



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Márcia Regina Alves Rocha

Saúde do Trabalhador no Contexto Hospitalar

Tese apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para
obtenção do título de Doutor(a) em
Enfermagem.

Orientador (a): Prof(a). Dr(a). Maria José Sanches Marin
Coorientador(a): Prof(a). Dr(a). Juana Macias Sedas

Botucatu

2018

Márcia Regina Alves Rocha

Saúde do Trabalhador no Contexto Hospitalar

Tese apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para
obtenção do título de Doutor(a) em
Enfermagem.

Orientador (a): Prof(a).Dr(a).Maria José Sanches Marin
Coorientador(a):Prof(a).Dr(a). Juana Macias Seda

Botucatu
2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Rocha, Márcia Regina Alves.

Saúde do trabalhador no contexto hospitalar / Márcia Regina Alves Rocha. - Botucatu, 2018

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Maria José Sanches Marin

Coorientador: Juana Macias Seda

Capes: 40406008

1. Saúde do trabalhador. 2. Doenças mentais. 3. Hospitais. 4. Riscos ocupacionais. 5. Pessoal da área de saúde mental. 6. Enfermagem.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador; enfermagem; hospital; transtorno mental.

Márcia Regina Alves Rocha

Saúde do trabalhador no contexto hospitalar

Tese apresentada ao programa de pós-graduação do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de doutor.

Orientadora: Prof(a). Dr(a) Maria José Sanches Marin.

Comissão examinadora

Prof(a). Dr(a) Maria Helena Borgato
Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”

Prof(a). Dr(a) Silvana Andrea Molina Lima
Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”

Prof. Dr. Márcio Mielo.
Faculdade de Medicina de Marília

Prof. Dr. Carlos Alberto Lazarini
Faculdade de Medicina de Marília

Botucatu, 01 de março de 2018.

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Dra. Maria Jose Sanches Marin, que sempre se fez presente em todos os momentos necessários, pela paciência, compreensão e companheirismo na condução desse processo e pela oportunidade de desenvolver esse trabalho, que sem a sua ajuda não teria o mesmo brilho.

À professora Dra. Juana Macias Seda, co-orientadora deste estudo, pela acolhida em Sevilha, por todo apoio recebido junto à Universidade de Sevilha e pela oportunidade de conhecer os trabalhos e realizar trocas junto aos hospitais. Pelo carinho com que sempre me tratou, pelas oportunidades oferecidas, que extrapolaram os muros da universidade, propiciando momentos muitos prazerosos em sua companhia.

Aos membros da banca, pela disponibilidade e importantes contribuições.

Às queridas colegas Lucy Marcela Vesga e Tatiane Guimarães, companheiras de intercâmbio, pelas trocas que realizamos, pelo apoio e incentivo nos momentos mais difíceis no decorrer desse trajeto e pelos bons momentos vivenciados.

Ao professor José Ignacio Villar (Sevilha), pela sua valiosa colaboração que me ajudou muito nessa caminhada, compartilhando seus conhecimentos e indicando caminhos na análise e interpretação dos dados.

Aos meus filhos, que sempre estiveram do meu lado, incentivando-me e me apoiando e aos meus familiares que sempre acreditaram nos meus propósitos.

Aos meus amigos, por estarem presentes em minha vida, torcendo pelo meu sucesso.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior (CAPES), pela bolsa concedida e oportunidade de intercâmbio que abriu outros horizontes.

Aos professores e coordenadora do Programa da Pós-graduação em enfermagem, por compartilharem o conhecimento e a amizade.

Aos trabalhadores do hospital, pela confiança e colaboração sem a qual não seria possível este estudo.

A Deus, que permitiu que tudo acontecesse.

“O desconhecido sempre nos traz medo e insegurança. Mas temos que olhar o novo como oportunidade de medir nossa capacidade de vencer obstáculos”

(Luiz Almeida Marins Filho, 1999)

Resumo

ROCHA, M.R.A. **Saúde do trabalhador no contexto hospitalar**. 2018. 80f. Tese - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2018.

Introdução: O trabalho no hospital exige comprometimento e qualidade, mas integra, no mesmo espaço, equipes e contratos de trabalho diferentes que tornam importante identificar similaridades ou não nas condições de vida, saúde e de trabalho, a fim de direcionar intervenções na promoção da saúde. **Objetivo:** analisar e comparar as condições de vida, de saúde e de trabalho entre os trabalhadores das equipes de enfermagem, da nutrição e do serviço de limpeza e higiene hospitalar (SHL), com ênfase na saúde mental. **Método:** Pesquisa quantitativa, transversal realizada em uma unidade hospitalar de alta complexidade que atende, exclusivamente, usuários do Sistema Único de Saúde. Para a coleta de dados foi construído um questionário, utilizando instrumentos já validados, compostos por dados de identificação, socioeconômico, estilo de vida, condições de saúde e de trabalho. Participaram 227 trabalhadores sendo 96 da equipe enfermagem, 53 da equipe de nutrição e 78 do SHL. Para verificar as associações entre a variável independente: categoria profissional e as variáveis dependentes: condições de saúde, de trabalho, estilo de vida e o perfil socioeconômico dos trabalhadores, usou-se o Teste Qui-quadrado e ainda a análise bivariada de prevalência e Odds Ratio entre as variáveis dependentes: sociodemográficas, econômicas, de saúde e de trabalho e a variável independente TMC com os 227 trabalhadores e entre as equipes. Foi utilizado o programa SPSS 23, considerando p-valor menor ou igual a 0,05, com 95% de nível de significância. **Resultados:** A maioria dos trabalhadores é do sexo feminino, vive com companheiro, sem filhos menores, com casa própria, realiza a maior parte das atividades domésticas, não é fumante e realiza atividade física. Foi significativa a diferença entre as categorias em relação aos aspectos socioeconômicos. Entre os profissionais do SHL, houve maior percentual de coloração da pele parda ou negra, baixa escolaridade, menor renda individual e atividade de lazer. Nas condições de saúde a queixa de problemas osteoarticulares foi maior entre os trabalhadores do SHL. A prevalência de transtorno mental comum foi maior na equipe de nutrição com 28,3%, não sendo significativa a diferença entre as equipes. A equipe de enfermagem foi a mais jovem. São mais obesos os trabalhadores da nutrição. Quanto às condições de trabalho, a equipe de enfermagem foi aquela que tem maior tempo de serviço na instituição, número de horas extras realizadas, outro emprego, trabalho noturno e acidentes perfurantes. Entretanto, contam com mais autoridade decisória e suporte social no trabalho. O SHL foi o que mais referiu condições de insegurança no trabalho.

Conclusão: O estudo identificou que há diferenças não apenas nas condições de trabalho, mas nas condições de vida que refletem na saúde dos trabalhadores, sendo que todas as categorias apresentam riscos que precisam ser considerados e gerenciados, de acordo com as suas especificidades, com vistas à promoção da saúde do trabalhador.

Palavras-Chaves: saúde do trabalhador; saúde mental; hospital.

Abstract

ROCHA, M.R.A. **Occupational health in the hospital context**. 2018. 130f. Tese – Botucatu Medical School, Paulista University Estadual, Botucatu, Brazil, 2018.

Introduction: The work in hospital requires compromise and quality, therefore it contains, in the same environment, different teams and job contracts that had become important to identify similarities or no similarities in the life, health and working conditions in order to address interventions in the health promotion.

Objective: Analyze and compare the conditions of life, health and working among the Nursing, Nutrition and Cleanliness and Hospital Hygiene teams, emphasizing the mental health. **Method:** Quantitative research, transversal held in a high complexity hospital that treats exclusively patients from Brazil's Unified Public Health System (SUS). For the data collection it had been designed a survey, using verified instruments, containing identifications' report, social and economic principles, lifestyle, health and working conditions. To verify the associations between workers' health, working, life conditions and social and economic principles profile it was applied the method Chi-square with the SPSS 23 program considering p low and 0,05 significance level. The research had 227 (88,67%) participants, which 96 belongs to Nursing, 53 belongs to Nutrition and 78 to Cleanliness and Hygiene. **Results:** Among all the participants of the research most of them are female, white, live with a partner, with no underaged child, they completed high school, own their own houses, earn a monthly income up to two minimum wages, do their own domestic activities don't smoke and are actives people. It was significant the difference between the categories in relation to socioeconomic aspects. Among the Cleanliness and Hygiene team, there was a higher percentage of brown or black skin color self-referred, low level of education and lower income and leisure activity. In health conditions the complaint of muscle pain problems was higher among SHL workers. Common mental disorder prevalent in Nutrition 28,3%, not significant in terms of difference. The Nursing team with statistically difference was the youngest. This team doesn't enjoy activities as going to clubs, bars, travel as the others and complain more about muscles. articulations, joints and bones. The Nutrition team presents more obese people. In terms of working, the time dedicated in the establishment was significative as the extra hours, side job, night shift and get suffered from perforating accidents, decision-making authority and social work support, all these conditions presented

were pointed more frequently in the Nursing team. Insecurity in work conditions was most related with the Cleanliness team. **Conclusion:** The research identified differences not just in the working conditions but in the lifestyle that reflects in the health of the workers. Even though there is acknowledgment of the workers' significance service quality, it has invested and offered little for the workers' health, consequently the number of disease that keep the employee for temporary or, even worse, definitely out of his job, aside from making the activities less pleasurable, essential conditions for quality actions.

Keywords: occupational health; metal health; hospital.

Sumário

1.0 INTRODUÇÃO.....	14
2.0 OBJETIVO GERAL.....	29
2.1. Objetivos específicos.....	29
3.0. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	29
4.0. RESULTADOS	38
5.0 DISCUSSÃO	49
6.0 CONCLUSÃO.....	55
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	71
ANEXO A – Atividades Domésticas	72
ANEXO B- Critério para Classificação Econômica Brasileira	73
ANEXO C- Cut-down, Annoyed by Criticism, Guilt e Eye-opener (CAGE)	74
ANEXO D- Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)	75
ANEXO E – Envolvimento em Conflitos	76
ANEXO F- Self Report Questionnaire (SRQ -20).	77
ANEXO G– Auto Percepção da Saúde (APS)	78
ANEXO H– Job Content Questionnaire (JCQ).....	78
ANEXO I –Fórmulas para cálculo (Demanda-Controle) do JCQ.....	81

APRESENTAÇÃO

O trabalho, uma atividade essencialmente humana, é de grande importância na vida das pessoas e, apesar das transformações ocorridas ao longo da história, o seu valor perpetua e define os modos de viver, adoecer e morrer.

Como enfermeira e professora de um Curso de Graduação em Enfermagem, tive a oportunidade de vivenciar o contexto do trabalho hospitalar. Percorri diferentes setores como: clínica médica, cirúrgica, centro-cirúrgico, centro de material e esterilização em diferentes hospitais e pude vivenciar as dificuldades relacionadas às condições de trabalho, surgindo, assim, muitas inquietações e preocupações com as condições de saúde dos trabalhadores.

O trabalho no hospital é revestido de singularidades e de intensa complexidade. Nesse espaço, ocorre o convívio de distintas categorias profissionais e, apesar de terem o mesmo objeto de trabalho, não se estabelecem ações interdisciplinares efetivas, o que gera, nos trabalhadores, sentimentos negativos, competitividade e disputas, levando à sensação de que alguns profissionais contam com maior valia frente a outros.

Somados a isto, a introdução da crescente tecnologia, do constante avanço e difusão do conhecimento, contribui para aumentar as exigências impostas aos profissionais por parte do empregador e do usuário o que requer maior dedicação e aprimoramento, que nem sempre é possível a todos os trabalhadores.

Ressalta-se, neste cenário, a ampliação da participação feminina. As mulheres ocupam, cada vez mais, os espaços de trabalho, porém, na maioria das vezes, mantêm-se naquelas socialmente reconhecidas como femininas, incluindo cuidar, limpar e cozinhar. Portanto, no hospital, encontra-se grande contingente de mulheres que se submetem às exigências do mercado de trabalho, além disso, elas continuam com as responsabilidades domésticas, assumindo dupla ou tripla jornadas de trabalho.

Neste contexto chama a atenção, o serviço de enfermagem, de nutrição e de limpeza, que compõem a principal força de trabalho nos hospitais, contam com pouco reconhecimento social e recebem, na maioria das vezes, baixos salários. Essa situação parece ainda mais complicada quando se trata de serviço terceirizado, que apesar de ser reconhecido pela legislação nacional e internacional, pela lógica, amplia a precarização das condições de trabalho. Sendo observado que essa forma de contratação ocorre, principalmente, em relação ao serviço de limpeza. Entretanto, a nova legislação brasileira, definida por meio de Medida

Provisória (MP) 808 de 14 de novembro de 2017 pelo governo Temer que altera a Consolidação das Leis trabalhistas (CLT), oferece maior flexibilização à contratação de trabalhadores pelas instituições, o que pode levar à precarização nos contratos de trabalho, pois reduz, em alguns aspectos, os direitos trabalhistas.

Outro fato foi a sanção da Lei 13. 429/17, que permite a terceirização irrestrita, ou seja, o que era restrito à atividade-meio, isto é, a que não está relacionada à atividade principal da empresa, passou a ser permitido à atividade-fim de uma empresa, que é o foco principal dela, o que amplia a possibilidade de contratação de todos os profissionais por esta forma, ou mesmo a substituição dos diretamente contratados, levando a perdas de benefícios anteriormente conquistados.

A saúde do trabalhador tem sido motivo de grande preocupação, visto que muitos são os riscos e sofrimentos impostos pelas condições oferecidas nesse ambiente, as quais podem levar ao adoecimento, tanto físico como emocional e às respectivas consequências para a pessoa, família e comunidade, bem como para a própria empresa. Assim, surgem inquietações e preocupações que levam a propor a presente pesquisa, visando maior entendimento de como trabalhadores da área hospitalar, encontram-se frente às condições de vida, saúde e trabalho.

Frente ao exposto no presente estudo, inicialmente, será realizada abordagem sobre o mundo do trabalho e a saúde do trabalhador, seguida de exploração sobre o trabalho no contexto hospitalar, pautando-se na literatura. A partir disso, serão apresentados os objetivos do estudo, a descrição do método, os resultados, discussões e considerações finais.

1.0 INTRODUÇÃO

1.1. O mundo do trabalho e a saúde do trabalhador

O trabalho envolve um conjunto de relações entre o homem e a natureza que teve origem juntamente com a humanidade (MORAES, DA SILVA, 2015). Recebe significados próprios frente às diferentes perspectivas epistemológicas de áreas do conhecimento como: a sociologia, economia, a psicologia e a engenharia. As múltiplas e controversas formas de analisá-lo, frente ao que se produziu, vai depender como se olha ao que foi construído podendo trazer sentimentos positivos ou negativos (ASSUNÇÃO -MATOS e BICALHO, 2016).

O duplo sentido do trabalho é citado por Lhuier (2013), que se utiliza do manuscrito de Freud, sobre *O Mal Estar da Civilização*, para afirmar que o trabalho tanto pode favorecer a construção do sujeito como deixá-lo exposto às pressões e explorações. Esse anacronismo acompanha as concepções do trabalho ao longo da história que ora o reconhece como dispêndio da força física, numa atividade repetitiva sem qualquer satisfação, ora atribui a ele importância central para a vida, devido à liberdade e possibilidade de criação (DIAS, SANTOS, ARANHA, 2015).

E reconhecendo a importância do trabalho, Antunes (2002) o conceitua como atividade que enaltece o ser humano, por meio do qual o homem se realiza como pessoa e se diferencia dos outros animais e é o ponto de partida para a humanização do ser social, pois, por meio dele, a pessoa se realiza.

Também como possibilidade de criação, Marx (1988) compreende que, no trabalho, o homem age de forma planejada e intencional, assim imprime a sua vontade e usa o raciocínio para ser produtivo. Apoiado nesse conceito, Etges (1992) coloca que, através do trabalho, o homem se relaciona com o mundo concretamente, de forma objetiva, finita, exteriorizando sua vontade infinita. Esse processo de exteriorização ocorre quando o homem passa a fazer parte daquilo que ele produziu como uma forma de “coisificação” dele mesmo (ETGES, 1992).

Assim, percebido como atividade essencial para a humanidade, o trabalho é caracterizado pela sua intencionalidade, que é de grande importância na vida das pessoas, é para ele que se prepara desde a tenra idade, é nele que se passa a maior parte do tempo e é dele que depende o modo de vida, a valorização social e a satisfação pessoal, determinando, muitas vezes, as formas de adoecer e morrer (AGOSTINI, 2002). Para Cunha (2014), o

trabalho permite que o homem manifeste toda sua humanidade como ser biológico, histórico e sociocultural.

Levando em consideração a complexidade que envolve o trabalho, é importante resgatar alguns aspectos das representações que acompanharam a evolução histórica, as quais vêm carregadas de valores e de múltiplos sentidos (HOLZ, BIANCO, 2014).

Em tempos mais remotos, o trabalho era associado às experiências religiosas, pois acreditava-se que os deuses se encarnavam na natureza. A terra era trabalhada dentro dessa cultura mítica, o seu cuidado era uma forma de relacionar-se com os deuses e não um ofício. Com o nascimento da filosofia, na Grécia Antiga, muda-se a relação entre os homens e a agricultura, bem como o conceito atribuído ao trabalho. O pensamento mítico foi substituído pelo uso da Razão. O trabalho com a terra perde seu prestígio religioso e social e passa a fazer parte das ocupações servis, com ênfase no gasto de energia (HOLZ, BIANCO, 2014).

Acrescenta-se que, na cultura grega, o agricultor precisa produzir para sua subsistência e está submisso aos ritmos da natureza, assim como o artesão que também depende da encomenda de outros para obter remuneração. Sendo assim, não são considerados como seres livres. Para os gregos, é livre quem utiliza, como instrumento de trabalho, a palavra, como os pensadores e filósofos, que se ocupam de reflexões sobre a convivência harmônica na vida política. Depreende-se, dessa forma, uma conotação negativa do trabalho, o que também ocorreu na tradição judaico-cristã, visto que a sua concepção de trabalho também remete ao sofrimento, como forma de pagar os pecados (DIAS, SANTOS, ARANHA, 2015).

Nesse contexto histórico, o sentido etimológico do trabalho passa a relacionar-se com o substantivo *tripalium* que era um instrumento de três pontas de ferro utilizado na agricultura para processar os cereais. Esse instrumento, também utilizado para torturar escravos, recebe a conotação de martírio e sofrimento (ALBORNOZ, 1986; DIAS, SANTOS, ARANHA, 2015).

No feudalismo, os trabalhadores, chamados de servos, arrendavam terras dos senhores feudais, produziam para eles e eram condicionados às ilimitadas imposições do senhor feudal. Apesar de trabalharem por longas horas incansavelmente, não conseguiam retirar desse trabalho mais que o suficiente para manter o sustento da família (COTANDA, 2015)

A partir da necessidade de investir nas riquezas acumuladas surge o mercantilismo e o trabalhador migra da área rural para área urbana, levando ao crescimento do comércio, ao desenvolvimento das cidades e ao surgimento das primeiras empresas (ASSUNÇÃO-MATOS, BICALHO, 2016).

No século XVIII, o advento industrial representou a mais profunda mudança no mundo do trabalho e nas condições de vida das pessoas, levando a constantes necessidades de

adaptação à nova forma de organização do trabalho. A introdução das máquinas promoveu grande revolta na sociedade, uma vez que comprometiam a antiga forma de trabalho e de sustento (COTANDA, 2015).

Neste período, exalta-se o domínio do homem sobre a natureza através da ciência e tecnologia. O trabalho passa a ter valor central na sociedade, pois somente o homem que é livre executa atividade de transformação da natureza (DIAS, SANTOS, ARANHA, 2015). O trabalho é realizado dentro das indústrias com divisões de tarefas. Sob o olhar dos economistas reforça-se a concepção de trabalho como a maior fonte de riqueza (HOLZ, BIANCO, 2014). Enfatizam a importância da divisão das tarefas para o bem comum da sociedade de forma a não produzir o caos (DIAS, SANTOS, ARANHA, 2015). A riqueza agora não está mais associada a possuir terra, mas à acumulação. Defendem os economistas a ideia de que cada um tem que produzir o que é necessário à humanidade e os industriários determinam o que é útil produzir para utilizar como moeda de troca. Surge, nesse período, a classe média “que vive da compra e venda de produtos e compartilha, com o governo, o lucro” (ASSUNÇÃO-MATOS e BICALHO, 2016 p.121).

No século XIX, a classe trabalhadora, que antes vivia no campo e produzia em família, migrou para as cidades para trabalhar nas fábricas vendendo sua força de trabalho à burguesia (ENGELS, 1975).

Com a industrialização ocorre o fortalecimento do capitalismo e o trabalho humano sofre interferências das mais diferentes formas de gerenciamento, planejamento e controle na tentativa de simplificação do trabalho (HOLZ e BIANCO, 2014).

Engels, fazendo uma avaliação sobre a situação da classe trabalhadora na Inglaterra, faz críticas veementes à burguesia por explorar, desmedidamente, o trabalhador em função do lucro e do enriquecimento (ENGELS, 1975). Neste período, há uma compreensão de que não se pode confiar que os trabalhadores vão executar suas atividades de forma voluntária e livre para produzir a mais valia. Há necessidade da figura do gerente para determinar e maximizar o controle sobre o trabalho, gerando repreensões e opressões. Não se deseja que o trabalhador pense, nem que conheça todo o processo de produção. Há um interesse em monopolizar o conhecimento como estratégia de comando (BRAVERMAN, 1981).

Nesse contexto de organização do trabalho, ganha ênfase, no século XX, os modelos Taylorista e Fordista, que trouxeram, essencialmente, a produção em série, a fragmentação das funções com controle do tempo e movimento e, como modelo de gestão, o comando vertical/hierarquizado que se manteve, ao longo dos séculos, em diferentes ambientes de trabalho (ASSUNÇÃO-MATOS, BICALHO, 2016).

Na década de setenta do século passado, com a crise do petróleo e o fordismo em queda, porque não atendia mais às exigências do mercado, ocorreu a reestruturação produtiva que se contrapôs ao modelo Taylorista/Fordista. Nesta perspectiva, foram grandes as mudanças destacando-se a forma de gestão “mais flexível” da produção e do trabalho proposta pelo Toyotismo (PEREIRA, ALBUQUERQUE, MORAES, 2015).

O Toyotismo, como modelo de gerenciamento, altera totalmente a estrutura organizacional, vendendo a ideia de maior flexibilização da gestão do trabalho com maior envolvimento do empregador, valorização do trabalhador, denominado como colaborador, passando a ideia de que a empresa seria como uma família sem conflitos. Porém, a proposta do modelo está longe de ser concretizada, pois o trabalhador executa várias tarefas sob rígida rotina e ameaça de desemprego. Esse modelo aplica um sistema de produção mais enxuto com melhor aproveitamento do tempo, dando origem ao modelo de controle da qualidade, com rigorosas cobranças e, posteriormente, a terceirização de parte da mão de obra (ANTUNES, 2003).

Tinha como proposta, no Toyotismo, o incremento da tecnologia pela substituição da mão de obra do trabalhador. Esse fato foi concretizado, gerando a perda de empregos por milhões de trabalhadores que não encontraram mais espaços no mercado de trabalho ou quando são recolocados, não mantêm o mesmo nível salarial (ASSUNÇÃO-MATOS e BICALHO, 2016).

