estudo contribuam para discussão sobre os fatores associados ao adoecimento mental relacionadas aos aspectos psicossociais do trabalho- demanda e controle sobre o trabalho entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana. Ademais, a partir da situação apresentada o desenvolvimento de políticas públicas e sociais voltadas principalmente para a saúde mental, cultura e lazer tornam-se imprescindíveis para a saúde da população de trabalhadores de Feira de Santana.

Considerações Finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O principal objetivo desse estudo foi descrever o perfil dos trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana segundo aspectos sociodemográficos e psicossociais do trabalho e identificar prevalências de TMC. Os achados encontrados revelaram associação positiva entre situação de trabalho de alta exigência.

A relevância social desse estudo está em fornecer subsídios para a redefinição de ações concretas voltadas para atender as necessidades sociais, educacionais e de saúde, principalmente saúde mental dos trabalhadores para a melhoria das condições de vida e de trabalho.

Este estudo também pretendeu dar visibilidade ao impacto das conseqüências à saúde mental dos trabalhadores e as condições de trabalho a que estão submetidos, provocados pelo irreversível processo de globalização e reestruturação produtiva. Sabe-se que os processos de precarização, fragmentação e desregulamentação do trabalho associadas às condições de trabalho afetam no processo saúde-doença mental. Portanto torna-se fundamental a sistematização e operacionalização de medidas de atenção à saúde do trabalhador que assegurem assistência social, saúde, educação, informação, vigilância e prevenção

Nesta perspectiva torna-se necessário a articulação entre setores de educação, saúde, trabalho, emprego, renda, comércio e indústria existentes no município com a finalidade de definir ações estratégicas voltadas para a melhoria das condições de vida desta população. A adoção de tais medidas deve desencadear o aumento do controle sobre a atividade laboral e redimensionamento da demanda psicológica envolvida no trabalho possibilitando ao trabalhador autonomia na realização de suas atividades laborais.

Os TMC aparecem como um problema de Saúde Pública no município de Feira de Santana-Ba. Portanto pressupõe reflexão dos gestores públicos na construção e efetivação das políticas de saúde e saúde mental voltadas para o atendimento das demandas específicas dos trabalhadores.

Assim, esta investigação pretendeu contribuir para um novo olhar sobre a saúde mental e o trabalho para que se possa a partir daí, pensar na construção de uma nova realidade.

Referências

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. M. G. et al. Atividades de lazer entre idosos, Feira de Santana, Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, v.29, n.2, p.339-352, jul-dez, 2005.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho**. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

ARAÚJO E. M. Configuração do espaço urbano de Feira de Santana – BA. **Saúde Coletiva** v.1, n.1, p.9-16, 2001.

ARAÚJO, T. M, et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**. v.37, n.4, p.424-433, 2003.

ARAÚJO, T. M., et al. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p.991-1003, 2003.

ARAÚJO, T. M. **Distúrbios psíquicos menores entre mulheres trabalhadoras de enfermagem**. [Tese de Doutorado]. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1999.

BORGES, O. L e YAMAMOTO. **O mundo do trabalho**. In: ZANELLI, J. C. et al. Psicologia, Organização e trabalho no Brasil. Porto Alegre: Artmed, 2004.

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

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. **Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde**. Série- A Normas e Manuais Técnicos. Brasília-DF, n.114, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde CNS. Resolução n. 196/96. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, DF. 1996.

CAMPOS, W. C. R. **Saúde Mental e Trabalho: Estratégias e Perspectivas em um Mundo em Transformação**. 1997. (Relatório de pesquisa).

CASSEL, J. Psychosocial process and stress: theoretical formulacion. **Internacional Journal of Health Services**, v.4, n.3, p. 471-482, 1974.

CASTELLS, M. A. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CBO. **Classificação Brasileira de Ocupação**. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/buscaresultado.asp?tituloavancado=download+cbo&familiares=ocupacoes=1sinonimos=1>>. Acesso em 22 Ago. 2006.

CODO, W.; SAMPAIO, J.; HITOMI, A. **Indivíduo, trabalho e sofrimento**. Petrópolis: Vozes, 1993.

COSTA, A.G.; LUDERMIR, A.B. Transtornos mentais comuns e apoio social; estudo em comunidades rural da zona da mata de Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, p. 73-79, jan – fev, 2005.