Essas mudanças interferiram não só na forma de organização do trabalho, como também exigiu maior produtividade, possibilitando a introdução da flexibilização dos contratos e da precarização nas condições de trabalho. A flexibilização ou flexibilidade se fundamenta nas alterações que atinge a sociabilidade no mundo capitalista contemporâneo e que impacta nas relações de trabalho, uma vez que altera todas as conquistas trabalhistas com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) pois, reduz as fronteiras entre a atividade laboral e o espaço de vida privada legitimada pela desconsideração da legislação trabalhista de contratação de trabalhadores, no aumento e densificação da jornada de trabalho (ANTUNES e PRAUM, 2015).

Essa precarização social do trabalho vem ocorrendo em nível mundial, decorrente da desmedida corrida pela produtividade e pela crescente concorrência no mercado, onde o lucro está acima de tudo e o trabalhador passa a ser descartável. A constante ameaça de desemprego força o trabalhador a se submeter a regras rígidas, com cobrança intensa sobre a produtividade, sem considerar os limites individuais de cada pessoa. Além disso, o vínculo do emprego não é mais garantido, pois é dado espaço à terceirização do trabalhador o que,

embora assumido como discurso de flexibilização no contrato de trabalho e de garantia de sobrevivência da empresa, contribui para piora das condições de trabalho, uma vez que, com objetivo de reduzir custos, fortalece relações heterogêneas como o trabalho por conta própria sem seguridade social e sem registro, com salários menores e ainda com maior jornada de trabalho (DRUCK, 2011; LOURENÇO, 2015; ALVES, 2017).

Tudo isto para Antunes (2005) tem tornado o trabalho alienante e aquilo que deveria ter como finalidade a busca da realização por meio da livre criação, gera sofrimento e adoecimento, uma vez que explora, sem limites, a força de trabalho para retirar dela a mais valia, encurtando o tempo de uso do trabalhador, que é tratado como mercadoria descartável.

A terceirização, utilizada inicialmente para serviços denominados não essenciais, trouxe a fragmentação da força de trabalho com exigência de polivalência. Serviços não essenciais são aqueles que não fazem parte do objetivo primordial da empresa. Num hospital o serviço de enfermagem faz parte de serviços essenciais, relacionado ao foco principal da instituição, que é cuidar do usuário. A terceirização supõe delegar responsabilidades que não compõem a coluna vertebral da empresa (CAMPOS et al., 2017). Ela produziu o enfraquecimento político da classe trabalhadora e dificultou ação coletiva em favor de seus direitos e a perda da seguridade social, conquistada anteriormente (PEREIRA, ALBUQUERQUE E MORAES, 2015).

Esse formato de organização do trabalho envolve a perda dos direitos sociais trabalhistas, favorece a competitividade, o individualismo e enfraquece as relações interpessoais. Além disso, o trabalhador passa a não contar com a representação de classe para o enfrentamento das adversidades (DRUCK, 2011).

As consequências dessa organização favorecem o processo de adoecimento mental advindo da falta de apoio e do isolamento social no trabalho, bem como o adoecimento físico, decorrente do aumento dos acidentes de trabalho, as doenças ocupacionais relacionadas ao trabalho, as lesões por esforço repetitivo, as doenças osteoarticulares (ANTUNES, PRAUM, 2015). Compreende-se, assim, o trabalho como determinante social do processo saúde-doença (ACEVEDO et al., 2013).

Engels em sua publicação sobre a Situação das Classes Trabalhadoras na Inglaterra, século XIX, mostra que o perfil de mortalidade era maior entre a classe trabalhadora da indústria em relação aos trabalhadores rurais. Para o autor, era necessária a intervenção na vida política e social para identificar e eliminar os fatores que prejudicavam a saúde da população (ENGELS, 1975).

Na compreensão de Dejours(1992) essa relação entre processo saúde-doença e

trabalho é complexa e depende de fatores internos e externos ao indivíduo e como ele reage frente a esses fatores, o que está intimamente relacionado com objetivos, metas, ambições e valores pessoais. Dentro desta compreensão, o sofrimento do trabalhador se inicia quando ele mesmo não conhece a própria significação do seu trabalho em relação às demais atividades desenvolvidas.

Na tentativa de ressignificação do trabalho, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) propõe *Um Pacto mundial pelo emprego* atrelado ao *Programa de trabalho decente*, como proposta para enfrentar a crise mundial por que passava o capitalismo em 2009. O trabalho decente consiste em permitir uma vida digna aos trabalhadores, por meio do trabalho produtivo, exercido com liberdade, equidade e segurança tanto para homens como para mulheres (OIT, 2009).

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2000) reconhece a necessidade de ambientes saudáveis de trabalho, considerando-os como os bens importantes tanto para a saúde do trabalhador, como para a melhora da produtividade, da satisfação e da qualidade de vida. Ambientes saudáveis compõem condições de trabalho necessárias para o desenvolvimento da atividade laboral sem prejuízos.

Borges et al. (2013) consideram ser imprescindíveis, que as condições de trabalho sejam adequadas para possibilitar o desempenho de tarefas de forma eficiente e para o desenvolvimento humano. No entanto, encontram-se inúmeros fatores de risco para a saúde no trabalho, os quais podem estar relacionados não somente ao ambiente físico, como também no relacionamento interpessoal trabalhador/trabalhador e trabalhador/gestor ou ainda na jornada de trabalho e excesso de atividades (LÓPEZ-MONTESINOS, 2013).

Para Costa, Borges e Barros (2015), a saúde no trabalho resulta da interseção entre características individuais, biopsicossociológicas, condições de trabalho, ações em níveis de prevenção, reabilitação e as estratégias de enfrentamento em prol da própria saúde, influenciada pelas crenças do coletivo.

A saúde do trabalhador visa humanizar o trabalho, compreender os fatores determinantes do processo saúde-doença com base no trabalho, buscando conhecer e intervir nesses fatores a partir de uma sociedade que vive profundas mudanças políticas, econômicas, sociais (AGOSTINI, 2002; LACAZ, 2007).

Neste sentido, a relação trabalho-saúde ganha novo olhar. Olhar que incorpora as ciências sociais na ampliação do conceito da saúde do trabalhador. Assim sendo, a multi causalidade do processo saúde-doença passa a ser reconhecida, rompendo com a visão positivista dominante através da medicina do trabalho e da saúde ocupacional

que atribuída causas simplistas ao processo saúde-doença que envolvia o trabalho (MINAYO-GOMEZ, THEDIM-COSTA, 2003).

Foi a partir do Sistema Único de Saúde (SUS), que a saúde o trabalhador é concretizado por meio da Lei Orgânica da Saúde (8.080/90), na qual ações de vigilância epidemiológica e sanitária devem estar incluídas pautando-se na promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores, em conformidade com os riscos e agravos decorrentes do processo de trabalho (BRASIL, 1990).

Assim, com a criação do SUS, foram incorporados direitos sociais e de cidadania nas ações (LACAZ, 1997). Considera-se, também, que riscos e agravos que ocorrem no trabalho refletem na saúde do trabalhador, incluindo sua família e comunidade. Por outro lado, a saúde do trabalhador reflete no seu trabalho. Portanto, o trabalho é determinante da construção e desconstrução da saúde (MAURO et al., 2010).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde implantado a partir do SUS e tem como objetivo:

detectar, conhecer, pesquisar, analisar e divulgar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos epidemiológico, tecnológico, organizacional e social. Tem a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos de forma a eliminá-los ou controlá-los por meio de uma atuação planejada contínua e sistemática, com a participação ampla da sociedade por meio dos trabalhadores e do controle social (BRASIL, 1998).

A VISAT enfatiza o caráter da multideterminação do processo saúde/doença, guardando relação com os aspectos econômicos, sociais, políticos e ambientais e elegendo para objeto de estudo tanto os riscos e agravos para a saúde como os determinantes de tais riscos (ARAUJO, PALMA, ARAUJO, 2017). Os riscos podem estar relacionados com a organização do trabalho e, também, podem ser físicos, químicos, biológicos e mecânicos (BRASIL, 2001).

As propostas em prol da Saúde do trabalhador culminaram, em 2002, na Portaria 1.679/2002, que instituiu a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST), atualizada em 2009, com a organização de municípios sentinelas. A RENAST objetiva implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção, ampliando as ações exercidas pelo SUS (LEÃO, VASCONCELOS, 2011). Essa rede integra os centros de referências em saúde do trabalhador (Cerest), voltados à promoção da assistência, articulados com a vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária, para o desenvolvimento das ações voltadas à Saúde do

Trabalhador (BRASIL, 2009).

Ampliando ainda mais a atenção ao trabalhador, em 2012 foi instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora com a Portaria nº 1823 que tem, dentre os objetivos, fortalecer a VISAT, promover a saúde, ambientes e processos de trabalhos saudáveis e garantir a integralidade à saúde. Essa Política integra a RENAST e os Cerest(s) (BRASIL, 2012).

Porém, mesmo com a implantação dessa Política, apesar dos avanços, ainda caminhamos dentro de modelos reducionistas, centrados na doença com atuações pontuais e dificuldades de estabelecer nexo causal entre trabalho-doença principalmente em se tratando de doença mental. A notificação dos acidentes e acompanhamento dos casos ainda não é uma realidade (ARAUJO, PALMA, ARAUJO, 2017).

No Brasil, o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores, na atualidade, caracteriza-se pela coexistência de agravos que têm relação com condições de trabalho específicas, como os acidentes de trabalho típicos e as doenças profissionais; doenças que têm sua frequência, ocorrência ou gravidade modificadas pelo trabalho, denominadas doenças relacionados ao trabalho e doenças comuns ao conjunto da população, que não guardam relação de causa com o trabalho, mas condicionam a saúde dos trabalhadores (ANTUNES e PRAUN, 2015; ANSOLEAGA, DÍAZ e MAURO, 2016).

Na abordagem ampliada da saúde do trabalhador, busca-se, também, o que de bom o trabalho pode oferecer para além dos acidentes e doenças, visto que envolve aspectos individuais e históricos de cada trabalhador, além das relações interpessoais, organizacionais, a forma como as atividades são exercidas, além das ações de prevenção, atenção e reabilitação (COSTA, BORGES e BARROS, 2014)

Os profissionais que desenvolvem atividades no hospital também sofrem as consequências das mudanças no processo de trabalho, o que é agravado pelas características específicas deste cenário, conforme exposto na sequência.

1.2. O Trabalho no contexto hospitalar

O hospital, anteriormente reconhecido como o local onde as pessoas com menor poder aquisitivo eram colocadas quando adoecidas e, na maioria das vezes morriam, atualmente é visto como espaço de cura, porém ainda permeado por sentimentos negativos, uma vez que é associado à dor, ao sofrimento e à morte (MELO, 1986). Esses sentimentos, somados à exclusão social temporária a que a pessoa fica submetida, promovem expectativas que

interferem na relação com os profissionais que lá trabalham e nas condições de trabalho (COSTA, BORGES E BARROS, 2015).

O hospital conta com uma organização complexa, pois é composto por diferentes categorias profissionais e saberes (EVANGELISTA, et al., 2016). É apontado como insalubre, penoso e perigoso, uma vez que oferece diversos riscos à saúde do trabalhador (ELIAS e NAVARRO, 2006).

Influenciado pelas mudanças no mundo do trabalho, caracteriza-se por manter, na organização do trabalho, o modelo Taylorista, com centralização do poder, rigidez de hierarquia, controle no trabalho e pouca autonomia e valorização profissional; filosofia esta encontrada, principalmente, nos hospitais públicos (ROCHA, et al., 2016; LORENZET et al., 2014).

Com a modernização e a introdução das tecnologias no trabalho, exigiu dos trabalhadores conhecimento especializado e a maciça incorporação das tecnologias duras (equipamentos e medicamentos) e leves-dura (os saberes científicos da clínica e da epidemiologia) à prática profissional e um afastamento maior entre profissionais e usuários. Por outro lado, ampliaram a capacidade de diagnóstico e tratamento e colaboraram com o aumento dos custos (FEUERWERKER, CECILIO, 2007).

Uma maneira encontrada para diminuir custos foi reduzir o número de trabalhadores, que exigiu ritmo de trabalho acelerado, domínio das tecnologias, especialização, com práticas voltadas à multifuncionalidade, flexibilização e precariedade do trabalho, através dos contratos temporários, segundo Antunes e Praun (2015), além de escassez de materiais, manutenção precária de equipamentos e planta física (SOUZA et al., 2017; GONÇALVES et al., 2015; MAURO et al., 2010; SILVA e PINTO, 2012).

Essas características, encontradas principalmente nos hospitais públicos, somadas ao distanciamento das relações entre profissionais e usuários, dialeticamente atribuída ao emprego da tecnologia, têm contribuído para o desgaste mental e o comprometimento de uma assistência segura (SOUZA et al., 2017; GONÇALVES et al., 2015).

O número insuficiente de pessoal traz prejuízos não somente à qualidade da assistência prestada, como também foi relacionado com o aumento da infecção de cateteres venosos, queda de paciente do leito e absenteísmo devido à carga de trabalho (MAGALHAES, DALL'AGNOL, MARCK, 2013).

Também, é comum nos hospitais conflitos entre as diferentes equipes que travam disputas de saberes, provocando resistências ao trabalho multiprofissional (FEUERWERKER, CECILIO, 2007). A exemplo disso, é citado o poder médico, cuja dominação interfere na

atuação de outros profissionais da saúde, o que gera sofrimento psíquico pela insatisfação do atendimento oferecido (COSTA, BORGES e BARROS, 2015).

Ao lado de tudo isso, a necessidade de manter assistência nas 24 horas, exige o trabalho em turnos, inclusive aos domingos e feriados, que também contribui para o sofrimento, não apenas psíquico, pois estudos têm demonstrado que os trabalhadores que praticam horário por turnos apresentam, com maior frequência, insatisfação no trabalho, queixas de fadiga crônica e alterações gastrointestinais quando comparados com trabalhadores que contam com os finais de semana e feriados e não necessitam de rodízio de turnos de trabalho (BACHA et al., 2015; CAMPOS, DE MARTINO, 2004).

Portanto, a morbidade dos trabalhadores caracteriza-se pela coexistência de agravos que têm relação com condições de trabalho como os acidentes de trabalho e as doenças profissionais que têm sua frequência, ocorrência ou gravidade, modificadas pelo trabalho, e as doenças comuns ao conjunto da população, que não guardam relação de causa com o trabalho, mas condicionam a saúde dos trabalhadores (ANTUNES e PRAUN, 2015; ANSOLEAGA, DÍAZ e MAURO, 2016).

Vale lembrar que nas últimas décadas, houve um aumento de 30% nos afastamentos por doenças em todos os países industrializados, sendo este um problema persistente que tende ao agravamento em muitas partes do mundo (DANATRO, 1997). De 2000 a 2011 os auxílios-doença e as aposentadorias por invalidez concedidas tiveram, como fatores de risco, a sobrecarga mental e os riscos ergonômicos responsáveis por 20,76% dos afastamentos, superando os acidentes traumáticos, que representaram 19,43% (BRASIL, 2014).

As más condições de trabalho têm contribuído para o abandono da profissão e muitos países já vivenciam a falta de trabalhadores da saúde, principalmente da enfermagem (FLINKMAN, ISOPAHKALA-BOURET, SALANTERA, 2013; ARSLAN, KOCAMAN, 2015).

No trabalho hospitalar, embora a equipe de enfermagem seja a mais numerosa e a principal responsável pelo produto final do processo de cuidado, o qual é movido por uma complexa engrenagem de múltiplos saberes e fazeres, envolto em linhas hierárquicas que têm como elemento central as relações humanas, ela necessita interagir com outras equipes ficando exposta a conflitos. Trabalhadores de outras áreas de atuação também se envolvem nesse processo e carregam a sobrecarga imposta neste ambiente (COSTA, BORGES, BARROS, 2015). Neste sentido, Santos e Carvalho (1999) afirmam ser o hospital um espaço coberto de produção de subjetividade que interfere no emocional dentro e fora do local de trabalho, o que dificulta o relaxamento e descanso.

Outro fator importante dentro do processo de trabalho está ligado à terceirização de alguns serviços que emergiu na sociedade contemporânea dentro de uma nova proposta de trabalho para diminuir gastos nas empresas, segundo Lourenço (2015), e que foi aderida pelos hospitais, principalmente para os serviços de limpeza. Esse serviço é composto, predominantemente, por mulheres que ficam sujeitas às condições precárias de trabalho relacionadas à menor oportunidade de treinamento, falta ou inadequação dos equipamentos de proteção individuais (EPIs), tornando-as mais vulneráveis aos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, sem que tenham percepção dos mesmos. Esse trabalhador não é enquadrado, normalmente, nas pesquisas que envolvem o espaço hospitalar, mas que fica exposto às cargas psicológicas presentes nele e aos riscos, tanto físicos quanto mental (SOUZA, et al., 2016).

Os riscos relacionados ao trabalho envolvem todos os trabalhadores hospitalares e por isso trataremos desse conteúdo a seguir.

1.3 Riscos relacionados ao trabalho

Dentre os inúmeros fatores de risco a que os profissionais da área hospitalar estão expostos, encontram-se os riscos ergonômicos, físicos, químicos, biológicos, ambientais tais como: ruídos, calor e umidade, risco de acidentes, esforços físicos e mental, ritmo de trabalho intenso, como também a rotatividade de turnos e horas extras (ISOSAKI, CARDOSOS, ROCHA, 2013; AQUINO et al., 2014; BERNARDES, et al., 2014).

Os fatores de riscos ocupacionais estão relacionados ao número insuficiente de trabalhadores, sobrecarga de trabalho, falta de capacitação profissional e mau uso dos Equipamentos de Proteção Individuais (EPIs), dentre outros (SOUZA, et al. 2016).

Os riscos ergonômicos impactam, diretamente, no trabalho, tanto da equipe de enfermagem, quanto da higiene e limpeza e nutrição, pois estão diretamente relacionadas às atividades laborais. As queixas osteomusculares são problemas de saúde pública, pois podem comprometer, temporária ou definitivamente, o trabalhador e as mais prevalentes são as lombalgias (FREIRE, SOARES e TORRES, 2017). Além das doenças osteomusculares, também as dermatites foram identificadas em trabalhadores da limpeza devido ao manuseio de produtos químicos, uma vez que exigem o uso de equipamentos de proteção individuais muitas vezes negligenciados pelos trabalhadores. A enfermagem também fica exposta a esse risco no processo de limpeza desinfecção e esterilização dos artigos médicos hospitalares (SOUZA, et al, 2016; BALTHAZAR, et al., 2017).

Os riscos relacionados a acidentes com material biológico também estão presentes no ambiente hospitalar, tanto nos procedimentos que envolvem a enfermagem, quanto os trabalhadores da equipe de limpeza no recolhimento do lixo por meio dos perfurocortantes como agulhas e bisturis. Os agentes biológicos, presentes no sangue e fluídos corporais, podem transmitir, com maior preocupação, doenças como o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV/Aids), da hepatite C (HCV) e hepatite B (HBV) (MARZIALE, SANTOS e TROVÓ, 2015).

Outro risco presente na atualidade, que segundo a Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho é emergente, é o risco psicossocial. Este tem se tornado uma das principais causas de morbidade nas sociedades atuais devido às mudanças ocorridas no mundo do trabalho como: alterações socioeconômicas devido à globalização, envelhecimento da população, presença da mulher no mercado de trabalho, terceirização da economia, alteração no conteúdo, significado e natureza do trabalho, além de novos valores e formas de organização (EU-OSHA, 2014).

Os fatores psicossociais relacionados ao trabalho, desde a década de 1980, chamam a atenção da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), que consideram tanto questões do próprio trabalho, quanto as que ocorrem fora dele, que se referem aos costumes, cultura e condições de vida, que vão influenciar a saúde, o rendimento e a satisfação no trabalho (FISHER, 2012; OIT, 2010; OMS, 2008).

Os riscos psicossociais, inerentes ao trabalho, emergem, principalmente, das mudanças nas condições e interações negativas nas relações interpessoais. (FERNANDES, PEREIRA, 2016).

A literatura tem focado os riscos psíquicos muito presentes entre os trabalhadores da saúde que, somados às exigências do trabalho e ao número reduzido de profissionais, podem contribuir para o estresse. Situações permanentes de estresse geram hipertensão, depressão, ansiedade nos trabalhadores, desgaste emocional e mental, além do desgaste físico, acarretando queda na produtividade, no desempenho e na qualidade da assistência (RODRIGUES, et al., 2014).

O desgaste mental, quando associado à insônia, ansiedade, irritabilidade, depressão, dificuldade de concentração e esquecimento, embora comprometa o bem-estar do indivíduo e as relações de trabalho, não configura doença pela psiquiatria nem pela 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10), mas que é um problema de saúde pública. Recebeu a denominação de Transtorno Mental Comum (TMC) por Goldberg e Huxley (RODRIGUES, et al., 2014; MARCONATO, et al., 2017).

Neste sentido, há que considerar a importância desses aspectos e buscar subsídios na construção de estratégias que norteiem o gerenciamento dos riscos. Na Europa, ao se considerar o assunto como um dos principais desafios contemporâneos para a saúde e segurança no trabalho, foi publicado um manual intitulado PRIMA-EF: *Guidance On The European Framework for Psychosocial Risk Management: A Resource for Employers and Worker Representatives* que fornece orientações sobre gestão de riscos psicossociais no local de trabalho, com o objetivo de prevenir o estresse, bem como a violência e o *bullying* (OMS-PRIMA-EF, 2008).

O estresse relacionado ao trabalho, segundo a União Europeia, está entre as causas mais relatadas pelos trabalhadores afetando mais de 40 milhões e comprometendo em torno de 4% do PIB (SESI- PRIMA-EF, 2011).

Portanto, é um dos principais riscos presentes entre os trabalhadores do hospital e é definido como reação psicofisiológica, que pode ser positiva ou negativa, dependendo da capacidade de resposta do indivíduo em relação à cobrança que lhe é imposta (KESTENBERG et al., 2015).

Na tentativa de identificar fatores que desencadeiam esses riscos no ambiente de trabalho, pesquisadores criaram instrumentos que avaliam as condições psicológicas e o controle no trabalho. As condições psicológicas envolvem demandas psicológicas que estão associadas às pressões e ritmo acelerado no trabalho. Controle do trabalho está relacionado à autonomia sobre seu trabalho, que envolve conhecimentos e habilidades (KARASEK, 1979; ARAUJO et al., 2003; ANSOLEAGA, DÍAZ, MAURO, 2016; MOREIRA et al., 2017; RODRIGUES et al., 2014). Esses aspectos têm sido investigados por meio de modelos teóricos, como o modelo Demanda-Controlle (D-C), proposto por Karasek (1979).

A *International Stress Management Association*, em estudo sobre as profissões mais desgastantes do Brasil aponta, em primeiro lugar, os seguranças e policiais, em especial aqueles que fazem trabalhos informais, têm dupla jornada de trabalho e não usam equipamentos de proteção. Em segundo lugar, encontram-se os motoristas de ônibus e controladores de voo e, em terceiro lugar, os médicos e enfermeiros, devido aos vários empregos e proximidade com o sofrimento (ZAKABI, 2004).

Esse fato envolvendo profissionais da saúde foi comprovado na pesquisa realizada na área hospitalar em Belém, capital do Estado do Pará, que investigou a presença de *burnout*, que é um tipo de resposta aos efeitos dos estressores no ambiente de trabalho, encontrando alta prevalência que incidiu, principalmente, em quem tinha dois empregos (PANTOJA, et al., 2017). Elias e Navarro (2006) encontraram problemas de saúde orgânicos e psíquicos

decorrentes, principalmente, do estresse e do desgaste provocado pelas condições laborais, com reflexos nas condições de vida dos profissionais de enfermagem.

Além do estresse, outros riscos podem se associar com as condições de trabalho como mostram as pesquisas a seguir.

O estudo feito com os profissionais do serviço móvel de urgência e emergência, na cidade de Campinas, evidenciou que 48% realizavam hora extra e 25,3% trabalhavam mais de 70 horas semanais com predomínio dos médicos quanto a ter mais de um emprego. A ocorrência de acidentes de trabalho estava relacionada a acidentes com ambulâncias (23,8%) que poderiam estar associados à quantia elevada de horas extras, justificada pelo sono como “causa” dos acidentes (VEGIAN e MONTEIRO, 2011).

Rezende (2003), em sua pesquisa com auxiliares de enfermagem, encontrou a dorsalgia não especificada e dor lombar baixa em 21,57% e a cefaleia 13,73% entre os problemas de saúde que acometiam os auxiliares de enfermagem e, ainda, hipertensão, estresse, transtorno de ansiedade que estavam relacionados ao ruído no trabalho.

Também Magnago et al. (2010) encontraram prevalência de 96,3% de sintomas musculoesqueléticos entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário público do interior do Rio Grande do Sul. A dor na região lombar foi mais referida pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, associada ao trabalho noturno e à alta demanda física. Já entre os trabalhadores da limpeza de um hospital público de ensino, a ocorrência de sintomas osteoarticulares comprometeu além da região dorsal, o ombro e o pescoço, o que leva à pior qualidade de vida (MARTARELLO e BENATTI, 2009).

Também entre os trabalhadores do serviço de nutrição e dietética de um hospital escola, foi encontrada alta prevalência de sintomas osteomusculares, porém, em membros inferiores e ombros (ISOSAKI, CARDOSO e ROCHA, 2013).

Além dos profissionais da saúde, os trabalhadores do serviço de limpeza ficam expostos aos riscos no ambiente hospitalar, porém poucas são as pesquisas que avaliam as condições de trabalho e os riscos que envolvem esses profissionais. A prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC) entre esses trabalhadores num hospital universitário, no interior do Rio Grande Do Sul, foi de 29,3%, sendo que destes 33,1% foram classificados como de alta exposição para o estresse ocupacional e 70% apresentam queixas de dor musculoesquelética. (MARCONATO et al., 2017)

Além disso, foi encontrado que os profissionais do serviço de limpeza estão expostos a um espaço pouco acolhedor e a uma ambiência que está longe de ser harmônica aos trabalhadores. Para os autores, o contrato de trabalho por terceirização, comum aos

profissionais da limpeza, repercute num sentimento de inferioridade e de desprestígio em relação aos outros funcionários (PETEAN, COSTA e RIBEIRO, 2017)

Dentro da compreensão de que o ambiente hospitalar com suas especificidades promove riscos entre profissionais que nele desenvolvem atividades e, ao fato de poucos estudos tratarem sobre as condições de trabalho e saúde que incluam os trabalhadores do serviço de limpeza é que propõe, na presente pesquisa, envolver tanto a enfermagem como a nutrição e o serviço de limpeza, uma vez que eles estão ligados ao usuário com distintas atribuições.

Sendo assim, parte-se dos seguintes questionamentos: Como encontram-se as condições de vida, de saúde e de trabalho desses profissionais? Em relação à saúde mental qual o comprometimento? Existem diferenças entre as condições de vida, saúde e trabalho entre os profissionais da enfermagem, nutrição e limpeza, especialmente, considerando o serviço de limpeza que conta com contrato de trabalho terceirizado?

Hipóteses

Fatores relacionados às condições de vida, de saúde e de trabalho como: carga horária excessiva, volume de trabalho, atividades repetitivas, falta de treinamento em serviço, autonomia reduzida no trabalho associada à falta de atividade física e lazer, uso de bebida alcoólica, cigarro e hábitos alimentares pouco saudáveis podem interferir, de forma significativa, para o adoecimento do trabalhador tanto física, quanto mentalmente.

As condições de saúde, de vida e de trabalho diferem entre os trabalhadores da área hospitalar, especialmente entre os profissionais do Serviço de Higiene e Limpeza (SHL) por exercerem trabalho com pouco reconhecimento social e com contrato de trabalho terceirizado.

2.0 OBJETIVO GERAL

Comparar as condições de vida, de saúde e de trabalho entre os profissionais das equipes de enfermagem, da nutrição e do SHL hospitalar, com ênfase na saúde mental.

2.1. Objetivos específicos

- a) Caracterizar o perfil socioeconômico de profissionais da equipe de enfermagem, de nutrição e do SHL de uma instituição hospitalar;
- b) Descrever condições de saúde de profissionais da equipe de enfermagem, de nutrição e do SHL de uma instituição hospitalar;
- c) Comparar as condições de saúde e de trabalho entre as diferentes equipes.
- d) Analisar a associação entre a presença de Transtornos Mentais Comuns (TMC), características sociodemográficas entre as diferentes categorias profissionais.

3.0. MÉTODO

3.1. Caracterização da Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa quantitativa e transversal realizada com trabalhadores dos serviços de enfermagem, nutrição e higiene e limpeza num hospital público de uma cidade do interior do Estado de São Paulo.

3.2. Campo do estudo

O campo de estudo é integrado ao Sistema Único de Saúde, gerido por uma Organização Social de Saúde (OSS), administrada por uma Universidade do Estado de São Paulo. É referência regional para alta complexidade, com atendimentos de urgência e emergência e traumatologia, e para atendimento e tratamento de Queimaduras e Cirurgia Cardíaca Infantil, além de realizar também transplante de córnea. Os atendimentos oferecidos são regulados pela Secretaria de Estado da Saúde e abrangem 68 municípios do Departamento Regional de Saúde (DRS) VI. Esse hospital é reconhecido como de Ensino pelo Ministério da Educação, pois serve como campo de atividades para graduação (Cursos de Medicina,

Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Serviço Social) e pós-graduação em saúde e residência médica.

Conta com 318 leitos, entre clínicos e cirúrgicos, além de 11 salas cirúrgicas, 35 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (adulto, coronária, queimaduras e pediátrico) e atendimento ambulatorial em diferentes especialidades.

Atualmente, o Hospital conta com 1515 trabalhadores distribuídos nas áreas técnica, administrativas e de apoio. Possui certificação de Qualidade da Organização Nacional de Acreditação (ONA) no nível de acreditado pleno (nível 2) desde 2008, a qual pauta-se na consistência e na qualidade da assistência prestada. Os trabalhadores da enfermagem e nutrição são contratados por meio de processo seletivo orientado pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). O Serviço de Higiene e Limpeza (SHL) do hospital é terceirizado. A enfermagem trabalha 36h/semana com uma folga semanal, a nutrição 40 horas com duas folgas semanais e o SHL trabalha em média 42h/semana sendo 12 horas de trabalho por 36h de descanso.

3.3. Participantes da pesquisa

Fizeram parte do estudo os profissionais do serviço de enfermagem, serviço de nutrição e dietética e do SHL que somam 754 pessoas.

A enfermagem conta com 582 funcionários sendo 162 enfermeiros distribuídos nos períodos da manhã, tarde e noite e 420 técnicos de enfermagem. O Serviço de Nutrição e Dietética (SND) conta atualmente com 78 trabalhadores, sendo 10 nutricionistas; 10 lactaristas; 09 cozinheiros; 04 técnicos em nutrição; 45 auxiliares de cozinha que farão parte da pesquisa. O SHL é terceirizado e compõe um quadro com 05 encarregados, sendo um para cada plantão e um folguista, 75 auxiliares da limpeza, 02 limpadores de vidros e, ao todo, somam-se 82 funcionários. Os encarregados fazem a supervisão e mantêm diálogo entre clientes e funcionários e com um enfermeiro do hospital, que responde por essa atividade.

Para a definição amostral foram considerados 754 profissionais, sendo que para o cálculo do tamanho da amostra foi usada uma prevalência de 50% com uma margem de erro de 5% com 95% de confiança, corrigida pela população finita e estratificada por categorias profissionais, através da fórmula:

$$n = \frac{N p(1-p) * z_{\alpha/2}^2}{N \varepsilon^2 + p(1-p) z_{\alpha/2}^2} = \frac{754 * 0,5^2 1,96^2}{754 * 0,05^2 + 0,5^2 1,96^2} = 256$$

Como a enfermagem era em número maior e dividida em duas categorias, foi calculado um tamanho amostral só para a enfermagem, na qual se considerou a mesma prevalência, mas com margem de erro de 10%, que totalizou 96 indivíduos. Portanto, a amostra foi composta por todos os trabalhadores do SND e do SHL, 35 enfermeiros e 61 técnicos de enfermagem, obtendo-se um N=256. A inclusão da totalidade dos profissionais do SND e do SHL justifica-se pelo número reduzido de trabalhadores e diversidade das ocupações no hospital, sendo que, se fosse feita uma estratificação, nem todas as ocupações seriam incluídas na pesquisa.

3.4. Critérios de inclusão e exclusão

Fizeram parte do estudo, os trabalhadores do serviço de enfermagem, do SND e do SHL, que atuam na instituição há mais de seis meses, aceitaram fazer parte da pesquisa e estavam trabalhando no momento da coleta de dados.

Foram excluídos do estudo: os trabalhadores dessas equipes com contratação temporária, os que faziam funções administrativas apenas e que estavam afastados do trabalho em função de algum tipo de licença (saúde, gestação, interesse pessoal).

3.5. Procedimentos Éticos do estudo

O estudo foi registrado na Plataforma Brasil, sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética CAAE nº 45864115.0.0000.5411, e pelo Núcleo de Pesquisa do Hospital em estudo, que solicitou aos supervisores de cada área (SHL, SND e enfermagem), autorização para a realização do mesmo de acordo com as orientações do Conselho Nacional de Saúde por meio da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012.

Após aprovação, as supervisoras de cada área (nutrição, enfermagem e SHL), de acordo com o turno de trabalho, estabeleciam o melhor horário para a coleta dos dados de modo a não comprometer o andamento do serviço e indicavam os profissionais que responderiam o instrumento de coleta naquele dia. A aplicação do questionário foi realizada em local reservado dentro do hospital, após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e assinatura do mesmo pelo trabalhador (APÊNDICE A).

O período de coleta ocorreu de agosto de 2015 a dezembro de 2016, nos diferentes turnos de trabalho. Os profissionais da enfermagem foram escolhidos aleatoriamente em número igual para cada turno de trabalho.

3.6. Instrumento de coleta de dados

Foi construído um questionário composto de cinco partes: I. Dados de identificação, II. Dados socioeconômicos, III. Estilo de vida, IV. Condições de saúde e V. Condições de trabalho, utilizando outros instrumentos já validados no Brasil, sendo identificados através dos ANEXOS A,B,C,D,E.

I. Dados de Identificação: incluiu idade; sexo; situação conjugal; cor da pele agrupada em branca e não branca; a categoria profissional (enfermagem, nutrição e SHL); ocupação (descrita pelo funcionário de acordo com a atividade que exerce no hospital); escolaridade agrupada em: até oito anos de estudos, de 9 a 12 anos e mais de 13 anos; filhos menores sob sua guarda que residem com o entrevistado e tipo de residência (APÊNDICE B).

II. Dados socioeconômicos: renda mensal individual e familiar (coletada tendo como referência o Salário Mínimo (SM) de R\$ 880,00 em 2016 e R\$ 937,00 mensais em 2017; número de pessoas que contribuem com a renda familiar; dificuldade de pagamento de alguma despesa no último mês (aluguel, despesas com luz, água, telefone, gás, supermercado/feira, educação, saúde) sendo agrupado, posteriormente, em duas variáveis: tem dificuldade ou não tem (APÊNDICE B); atividades domésticas avaliadas através de questões que envolviam (prática de cuidar de criança, limpar, lavar e passar roupa, cozinhar) com as seguintes alternativas: não, sim a menor parte, compartilho, realizo a maior parte. Respostas variando entre (0-3). Quanto maior a pontuação maior carga de trabalho. Posteriormente agrupada em duas categorias (1) “não realizo e realizo a menor parte”; “compartilho e realizo a maior parte”, conforme ANEXO A.

Para caracterização das condições econômicas foi aplicado também o Critério de Classificação Econômica do Brasil (CCEB). O CCEB vem passando por reformulações ao longo dos anos, sendo que, em 2015, a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, passa a adotar a metodologia descrita por Kamakura e Mazzon, a qual se pauta na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e classifica a população em seis estratos socioeconômicos denominados A, B1, B2, C1, C2, D-E ficando assim classificado: Classe A = 45 a 100 pontos; Classe B1= 38 a 44; Classe B2=

29-37; Classe C1= 22 a 28; Classe C2= 17 a 22; Classe D-E= 0 a 16. Posteriormente agrupada em três categorias: [(A e B1); (B2) ; (C1 e C2); (D-E)] (ANEXO B).

III. Estilo de vida: Caracteriza-se por hábitos ou comportamentos adquiridos por determinação sócio/cultural, investigados por meio do consumo de cigarro, álcool, atividade física, lazer e envolvimento em conflitos.

O hábito de fumar investigado por meio de resposta dicotômica sim/não

O consumo de bebidas alcoólicas foi avaliado por meio do teste CAGE (Cut-down, Annoyed by Criticism, Guilty e Eye-opener), conforme ANEXO C, instrumento desenvolvido por Ewing e Rouse (1970), validado no Brasil por Mansur e Monteiro (1983), e visa ao rastreamento de consumo excessivo de álcool e casos suspeitos de dependência para ambos os sexos. Contém quatro perguntas com respostas alternativas dicotômicas (sim/não) sendo elas: a) alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?; b) as pessoas o aborrecem porque criticam seu modo de tomar bebida alcoólica? c) você se sente chateada(o) consigo mesma(o) pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas?; b) você costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? A presença de duas respostas afirmativas sugere uma indicação positiva de dependência de álcool. Utilizado com sucesso em vários estudos no Brasil e em outros países da América Latina para inferência de análises em diversas faixas etárias e em diferentes ambientes de trabalho (SANTOS et al., 2013; FERREIRA et al., 2013; FORMIGA et al., 2014; LANGE et al., 2017). Segundo a literatura, a sua sensibilidade varia de 43% a 100% e a especificidade de 68% a 96%, dependendo do tipo de amostra estudada (PAZ FILHO et al., 2001; AGANTE, 2009;).

Os hábitos de atividades físicas foram mensurados por meio do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) (ANEXO D). Validado no Brasil na sua forma curta, o qual é pautado na atual recomendação internacional de atividade física e classifica os entrevistados em muito ativo, ativo, irregularmente ativo e sedentário. A coleta envolveu questões relacionadas à frequência (dias por semana), à duração (tempo por dia) e ao tipo de atividades físicas que podem ser leves, moderadas e vigorosas, realizadas na última semana, tanto no lazer como no trabalho, e também uma questão relativa ao tempo (em minutos) que passa sentado(a) em um dia de trabalho e quando não está trabalhando. Pesquisas revelaram que o IPAQ apresenta precisão aceitável e boa estabilidade de medidas (MATSUDO, 2001; VESPASIANO, DIAS, CORREA, 2012). No nosso estudo classificamos os indivíduos de

ativos (> 150 minutos/semana com pelo menos atividade moderada) e não ativos (< 150 minutos/semana).

Hábitos de lazer foram investigados solicitando que marcassem as atividades que mais realizavam no tempo de lazer, podendo identificar mais de uma e ainda acrescentar alguma que não constasse das alternativas que foram: (assistir televisão/filme, ficar sozinho, descansar /dormir , ir a clubes/praias, ir a igreja, ir a bares, viajar, encontrar/passear com amigos, encontros/passeios familiares, ler), conforme APÊNDICE A.

O envolvimento em conflitos foi avaliado questionando o participante sobre com qual frequência ele se envolve em conflitos com familiares, vizinhos, amigos ou colegas de trabalho com alternativas que variam de 1 a 4 tendo as seguintes opções: frequentemente, às vezes, raramente, nunca ou quase nunca conforme ANEXO E (FERREIRA, 2009). Quanto maior a pontuação mais positiva é a atitude com menor envolvimento. Para a apresentação dos resultados foram agrupadas as categorias “frequentemente/às vezes” e “raramente/nunca”.

IV. Condições de Saúde: Para avaliar as condições de saúde foram considerados os seguintes aspectos:

Problemas de saúde identificados pelo trabalhador a partir da seguinte lista: defeitos da visão, dores musculares, pressão alta, problemas ósseos ou articulares, dificuldade de sono, problemas auditivos, prisão de ventre, inchaço nas pernas, varizes, irritação, ansiedade, tontura, alergias, problemas cardíacos, diabetes, labirintite, lombalgia, podendo ser marcadas mais de uma opção, além de espaço para a descrição de outros problemas de saúde.

O uso regular de medicamentos foi auto referido por meio de resposta dicotômica: (usa e não usa).

Presença de sintomas psiquiátricos menores foi obtida por meio da aplicação do instrumento *Self-Report Questionnaire-20* (SRQ-20), ANEXO F. Instrumento desenvolvido sob a coordenação da OMS por Harding et al. (1980), e validado no Brasil por Mari e Willians (1986) (OMS, 1994). O instrumento se baseia em sintomas vivenciados nos últimos 30 dias com respostas dicotômicas (sim/não) em que a soma pode variar de 0 a 20 permitindo rastreamento de sintomas psiquiátricos menores (depressão, ansiedade, distúrbios somatoformes e neurastenia) porém, não fornece o diagnóstico em relação ao tipo de transtorno existente (SANTOS et al., 2010, MARCELINO FILHO e ARAUJO, 2015).

A validação do instrumento para a realidade brasileira apresentou sensibilidade de 0,83 e especificidade de 0,80, com ponto de corte 7/8, ou seja, todo escore maior que 7 é considerado caso, o que

indica a presença de sintomas psiquiátricos menores (DE MARCO et al., 2008, p. 180).

Neste estudo foi utilizado, como ponto de corte para classificação de suspeitos de Transtornos Mentais Comuns (TMC), seis ou mais respostas positivas para homens e oito ou mais para as mulheres, como adotado em estudos realizados por MORAES, et al., 2017; MARCONATO et al., 2017.

Foi questionado sobre o uso de convênio médico com duas alternativas (SUS ou particular);

O Índice de Massa Corpórea (IMC) que corresponde ao valor do peso dividido pelo valor da altura ao quadrado, foi calculado a partir do peso e altura referidos. Posteriormente, foram classificados em duas categorias: obesos com IMC maior ou igual a 30 e não obesos com IMC até 29,99.

A Auto Percepção do Estado de Saúde (APS) foi coletada por meio da seguinte pergunta: “De um modo geral, em comparação com pessoas de sua idade, como você considera seu próprio estado de saúde?” (ANEXO G). As respostas foram coletadas através de uma escala com cinco categorias assim ordenadas: muito ruim, ruim, regular, bom e muito bom, com variação entre 0-5. Quanto maior a categoria melhor percepção de saúde. Esse método já foi utilizado em pesquisas nacionais e internacionais (AGOSTINHO, et al., 2010; NUNES, BARRETO, 2012). Para realizar as análises, foram agrupadas em duas categorias: [(muito ruim, ruim e regular) e (bom e muito bom)].

V. Condições de Trabalho: Referindo-se às condições de trabalho foram coletados os seguintes dados:

a) caracterização do trabalho: tempo de serviço na instituição; período de trabalho; outro emprego; hora extra na instituição com três alternativas: (não, sim até cinco horas por semana e sim mais de cinco horas por semana); acidentes de trabalho na instituição, com resposta dicotômica (sim/não); se sim descrever o tipo de acidente; treinamentos em serviço com quatro alternativas: frequente, às vezes, raramente, nunca e satisfação no trabalho, agrupada em: satisfeito e insatisfeito e carga horária (36 horas por semana e mais que 36 horas por semana).

b) Os aspectos psicossociais do trabalho foram verificados por meio do *Job Content Questionnaire* (JCQ), instrumento traduzido e validado no Brasil para ser utilizado com trabalhadores (ANEXO H). É derivado do modelo demanda-controle (modelo D-C), proposto por Karasek (1979) e Araújo et al. (2003), que avalia demandas psicológicas e controle sobre

o trabalho e a composição entre essas dimensões. O JCQ é composto por 49 questões dentre as quais o Controle sobre o trabalho engloba 17 questões (seis sobre habilidades e 11 sobre autoridade decisória). A autoridade decisória compreende oito questões (habilidade para decidir sobre suas ações nas atividades que realiza, no grupo e na política gerencial). A Demanda engloba 14 questões (nove sobre demanda psicológica e cinco sobre demanda física). Suporte social é composto por cinco questões que envolvem o suporte proveniente da chefia e seis de suporte proporcionado pelos colegas de trabalho. A insegurança é verificada através de seis questões e uma sobre o nível de qualificação exigida para o trabalho executado.

O JCQ é formado por itens do tipo escala *Likert*, cujos escores variam de um (discordo fortemente) a quatro (concordo fortemente). Nesta pesquisa será seguido o método proposto por Karasek (ANEXO I) para o cálculo dos indicadores de Controle e Demanda. Os itens relacionados ao uso de habilidades compreendem: aprender coisas novas, trabalho repetitivo, criatividade, requer habilidade, variedade de atividades e desenvolver suas próprias habilidades. A autoridade decisória é verificada através dos itens que abordam: decisões próprias, pouca liberdade para decidir. Demanda psicológica compreende os itens: trabalhar rápido, trabalho duro, trabalho excessivo, tempo suficiente, demandas conflitantes.

O escore da Demanda compreende a somatória dos escores da demanda física (esforço físico, mover ou levantar cargas pesadas, atividade física rápida, manter o corpo em posição fisicamente incômoda, minha cabeça e meus braços em posição fisicamente incômoda) e o cálculo da demanda psicológica, descrito anteriormente.

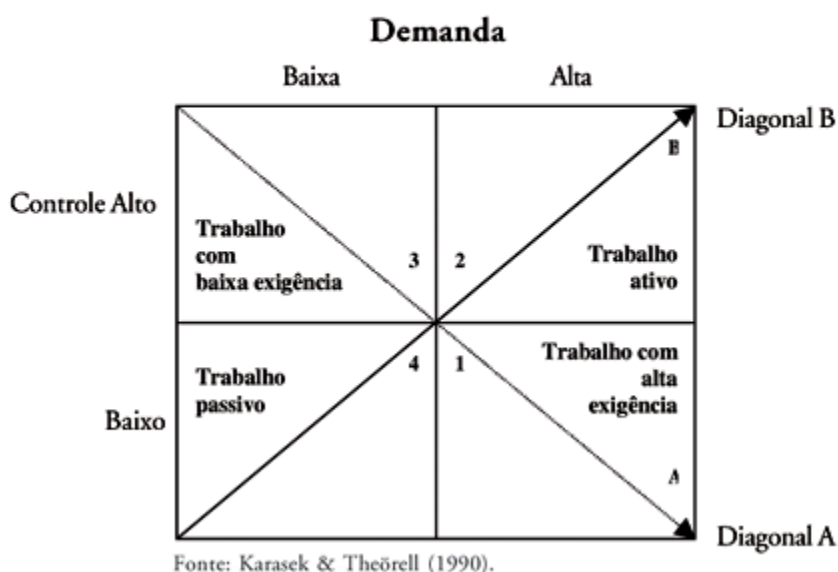
Para classificar os participantes do estudo em alto e baixo, tanto para o esforço físico, autoridade sobre o trabalho, demanda psicológica, controle e suporte social, insegurança, utilizou-se, como ponto de corte, a média dos participantes. Serão construídos, posteriormente, os quadrantes do modelo D-C que classifica em: trabalho ativo (alto controle/alta demanda), alta exigência (baixo controle/alta demanda), trabalho passivo (baixo controle/baixa demanda) e baixa exigência (alto controle/baixa demanda) para classificar o tipo de trabalho em cada categoria profissional (TEIXEIRA, et al., 2015).