COSTA, J.S.D. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**. v.39, n.2, p.284-291, 2004.

COTRIM, G. **Fundamentos da Filosofia**. História e Grandes Temas. São Paulo: Ed. Saraiva, 1997.

COUTINHO, E. S. F.; ALMEIDA- FILHO, N.; MARI, J.J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor; resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. **Revista Psiquiatria Clínica**. v.26, n.5, 1999.

DEJOURS, C. Introdução à psicopatologia do trabalho. In HIRATA, H (org). Divisão capitalista do trabalho. Tempo Social. **Revista de Sociologia**, São Paulo: USP, v.1, n.2, p.73-103, 1989.

DEJOURS, C. **Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações**. In: CHANLAT, J.F. (org) O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1992

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1992.

DELCOR, N. S, et al. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.187-196, jan - fev, 2004.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATISTICA E ESTUDO SOCIO-ECONOMICOS - DIEESE. PED. **Região metropolitana de Salvador**. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/ped/ssa/pedssa/2002.pdf>>. Acesso em 22 Ago. 2006.

EYER, J. STERLING, D. **Mortalidad relacionada com el stress y la organizacion social**, s/e. xerocop., 1977.

FRANÇA, A. C. L., RODRIGUES A. L. **Stress e trabalho uma abordagem psicossomática**. 3 ed. São Paulo, 2002.

GARDELL, B. Scandinavian research on stress and working life. **International Journal of Health Services**, 1982.

GARFIELD, J. **O trabalho alienado, stress, e doença coronariana**. In: NUNES, Everaldo Duarte. *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983.

GIATTI, L. e BARRETO, S. M. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 99-106, 2006.

GLINA, D. M.R, et al. Saúde Mental e Trabalho: Uma reflexão sobre o nexo com o trabalho e o diagnóstico com base na prática. **Caderno de saúde pública**. Rio de Janeiro, v. 17, n.3, p. 607-616, 2001.

GOLDENBERG, D.; HUXLEY.P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London:Tavistock, 1992.

HARDING, T.W. et al. Mental Disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four development contries. **Psychological Medicine**, Vírginia (USA), v.10, p.231-241, 1980.

HARVEY, D. **Condição Pós-Moderna**. Trad. Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. Edições Loyola, 13 ed. fev, 2004.

HOSMER, D.W.; LEMESHOW, S. **Applied logistic regression**. New York: John Wiley e Sons, 1989.

IANNI, O. **A era do globalismo**. 7 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

IBGE. Fundação IBGE 2000. **Indicadores sociais mínimos**. Pesquisa nacional por amostras de domicílios. IBGE, Rio de Janeiro.

INSS. Instituto Nacional de Seguridade Social. [2002] Disponível em <<http://www.previdenciasocial.gov.br>> Acesso em 26/02/2007.

JACQUES, M. da G.C. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental e trabalho. **Rev. Psicologia e Sociedade**. v.15, n.1, Porto Alegre, 2003.

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

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

KLEINBAUN, D. G. **Logistic regression: a self-learning text**. New York: Springer-verlag, 1994

LAURELL, A.C & NORIEGA, M. **Processo de Produção e Saúde-Trabalho e Desgaste Operário**. São Paulo: HUCITEC, 1989.

LIMA, M.S. et al.; Stressful life events and minor psychiatric disorders: An estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. **International Journal of Psychiatry in Medicine**, v.26, p.211-222, 1996.

LOPES, C.S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p.1713-1720, nov, 2003.

LUDERMIR, A. B. Associação dos Transtornos Mentais Comuns com a informalidade das relações de trabalho. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v.54, n.3, p.198-204, 2005.

LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D.A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, p.213-221, jan, 2002.

LWANGA, S. K.; LEMESHOW, S. **Sample size determination in health studies: a practical manual**. Geneva: World Health Organization, 1991.

MARAGNO; L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1639-1648, ago., 2006.

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

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. São Paulo: Nova cultural, 1982.

MENDES-BEZERRA, A. M. Os novos paradigmas de organização do trabalho: implicações na saúde mental dos trabalhadores. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.23, n.85-86, 1997.

MENDES, R e DIAS. **Saúde do trabalhador**. In: ROUQUAYROL, M. Zélia. Epidemiologia e Saúde. 4 ed. São Paulo: MEDSI, 1995.