Um trabalho que produz alto desgaste (alta demanda e alta exigência) corre maior risco de produzir estresse e TMCs com sofrimento físico (SCHIMIDT, 2013).

Graficamente, o Modelo Demanda-Controle é representado por quadrantes atravessados por dois eixos diagonais: 1) a diagonal A seria o risco de sofrimento físico e psíquico. O sofrimento psíquico, relacionado às exigências psicológicas, apresentam reações,

tais como fadiga, ansiedade, depressão. A doença física ocorre quando a demanda do trabalho é alta e o grau de controle do trabalhador sobre o trabalho é baixo (quadrante 1) (Karasek & Theörell, 1990); e 2) a diagonal B seria o vetor mais saudável, psíquica e fisicamente, no qual o indivíduo tem possibilidade de desenvolver seu potencial. No quarto quadrante (trabalho passivo) o indivíduo pouco motivado reduz sua capacidade para o trabalho como demonstrado na Figura 1 abaixo (ARAUJO, GRAÇA, ARAUJO, 2003).

Figura 1
(Representação gráfica do Modelo Demanda-Controle)



Análise Estatística dos dados

Utilizou-se da estatística descritiva e inferencial para construção de tabelas. Foram calculadas as frequências: absoluta (N) e relativa (%) e valor p. Para testar associação entre variáveis categóricas usou-se o teste qui-quadrado.

Na análise bivariada de prevalência e Odds Ratio, entre variável independente SRQ-20 e as variáveis dependentes: condições socioeconômicas (idade, sexo, situação conjugal, cor da pele, escolaridade, filhos menores, renda individual, tipo de residência, classe econômica, atividades domésticas), de saúde (fumo, álcool, problemas de saúde mais frequentes, convenio médico, obesidade, APS) e de trabalho (outro emprego, hora extra, acidente de trabalho, satisfação, demanda alta, esforço físico, habilidade, insegurança, treinamento), utilizou-se o teste qui-quadrado Pearson ou Exato de Fisher, considerando apenas as variáveis que apresentaram nível de significância menor ou igual a 5%.

Para organização e análise dos dados do questionário construído foram empregadas ferramentas de informática (planilha eletrônica *Microsoft Excel* e aplicativo estatístico *Statistical Package for the Social Science (SPSS) version 23.0 for Windows*).

4.0. RESULTADOS

Do total de 256 profissionais, inicialmente elencados no cálculo amostral, participaram da pesquisa 227 (88,67%): 96 do serviço da enfermagem, 78 do SHL e 53 do SND. As perdas foram referentes aos trabalhadores do SND 25 (32%) e do SHL 4 (4,8%), devido ao período de licença saúde e recusas na participação, decorrentes das dificuldades em ausentar-se do trabalho para participar da entrevista.

Participaram 96 profissionais da equipe de enfermagem, sendo a maioria, 61 (63,6%), técnicos de enfermagem, 53 da equipe de nutrição, composta por auxiliares de cozinha e coqueiras que somam-se 29 (54,5%). Entre os participantes do SHL 69 (84,1%) são auxiliares de limpeza. (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais que participaram da pesquisa, de acordo com a atividade que exercem. Bauru/SP, 2017. (n=227).

Atividade que exercem	(N)	(%)
Auxiliar de cozinha	13	24,5
Copeira	16	30,0
Nutricionista	10	19,0
Técnico em nutrição	3	6,0
Cozinheira	6	11,1
Lactarista	5	9,4
Total	53	100,0
Enfermeiro	35	36,4
Técnico em enfermagem	61	63,6
Total	96	100,0
Auxiliar de limpeza	69	84,1
Encarregada	7	8,5
Limpador de vidro	2	2,4
Total	78	100,0

Fonte: Elaboração do autor

Foram encontradas associações positivas entre as categorias profissionais ($p < 0,05$), quanto à idade, na qual a enfermagem apresentou menor proporção de trabalhadores acima de

50 anos. A cor da pele parda ou negra e baixa escolaridade prevaleceram entre os profissionais do SHL, em relação à equipe de enfermagem (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das frequências absolutas, relativas e valor -p* dos profissionais da enfermagem, nutrição e SHL, segundo variáveis demográficas. Bauru/SP, 2017. (n=227).

Dados demográficos	Enfermagem		Nutrição		SHL		Valor-p
	N	%	N	%	N	%	
Idade							0,0003
18 a 35 anos	41	(42,7)	16	(30,2)	23	(29,5)	
36 a 50 anos	53	(55,2)	25	(47,2)	39	(50,0)	
> 50 anos	2	(2,1)	12	(22,6)	16	(20,5)	
Sexo							0,06
Homem	17	(17,7)	3	(5,7)	16	(20,5)	
Mulher	79	(82,3)	50	(94,3)	62	(79,5)	
Situação Conjugal							0,70
vive com companheiro	68	(70,8)	34	(64,1)	53	(67,9)	
vive sem companheiro	28	(29,2)	19	(35,8)	25	(32,1)	
Cor da Pele							0,00
branca	80	(83,3)	40	(75,5)	35	(44,9)	
parda e negra	16	(16,6)	13	(24,5)	43	(55,1)	
Escolaridade							0,00
fund. II incompleto	0	(0,0)	5	(9,4)	41	(52,6)	
fund. II/ médio incompl.	0	(0,0)	11	(20,7)	22	(28,2)	
Médio completo	53	(55,2)	25	(47,2)	14	(18,0)	
Superior completo	43	(44,8)	12	(22,7)	1	(1,2)	
Filhos Menores							0,19
Não tem	55	(57,3)	35	(66,1)	39	(50,0)	
Tem	41	(44,7)	18	(33,9)	39	(50,0)	
Tipo de Residência							0,54
própria	54	(56,2)	28	(52,8)	36	(46,2)	
alugada/financiada/outras	42	(43,8)	25	(47,2)	42	(53,8)	

*Valor-p calculado através do qui-quadrado

Na análise comparativa entre as três categorias profissionais foi encontrada associação positiva ($p < 0,05$), entre a equipe de enfermagem e o SHL, em relação à renda individual e familiar, sendo que os profissionais da enfermagem são os que contam com renda maior e o SHL os que contam com apenas uma pessoa na contribuição da renda familiar. Os profissionais do SHL são aqueles que mais apresentam dificuldade para pagar as despesas do dia a dia, quando comparados à equipe de nutrição, aqueles que realizam a maior parte das atividades domésticas e pertencem às classes socioeconômicas mais baixas, comparativamente com a enfermagem (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição das frequências absolutas, relativas e valor de p* dos profissionais da enfermagem (n=96), nutrição (n=53) e do SHL (n=78), segundo variáveis socioeconômicas. Bauru/SP, 2017. (n=227).

Condições Socioeconômicas	Enfermagem		Nutrição		SHL		Valor-p
	N	%	N	%	N	%	
Renda individual							<0,05

Até 2 sal. Mínimos	25(26,0)	42(79,3)	69(88,5)	
3 a 5 sal. Mínimos	56(58,3)	10(18,9)	9(11,5)	
> 6 sal. Mínimos	15(15,6)	1(1,9)	0(0,0)	
Renda familiar				<0,05
Até 2 sal. Mínimos	6(6,2)	8(15,1)	37(47,4)	
3 a 5 sal. Mínimos	46(47,9)	37(69,8)	33(42,3)	
6 a 7 sal. Mínimos	31(32,3)	7(13,2)	8(10,3)	
> 10 sal.minimos	13(13,5)	1(1,9)	0(0,0)	
Contribui com a Renda				<0,05
1 pessoas	20(20,8)	11(20,8)	30(38,5)	
2 pessoas	65(67,7)	31(58,5)	32(41,0)	
3 ou mais pessoas	11(11,5)	11(20,7)	16(20,5)	
Dificuldade para pagar				0,03
casa/supermercado	22(22,9)	10(18,9)	32(41,0)	
educação/saúde/outros	17(17,7)	12(22,6)	13(16,7)	
sem dificuldade	57(59,4)	31(58,5)	33(42,3)	
Atividades domésticas				<0,05
Compartilha/menor parte	46(47,9)	15(28,3)	20(25,6)	
Faz a maior parte	50(52,1)	38(71,7)	58(74,4)	
Classificação Econômica				<0,05
A e B1	30(31,2)	16(30,2)	13(16,7)	
B2	38(39,6)	17(32,1)	21(26,9)	
C1, C2	21(21,9)	14(26,4)	36(46,1)	
D-E	7(7,3)	6(11,3)	8(10,3)	

*Valor-p calculado através do qui-quadrado

A análise estatística mostrou associação positiva entre as atividades de lazer descansar/dormir, ir à igreja, ir a bares, viajar, passear com amigos, passear com familiares e às categorias profissionais estudadas. Nesse sentido, observa-se predomínio de descansar/dormir, ir a clubes, ir a bares, viajar, passear com amigos e passear com familiares, nos profissionais de enfermagem. Os profissionais da nutrição são os que mais vão à igreja.

O SHL teve maior percentual de ativos e o envolvimento frequente em conflitos ocorre, em maior percentual, entre a equipe de nutrição, ambas com associação positiva (tabela 4).

Tabela 4. Distribuição das frequências absolutas, relativas e p-valor* sobre hábitos de vida dos trabalhadores da enfermagem, nutrição e SHL hospitalar Bauru/SP, 2017. (n=227).

	Enfermagem	Nutrição	SHL	*Valor-p
Estilo de vida	N (%)	N (%)	N (%)	
Fuma				0,10

Sim	7(7,3)	10(18,9)	11(14,1)	
Não	89(92,7)	43(81,1)	67(85,9)	
Fuma mais de 10 cigarros/dia	5(5,2)	4(7,5)	7(8,9)	0,43
Dependência Álcool				0,63
Sim	5(5,2)	1(1,9)	3(3,8)	
Não	91(94,8)	52(98,1)	75(96,2)	
Lazer**				
Assistir televisão	58(60,4)	34(64,2)	39(50,0)	0,21
Ficar Sozinho	13(13,5)	9(17,0)	5(6,4)	0,15
Descansar/dormir	56(58,3)	29(54,7)	29(37,2)	0,02
Ir a clubes	7(7,2)	1(2,0)	1(1,3)	0,08
Ir à Igreja	34(35,4)	26(49,0)	22(28,2)	0,05
Ir a bares	20(20,8)	7(13,2)	3(3,8)	0,00
Viajar	16(16,6)	6(11,3)	1(1,3)	0,00
Passear com amigos	37(38,5)	10(18,9)	8(10,2)	0,00
Passear com familiares	60(62,5)	33(62,2)	34(43,6)	0,03
Ler	14(14,6)	6(11,3)	5(6,4)	0,23
Atividade Física				0,00
Ativo	70(72,9)	48(90,6)	74(94,9)	
Não ativo	26(27,1)	5(9,4)	4(5,1)	
Senta dia de folga	49(51)	26(49,1)	29(37,2)	0,16
Senta dia de trabalho	67(69,8)	33(62,3)	41(52,6)	0,06
Envolve em Conflitos				0,00
Frequentemente	62(64,6)	37(69,8)	32(41,0)	
Raramente	34(35,4)	16(30,2)	46(59,0)	

* Valor-p calculado a partir do qui-quadrado participante.

** Variáveis dicotômicas com mais de uma resposta por

A tabela 5 apresenta dados referentes às condições de saúde dos trabalhadores. Foram encontradas associações positivas ($p < 0,05$) em relação aos problemas osteoarticulares entre a equipe de enfermagem e o SHL, sendo mais prevalente entre os profissionais do SHL; a irritação com maior proporção entre os profissionais da enfermagem que do SHL, o diabetes com maior prevalência entre os profissionais do SHL, que da enfermagem e também foi positiva a associação entre os trabalhadores que utilizam o SUS com maior percentual entre os que trabalham no SHL e menor percentual na equipe de enfermagem e ainda entre os obesos que está maior entre os trabalhadores do SHL que do SHL.

Tabela 5. Distribuição das frequências absolutas, relativas e p-valor* das condições de saúde da equipe de enfermagem, de nutrição e do SHL hospitalar. Bauru, 2017. (n=227).

Condições de Saúde	Enfermagem N (%)	Nutrição N (%)	SHL N (%)	Valor-p
Problemas de saúde referidos**				

déficit visão	31(32,3)	21(39,6)	24(31,0)	0,54
dor muscular	45 (46,9)	33(62,3)	40(51,3)	0,20
pressão alta	13(13,5)	11(26,8)	17(21,8)	0,31
problemas osteoarticulares	17(17,7)	18 (34,0)	31(39,7)	0,00
dificuldade de Sono	26 (27,1)	9(17,0)	15(19,2)	0,28
problema auditivo	4(4,1)	3(5,7)	5(6,4)	0,75
prisão ventre	16(16,6)	7(13,2)	11(14,1)	0,82
inchaço pernas	18(18,8)	19(35,8)	21(27,0)	0,07
alergias	16(16,6)	15(28,3)	12(15,3)	0,14
irritação	28(29,2)	9(17,0)	9(11,5)	0,01
ansiedade	34(35,4)	26(49,0)	25(32,0)	0,12
tontura	5(5,2)	6(11,3)	8(10,2)	0,33
problema cardíaco	4(4,2)	6(11,3)	5(6,4)	0,24
diabetes	1(1,4)	5(9,4)	5(6,4)	0,03
labirintite	4(4,2)	3(5,7)	5(6,4)	0,80
lombalgia	35(36,5)	20(37,7)	35(44,9)	0,50
uso regular de medicamento	56(58,3)	33(62,3)	44(56,4)	0,80
TMC	17(17,7)	15(28,3)	20(25,6)	0,26
Convênio Médico				0,00
SUS	28 (29,2)	32 (60,4)	68 (87,2)	
Particular	68 (70,8)	21 (39,6)	10 (12,8)	
IMC				0,02
obeso	23(24)	23(43,4)	18(23,1)	
não obeso	73(76)	30(56,6)	60(76,9)	
Auto percepção da saúde				0,11
ruim	17(17,7)	17(32,1)	16(20,5)	
boa	79(82,3)	36(67,9)	62(79,5)	

* Valor-p referente ao teste qui-quadrado

** Mais de uma resposta por participante

Ao verificar as características do trabalho na tabela 6, encontram-se resultados com associações positivas ($p < 0,05$) em relação ao tempo de serviço na instituição, trabalho noturno, número de horas extras realizadas, ter outro emprego e sofrer acidentes perfurantes, autoridade decisória e suporte social no trabalho, todas essas condições foram mais frequentes na equipe de enfermagem. Também foi positiva a associação das condições de insegurança no trabalho ($p = 0,03$) entre o SHL, que apresentou maior percentual comparado com a enfermagem.

Houve ainda associação positiva sobre Demanda-Controle do trabalho entre as categorias profissionais, nas quais somente o SHL o trabalho é passivo com alta exigência diferindo, significativamente, das demais ($p < 0,05$) (tabela 6).

Tabela 6. Distribuição das frequências relativas, absolutas e p-valor* em relação às características do trabalho das equipes de enfermagem, de nutrição e do SHL. Bauru/SP, 2017(n=227)

	Enfermagem	Nutrição	SHL	p-valor
	N (%)	N (%)	N (%)	
Tempo de Trabalho na inst.				<0,05
até 5 anos	34 (35,4)	36(67,9)	64(82,1)	
6 a 10 anos	24(25)	8(15,1)	9(11,5)	
mais de 10 anos	38(39,6)	9(16,9)	5(6,4)	
Período de trabalho				<0,05
diurno	49(51,0)	39(73,6)	59(75,6)	
Noturno/mixto	47(49,0)	14(26,4)	19(24,4)	
Hora extra no hospital				<0,05
Sim até 5h/semana	20(20,8)	17(32,1)	0(0,00)	
não	56(58,3)	29(54,7)	78(100,0)	
Sim > de 5h/semana	20(20,8)	7(13,2)	0(0,0)	
Tem outro emprego				<0,05
sim	39(40,6)	7(13,2)	18(23,1)	
não	57(59,4)	46(56,8)	60(76,9)	
Acidente de trabalho				0,79
sim	35(36,5)	17(32,1)	25(32,1)	
não	61(63,5)	36(67,9)	53(68,0)	
Tipo de acidente				<0,05
perfuração	24(25,0)	0(0,0)	5(6,4)	
corte	2(2,1)	2(3,8)	4(5,1)	
queda	3(3,1)	8(15,1)	11(14,1)	
queimadura	1(1,0)	6(11,3)	0(0,0)	
outros	5(4,2)	1(1,9)	5(6,4)	
Treinamento no trabalho				0,17
frequentemente	41(42,7)	14(26,4)	37(47,4)	
às vezes	40(41,7)	24(45,3)	24(30,8)	
raramente	13(13,5)	14(26,4)	16(20,5)	
nunca	2(2,1)	1(1,9)	1(1,3)	
Satisfação no trabalho				0,74
muito satisfeito/satisf.	62(64,6)	38(71,7)	61(78,2)	
pouco satisfeito	34(35,4)	15(28,3)	17(21,8)	
Esforço físico				0,06
baixo	58(60,4)	27(50,9)	33(42,3)	
alto	38(39,6)	26(49,1)	45(57,7)	
Autoridade decisória				<0,05
baixa	33(34,4)	19(35,8)	44(56,4)	
alta	63(65,6)	34(64,2)	34(43,6)	
Demanda Psicológica				0,11
alta	44(45,8)	24(45,3)	47(60,3)	
baixa	52(54,2)	29(54,7)	31(39,7)	

Controle do trabalho				<0,05
alto (>31)	67(69,8)	29(54,7)	19(24,4)	
baixo	29(30,2)	24(45,3)	59(75,6)	
Controle do trabalho				<0,05
alto (>31)	67(69,8)	29(54,7)	19(24,4)	
baixo	29(30,2)	24(45,3)	59(75,6)	
Suporte Social				<0,05
baixo	44(45,8)	31(58,5)	40(51,2)	
alto	52(54,2)	22(41,5)	38(48,7)	
Insegurança no trabalho				0,03
baixa	47(49,0)	19(35,8)	23(29,5)	
alta	49(51,0)	34(64,2)	55(70,5)	
Demanda-Controle				<0,05
trabalho passivo	10(10,4)	13(24,5)	23(29,5)	
trabalho ativo	28(29,2)	15(28,3)	11(14,1)	
alta exigência	18(18,8)	11(20,8)	36(46,2)	
baixa exigência	40(41,7)	14(26,4)	8(10,2)	

*Valor-p referente ao teste qui-quadrado

4.1 Analisando o TMC

Na tabela 7 encontram-se dados sobre a presença de TMC 52 (22,9%) entre os profissionais de cada equipe (enfermagem, nutrição e SHL), sendo que na equipe de enfermagem houve maior prevalência de TMC entre os técnicos, na nutrição entre as nutricionistas e no SHL entre os auxiliares de limpeza.

Tabela 7. Prevalência de transtorno mental entre trabalhadores da equipe de enfermagem, de nutrição e do SHL, Bauru/SP, 2017 (n=52)

	TMC		Total
	Não	Sim	
	%	%	
Enfermagem	79(82,3)	17(17,7)	96(100)
Enfermeiro	31(32,3)	4 (4,1)	35(36,4)
Técnico de enfermagem	48(50,0)	13(13,5)	61(63,5)
Nutrição	38(71,7)	15(28,3)	53(100)
Aux. de cozinha	11(20,8)	2(3,8)	13(24,5)
Copeira	13(24,5)	3(5,7)	16(30,2)
Cozinheira	5(9,4)	1(1,9)	06(11,3)
Lactarista	3(5,7)	2(3,8)	5(9,5)

Nutricionista	4(7,6)	6(11,3)	10(18,9)
Técnico de nutrição	2(3,8)	1(1,9)	3(5,7)
SHL	58(74,4)	20(25,6)	78(100)
Aux. de limpeza	51(65,4)	18(23,1)	69(88,5)
Encarregada da limpeza	6(7,7)	1(1,3)	7(9,0)
Limpador de vidro	1(1,3)	1(1,3)	2(2,6)

Considerando o percentual de TMC em cada equipe, a associação entre os que apresentam TMC e as variáveis sociodemográficas foi positiva quanto ao tempo de estudo com maior prevalência entre os que têm entre 9 e 12 anos de estudos, cor da pele branca, ambas com maior prevalência na nutrição. Pele não branca e com renda de até 2 salários mínimos apresentou maior prevalência entre a equipe do SHL (tabela 8).

Tabela 8. Prevalência de TMC segundo as variáveis sociodemográficas entre os trabalhadores de cada categoria profissional e p-valor, Bauru/SP, 2017

	TMC			p-valor
	Enfermagem	Nutrição	SHL	
	N=17 n(%)	N=15 n(%)	N=20 n(%)	
Escolaridade				<0,05
até 8 anos	0(0,0)	6(11,3)	10(12,8)	
9 a 12 anos	11(11,4)	7(13,2)	10(12,8)	
13 ou +	6(6,3)	2 (3,8)	0 (0,0)	
Tem filhos menores				0,13
não	10(10,4)	11(20,7)	8(10,2)	
sim	7(7,3)	4(7,6)	12(15,4)	
Vive com companheiro				0,53
Sim	12(12,5)	8(15,1)	11(14,1)	
nao	5(5,2)	7(13,2)	9(11,5)	
Faixa etária				0,41*
18 a 35 anos	8(8,3)	6(11,3)	9(11,5)	
36 a 50 anos	9(9,4)	7(13,2)	7(9,0)	
> 50 anos	0 (0,0)	2(3,8)	4(5,1)	
Cor da pele				<0,05
branca	14(14,6)	13(24,5)	6(7,6)	
não branca	3(3,1)	2(3,8)	14(18,0)	
Renda individual				<0,05*
até 2sm	4(4,2)	9(16,9)	18(23,1)	
2 a 5 sm	11(11,4)	6(11,3)	2(2,5)	
6 a 7 sm	2 (2,1)	2(3,8)	0 (0,0)	
Residência própria				0,56
sim	10(10,4)	6(11,5)	10(12,8)	
não	10(10,4)	9(16,9)	10(12,8)	

p-valor através do teste de qui-quadrado de Pearson e *Teste Exato de Fisher

Considerando a prevalência de TMC entre os participantes do estudo, 52 (22,9%), sendo que foi encontrada associação positiva entre aqueles que tiveram dificuldade em pagar as contas no último mês, que fazem uso regular de medicação, que têm percepção positiva da sua saúde, que trabalham mais que 36h/semana e que se encontram insatisfeitos com o trabalho (tabela 9).