MÉSZÁROS, I. **Produção Destrutiva e Estado Capitalista**, São Paulo: Ensaio, 1989.

OLIVEIRA, M. H. B. de; VASCONCELLOS, L. C. F. de. **Direito e Saúde –** Possibilidades de um novo campo na luta pela saúde do trabalhador. 3ª Conferência Nacional da Saúde do Trabalhador - 3ª CNST. Textos de Apoio Coletânea n. 1. Ministério da Saúde, Brasília, 2005.

OLIVEIRA, N. F.; SANTANA, V.S. LOPES, A. A. Razões de proporções e uso do método Delta para intervalos de confiança em regressão logística. **Revista Saúde Pública**, n.3191, p.90-99, fev., 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a saúde no mundo-Saúde Mental**: Nova concepção, Nova Esperança, 2001. Disponível em: [http:// www.psiqweb.med.br/acad/oms1.html](http://www.psiqweb.med.br/acad/oms1.html) . Acesso em 26/02/2007.

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

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

PINHO, P.S. **Sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres**,(Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Feira de Santana,2006.

PINTO, A. **Distribuição de renda na América Latina e desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

POCHMANN, M. **O emprego na globalização**. São Paulo: Boitempo, 2001.

PONDÉ, M.P. e CAROSO, C. Lazer como fator de proteção da saúde mental. **Revista de Ciências médicas**. v.12, n.2, p.163-172, abr-jun, 2003.

POSSAS, C. **Epidemiologia e Saúde** : heterogeneidade estrutura e saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1989.

QUEIROZ, C.M.B. et al. Qualidade de vida e políticas públicas no município de Feira de Santana. **Ciências & Saúde Coletiva**. v.9, n.2, p.411-421, 2004.

R (The R Foundation for Statical Computing) Version 2.3.1. **R: A language and enviornment for statical computing**. ISBN 3-900051-00-3. Viena-Austria, 2004. Disponível em < [http //: www.R-project.org](http://www.R-project.org) >.

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

ROUQUAYROL, M. Zélia. **Epidemiologia e Saúde**. 4 ed. São Paulo: MEDSI, 1995.

SMITH, Adam. **A riqueza das nações**: investigação sobre sua natureza e suas causas. São Paulo: Nova Cultural, 1982.

SOBRINHO, C. L. N. **Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Bahia, Brasil** (Tese de Doutorado) Universidade Federal da Bahia, Salvador, - BA, 2004.

SOUZA, M.F.M.; SILVA, G. R. Risco de distúrbios psiquiátricos menores em área metropolitana na região Sudeste do Brasil. **Revisão de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n.1, p. 50-58, 1998.

SPARREBERGUER, F.; et al. Epidemiologia do distress psicológico: estudo transversal de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n 4, Ago, 2003.

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

TAYLOR, F. W. **Princípios da Administração Científica** [Tradução de Arlindo Vieira Ramos]. 8 ed. São Paulo: Atlas, 1990

ANEXO

ANEXO A - Autorização para uso de dados

Eu, _____ responsável pela pesquisa, autorizo o uso do banco de dados do referente estudo para a pesquisa intitulada: Transtornos Mentais Comuns em trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana-Ba. Pesquisa vinculada ao Núcleo de Epidemiologia da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, sob orientação da Prof. Dra. Tânia Maria Araújo e pesquisadora Mônica Dantas Farias.

Feira de Santana, _____ de _____ de 2007.

ANEXO B - Questionário Individual

UEFS - DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Censitário: Setor

NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA

PROJETO: SAÚDE

Subdistrito:

Nº de ordem:

Data: ___/___/___ Hora de início: ___:___ h

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

I - INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

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

II - TRABALHO PROFISSIONAL

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

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

Emprego/Atividade	Período 2. Inicial; 3. Final	Setor	Carteira assinada?	Sofreu algum acidente de trabalho?	1. regular 2. temporário 3. sazonal
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					

Código SETOR: 1. serviços domésticos; 2. Construção civil; 3. Indústria manufatureira; 4. Comércio; 5. Transporte;

6. Ensino; 7. Outros serviços (especificar)

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

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

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

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

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

Você muitas vezes é solicitado, durante sua jornada de trabalho, a mover ou levantar cargas pesadas.	
1() Discordo fortemente	2() Discordo
3() Concordo	4() Concordo fortemente
* Suporte social proveniente do supervisor	
8() não possui supervisor/a	
Seu supervisor preocupa-se com o bem-estar da sua equipe de trabalho.	Seu supervisor presta atenção nas coisas que você fala.
1() Discordo fortemente	2() Discordo
3() Concordo	4() Concordo fortemente
Você está exposto/a à situações de hostilidade e conflito com seu supervisor.	Seu supervisor colabora com você na realização do seu trabalho.
1() Discordo fortemente	2() Discordo
3() Concordo	4() Concordo fortemente
Seu supervisor é bem sucedido em promover o trabalho em equipe.	
1() Discordo fortemente	2() Discordo
3() Concordo	4() Concordo fortemente
* Suporte social proveniente do colega de trabalho	
8() Trabalho sozinho	
As pessoas com quem você trabalha são competentes em fazer suas atividades.	As pessoas com quem você trabalha interessam-se pelo que acontece com você.
1() Discordo fortemente	2() Discordo
3() Concordo	4() Concordo fortemente
Você está exposto/a a hostilidade e conflitos com as pessoas com quem você trabalha.	As pessoas no seu trabalho são amigáveis.
1() Discordo fortemente	2() Discordo
3() Concordo	4() Concordo fortemente
As pessoas com quem você trabalha são dispostas a colaborar, umas com as outras, na realização das atividades.	As pessoas com quem você trabalha encorajam umas às outras a trabalharem juntas.
1() Discordo fortemente	2() Discordo
3() Concordo	4() Concordo fortemente
* Insegurança relativa à situação de trabalho	
Meu trabalho é estável (a segurança é relativamente boa).	Em 5 anos, minhas habilidades ainda serão valiosas.
1() Discordo fortemente	2() Discordo
3() Concordo	4() Concordo fortemente
* Autoridade de decisão no nível macro	
8() Trabalho sozinho	
Quantas pessoas estão em seu grupo de trabalho ou setor/unidade?	Você tem influência significativa sobre as decisões em seu grupo de trabalho.
2() 2 a 5 pessoas	3() 6 a 10 pessoas
4() 10 a 20 pessoas	5() 20 ou mais pessoas
1() Discordo fortemente	2() Discordo
3() Concordo	4() Concordo fortemente
Seu grupo de trabalho ou unidade toma decisões democraticamente.	Você é um membro do sindicato ou da associação de empregados.
1() Discordo fortemente	2() Discordo
3() Concordo	4() Concordo fortemente
Sua opinião ou da associação de empregados tem influência sobre a política da empresa.	Você tem influência sobre as políticas do sindicato ou associação de empregados.
8() Não sou um membro da associação	8() Não sou um membro da associação
1() Discordo fortemente	2() Discordo
3() Concordo	4() Concordo fortemente

3() Concordo	4() Concordo fortemente
---------------	--------------------------

IV- SAÚDE REPRODUTIVA

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

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

2. Gravidez atual: 1()sim 2()não

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

V- ATIVIDADES DOMÉSTICAS

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

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

6. Você recebe algum tipo de ajuda para a realização dos trabalhos da casa?

1()sim 2()não 3()não faz tarefas domésticas

De quem você recebe ajuda?

1() Ninguém 4() Esposa/ companheira
2() Empregada 5() Outra mulher (mãe/irmã/filha/vizinha)
3() Marido/ companheiro 6() Outro homem(pai/irmão/filho/vizinho)

7. Quais os dias da semana que você realiza trabalhos da casa?

1() Todos os dias 8() não faz
2() de segunda a sexta
3() Nos finais de semana
4() Somente aos sábados
5() Somente aos domingos

VI - ATIVIDADES DE LAZER

1. Você participa de atividades de lazer?

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

2. Qual o tipo de atividade? 8() não participa

Atividades sócio-culturais:

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

Atividades físicas:

10() ginástica 11() caminhada 12() futebol/volei
13() natação 14() hidroginástica
Outro _____

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

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

1() Movimento comunitário 5() Clube
2() Academia 6() Grupo religioso
3() Centro de Convivência 4() Centro Comunitário