Tabela 9. Associação entre a presença de TMC e variáveis das condições sociodemográficas, de saúde e de trabalho. Bauru, 2017. (n=52).

Variáveis de exposição	TMC		
	SIM n(%)	p-valor	OR(IC95%)
Dificuldade em pagar conta		0,03	1,9(1,04-3,69)
sim	31(13,6%)		
não	21(9,2%)		
Uso regular de medicamento		<0,05	0,29(0,14-0,61)
sim	41(18,1%)		
não	11(4,8%)		
Auto percepção saúde		<0,05	0,20(0,10-0,40)
positiva	28(12,3)		
negativa	24(10,6)		
Carga horária de trabalho		0,02	2,1 (1,1-4,3)
36h/semana	13(5,7%)		
>36h/semana	39(17,2%)		
Satisfação no trabalho		<0,05	5,26(2,7-10,2)
satisfeito	22(9,7%)		
insatisfeito	30(13,2%)		

p-valor referente ao teste de qui-quadrado

Quanto às dimensões do SRQ, os trabalhadores apresentaram maior média em relação à presença do humor depressivo na equipe de nutrição (média 41,5%), decréscimo da energia vital e pensamento depressivo, no SHL (média de 27,4% e 11,8%, respectivamente) e os sintomas somáticos foram maiores na equipe de enfermagem (média 27,6%) (Tabela 10).

Tabela 10. Dimensões do SRQ-20 e as médias por dimensão e por categoria profissional, Bauru, São Paulo, 2017.

Dimensões	Enfermagem	Nutrição	SHL
	n (%)	n (%)	n (%)
Humor depressivo			
Assusta-se com facilidade?	16 (16,7)	15(28,3)	26(33,3)
Sente-se nervoso tenso, preocupado?	53(55,2)	36(67,9)	43(55,1)
Sente-se triste ultimamente?	27(28,1)	22(41,5)	34(43,6)
Você chora mais do que de costume?	9(9,4)	15(28,3)	21(26,9)
Média	27,4	41,5	39,7

Sintomas Somáticos			
Tem dores de cabeça frequentes?	41(42,7)	21(39,6)	23(29,5)
Dorme mal?	46(47,9)	20(37,7)	26(33,3)
Você sente desconforto estomacal?	25(26,0)	10(18,9)	18(23,1)
Você tem má digestão?	23(24,0)	16(30,2)	18(23,1)
Você tem falta de apetite?	12(12,5)	4(7,5)	12(15,4)
Você tem tremores nas mãos?	12(12,5)	4(7,5)	10(12,8)
Média	27,6	23,6	22,9
Decréscimo de energia vital			
Sente-se cansado o tempo todo	34(35,4)	13(24,5)	23(29,5)
Você se cansa com facilidade?	21(21,9)	17(32,1)	25(32,1)
Tem dificuldade em tomar decisões?	13(13,5)	17(32,1)	30(38,5)
Tem dificuldade em ter satisfação em suas tarefas?	29(30,2)	14(26,4)	17(21,8)
O seu trabalho traz sofrimento?	12(12,5)	12(22,6)	11(14,1)
Tem dificuldade de pensar com clareza?	26(27,1)	13(24,5)	22(28,2)
Média	23,4	27	27,4
Pensamentos depressivos			
Sente-se incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1(1,0)	4(7,5)	4(5,1)
Tem perdido o interesse pelas coisas?	13(13,5)	12(22,6)	20(25,6)
Tem pensado em dar fim em sua vida?	2(2,1)	2(3,8)	8(10,3)
Sente-se inútil em sua vida?	2(2,1)	4(7,5)	5(6,4)
Média	4,7	10,35	11,85

Na tabela 11, observa-se que foi positiva a associação de TMC apenas com o suporte social no Modelo D-C (demanda/controle/suporte social), o que significa dizer que um maior percentual de trabalhadores com TMC reconhece receber baixo suporte social (51,9%).

Tabela 11 – Associação entre a presença ou ausência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) e as dimensões da *Job Content Questionnaire (JCQ)* de entre trabalhadores do hospital. Bauru, 2017 (N=227)

Dimensões JCQ	TMC					p-valor*
	N	ausente	%	presente	%	
Demanda Psicológica						0,40
baixa demanda (<31)	112	89	50,9	23	44,2	
alta demanda	115	86	49,1	29	55,8	
Total	227	175	100	52	100	
Controle do Trabalho						0,09
baixo controle (<31)	112	81	46,3	31	59,6	
alto controle	115	94	53,7	21	40,4	
Total	227	175	100	52	100	
Suporte Social						<0,05
alto suporte	148	123	70,3	25	48,1	
baixo suporte	79	52	29,7	27	51,9	
total	227	175	100	52	100	

* Teste qui-quadrado de Pearson

5.0 DISCUSSÃO

As características dos participantes do estudo corroboram com outros estudos entre trabalhadores da saúde em relação ao predomínio do sexo feminino, casadas ou que vive com companheiro, e na faixa etária de 36 a 50 anos e ensino médio, diferindo apenas em relação à coloração da pele auto referida que neste prevaleceu a cor branca e nos demais estudos a cor parda (FERNANDES, MARZIALE, 2014; OLIVEIRA, ARAUJO, 2017).

O alto percentual de mulheres nessas profissões já é esperado, uma vez que, socialmente, as ocupações de cuidados com a vida, saúde e educação são naturalmente atribuídas às mulheres como uma extensão do lar. Neste sentido, são profissões com nível salarial mais baixo, quando comparadas com outras de domínio masculino como a engenharia, medicina, administração de empresa e que contam com características relacionadas à conquista e competitividade. Embora as mulheres tenham buscado aumentar o nível de escolaridade e a qualificação para o emprego, ainda perpetuam as desigualdades de gênero no mercado de trabalho, legitimando uma relação hierárquica de poder masculino (MIRANDA, SCHIMANSKI, 2014; SOUZA, et al, 2016; GEMMA, FUENTES-ROJAS, SOARES 2017).

São fumantes 12,3% dos participantes, valor menor do que da Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013 com a população do mercado formal de trabalho que encontrou 15,2% (BRASIL, 2016). Porém, esse resultado é considerado alto em comparação com a pesquisa de Pretto, Pastore e Assunção (2014), com profissionais da saúde que encontrou apenas 5% de fumantes e de Fernandes e Marziale (2014) que encontrou 6,2%. Entretanto, os profissionais da nutrição apresentaram percentuais bem mais elevados 18,9%. Pasquier (2015) comenta que o comportamento de saúde e estilo de vida dos profissionais de saúde podem diferir de acordo com os níveis de trabalho e ocupações, por isso é importante que as pesquisas olhem, separadamente, para cada um deles e ainda coloca que mesmo que sejam exemplos a ser seguidos pelos pacientes estão sujeitos às mesmas influências ambientais e sociais que as demais pessoas. No Brasil, com a implantação da legislação, houve uma redução de fumantes que coloca o país entre os que conseguiram maiores índices. Atualmente, 10,8% dos brasileiros ainda mantêm o hábito de fumar e é maior na faixa etária de 45 a 54 anos (13,2%) que entre jovens de 18 a 24 anos (7,8%) (GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY, 2017). No nosso estudo, 51,5% apresentam faixa etária entre 36 a 50 anos.

A menor renda individual é do SHL. Esta ocupação não exige formação específica ou alta escolaridade, porém a prática vai interferir no controle da infecção hospitalar e requer

conhecimentos para não colocar em risco a sua própria saúde e sua vida como a de outros. Esse trabalho é visualizado socialmente como simples, de menor status e pouco reconhecido, muitas vezes, passando despercebido, o que gera sentimentos negativos e interferência no processo saúde-doença (GEMMA, FUENTES-ROJAS, SOARES 2017).

Sendo o SHL executado por uma empresa terceirizada, os trabalhadores possuem contratos de trabalho diferentes das demais categorias neste estudo. A terceirização, que veio com a proposta de deixar mais competitivas as empresas, contribuiu com a precarização do trabalho, uma vez que a maioria ganha no máximo dois salários mínimos, como aqui apresentado, com perda dos benefícios trabalhistas, anteriormente conquistados. A terceirização chega a representar, segundo a CUT-Brasil, 25% do mercado formal e redução em torno de 27% do salário e aumento em média de três horas por semana de trabalho (CAMPOS et al., 2017).

Os trabalhadores do SHL cumprem jornada de trabalho maior em relação aos demais trabalhadores. A carga horária e o tipo de serviço realizado contribuem para o aparecimento das doenças osteomusculares (SOUZA et al., 2017). Problemas musculoesqueléticos têm sido relatados em estudos que envolvem trabalhadores hospitalares e estão relacionados ao esforço físico, transporte e descarga de materiais, de alimentos, de pessoas entre outras. O SHL é uma das ocupações que envolvem atividades rotineiras de repetição com ritmo de trabalho intenso, o que tem contribuído para o desenvolvimento de doenças ocupacionais e dentre elas as osteoarticulares ou osteomusculares (ISOSAKI, CARDOSO, ROCHA, 2013; COSTA, BORGES, BARROS, 2015; GEMMA, FUENTES-ROJAS, SOARES 2017; MARCONATO et al., 2017). No presente estudo verificou-se que os percentuais em relação ao esforço físico foram maiores entre os profissionais do SHL. As doenças osteomusculares se caracterizam por sintomas dolorosos que acometem tendões, músculos, nervos, ligamentos e outras estruturas que auxiliam nos movimentos tanto de membros superiores quanto inferiores (EU-OSHA, 2010).

Os distúrbios musculoesqueléticos têm sido causa de absenteísmo entre os trabalhadores e têm, como fator de risco, as condições inadequadas de trabalho, equipamentos e organização do trabalho (MAGNAGO, et al., 2010b; ISOSAKI, CARDOSO, ROCHA, 2013).

Outro fato que pode colaborar com o desgaste musculoesquelético são as atividades domésticas em que as trabalhadoras do SHL apresentaram maior percentual, concordando com o estudo que analisou sobrecarga doméstica e encontrou maior sobrecarga nas que tinham menor renda e realizavam, mais vezes na semana, os serviços domésticos (PINHO,

ARAÚJO, 2012). No imaginário sociocultural considera-se trabalho apenas as atividades remuneradas não sendo incorporado o trabalho doméstico e as responsabilidades com a família, que acaba ficando sob responsabilidade das mulheres. A participação masculina nas atividades domésticas nos últimos anos acusou aumento, mas ainda é baixo, em comparação com as mulheres (SOUZA, GUEDES, 2016). A multiplicidade de papéis, na vida das mulheres, as torna mais vulneráveis aos agravos em saúde, adoecendo mais e faltando mais ao serviço (FURLAN, STANCATO, 2013; ALBUQUERQUE, et al., 2016; BARBOSA et al., 2017).

Entre os profissionais da equipe de nutrição, houve maior percentual de diabetes e obesidade. A obesidade tem sido tratada como um problema de saúde pública e uma epidemia do século XXI. A OMS (2004) assegura que a obesidade e o sobrepeso reduzem a esperança de vida e são responsáveis pelas complicações metabólicas e cardiovasculares, sendo o *diabetes mellitus* tipo II uma das principais co-morbidades. A maior prevalência de obesidade entre os trabalhadores da cozinha foi verificada por Boclin e Blank (2006), quando comparou o IMC entre trabalhadores da cozinha e da lavanderia de oito hospitais públicos no sul do Brasil. Segundo os autores, o fato dos trabalhadores “beliscarem alimentos” frequentemente durante o trabalho pode ser um fator de risco para obesidade e sobrepeso.

A maioria dos profissionais que participaram do estudo, do ponto de vista de atividade física, foi considerada como ativos, considerando toda movimentação em que houvesse aumento dos batimentos cardíacos e perda de energia acima do estado de repouso, incluindo as atividades realizadas no trabalho (BRASIL, 2012). Em relação ao tempo gasto sentado durante em um dia de folga e de trabalho foi a enfermagem que ficou com o maior percentual (51% e 69,8% consecutivamente). O risco de doenças cardiovasculares e de mortalidade aumenta em relação ao tempo sentado (FORD e CASPERSEN, 2012). Mudança ocorrida no trabalho com o incremento da tecnologia tem contribuído com o baixo índice de atividade física, uma vez que contribui para que os profissionais permaneçam sentados quase todo o tempo. Esse hábito pode contribuir com o aparecimento de hipercolesterolemia devido à alteração da regulação e ação da lipase, que interfere nos níveis do colesterol total (GONÇALVES et al, 2017).

Nas equipes de nutrição e do SHL, assistir televisão foi o tipo de lazer mais frequente. A renda familiar, muitas vezes insuficiente, acaba deixando sem muita alternativa para o lazer (FERREIRA et al., 2011). Viajar como lazer é realizado por apenas 1,3% dos trabalhadores do SHL e por 11,3% da equipe de nutrição.

Ainda em relação à saúde dos trabalhadores foi identificada alta prevalência de TMC

(22,9%), porém esse percentual está dentro da faixa encontrada em outros estudos realizados no Brasil que varia de 20 a 56% com predomínio entre trabalhadores não apenas hospitalares e mulheres (MOREIRA et al., 2016; MARCONATO et al., 2017; OLIVEIRA, ARAUJO, 2017).

Além do TMC, a ansiedade e a depressão são importantes fatores psicossociais e estudos apontam que indivíduos com baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico e pele de cor preta são mais vulneráveis (WIEMANN e MUNHOZ, 2015; MORAES, et al., 2016). Contrariamente às pesquisas, os resultados deste estudo mostram as nutricionistas com maior percentual de TMC na sua equipe. O que pode justificar esse resultado é o fato da nutrição ter apresentado percentual mais baixo de suporte social no trabalho.

O apoio social traz benefícios à saúde uma vez que proporciona recursos para lidar com situações estressantes do trabalho diário. Ele é imprescindível em todos os setores de trabalhos, especialmente para os trabalhadores da saúde que necessitam, frequentemente, estarem aptos para resoluções de problemas, além de colaborarem para aumentar a satisfação no trabalho. Mattos et al. (2014) evidenciaram maior magnitude de TMC no grupo de exposição que apresentou alta exigência e baixo controle social.

A associação entre TMC e as condições sociodemográficas, saúde e trabalho foram significativas. Revelou aumento de chances de TMC para quem apresenta mais dificuldade financeira, maior carga horária e encontra-se menos satisfeito no trabalho, corroborando com estudo realizado em Aracaju, com profissionais da saúde, em dois centros de atenção especializada, em que também encontrou associação entre satisfação no trabalho, satisfação salarial e TMC (MARCELINO FILHO e ARAUJO, 2015). Além disso, são menores as chances de TMC para quem faz uso regular de medicamentos e tem auto percepção da saúde positiva, corroborando com outro estudo transversal que abordou trabalhadores da saúde das unidades básicas em que foi significativa a correlação entre TMC e a percepção negativa da saúde (SANTOS et al., 2017).

A irritação foi uma das queixas de saúde com diferença significativa entre as categorias, o que pode contribuir, no trabalho, para o aumento das situações de conflitos entre as colegas e, também, do estresse. É preciso atentar também para o fato de que “a dor, muito presente entre os profissionais da saúde, pode provocar efeitos mentais no indivíduo como a irritabilidade, insônia e até mesmo isolamento social, por não ser compreendido pelos colegas ou chefia” (MARCONATO et al, 2017 p. 5).

As nutricionistas, o auxiliar de limpeza e os técnicos de enfermagem foram os que apresentaram maior percentual de TMC dentro de cada categoria e entre as equipes a

diferença na renda e escolaridade foi significativa quando relacionado ao TMC. É esperado que, trabalhadores com menores salários e com menor nível de escolaridade, estejam mais propensos ao desgaste mental, uma vez que exercem atividades com pouca autonomia e possuem uma carga de trabalho maior (PEREIRA, ALBUQUERQUE, MORAES, 2015). Contrariamente a este estudo, houve maior prevalência de TMC entre as nutricionistas.

A associação positiva entre carga horária de trabalho semanal e TMC é corroborada pelo estudo de Pantoja et al. (2017), que encontraram maior desgaste psíquico entre os que possuíam outra atividade remunerada.

O profissional de saúde está submetido a elevadas exigências, que podem sobrecarregar e levar ao adoecimento, tanto físico como mental. O hospital é um local reconhecido como de risco à saúde do trabalhador em decorrência das condições e das relações existentes, as quais se caracterizam pela hierarquização e fragmentação das ações. (COSTA, BORGES, BARROS, 2015).

Trabalhadores menos satisfeitos apresentaram maior prevalência de TMC. Quanto menor a autonomia, maior a vulnerabilidade para o desgaste mental (BACHA, et al., 2015; PALOMINA et al., 2016). A satisfação no trabalho favorece o desenvolvimento em favor da organização e é determinada pelo grau em que as características do trabalho atendem às necessidades do trabalhador. A insatisfação leva ao abandono da profissão que, na maioria, está relacionada às condições de trabalho, número insuficiente de funcionários e à carga excessiva de trabalho (HAMID et al., 2014). Neste estudo, o controle do trabalho, tanto à nutrição, como SHL, apresentaram menor percentual. O fato dos participantes do presente estudo serem majoritariamente mulheres, pode ter contribuído, uma vez que as pesquisas identificam que elas são mais insatisfeitas com o trabalho que os homens (LAPISCHIES, JARDIM, KANTORSKI, 2014; BACHA, et al., 2015).

Sobre as dimensões do SRQ-20, o humor depressivo seguido dos sintomas somáticos, foram os mais prevalentes, especialmente nas equipes da nutrição e do SHL. Em nível mundial calcula-se que 4,4% da população sofrem com transtornos depressivos (OPAS, 2015). Pesquisa Nacional de Saúde em 2013 revela que 6,2% dos trabalhadores sofrem de depressão no Brasil (BRASI, 2016).

A presença de algum tipo de transtorno mental contribui com o aumento do índice de absenteísmo ou presenteísmo no trabalho, sendo o transtorno de humor em geral o que levou a índices mais altos em países como França, Irlanda do Norte, Holanda (EUROPEAN, UNION, 2010). Decréscimo de energia vital foi a segunda dimensão de maior média, tanto para os trabalhadores do SHL como da equipe de nutrição o que já aponta desgaste físico e mental,

justificando os maiores percentuais de TMC nessas equipes.

Na enfermagem predominou a dimensão “sintomas somáticos” com a resposta “dorme mal” e “tem dores de cabeça frequentes” o mesmo ocorrendo no estudo de Alves et al. (2015) que obtiveram percentual de 45%. Estudo de revisão da literatura encontrou a depressão e o transtorno do sono como doenças ocupacionais mais frequentes (SOUZA et al., 2016).

Chama a atenção que 13,5% na equipe de enfermagem, 22,6% na nutrição e 25,6% no SHL alegam ter perdido o interesse pelas coisas e ainda 10,3% dos trabalhadores do SHL têm pensado em dar fim em sua vida. A associação do suicídio com o trabalho tem sido preocupação, embora reconhecendo ser este um fenômeno complexo e multicausal, que não pode ser atribuído exclusivamente ao trabalho. Porém, há evidências de que o trabalho precarizado e estressante está associado ao suicídio, sendo que o estresse vem em “forma espiral de somatização, psiquiatrização, medicalização, licença médica, internação hospitalar e por fim, aposentadoria por invalidez” (CECCON, et al., 2014 p.2231).

As características do trabalho também diferem entre as três categorias. Na enfermagem e na nutrição há maior percentual de trabalhadores que classificam o trabalho como ativo e de baixa exigência, enquanto que no SHL, como passivo e de alta exigência. Esse tipo de trabalho tem grande potencial para o adoecimento mental do trabalhador, uma vez que oferece pouca possibilidade para exercer a autonomia e habilidades de tomada de decisão dentro de seu trabalho. Na enfermagem e na nutrição, o trabalho contribui para a saúde (KARASEK, THEOREL, 1990). O uso de habilidade e autoridade decisória que caracteriza o controle sobre o trabalho foi maior entre a equipe de enfermagem e menor entre o SHL. Portanto, pode-se afirmar que a enfermagem possui maior autonomia no trabalho em comparação aos demais trabalhadores.

A equipe do SHL apresentou maior percentual em relação à insegurança no trabalho e o menor percentual em relação ao suporte social. As relações interpessoais na vida das pessoas são extremamente importantes, porque ajudam no enfrentamento das intempéries da vida e interferem, diretamente, na qualidade de vida e saúde mental. O fato de receber suporte, informações claras e positivas sobre o trabalho por parte dos colegas e supervisores, interfere, positivamente, na satisfação com o trabalho (GOTTARDO, FERREIRA, 2015). O apoio social tem contribuído para minimizar o estresse, porém as transformações ocorridas no trabalho em que o trabalhador se sente solitário, sem reconhecimento de suas potencialidades e criatividade, sem autonomia e liberdade e as frequentes humilhações assistidas silenciosamente pelos pares são responsáveis pelo desencadeamento de mal-estar e suicídio no trabalho (VENCO, BARRETO, 2015).

6.0 CONCLUSÃO

Ao comparar as condições socioeconômicas entre as categorias profissionais verificou-se diferenças, em relação à faixa etária, que a equipe de enfermagem foi a mais jovem. Predominou entre os profissionais do SHL ter a cor da pele escura, menor renda e nível de escolaridade. Eles também apresentaram maior dificuldade em pagar suas contas mensalmente e realizam a maior parte das atividades domésticas e ainda possuem a maior carga horária semanal de trabalho.

Acerca do estilo de vida, a nutrição apresentou maior percentual de fumantes, e a enfermagem de dependência alcoólica. O SHL apresentou menor frequência de lazer em comparação com as demais, predominando os de baixo custo, como assistir televisão. Quanto à atividade física, a enfermagem apresentou maior percentual de não ativos assim como é a que permanece mais tempo sentado, tanto em dia de trabalho quanto em dia de folga.

A presença de problemas de saúde foi referida em maior proporção pelos profissionais do serviço de nutrição, assim como o uso regular de medicamentos e a obesidade. O transtorno mental comum foi mais prevalente entre a equipe de nutrição e esteve associado à baixa escolaridade, pele de cor não branca e menor renda, características encontradas entre os trabalhadores do SHL. Nas condições de trabalhos também houve diferenças entre as equipes, sendo que os profissionais da enfermagem trabalham há mais tempo na instituição, fazem mais horas extras e sofreram mais acidente de trabalho, embora recebam frequentemente treinamento. No trabalho da enfermagem há menor esforço físico, maior autoridade e controle sobre seu trabalho e alto suporte social. Contrariamente, os profissionais do SHL despendem alto esforço físico, baixa autoridade, alta demanda psicológica e baixo controle, mas que se sentem satisfeitos com o trabalho. As condições de trabalho mostraram-se preocupantes para os trabalhadores, com especial atenção para os do SHL, que apresentaram mais risco para piora no quadro de adoecimento mental e chama a atenção o percentual desses trabalhadores que já pensaram em dar fim à própria vida.

A terceirização dos serviços tem contribuído com o adoecimento dos trabalhadores, uma vez que mantém o número mínimo de trabalhadores que se esforça para dar conta das atividades numa jornada de trabalho densa e intensa. Porém, com a aprovação das mudanças na legislação trabalhista, mais serviços terceirizados, e até mesmo os temporários, tendem a encontrar espaços num cenário em que a preocupação com o lucro não permite maiores investimentos na saúde do trabalhador.

Ainda que se reconheça a importância dos trabalhadores para o êxito da empresa, da

qualidade do serviço prestado pouco se tem investido, oferecido e cobrado na vigilância em saúde, com foco no trabalhador e temos assistido ao crescimento de doenças que afastam o indivíduo temporária e, muitas vezes, definitivamente daquilo que deveria trazer-lhe prazer, engrandecimento, satisfação e auto realização, que é o trabalho.

REFERÊNCIAS

- ACEVEDO, G. E. et al. Condiciones y médio ambiente de trabajo em hospitales públicos provinciales de la ciudad de Córdoba, Argentina. **Rev. Salud Pública**, v. 17, n. 4, p. 8-20, 2013.
- AGANTE, D. M. C. **Comportamentos relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas durante as festas académicas nos estudantes do ensino superior**. 2009. 112 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2009.
- AGENCIA EUROPEIA PARA SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO. **Riscos psicossociais e estresse no trabalho**. Bilbao: EU-OSHA, 2017. Disponível em: <<https://osha.europa.eu/pt/themes/psychosocial-risks-and-stress>>. Acesso em: 24 maio 2017.
- AGITA SÃO PAULO. **Classificação do nível de atividade física – IPAQ (International Physical Activity)**. São Caetano do Sul, 2016. Disponível em: <http://portalagita.org.br/uploads/agita_saopaulo/arquivos/IPAQ_classificacao.pdf> Acesso em: 14 jun. 2016.
- AGOSTINI, M. Saúde do trabalhador. In: ANDRADE, A; PINTO, S. C.; OLIVEIRA, R. S. (Org.). **Animais de laboratório: criação e experimentação**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 375-379. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/sfwjtj/pdf/andrade-9788575413869-46.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2017.
- AGOSTINHO, M. R. et al. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 5, n. 17, p. 9-15, 2010.
- ALBORNÓZ, S. **O que é trabalho**. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- ALBUQUERQUE, G. A. et al. Dupla jornada de trabalho: implicações na saúde da enfermeira. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v. 10, n. 9, p. 3401-3410, 2016.
- ANSOLEAGA, E.; DIAZ, X.; MAURO, A. Associação entre estresse, riscos psicossociais e qualidade do emprego de trabalhadores assalariados chilenos: uma perspectiva de gênero. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 7, p. 1-13, 2016.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. 8 ed. São Paulo: Cortez/Unicamp, 2002.
- ANTUNES, R. **O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2005.
- ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serv. Soc. Soc.**, n. 123, p. 407-427, 2015.
- ARAUJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadores de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 424-433, 2003.
- ARAUJO, T. M.; GRAÇA C. C.; ARAUJO E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do modelo demanda-controle. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 8, n. 4, p. 991-1003, 2003.
- ARAUJO, T. M.; PALMA, T. F.; ARAUJO, N. C. Vigilância em saúde mental e trabalho no Brasil: características, dificuldades e desafios. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 22, n. 10, p. 3235-3246, 2017.

ARSLAN, Y. H.; KOCAMAN, G. Predictors of nurses' intentions to leave the organisation and the profession in Turkey. **J. Nurs. Manag.**, v. 24, n. 2, p. 235-243, 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA De EMPRESAS De PESQUISA. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. São Paulo: ABEP, 2015.

ASSUNÇÃO-MATOS, A.; BICALHO, P. P. G. O trabalho, a terceirização e o Legislativo brasileiro: paradoxos e controvérsias. **Rev. Psicol. Organ. Trab.**, v. 16, n. 2, p. 120-129, 2016.

AQUINO, J. M. et al. Centro de material e esterilização: acidentes de trabalho e riscos ocupacionais. **Rev. SOBECC**, v. 19, n. 3, p. 148-154, 2014.

BACHA, A. M. et al. Satisfação no trabalho no contexto hospitalar: uma análise segundo o gênero. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 19, n. 4, p. 549-556, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000400549&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 mar. 2015.

BALTHAZAR, M. A. P. et al. Gestão dos riscos ocupacionais nos serviços hospitalares: uma análise reflexiva. **Rev. Enferm. UFPE**. v.11, n.9, p.3482-91, 2017.

BARBOSA, J. R. M. et al. Absenteísmo dos profissionais de enfermagem dentro do contexto hospitalar: revisão integrativa da literatura. **Rev. e-Ciênc.**, v. 4, n. 1, p. 1-10, 2017.

BERNARDES, C. L. et al. Agravos à saúde dos trabalhadores de enfermagem em uma instituição pública de ensino. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48, n. 4, p. 676-682, 2014.

BOARETTO, F. et al. Contexto de ambiente de trabalho entre enfermeiras assistenciais em hospital universitário. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. 2, p. 1-10, 2016.

BOCLIN, K. L. S.; BLANK, N. Excesso de peso: característica dos trabalhadores de cozinhas coletivas? **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v. 31, n. 113, p. 41-47, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572006000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 jan. 2018.

BORGES, L. O. et al. Questionário de condições de trabalho: reelaboração e estruturas fatoriais em grupos. **Aval. Psicol.**, v. 12, n. 2, p. 213-225, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 8 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Pesquisa revela que 70% dos trabalhadores não se exercitam regularmente**. Brasília: Ministério da saúde, 2016. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2016/06/pesquisa-revela-que-70-dos-trabalhadores-nao-se-exercitam-regularmente>>. Acesso em: 20 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Número de fumantes cai 30,7% nos últimos nove anos**. Brasília: Ministério da saúde, 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/05/numero-de-fumantes-cai-30-7-nos-ultimos-nove-anos>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3120/98. Aprova Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 jul. 1998. Disponível em: <<http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/98port3120.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho**. Manual de procedimentos para o serviço de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.(Série A. Normas e manuais técnicos, 114).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 11 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em: 20 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Informe especial por ocasião do dia mundial em homenagem às vítimas de acidente do trabalho**. Brasília: CGMBI/DPSSO/SPS/MPS, 2014. (1º Boletim Quadrimestral). Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2014/04/I-Boletim-Quadrimestral-de-Benef%C3%ADcios-por-Incapacidade1.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

BREY, C. et al. O absenteísmo entre os trabalhadores de saúde de um hospital público do sul do Brasil. **Rev. Enferm. Cent.-Oeste Min.**, v. 7, p. e1135, 2017.

CAMPOS, M. L. P.; DE MARTINO, M. M. F. Aspectos cronobiológicos do ciclo vigília-sono e níveis de ansiedade dos enfermeiros nos diferentes turnos de trabalho. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 38, n. 4, p. 415-421, 2004.

CAMPOS, F. H P. El fenómeno de la tercerización del trabajo y su repercusión en la salud del trabajador de salud. **In Crescendo**, v. 8, n. 1, p. 140-155, 2017. Disponível em: <<http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo/article/view/1549>>. Acesso em: 6 mar. 2018. doi:https://doi.org/10.21895/in_cres.v8i1.1549.

CECCON, R. F. et al. Suicídio e trabalho em metrópoles brasileiras: um estudo ecológico. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 19, n. 7, p. 2225-2234, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63031150025>>. Acesso em: 5 maio 2016.

COTANDA, F. C. Os 40 anos de trabalho e capital monopolista, de Harry Braverman: a persistente fragilidade sindical nos assuntos relacionados ao processo de trabalho. **Rev. Ciênc. Soc.**, v. 46, n. 2, p. 173-200, 2015.

COSTA, M. T. P.; BORGES, L. O.; BARROS, S. C. Condições de trabalho e saúde psíquica: um estudo em dois hospitais universitários. **Rev. Psicol. Organ. Trab.**, v. 15 n. 1, p. 43-58, 2015.

CUNHA, D. M. Ergologia e psicossociologia do trabalho: desconforto intelectual, interseções conceituais e trabalho em comum. **Cad. Psicol. Soc. Trab.**, v. 17, n. spe. 1, p. 55-64, 2014.

DE MARCO, P. F. et al. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 57, n. 3, p. 178-183, 2008.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo da psicopatologia do trabalho. Tradução Ana Isabel Paraguay; Lucia Leal Ferreira. 5. ed. São Paulo: Cartez-Oboré, 1992.

DEL CAMPO, M. T.; PRADA S. V. La ansiedad y la depresión como predictores de los trastornos músculo-esqueléticos em los trabajadores sanitários. **Arch. Prev. Riesgos Labor.**, v. 20, n. 3, p. 177-178, 2017.

DIAS, D. S.; SANTOS, E. H.; ARANHA, A. V. S. Contribuições da ergologia para a análise da atividade de trabalho docente. **Rev. Eletrôn. Educ.**, v. 9, n. 1, p. 211-227, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.14244/198271991202>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

DRUCK, G. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? **Cad. CRH**, v. 24, n. espe 1, p. 37-57, 2011 Disponível em: <<http://w.redalyc.org/articulo.oa?id=347632186004>>. Acesso em: 13 nov. 2017.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 517-25, 2006.

ENGELS, F. **A situação da classe trabalhadora em Inglaterra**. Tradução Analia C. Torres; João B. Porto: Afrontamento, 1975. Disponível em: <<http://marxismo21.org/wp-content/uploads/2014/02/Trabalhadores-Friedrich-Engels.-A-situa%C3%A7%C3%A3o-da-Classe-Oper%C3%A1ria-em-Inglaterra.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

ETGES, N. J. Conceito do trabalho, construção do conceito e trabalho do conceito. **Perspectiva**, v. 17, p. 79-96, 1992.

EU-OSHA. European Agency for Safety and Health at Work. **Psychosocial risks in Europe**: prevalence and strategies for prevention. Bilbao: EU-OSHA, 2014.

EU-OSHA. European Agency for Safety and Health at Work. **OSH in figures**: work-related musculoskeletal disorders in the EU: facts and figures. Bilbao: EUR-OP, 2010. Disponível em: <<https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/TERO09009ENC>>. Acesso em: 22 nov. 2017.

EVANGELISTA, V. C. et al. Multidisciplinary team of intensive therapy: humanization and fragmentation of the work process. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 6, p. 1037-1044, 2016.

FERNANDES, C.; PEREIRA, A. Exposição a fatores de risco psicossocial em contexto de trabalho: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, v. 50, p. 1-15, 2016.

FERNANDES, M. A.; MARZIALE, M. H. P. Riscos ocupacionais e adoecimento de trabalhadores em saúde mental. **Acta Paul. Enferm.**, v. 27, n. 6, p. 539-547, 2014.

FERREIRA, D. K. S. **Condições de saúde, de trabalho e modos de vida de policiais militares**: estudo de caso na cidade do Recife-PE. 2009. 202 f. Tese (Doutorado) Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2009ferreira-dks.pdf>>. Acesso em: 3 jan. 2015.

FERREIRA, G. D. et al. Prevalência de dor nas costas e fatores associados em adultos do Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Rev. Bras. Fisioter.**, v. 15, n. 1, p. 31-6, 2011.

FERREIRA, L. N. et al. Prevalência e fatores associados ao consumo abusivo e à dependência de álcool. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 18, n. 11, p. 3409-3418, 2013.

FEUERWERK, L. C. M.; CECILIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/15.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2017.

FISHER, F. M. Relevância dos fatores psicossociais do trabalho na saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 401-406, 2012.

FLINKMAN, M.; ISOPAHKALA-BOURET, U.; SALANTERÄ, S. Young registered nurses' intention to leave the profession and professional turnover in early career: a qualitative case study. **ISRN Nurs.**, p. 1-12, 2013. Disponível em: <<http://doi.org/10.1155/2013/916061>>. Acesso em: 18 jan. 2017.

FORMIGA, N. S. et al. Transtorno no uso do álcool e autoestima: verificação de um modelo empírico em diferentes grupos sociais. **Mudanças, Psicol. Saúde**, v. 22, n. 1, p. 9-19, 2014.

FORD, E. S.; CASPERSEN, C. J. Sedentary behaviour and cardiovascular disease: a review of prospective studies. **Int. J. Epidemiol.**, v. 41, n. 5, p. 1338-1353, 2012.

FURLAN, J. A. S.; STANCATO, K. Fatores geradores do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital público e um privado. **Rev. Adm. Saúde**, v. 15, n. 60, p. 111-120, 2013.

GEMMA, S. F. B.; FUENTES-ROJAS M.; SOARES M. J. B. Agentes de limpeza terceirizados: entre o ressentimento e o reconhecimento. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v. 42, p. e4, 2017.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY (GBD). Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study. **Lancet**, v. 389, n. 10082, p. 1885-1906, 2017.

GONCALVES, E. C. A. et al. Baixos níveis de atividade física em servidores públicos do sul do Brasil: associação com fatores sociodemográficos, hipercolesterolemia e diabetes. **Rev. Andal. Med. Deporte**, v. 10, n. 2, p. 54-59, 2017. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1888-75462017000200054&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2018.

GONCALVES, F. G. A. et al. Impacts of neoliberalismo on hospital nursingwork. **Texto Contexto Enferm.**, v. 24, n. 3, p. 646-653, 2015.

GOTTARDO, L. F. S.; FERREIRA, M. C. Suporte social, avaliações autorreferentes e bem-estar de profissionais de saúde. **Arq. Bras. Psicol.**, v. 67, n. 1, p. 146-160, 2015.

HOLZ, E. B.; BIANCO, M. F. O conceito de trabalho na ergologia: da representação à atividade. **Trab. Educ.**, v. 23, n. 2, p. 157-173, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. Agência de notícias. **Esperança de vida ao nascer**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de>>

noticias/releases/9490-em-2015-esperanca-de-vida-ao-nascer-era-de-75-5-anos.html>. Acesso em: 8 ago. 2017.

ISOSAKI, M.; CARDOSO, E.; ROCHA, L. E. Condições de trabalho e prevalência de sintomas osteomusculares entre trabalhadores de um serviço hospitalar de nutrição localizado em São Paulo, Brasil. **Rev. Adm. Saúde**, v. 15, n. 59, p. 53-62, 2013.

KARASEK JUNIOR, R. A. Job demand, job decision latitude, and mental strain implications for job redesign. **Adm. Sci. Q.**, v. 24, n. 2, p. 285-308, 1974.

KARASEK, R. A.; THEORELL, T. **Healthy work-stress, productivity, and the reconstruction of working life**. Nova York: Basic Books, 1990.

KESTENBERG, C. C. F. et al. O estresse do trabalhador de enfermagem: estudo em diferentes unidades de um hospital universitário. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 23, n. 1, p. 45-51, 2015.

LACAZ, F. A. C. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/02.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

LANGE, S. et al. Actual and predicted prevalence of alcohol consumption during pregnancy in Latin America and the Caribbean: systematic literature review and meta-analysis. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 41, p. e89, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892017000100301&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 set. 2017.

LAPISCHIES, S. R. C.; JARDIM, V. M. R.; KANTORSKI, L. Fatores associados à satisfação no trabalho em Centros de Atenção Psicossocial. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 950-958, 2014.

LEAO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 20, n. 1, p. 85-100, 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 15 jan. 2018.

LÓPEZ-MONTESINOS, M. J. Estudo psicossocial das consequências do trabalho dos enfermeiros hospitalares como gestão de recursos humanos. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 21, n. spe, p. 61-70, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jan. 2017.

LORENZETTI, Jorge et al. Organização do Trabalho da Enfermagem Hospitalar: Abordagens da Literatura. **Texto Contexto Enferm.**, v. 23, n. 4, p. 1104-12, 2014.

LUHIER, D. Trabalho. **Psicol. Soc.**, v. 25, n. 3, p. 483-492, 2013.

LOURENÇO, E. A. S. Terceirização: a destruição dos direitos e da saúde dos trabalhadores. **Serv. Soc. Soc.**, n. 123, p. 447-475, 2015

MACHADO, M. H. et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sóciodemográfico. **Enferm. Foco**, v. 6, n. 1/4, p. 11-17, 2015.

MAGALHAES, A. M. M.; DALL'AGNOL, C. M.; MARCK, P. B. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 21, n. spe, p. 146-154, 2013.

MAGNAGO, T. S. B. S. et al. Condições de trabalho de profissionais da enfermagem: 119 avaliação baseada no modelo demanda-controle. **Acta Paul. Enferm.**, v. 23, n. 6, p. 811-817, 2010a.

MAGNAGO, T. S. B. S. et al. Condições de trabalho, características sociodemográficas e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v. 23, n. 2, 2010b.

MARCELINO FILHO, A.; ARAUJO, T. M. Estresse ocupacional e saúde mental dos profissionais do centro de especialidades médicas de Aracaju. **Trab. Educ. Saúde**, v. 13, supl. 1, p. 177-199, 2015.

MARTARELLO, N. A.; BENATTI, M. C. C. Qualidade de vida e sintomas osteomusculares em trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 2, p. 422-428, 2009.

MARCONATO, C. S. et al. Prevalence and factors associated with minor psychiatric disorders in hospital housekeeping workers. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 51, n. 12, p. e03239, 2017.

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

MARZIALE, M. H. P.; SANTOS, H. E. C.; TROVÓ, M. E. M. Consequências individuais e ocupacionais da exposição a material biológico entre trabalhadores de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, v.23, n. 4, p.449-54, 2015.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. São Paulo: Nova Cultural, 1988. (Coleção Os Economistas).

MATTOS, A. I. S.; ARAUJO, T. M.; ALMEIDA, M. M. G. Interação entre demanda-controle e apoio social na ocorrência de TMC. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, n. 48, p. 1-9, 2017.

MATSUDO, S. M. et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde**, v. 6, n. 2, p. 5-18, 2001.

MAURO M. Y. C. et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 14, n. 1, p. 13-18, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/03.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2017.

MELO, C. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 8, n. 1, p. 125-136, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 9 nov. 2017.

MIRANDA, T. L.; CHIMANSKI, E. Relações de gênero: algumas considerações conceituais. In: FERREIRA, A. J. (Org.). **Relações étnico-raciais, de gênero e sexualidade: perspectivas**

contemporâneas. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2014, p. 66-91. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

MORAES, R. S. M. et al. Social inequalities in the prevalence of common mental disorders in adults: a population-based study in Southern Brazil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 20, n. 1 p. 43-56, 2017.

MORAES, M. C. F.; DA SILVA, N. P. Saúde mental e as relações de trabalho: como a ansiedade influencia o comportamento humano no ambiente de trabalho. **Interfaces Saberes**. v. 14, n. 1, p. 1-16, 2015.

MOREIRA, I. J. B. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e sofrimento psíquico na estratégia de saúde da família. **Rev. Epidemiol. Controle Infecç.**, v. 7, n. 1, p. 1-7, 2017. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/6927>>. Acesso em: 15 out. 2017.

MUÑOZ-MUÑOZ, E. et al. Conocimiento sobre tabaco y sus métodos de desabituación entre estudiantes 1º, 3º e 5º curso de farmácia em España. Estudio PRECOTABAC, Parte II. **Ars Pharm.**, v. 53, n. 4, p. 8-15, 2012.

NUNES, A. P. N.; BARRETO, S. M.; GONÇALVES, L. G. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 15, n. 2, p. 415-428, 2012.

OLIVEIRA, A. M. N.; ARAUJO, T. M. Situações de desequilíbrio entre esforço-recompensa e transtornos mentais comuns em trabalhadores da atenção básica de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v. 11, p. 1-20, 2017.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Estratégia para o fortalecimento da promoção da saúde nos ambientes de trabalho na América Latina y e Caribe**. Washington: OMS/OPS, 2000.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estrategia global sobre dieta, actividad física y salud**. Ginebra: OMS, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **PRIMA-EF**. Guidance on the european framework for psychosocial risk management: a resource for employers and worker representatives. Geneva: OMS, 2008. (Protecting Workers' Health Series, 9).

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Para superar a crise: um pacto mundial para o emprego**. Genebra: OIT, 2009. Disponível em: <http://www.oit.org.br/sites/default/files/topic/employment/pub/pacto_mundial_emprego_246.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2017.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación**. Genebra: OIT, 2010. Disponível em: <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_124341.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2017.

PANTOJA, F. G. B. et al. Avaliação do burnout em trabalhadores de um hospital universitário do município de Belém (PA). **Saúde Debate**, v. 41, n. esp., p. 200-214, 2017.

PAZ FILHO, G. J. et al. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, v. 47, n. 1, p. 65-69, 2001.

PASQUIER, R. J. M. **Los médicos e las enfermeras no siempre tienen estilos de vida saludables**. Caracas, 2017. Disponível em: <<http://rigobertomarcano.com/los-medicos-y-las-enfermeras-no-siempre-tienen-estilos-de-vida-saludables-por-rigotordoc/>>. Acesso em: 7 maio 2017.

PETEAN, E.; COSTA, A. L. R. C.; RIBEIRO, R. L. R. Repercussões da ambiência hospitalar na perspectiva dos trabalhadores de limpeza. **Trab. Educ. Saúde**, v. 12, n. 3, p. 615-635, 2014.

PEREIRA, H. A.; ALBUQUERQUE, R. S.; MORAES, A. F. G. Terceirização e precarização: um estudo com terceirizados de serviços gerais na Universidade Federal da Paraíba. **Rev. Principia**, n. 26, p. 106-115, 2015.

PINHO, P. S.; ARAUJO, T. M. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 15, n. 3, p. 560-572, 2012.

REZENDE, M. P. **Agravos à saúde de auxiliares de enfermagem resultantes da exposição ocupacional aos riscos físicos**. 2003. 114 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2003.

ROCHA, F. L. R. et al. Cultura organizacional de um hospital psiquiátrico e resiliência dos trabalhadores de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 5, p. 817-824, 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500817&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2016.

RODRIGUES, E. P. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 67, n. 2, p. 296-301, 2014.

SANCINETTI, T. R. et al. Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 4, p. 1007-1012, 2011.

SANTOS, E. M.; CARVALHO, A. M. T. Crônica da vida contrariada: sofrimento psíquico, HIV/AIDS e trabalho em saúde. **Cad. Saúde Colet.**, v. 2, n. 7, p. 147-172, 1999.

SANTOS, W. S. et al. Medindo consumo de álcool: análise fatorial confirmatória do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT). **Psico-USF**, v. 18, n. 1, p. 121-130, 2013.

SANTOS, K. O. B. et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire (SRQ-20). **Rev. Baiana Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 544-560, 2010.

SANTOS, A. M. V. S. et al. Transtornos mentais comuns: prevalência e fatores associados entre agentes comunitários de saúde. **Cad. Saúde Colet.**, v. 25, n. 2, p. 160-168, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000200160&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 ago. 2017.

SCHMIDT, D. R. C. Modelo demanda-controle e estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. 5, p. 779-788, 2013.

SESI. Serviço Social da Indústria. **PRIMA-EF**. Orientações do modelo europeu para a gestão de riscos psicossociais: um recurso para empregadores e representantes dos trabalhadores. Tradução Serviço Social da Indústria Departamento Nacional. Brasília: SESI, 2011. 63 p.

SILVA, C. D. L.; PINTO, W. M. Riscos ocupacionais no ambiente hospitalar: fatores que favorecem a sua ocorrência na equipe de enfermagem. **Saúde Colet. Debate**, v. 2, n. 1, p. 62-29, 2012.

SOUZA, N. V. D. O. et al. Influência do neoliberalismo na organização e processo de trabalho hospitalar de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 70, n. 5, p. 912-919, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000500912&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 abr. 2017.