5. Qual a principal razão para sua participação em atividades de lazer? (Pode ser assinalado mais de uma resposta)	
1 () É obrigado	5 () Por necessidade humana de convívio social
2 () Para encontrar amigos	6 () Para adquirir conhecimentos e habilidades
3 () Para praticar esportes	7 () Namorar
4 () Divertir-se/ recrear-se)	9 () não sabe
Outra _____	
6. As atividades de lazer ajudam sua convivência com outras pessoas?	7. Quantas horas você tem livre para se divertir ou descansar durante a semana?
1 () sim 2 () não	____ horas
8. Em relação ao esforço físico, como classificaria suas atividades de lazer?	
1 () Leve (lê, ouve rádio, assiste TV)	
2 () Moderada (caminha, anda de bicicleta, aula de dança ou atividade física, pelo menos, 2 horas semanais)	
3 () Pesada (corre, faz ginástica, natação, jogos com bola ou atividade física, pelo menos, 4 horas semanais)	
• Jogos: <u>baralho</u> , <u>dominó</u> , <u>dama</u> etc.	

VII - PADRÕES DE SONO

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

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

VIII- SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE (SRQ-20)

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

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

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

IX - USO DE MEDICAMENTOS

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

X - USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

Responda as questões abaixo, assinalando a melhor alternativa.

1. Você consome bebidas alcoólicas atualmente? 1() sim siga para questão 6 2() não	2. Você já foi consumidor de bebidas alcoólicas? 1() sim 2() não siga para bloco XI
3. Com que freqüência você bebia? 1() raramente 3() 2 a 3 dias/semana 2() um dia/semana 4() todo dia	9. Já perdeu ou chegou atrasado no trabalho, escola, ou em outra atividade por causa da bebida ou ressaca? 1() sim 2() não () não sabe
4. Há quanto tempo parou de beber? ___ ___ anos ___ ___ meses	10. Você já se desentendeu ou discutiu com pessoas por você beber ou ter bebido muito? 1() sim 2() não () não sabe
5. Por quanto tempo você bebeu? ___ ___ anos ___ ___ meses siga para bloco XI	

6. Você bebe... 1 () raramente 3 () 2 a 3 dias/semana 2 () um dia/semana 4 () todo dia/quase todo dia 7. Você considera este consumo exagerado? 1 () sim 2 () não () não sabe	11. Você já dirigiu um carro ou moto após ter bebido bastante? 1 () sim 2 () não () não sabe
8. Já esteve alto ou de ressaca por causa de bebidas alcoólicas? 1 () sim 2 () não () não sabe	12. Algum familiar, amigo, médico ou outro profissional de saúde já se mostrou preocupado com seu consumo de bebida alcoólica ou sugeriu que você reduzisse esse consumo? 1 () sim 2 () não () não sabe

XI - HÁBITO DE FUMAR

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

XII - ATOS DE VIOLÊNCIA – VITIMIZAÇÃO

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


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

1. Alguém lhe roubou alguma coisa à mão armada nos últimos 24 meses? ____.
2. Você sofreu alguma agressão nos últimos 24 meses? ____.
3. Você foi ferido com uma faca ou outra arma branca nos últimos 24 meses? ____.
4. Você foi ferido com uma arma de fogo (revólver, pistola, escopeta etc.) nos últimos 24 meses? ____.
5. Você sofreu algum acidente de trânsito nos últimos 24 meses? ____.

Entrevistador: _____

Duração da aplicação: ____ : ____ h

ANEXO C – Aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Rafael


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

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

Prezada Senhora :

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

Atenciosamente,



Dr. Edson Duarte Moreira Júnior
Coordenador do CEP

ANEXO D – Aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Feira de Santana – Ba



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFS

Av. Universitária, S/N – Módulo I – 44.031-460 – Feira de Santana-BA
Fone: (75) 224-8124 Fax: (75) 224-8019 E-mail: cep@uefs.br

Feira de Santana, 29 de novembro de 2007
Of. CEP-UEFS nº 357/2007

Senhor(a) Pesquisador(a): Tânia Maria de Araújo

Recebemos o atendimento às recomendações do seu Projeto de Pesquisa intitulado "**Transtornos Mentais Comuns entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana - BA**" registrado neste CEP sob Protocolo N.º 077/2007, CAAE 0082.0.050.000-07.

Com votos de bom trabalho.

Atenciosamente,

Dolwa Franca
PI Eliane Elisa de Souza e Azevêdo.
Coordenadora do CEP-UEFS.