SOUZA, R. S. et al. Doenças ocupacionais dos trabalhadores de limpeza em ambiente hospitalar: proposta educativa para minimizar a exposição. **Enferm. Glob.**, n. 42, 2016.

SOUZA, N. V. D. O. et al. Neoliberalist influences on nursing hospital work process and organization. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 70, n. 5, p. 912-919, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000500912&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jun. 2016.

SOUZA, L. K. C. S. et al. Gênero e formação profissional: considerações acerca do papel feminino na construção da carreira de nutricionista. **Demetra**, v. 11, n. 3, p. 773-788, 2016.

SOUZA, R. S. et al. Enfermedades profesionales de los trabajadores de limpieza en los hospitales: propuesta educativa para minimizar la exposición. **Enferm. Glob.**, v. 15, n. 42, p. 522-536, 2016. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200018&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun. 2016.

TEIXEIRA, J. R. B. et al. Associação entre aspectos psicossociais do trabalho e qualidade de vida de mototaxistas. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 97-110, 2015.

THEORELL, T.; KARASEK, R. A. Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. **J. Occup. Health Psychol.**, v. 1, n. 1, p. 9-26, 1996. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.9>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

VEGIAN, C. F. L.; MONTEIRO, M. I. Condições de vida e trabalho de profissionais de um serviço de atendimento móvel de urgência. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 1018-1024, 2011.

VESPASIANO, B. S.; DIAS, R.; CORREA, D. A. A utilização do questionário internacional de atividade física (Ipaq) como ferramenta diagnóstica do nível de aptidão física: uma revisão no Brasil. **Saúde Rev.**, v. 12, n. 32, p. 49-54, 2012.

VIEIRA, M. V. P.; ALCANTARA, D. S. Prevalencia de dor lombar crônica em trabalhadores de enfermagem: revisão bibliográfica. **Revista Amazônica**, v. 1, n. 3, p. 49-55, 2013.

WIEMANN, I.; MUNHOZ, T. N. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados nos usuários do centro de referência de assistência social de São Lourenço do Sul, RS. **Ensaios Ciênc., Ciênc. Biol. Agrar. Saúde**, v. 19, n. 2, p. 89-94, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Division of Mental Health. **A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ)**. Geneva: WHO, 1994. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_MNH_PSF_94.8.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2015.

VENCO, S.; BARRETO, M. O sentido social do suicídio no trabalho. **Rev. Trib. Super. Trab.**, v. 80, n. 1, p. 294-302, 2014.

ZAKABI, R. Stress: ninguém está a salvo desse mal moderno, mas é possível aprender a viver com ele. **Veja**, v. 37, n. 6, p. 66-75, 2004.

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCALRECIDO

O sr(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa chamada “AS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE TRABALHADORES DE INSTITUIÇÃO HOSPITALAR”, que pretende analisar e comparar as condições de saúde, de trabalho e os modos de vida dos trabalhadores da equipe de enfermagem, da nutrição e do serviço de limpeza e higiene. O sr(a) foi selecionado(a) a participar dessa pesquisa por fazer parte de uma dessas equipes citadas acima (enfermagem, nutrição ou serviço de limpeza e higiene) nesta instituição hospitalar.

A pesquisa consta de algumas perguntas sobre dados pessoais como: sexo, idade, escolaridade, ocupação, cor da pele, situação conjugal, hábitos de fumar, de beber, atividades físicas, de alimentação, de participação em conflitos no trabalho e na vida social e, também, dados sobre as condições econômicas, de saúde, de moradia e de trabalho. Sua participação nesta pesquisa será a de responder essas perguntas que será realizada e anotada pela pesquisadora. A pesquisa será realizada durante o horário de trabalho num local e horário determinado pela sua chefia de modo a não atrapalhar o andamento do serviço. O tempo máximo para aplicação das perguntas será de quinze minutos. A aplicação do questionário ocorrerá no primeiro semestre de 2015, após aprovação do comitê de ética e em data a ser previamente agendada. A pesquisa tem por finalidade identificar os problemas que afetam a saúde e assim estimular atitudes que venham a promover a saúde do trabalhador na instituição. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa de tese de doutorado e divulgação em literaturas científicas.

Caso você não queira participar da pesquisa, é seu direito e isso não vai interferir nos seus direitos trabalhistas ou emprego. Você poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo. É garantido total sigilo do seu nome em relação aos dados relatados nesta pesquisa.

Os riscos poderiam ser atribuídos a alguns sentimentos e/ou questões de sensibilidade devido a aplicação do questionário como invasão de privacidade, medo, vergonha, valores entre outros. A presente pesquisa procurará minimizar esses sentimentos, realizando abordagens de maneira adequada, individualizada, em local reservado, onde as respostas sejam ouvidas apenas pela pesquisadora, mantendo preservadas as identidades e encaminhando aos serviços de saúde do SUS de referência na cidade, caso seja necessário. Os benefícios obtidos pela pesquisa poderão ser estendidos a outros serviços/núcleos de saúde do

trabalhador e ao campo de conhecimento. Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608 / 1609.

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Nome: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora: Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Orientadora: Maria José Sanches Marins, Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, nº 1886. Marília
CEP: 17 514 000 Fone: (14) 98145 1685. E-mail: mazedinha.marins@gmail.com.br

Pesquisadora: Márcia Regina Alves Rocha, Rua Nilo Mazzoni, nº 45 Agudos SP CEP 17120
000 Fone: (14) 991039117. E-mail: marciarocha@uol.com.br

APÊNDICE B– Instrumento para coleta de dados de identificação e socioeconômico

I. Dados de Identificação

- 1) Idade (1) 18 a 25 anos (2) 26 a 35 anos (3) 36 a 50 anos (4) mais de 50 anos
 2) sexo (1) feminino (2) masculino
 3) Situação conjugal (1) vive com o companheiro (2) Vive sem o companheiro
 4) Cor da Pele (1) branca (2) amarela (3) negra (4) parda
 5) Categoria profissional (1) Enfermagem (2) nutrição (3) Serviço Limpeza e Higiene
 6) Ocupação _____ Descrever sua ocupação no hospital

7) Escolaridade: Você estudou até que série?

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/PrimárioIncompleto	1
Fundamental I Completo / Fundamental II Incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto	2
Fundamental II Completo/Médio Incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto	3
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/SuperioIncompleto	4
Superior Completo	Superior Completo	5

- 8) Filhos menores sob sua guarda que moram com você : (1) Nenhum filho (2) 1 a 3 filhos
 (3) mais de 3 filhos
 9) Tipo de residência (1) Própria (2) alugada (3) financiada (4) outra
 10) Convênio medico (1) particular (2) SUS

II) Dados Socioeconômicos

- 11) Sua renda mensal
 (1) até 2 salários mínimos (2) 3 a 5 salários mínimos (3) de 6 a 7 salários mínimos (4) mais de 10 salários mínimos
 12) Quantas pessoas que contribuem com a renda mensal _____ pessoas
 13) uso da renda para sustento de pessoas que não moram com você () sim () não
 14) Durante o último mês você teve dificuldade para pagar:
 (1) aluguel/prestação de casa (2) despesas da casa(luz, água, telefone, gás)
 (3) supermercado/feira (4) despesas com educação(dos filhos, consigo mesmo ou de outra pessoa)
 (5) despesas com saúde (hospital, plano de saúde, medicamentos)
 (6) outras despesas. Quais? _____
 (7) não tive dificuldade
 (8) Atividades Domésticas (ANEXO A)

III. Estilo de Vida

- a) Hábito de fumar: Você fuma? () sim () não
 b) Hábito de Beber (CAGE) (ANEXO C)
 c) Atividade física (IPAQ) (ANEXO D)
 d) Lazer
 Marque as atividades que mais realiza no seu tempo de lazer (pode identificar mais de uma)
 () assistir televisão/filme () ficar sozinho () descansar /dormir () ir a clubes/praias
 () ir à igreja () viajar () encontrar/passear com amigos
 () encontros/passeios familiares () ler () ir a bares
 e) Envolvimento em conflitos (ANEXO E)

IV. Condições de Saúde

a) Percepção do Estado de Saúde (PSA)

b) Peso _____ Altura _____ IMC _____

c) Marque os problemas de saúde que tem sentido

- () defeitos da visão () dores musculares () pressão alta
 () problemas ósseos ou articulares () dificuldade de sono () problemas auditivos
 () prisão de ventre () inchaço nas pernas () varizes () irritação
 () ansiedade () tontura () alergias, () problemas cardíacos
 () diabetes () labirintite () lombalgia outros problemas _____

d) SRQ-20 (ANEXO G)

e) Marque com um "X" os Problemas de Saúde que você tem Sentido:

Defeitos da visão [] 1 Dores musculares [] 2 Pressão alta [] 3

Problemas ósseos/ articulares [] 4 Dificuldade de sono [] 5 Problemas auditivos

[] 6 Prisão de ventre [] 7 Inchaço nas pernas, varizes [] 8 Alergias [] 9 Irritação []

10 Ansiedade [] 11 Tontura [] 12 Problemas cardíacos [] 13 Diabetes [] 14

Labirintite [] 15 Lombalgia [] 16

Outros Descreva: _____

f) Você faz uso regular de algum medicamento? [] 2 Não [] 1 Sim

Caso SIM, Quais medicamentos usa? _____

V. Condições de trabalho

a) Caracterização do trabalho

Tempo de serviço na instituição	(1) Até 5 anos (2) 6 a 10 anos (3) mais de 10 anos
Carga horária de trabalho semanal no hospital	() 36h/semana () 40h/semana
Horário de trabalho	(1) diurno (2) noturno (3) misto
Local de trabalho	() Setor próximo ao paciente () fora do setor
Folgas semanais	(1) Sem folga (2) 2 folgas por semana (3) uma folga/semana
Hora extra no hospital	(2) não (1) sim até 5h/semana (3) sim mais de 5h/semana
Trabalho fora do hospital	(2) não (1) sim _____ horas/semana
Faz uso de Equipamentos proteção individuais no seu trabalho	() Sim (2) não Descrição _____
Você já sofreu algum acidente de trabalho neste hospital? (Ex.: queda, ferimento, queimadura fratura, etc)	(2) não (1) sim Descrição _____
Cite as principais condições de insegurança na sua atividade de trabalho	Descrição _____ (8) não se aplica
São oferecidos treinamentos ou capacitação?	(1) frequentemente (2) às vezes (3) raramente (4) nunca
Como se sente no seu trabalho?	(1) muito satisfeito (2) satisfeito (3) pouco satisfeito (4) insatisfeito

b) Job Content Questionnaire (ANEXO I)

ANEXO A – Atividades Domésticas

20) Quando você está em casa, é sua responsabilidade:				
Tarefa	Não (1)	Sim, menor parte (2)	Divido igualmente(3)	Sim, a maior parte (4)
Cuidar das crianças	Não (1)	Sim, menor parte (2)	Divido igualmente(3)	Sim, a maior parte (4)
Cuidar da limpeza	Não (1)	Sim, menor parte (2)	Divido igualmente(3)	Sim, a maior parte (4)
cozinhar	Não (1)	Sim, menor parte (2)	Divido igualmente(3)	Sim, a maior parte (4)
Lavar roupas	Não (1)	Sim, menor parte (2)	Divido igualmente(3)	Sim, a maior parte (4)
Passar roupas	Não (1)	Sim, menor parte (2)	Divido igualmente(3)	Sim, a maior parte (4)

ANEXO B- Critério para Classificação Econômica Brasileira

Vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

QUANTIDADE QUE POSSUI					
ITENS DE CONFORTO	Não possui	1	2	3	4 ou +
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
Quantidade de DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóveis					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					
22) A água utilizada neste domicílio é proveniente de?					
1	Rede geral de distribuição				
2	Poço ou nascente				
3	Outro meio				
23) Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:					
1	Asfaltada/Pavimentada				
2	Terra/Cascalho				

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto	1
Fundamental I Completo / Fundamental II Incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto	2
Fundamental Completo/Médio Incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto	3
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto	4
Superior Completo	Superior Completo	5

ANEXO C- Cut-down, Annoyed by Criticism, Guiltiness e Eye-opener (CAGE)

Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber? ☐ 1

Sim ☐ 2 Não

As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica?

☐ 1 Sim ☐ 2 Não

Você se sente chateado consigo mesmo pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas? ☐ 1

Sim ☐ 2 Não

Você costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? ☐ 1 Sim

☐ 2 Não

ANEXO D. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)

As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na **ÚLTIMA** semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim.

atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal

atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez.

A) Em quantos dias da última semana você **CAMINHOU** por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício? dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

B) Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando **por dia**? horas: _____ Minutos: _____

C). Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**)

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

D). Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**? horas: _____ Minutos: _____

E) Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

F) Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**? horas: _____ Minutos: _____

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo televisão. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

G). Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana**? _____ horas _____ minutos

H). Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um **dia de final de semana**? _____ horas _____ minutos

ANEXO E – Envolvimento em Conflitos

Com que frequência você se envolve em conflitos com vizinhos ou amigos?	Frequentemente [] 1	Às vezes [] 2	Raramente [] 3	Nunca ou quase nunca [] 4
Com que frequência você se envolve em conflitos com colegas de trabalho?	Frequentemente [] 1	Às vezes [] 2	Raramente [] 3	Nunca ou quase nunca [] 4
Com que frequências você se envolve em conflitos com familiares?	Frequentemente [] 1	Às vezes [] 2	Raramente [] 3	Nunca ou quase nunca [] 4

ANEXO F- SELF REPORT QUESTIONNAIRE SRQ 20.

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

47- Você tem dores de cabeça frequente?	() SIM	() NÃO
48- Tem falta de apetite?	() SIM	() NÃO
49- Dorme mal?	() SIM	() NÃO
50- Assusta-se com facilidade?	() SIM	() NÃO
51- Tem tremores nas mãos?	() SIM	() NÃO
52- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	() SIM	() NÃO
53- Tem má digestão?	() SIM	() NÃO
54- Tem dificuldades de pensar com clareza?	() SIM	() NÃO
55- Tem se sentido triste ultimamente?	() SIM	() NÃO
56- Tem chorado mais do que costume?	() SIM	() NÃO
57- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	() SIM	() NÃO
58- Tem dificuldades para tomar decisões?	() SIM	() NÃO
59- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa- sofrimento?)	() SIM	() NÃO
60- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	() SIM	() NÃO
61- Tem perdido o interesse pelas coisas?	() SIM	() NÃO
62- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	() SIM	() NÃO
63- Tem tido ideia de acabar com a vida?	() SIM	() NÃO
64- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	() SIM	() NÃO
65- Você se cansa com facilidade?	() SIM	() NÃO
66- Têm sensações desagradáveis no estomago?	() SIM	() NÃO

ANEXO G– Auto Percepção da Saúde

De um modo geral, em comparação com pessoas de sua idade, como você considera seu estado de saúde:

muito ruim[] 1 ruim[] 2 regular[] 3 bom[] 4 muito bom[] 5

ANEXO H– JOB CONTENT QUESTIONNAIRE

Conteúdo sobre o trabalho - Controle	(1)Discordo fortemente	(2)Discordo	(3)Concordo	(4)Concordo fortemente
81)Seu trabalho lhe possibilita aprender coisas novas?				
82)Seu trabalho é repetitivo?				
83)Seu trabalho requer que voce seja criativo?				
84)Em seu trabalho, você é encarregado de fazer muitas tarefas diferentes?				
85)Seu trabalho lhe permite tomar decisões por sua própria conta?				
86)Em seu trabalho tem oportunidade para desenvolver habilidades especiais				
87)Em seu trabalho, tem pouca liberdade para decidir como fazê-lo?				
89)Seu trabalho exige um alto nível de qualificação?				
88)Você tem muito o que dizer sobre o que acontece no seu trabalho ?				
Autoridade de decisão no nível Macro				
90)Há s possibilidade de suas idéias serem consideradas na elaboração das políticas adotadas na empresa?(contratação, nível salarial, demissão, compra de novos equipamentos, etc)				
Demandas psicológicas				
91) Seu trabalho requer que trabalhe muito?				
92)Seu trabalho exige que você trabalhe muito rapidamente?				
93)Voce é solicitado a realizar um volume excessivo de trabalho?				
94)O tempo para realização das suas tarefas é suficiente para concluí-las?				
95)Em seu trabalho, você está livre de demandas conflitantes feitas por outros?				
96)Seu trabalho é desenvolvido de modo frenético (agitado, rápido).				
97)Minhas tarefas, muitas vezes, são interrompidas antes que eu possa concluí-las, adiando para mais tarde a sua continuidade.				
98)Meu trabalho exige longos períodos de intensa concentração nas tarefas.				
99) Esperar pelo trabalho de outras pessoas ou departamentos/setores, muitas vezes, torna o ritmo de seu trabalho mais lento?				
Demandas físicas				
100)Você muitas vezes é solicitado, em sua jornada de trabalho, a mover ou levantar cargas pesadas?				
101)Seu trabalho exige muito esforço físico?				
102)Seu trabalho exige atividade física rápida e contínua?				
103)Frequentemente, seu trabalho exige que você mantenha seu corpo, por longos períodos, em posições fisicamente incômodas?				
104)Seu trabalho exige, por longos períodos, que voce mantenha sua cabeça ou seus braços em posições fisicamente incômodas?				
105)Suporte Social proveniente do Supervisor 8() Não possui supervisor(a)				
106)Seu supervisor preocupa-se com o bem-estar de seus subordinados?				

ANEXO I –FÓRMULAS PARA CÁLCULO (DEMANDA-CONTROLE) do JCQ

CONTROLE

USO DE HABILIDADES = [Q81+ Q83 + Q89 + Q84 + Q86 + (5 – Q82)] x 2

AUTORIDADE DECISÓRIA = [Q85+Q90+(5-Q87)]x4

DEMANDA

DEMANDA PSICOLÓGICA = [(Q92 + Q91) x 3 + (15 – (Q93 + Q94 + Q95)) x 2]

DEMANDA FÍSICA = [Q100 + Q101+ Q102 + Q103 + Q104]

INSEGURANÇA [Q119+ Q122 + (5 – Q118)]

APOIO DO SUPERVISOR [Q106 + Q107+ Q109 + Q110]

APOIO DOS COLEGAS [Q112 + Q115 + Q117 + Q113]

ESFORÇO FÍSICO = [Q102 + Q100 + Q101]

Q12 (101) = esforço físico

Q15 (100) = mover ou levantar cargas pesadas

Q16 (102)= atividade física rápida

RESISTÊNCIA ISOMÉTRICA (Cargas leves) = [Q103 + 104]

[Q21 + Q22]

Uso de habilidades

Q1 (81)= aprender coisas novas

Q2 (82) = trabalho repetitivo

Q3 (83)= requer criatividade

Q5 (89)= alto nível de habilidade

Q7 (84)= variedade

Q9(86) = desenvolver suas próprias habilidades

Autoridade decisória

Q4 (85)= decisões próprias

Q6 (87)= pouca liberdade para decidir

Q8 (90)= o que digo é considerado

Demanda Psicológica no trabalho

Q10 (92) = trabalhar rápido

Q11 (91)= trabalho duro Q13 (93) = trabalho excessivo Q14 (94)= tempo suficiente Q17

(95)= demandas conflitantes

Demanda Física no trabalho

Q12 (101) = esforço físico

Q15 (100) = mover ou levantar cargas pesadas

Q16 (102)= atividade física rápida

Q21 (103)= manter o corpo em posição fisicamente incômoda

Q22 (104)= minha cabeça e meus braços em posição fisicamente incômoda

Insegurança

Q31 (119)= periodicidade do trabalho

Q32 (118)= estabilidade

Q34 (122)= possibilidade de perder o emprego

Apoio do Supervisor [Q24 + Q25+ Q27 + Q28]

Q24 (106) = preocupa-se com o bem-estar

Q25 (107)= presta atenção as coisas que falo

Q27 (109)= ajuda a fazer o trabalho

Q28 (110)= promove o trabalho em equipe

Apoio dos Colegas [Q29 + Q30 + Q32 + Q34]

Q29 (112)= colegas são competentes

Q30 (113)= interessam-se pelo que acontece comigo

Q32(115) = colegas são amigáveis

Q34 (117)= colegas são colaborativas

Classificação do trabalho:

TRABALHO ATIVO: Alto controle e Alta demanda

TRABALHO PASSIVO: BX demanda e Bx controle

BAIXO DESGASTE: Bx demanda e Alto controle

ALTO DESGASTE: Alta demanda e Bx controle

APÊNDICE C – Artigo1. Elaborado a partir dos dados coletados nesta pesquisa e na Espanha

Artigo 1. Apresentado à revista Ciências e Saúde Coletiva

Título: Comparação das condições de vida, trabalho e saúde entre trabalhadores do serviço de limpeza do Brasil e Espanha

RESUMO

Objetivo: Comparar as condições de vida, trabalho e saúde, com ênfase na saúde mental de trabalhadores do serviço de limpeza (SL) hospitalar, terceirizados da Espanha e do Brasil.

Método: Pesquisa quantitativa, transversal realizada em dois hospitais gerais, públicos, sendo um numa cidade no centro-oeste paulista e o outro em uma a sudoeste da Península Ibérica, na Espanha. Foram entrevistados 78 trabalhadores do hospital brasileiro e 39 do hospital espanhol, utilizando-se de um roteiro com dados das condições de vida, de saúde e de trabalho, incluindo alguns questionários já validados como Job Content Questionnaire (JCQ) e o Self Reporting Questionnaire (SRQ-20). Resultados: os trabalhadores espanhóis são mais velhos, de cor branca e com renda familiar maior, apresentam escores do SRQ-20 menores em todas as dimensões. Eles fumam mais, têm maior déficit de visão e alergias, trabalham há mais tempo na mesma atividade, com carga horária menor e contam com um emprego. Além disso, quase quarenta por cento deles consideram o trabalho como ativo. Conclusões: Trabalhadores brasileiros se encontram em condições de vida, trabalho e saúde mental mais precarizadas. Alguns aspectos das condições de saúde foram piores entre os espanhóis, o que provavelmente pode ter ocorrido devido a idade mais avançada dos mesmos.

Palavras-Chaves: saúde do trabalhador; transtorno mental; serviço de limpeza.

Introdução

No âmbito hospitalar, tem-se observado que o trabalhador da limpeza, muitas vezes, passa despercebido por todos que utilizam o hospital como espaço de trabalho ou de tratamento¹. Esse profissional é pouco valorizado socialmente por ser uma atividade que não requer formação específica, absorve uma parcela da sociedade normalmente com baixa escolaridade e, majoritariamente, ocupada por mulheres².

Agrega-se a isso, o fato de, muitas vezes, esses serviços serem alocados por empresas terceirizadas. O processo de terceirização contribuiu com a precarização do trabalho devido à maior flexibilidade nas relações trabalhistas e contratos de trabalhos com menor garantia dos direitos conquistados pelo trabalhador. Essa condição promove sentimentos de discriminação frente a outros trabalhadores que ocupam o mesmo espaço e possuem direitos trabalhistas distintos^{3,4,5,6}.

A terceirização do trabalho foi consequência da internacionalização e das transformações nas formas de produção, decorrente da introdução da tecnologia em substituição da mão de obra humana, gerando perda de emprego de milhares de trabalhadores⁷. A flexibilização do trabalho, caracterizada por vínculos trabalhistas, jornadas de trabalho longas, compromete o espaço privado, uma vez que muitos levam trabalho para casa, para fazer sozinho o que antes era realizado por dois ou três³. Também produziu a fragmentação da força de trabalho, com exigência de polivalência, o enfraquecimento político da classe trabalhadora, uma vez que dificultou ação coletiva em favor dos direitos, o que representa perdas nas conquistas anteriores, que ocorreram por meio das lutas de classe⁸.

As consequências advindas dessa organização favorecem o adoecimento mental resultante da falta de apoio e do isolamento social no trabalho, bem como o adoecimento físico em função do aumento dos acidentes de trabalho, as doenças ocupacionais relacionadas ao trabalho, as lesões por esforço repetitivo, as doenças osteoarticulares³. Compreende-se, assim, o trabalho como determinante social do processo saúde-doença⁹.

Na visão de especialista na área do trabalho, em 2017, a terceirização no Brasil deve ultrapassar um terço do mercado de trabalho formal, sendo que com a lei n. 13.429/31/03/2017 que dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros, essa proporção deve aumentar para dois terços nos próximos anos^{10,11}.

Essa condição parece não ser diferente de países da Europa, como é o caso da Espanha, sendo este considerado como o país que mais flexibilizou as leis trabalhistas. O jornal *El País*, em 17 de abril de 2017, noticiou que as mudanças propostas no Brasil foram inspiradas no programa de reformas do governo espanhol, ocorridas há cinco anos, em virtude de longo período de recessão. Acrescenta que, atualmente, os governantes da Espanha comemoram essa iniciativa por ter levado à redução do desemprego, entretanto, organismos internacionais reconhecem que a iniciativa ampliou a desigualdade¹².

Embora a Espanha tenha condições de trabalho pautadas na flexibilização dos contratos, assim como alguns serviços no Brasil, é possível que trabalhadores dos dois países que exercem atividades com as mesmas características expressem necessidades diferenciadas, como é o caso dos trabalhadores do serviço de limpeza da área hospitalar. Esse posto deve-se ao fato da Espanha ser um país menor que o Brasil, ter nível de renda maior e distribuição mais equitativa. Frente ao exposto e tendo em vista a preocupação com as condições de vida, saúde e trabalho, especialmente daqueles que desenvolvem seu trabalho em franca precarização, tem-se como questionamento se existem diferenças entre trabalhadores da limpeza da área hospitalar terceirizados do Brasil e da Espanha.

Objetivo

Comparar as características sociodemográficas, trabalho e saúde, com ênfase na saúde mental de trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar terceirizados da Espanha e do Brasil.

Método

Pesquisa quantitativa, transversal, realizada com trabalhadores do serviço de limpeza de dois hospitais gerais, públicos, sendo um no Brasil e outro na Espanha. No Brasil, a cidade está localizada no centro-oeste paulista tem cerca de 371.690 habitantes, é um dos maiores polos regionais do país pelo comércio diversificado e empresas de todos os portes. A cidade

espanhola está situada a sudoeste da Península Ibérica e tem aproximadamente 692.773 habitantes e é um dos grandes centros comerciais e artísticos do sul da Espanha.

No Brasil, o hospital é integrado ao Sistema Único de Saúde, gerido por uma Organização Social de Saúde (OSS) administrada por uma Universidade do Estado de São Paulo. É referência regional para alta complexidade com atendimentos em urgência e emergência e traumatologia como também em queimaduras, cirurgias gerais (adultos e infantis) inclusive em cirurgia cardíaca infantil, possui 364 leitos e é hospital utilizado para aprendizagem de médicos, de enfermeiros, de fisioterapeutas. Na Espanha, o hospital é acreditado pela Agência de qualidade sanitária de Andalucia e atende urgências e cirurgias nas áreas de ginecologia e obstetrícia, urologia, ortopedia e traumatologia e possui 880 leitos e é universitário. A carga horária de trabalho no Brasil compreende 12 horas de trabalho e 36 horas de descanso e na Espanha trabalham seis horas diárias com 1 folga por semana. Ambos com contrato de trabalho terceirizado.

O serviço de limpeza do hospital brasileiro conta com 94 trabalhadores e da Espanha 196. Foi considerada como população do estudo a totalidade dos trabalhadores. Como critério de inclusão, compreendeu trabalhadores com mais de seis meses na instituição e, como critério de exclusão, quem possuía contratação temporária, os que faziam funções administrativas apenas, que estavam afastados em função de algum tipo de licença (saúde, gestação, interesse pessoal) ou férias. A coleta de dados ocorreu de agosto a dezembro de 2015 no Brasil e de maio a julho de 2016 na Espanha.

Responderam ao questionário, 78 trabalhadores no Brasil (81,3%) e na Espanha 39 (19,9%). Na Espanha, somente os que trabalhavam no período da manhã aceitaram fazer parte da pesquisa. Nos demais horários não foi permitido realizar a coleta. A abordagem dos participantes foi realizada de forma individualizada, em local reservado e a coleta foi encerrada

a partir de três tentativas ou quando, de início, o participante já manifestou a recusa. As respostas foram ouvidas apenas pela pesquisadora mantendo preservadas as identidades.

O instrumento de coleta de dados trata-se de um questionário contendo dados sobre as características sociodemográficas (idade, sexo, situação conjugal, cor da pele, tempo de estudo, número de pessoas que residem na casa, tipo de residência, renda familiar em salário mínimo do Brasil e Espanha); condições de saúde (serviços de saúde que utiliza, uso de tabaco, Índice de Massa Corporal (IMC), problemas de saúde referidos, uso regular de medicamentos, autopercepção de saúde e presença de transtorno mental comum).

A autopercepção de saúde foi coletada por meio da pergunta: “De um modo geral, em comparação com pessoas de sua idade, como você considera seu próprio estado de saúde?”, seguida por uma escala de likert com cinco possibilidades de resposta, que variam do muito insatisfeito ao muito satisfeito^{13,14}.

Para avaliação do Transtorno Mental Comum (TMC) foi utilizado o instrumento já validado - Self Reporting Questionnaire (SRQ-20). Esse instrumento se baseia em sintomas vivenciados nos últimos 30 dias com respostas dicotômicas (sim/não) em que a soma pode variar de 0 a 20, permitindo rastreamento de sintomas psiquiátricos menores, que incluem a depressão, a ansiedade, os distúrbios somatoformes e a neurastenia), sem a intencionalidade de fornecer o diagnóstico em relação ao tipo de transtorno existente¹⁵. Neste estudo foi utilizado como ponto de corte para classificação de suspeitos de Transtornos Mentais Comuns (TMC) seis ou mais respostas positivas para homens e oito ou mais para as mulheres^{16, 2}.

Para a verificação das condições de trabalho foi considerado o tempo de trabalho na instituição, contar com outro emprego, a carga horária de trabalho/semana, ter sofrido acidentes de trabalho, contar com treinamento em serviço, a satisfação no trabalho e o preenchimento do Job Content Questionnaire (JCQ) instrumento traduzido e adaptado para

o português que contém questões sobre o processo laboral com ênfase em aspectos de demanda (psicológica e física) e controle (autonomia e habilidade) sobre o trabalho. Esse instrumento tem objetivo de avaliar o estresse psicossocial e ocupacional, por meio do modelo demanda-controle (MDC) proposto por Karasek¹⁷. Esse modelo, divulgado internacionalmente é utilizado com trabalhadores de diversas áreas¹⁸. É constituído baseado nas respostas do tipo escala Likert, cujos escores variam de 1 (discordo fortemente) a 4 (concordo fortemente). O escore do controle compreende os itens (aprender coisas novas, trabalho repetitivo, requer criatividade, alto nível de habilidade, variedade de atividades, desenvolver suas próprias habilidades) e de autoridade (decisões próprias, pouca liberdade para decidir). O escore da Demanda compõe: demanda psicológica que inclui (trabalhar rápido, trabalho duro, trabalho excessivo, tempo suficiente, demandas conflitantes) e escores da demanda física (esforço físico, mover ou levantar cargas pesadas, atividade física rápida, manter o corpo em posição fisicamente incômoda, minha cabeça e meus braços em posição fisicamente incômoda).

Para o cálculo das escalas da demanda e controle, usaram-se as recomendações do manual do JCQ (www.jcqcenter.org). Os quadrantes do MDC foram construídos, baseados na mediana da distribuição e dicotomizados em níveis de baixo/alto controle e baixa/alta demanda, formando os grupos: baixa exigência, trabalho passivo, trabalho ativo e alta exigência¹⁹.

Para testar associação entre variáveis categóricas usou-se o teste qui-quadrado. Considerou-se associação significativa entre os serviços de limpeza estudados quando $p < 0,05$. Foram analisadas diferenças entre Brasil e Espanha em relação aos dados sociodemográficos, econômicos, condições de saúde e de trabalho.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina “Júlio de Mesquita Filho” de Botucatu (Unesp- Botucatu) sob o parecer CAAE nº

45864115.0.0000.5411 e pelo Núcleo de Pesquisa do Hospital no Brasil e pelo gerente responsável pelo serviço na Espanha.

Para organização e análise dos dados do questionário foram empregadas ferramentas de informática (planilha eletrônica Microsoft Excel e aplicativo estatístico *Statistical Package for the Social Science (SPSS) version 23.0 for Windows*).

Resultados

Quanto aos dados sociodemográficos dispostos na Tabela 1, se observa que os trabalhadores do serviço de limpeza da Espanha são de idade mais avançada, a totalidade é de cor branca e a renda familiar é maior comparativamente com os trabalhadores brasileiros, sendo $P < 0,001$ em todos esses aspectos. Os demais dados analisados não se observam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. No geral, a maioria vive com o companheiro, é do sexo feminino e residem com até cinco pessoas.

Tabela 1. Distribuição da frequência das condições sociodemográficas, entre trabalhadores do serviço de limpeza no Brasil e na Espanha, 2017.

Condições sociodemográficas	Serviço de limpeza Brasil N=78(%)	Serviço limpeza Espanha N= 39(%)	P-VALOR
Idade			<0,001
18 a 35 anos	23(29,5)	3(7,7)	
36 a 50 anos	39(50,0)	18(46,2)	
> 50 anos	16(20,5)	18(46,2)	
Sit. Conjugal			0,67
vive com companheiro	53(67,9)	28(71,2)	
vive sem companheiro	25(32,1)	11(28,2)	
Cor da pele			<0,001
branca	35(44,9)	39(100,0)	
não branca	43(55,1)	0(0,00)	
Sexo			0,16
feminino	62(79,5)	35(89,7)	
masculino	16(20,5)	4(10,3)	
Tempo de Estudo			
até 4 anos	23(29,5)	15(38,5)	0,20
de 5 a 8 anos	18(23,1)	11(28,2)	

de 9 a 12 anos	22(28,2)	11(28,2)	
mais de 13 anos	15(19,2)	2(5,1)	
Quantos residem na casa			0,83
até 4 pessoas	71(91,0)	35(89,7)	
>= 5 pessoas	7(9,0)	4(10,3)	
Tipo de residência			0,34
própria	36(46,2)	23(59,0)	
alugada	29(37,2)	5(12,8)	
financiada	9(11,5)	8(20,5)	
outra	4(5,1)	3(7,7)	
Renda familiar*			<0,001
até 2 salários mínimos	37(47,4)	9(23,1)	
3 a 5 salários mínimos	33(42,3)	16(41,0)	
6 a 7 salários mínimos	8(10,3)	14(35,9)	
*considerado R\$937,00 mensais no Brasil e na Espanha 942,70 Euros (1Euro equivalente na época, em media, a R\$4,66)			

Na tabela 2, que mostra alguns dados das condições de saúde entre os trabalhadores do serviço de limpeza do Brasil, comparativamente com trabalhadores do serviço de limpeza da Espanha, observa-se a existência de diferenças, estatisticamente significativas, em relação ao uso do fumo, déficit de visão e relato de alergias, $P < 0,001$; $P = 0,05$ e $P = 0,01$, respectivamente, sendo esses problemas mais prevalentes entre os trabalhadores espanhóis. A presença de TMC foi maior entre os brasileiros $P < 0,001$. Entre outros dados das condições de saúde também se observam diferenças, embora estatisticamente isso não tenha ocorrido. Cita-se como exemplo o fato da totalidade dos trabalhadores da Espanha utilizar unicamente serviços públicos de saúde e que 10,3% avaliam, negativamente, a condição de saúde, enquanto entre os brasileiros a porcentagem é de 20,5%. Quanto ao IMC, também não se observam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, entretanto, a maioria dos trabalhadores dos dois grupos apresentam sobrepeso ou obesidade. São semelhantes também e com alta prevalência entre os dois grupos, os problemas de saúde como dor muscular, problemas ósseos, inchaço nas pernas, lombalgia e o uso contínuo de medicamentos.

Tabela 2. Distribuição de frequência das condições de saúde, entre trabalhadores do serviço de limpeza no Brasil e na Espanha, 2017

Serviço de limpeza Brasil	Serviço limpeza Espanha	P-Valor
---------------------------	-------------------------	---------

Condições de saúde	N=78(100%)	N= 39(100%)	
Serviços de saúde			0,97
particular	10(12,8)	0 (0,0)	
público	68(87,2)	39(100)	
Uso de Tabaco			<0,001
São fumantes	11(14,1)	16(41)	
Não fumantes	67(85,9)	23(59)	
Índice de Massa Corporal			0,33
< 18,5	3(3,8)	0(0,0)	
18,6 a 24,99	27(34,6)	12(30,8)	
25,0 a 29,99	30(38,5)	21(53,8)	
>30	18(23,1)	6(15,4)	
Problemas de saúde*#			
déficit de visão	24(30,8)	19(48,7)	0,05
dor muscular	40(51,3)	16(41,0)	0,29
pressão alta	17(21,8)	9(23,1)	0,87
problemas ósseos	31(39,7)	10(25,6)	0,13
difficuldade de sono	15(19,2)	6(15,4)	0,60
problemas auditivos	5(6,4)	3(7,7)	0,53
prisão de ventre	11(14,1)	4(10,3)	0,55
inchaço nas pernas	21(26,9)	8(20,5)	0,44
alergia	12(15,4)	14(35,9)	0,01
irritação	9(11,5)	2(5,1)	0,33
ansiedade	25(32,1)	7(17,9)	0,10
tontura	8(10,3)	4(10,3)	0,63
problemas cardíacos	5(6,4)	1(2,6)	0,66
diabetes	5(6,4)	3(7,7)	0,53
labirintite	5(6,4)	6(15,4)	0,17
lombalgia	35(44,9)	17(43,6)	0,52
Uso regular de medicamento			0,79
não	34(43,6)	18(46,2)	
sim	44(56,4)	21(53,8)	
TMC	20(25,6)	2(5,1)	<0,001
Auto Percepção da saúde			0,16
muito ruim/ruim/regular	16(20,5)	4(10,3)	
boa/muito boa	62(79,5)	35(89,7)	

*considerado mais de uma resposta por participante

variáveis dicotômicas

Referindo-se à avaliação dos transtornos mentais comuns (TMC), trabalhadores do serviço de limpeza no Brasil e na Espanha, verificados por meio do instrumento Self-

Reporting Questinare-20, observa-se na Tabela 3 que a média de pontuação foi menor entre os trabalhadores espanhóis comparativamente com os brasileiros em todas as dimensões. No que se refere ao humor depressivo, os brasileiros tiveram média de 39,7% e os espanhóis de 14,7%. Em relação aos sintomas somáticos, a média entre os brasileiros foi de 22,8% e 10,3% entre os espanhóis. O pensamento depressivo e energia vital decrescente foram de 11, 5% e 28,5% entre os brasileiros e entre os espanhóis foi de 1,9% e 3,5%, respectivamente.

Tabela 3. Dimensões do instrumento Self Reporting Questionnaire -20 com os trabalhadores do serviço de limpeza no Brasil e na Espanha, 2017.

Variáveis	Brasil		Espanha			
	N	%	Media	N	%	Media
Humor depressivo/Ansioso			39,7*			14,7*
Assusta-se com facilidade?	26	33,3		6	15,4	
Sente-se nervoso tenso, preocupado?	43	55,1		9	23,1	
Sente-se triste ultimamente?	34	43,6		0	0,0	
Chora mais do que de costume?	21	26,9		8	20,5	
Sintomas somáticos			22,8*			10,3*
Tem dores de cabeça frequentes?	23	29,5		11	28,2	
Dorme mal?	26	33,3		3	7,7	
Você sente desconforto estomacal?	18	23,1		3	7,7	
Você tem má digestão?	18	23,1		4	10,3	
Você tem falta de apetite?	12	15,4		0	0,0	
Você tem tremores nas mãos?	10	12,8		3	7,7	
Decréscimo de energia vital			28,5*			3,5*
Você se cansa com facilidade?	25	32,1		2	5,1	
Tem dificuldade em tomar decisões?	30	38,5		3	7,7	
Tem dificuldade em ter satisfação em suas tarefas?	17	21,8		0	0,0	
O seu trabalho traz sofrimento?	22	28,2		0	0,0	
Tem dificuldade de pensar com clareza?	17	21,8		2	5,1	
Pensamentos depressivos			11,8*			1,9*
Incapaz de desempenhar papel útil em sua vida?	4	5,1		0	0,0	
Tem perdido o interesse pelas coisas?	20	25,6		3	7,7	
Tem pensado em dar fim em sua vida?	8	10,3		0	0,0	
Sente-se inútil em sua vida?	5	6,4		0	0,0	

*média de cada dimensão

A tabela 4 apresenta dados que indicam a presença de diferenças estatisticamente significativas entre as condições de trabalho do serviço de limpeza no Brasil e na Espanha, principalmente no que se refere ao tempo de trabalho na instituição ($P < 0,001$), sendo que quase a totalidade dos espanhóis está na instituição há mais de dez anos e a maioria deles trabalha em um único emprego $P < 0,001$. A diferença entre a carga horária no trabalho foi

significativa, uma vez que os brasileiros apresentaram, por semana, mais horas trabalhadas e os espanhóis mais satisfação com o trabalho.

Também foi significativa a classificação do trabalho entre Brasil e Espanha ($p < 0,001$), pois enquanto o brasileiro o reconhece como passivo e com alta exigência, para os espanhóis o trabalho é ativo e com baixa exigência como demonstrado na tabela 4.

Tabela 4. Distribuição de frequência das condições de trabalho, entre trabalhadores do serviço de limpeza no Brasil e na Espanha, 2017

Condições de trabalho	Serviço limpeza Brasil N=78 (%)	Serviço limpeza Espanha N= 39 (%)	p-valor
Tempo de serviço na instituição			<0,001
ate 5 anos	82,1	2,6	
6 a 10 anos	11,5	0,0	
10 ou mais	6,4	97,4	
Outro emprego			<0,001
sim	23,1	2,6	
não	76,9	97,4	
Carga horária de trabalho			<0,001
35 horas/sem	0,0	100,0	
42 horas/sem	100,0	0,0	
Acidente de trabalho			0,22
não	68	56,4	
sim	32	43,6	
Treinamento em serviço			0,24
raramente/nunca	21,8	12,8	
as vezes/frequente	78,2	87,2	
Satisfação no trabalho			0,12
Satisfeito*	78,2	89,7	
Insatisfeito**	21,8	10,3	
Classificação do trabalho			<0,001
Trabalho Ativo	14,1	38,5	
Trabalho Passivo	29,5	23,1	
alta exigência	46,2	15,4	
Baixa exigência	10,3	23,1	

* agrupada as resposta Satisfeito /muito satisfeito ** agrupado insatisfeito/muito insatisfeito

Discussões

O presente estudo busca comparar dados de trabalhadores de empresa terceirizada que prestam serviços no setor de limpeza de um hospital brasileiro e um hospital espanhol, utilizando-se dos mesmos instrumentos de coleta de dados. Entretanto, pode ser considerado como limite o fato de ter participado do estudo apenas 19,9% dos trabalhadores do hospital da Espanha. Mesmo assim, considera-se relevante verificar as semelhanças e diferenças dessa forma de trabalho, considerando que se trata de uma tendência mundial, envolvendo diferentes contextos e cenários do trabalho e com a sinalização de que, em conjunto, as condições de vida, saúde e trabalho serão deterioradas.

Essas condições revestem-se de grande importância, pois remetem ao conceito ampliado de saúde e envolvem determinantes sociais que se traduzem em condições mais gerais, como as socioeconômicas, culturais e ambientais, incluindo as condições de trabalho, habitação, saneamento, serviços de saúde, educação, redes sociais e comunitárias. Determinam o modo de vida das pessoas e se configuram como produtoras da saúde e das formas de adoecer e morrer²⁰.

Nos resultados do presente estudo, emerge a presença majoritária de mulheres, com baixa escolaridade nos dois países. Essas características também são encontradas em outras pesquisas semelhantes, pois esse tipo de trabalho não requerer nenhuma formação específica e escolaridade alta^{21,8}. Apesar do aumento do percentual de mulheres que buscam melhorar seu nível de escolaridade para galgar colocações mais altas no mercado de trabalho, elas ainda se mantêm nas profissões reconhecidas socialmente como femininas e com menor remuneração. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que no Brasil, o rendimento das mulheres é 22,9% menor quando comparadas com os homens, o mesmo ocorrendo na Europa^{1,22,23}. Desta forma, justifica-se, também, a baixa proporção de homens na atividade, tanto no Brasil, como na Espanha.

Trabalhadores que se auto determinam de pele parda ou negra no Brasil não são surpresa uma vez que é próprio do país a miscigenação de raças como também a ocupação de cargos menos remunerados no mercado de trabalho. No Brasil, os trabalhadores de cor branca recebem salário 45% maior do que os trabalhadores de cor negra exercendo outras ocupações²².

O fato da Espanha apresentar renda familiar maior que a do Brasil se justifica pelo Relatório do Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas, visto que a Espanha se encontra na vigésima sexta (26) posição entre os cento e oitenta e oito países avaliados e apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 0,876 que é considerado alto. O Brasil encontra-se estagnado no ranking desde 2014 mantendo-se em septuagésimo nono (79) com IDH de 0,754, sem considerar as desigualdades regionais. O relatório reconhece que nos últimos 25 anos tem havido melhoras, porém nem todo cidadão está sendo beneficiado²⁴.

Em relação à saúde, a maioria está com sobrepeso, e a queixa de déficit de visão é maior entre os espanhóis o que é compreensível uma vez que possuem faixa etária maior²⁵. Sobrepeso e obesidade na população é uma preocupação mundial e a OMS estimula os países a criar alternativas para diminuição dos índices que cresce com a idade²⁶. O ganho de peso vem crescendo com o passar dos anos como demonstra Montzel el al.²⁷ em sua pesquisa com trabalhadores de um hospital, o que chama a atenção para implementação de medidas que estimulem práticas nutricionais.

Os espanhóis apresentaram maior percentual de fumantes, quando comparado com o Brasil. Embora a Espanha tenha implantado políticas públicas para o controle do tabagismo, proibindo seu uso dentro de locais de trabalho, não foi aderido pela maioria das instituições, pois na própria lei havia permissão para fumar em alguns espaços²⁸.

O tabaco na Europa é a primeira causa de morte evitável. Na Espanha, o uso do tabaco produz mais de 50.000 mortes anualmente²⁹. É a mais grave causa de doenças

cardiovasculares, menopausa precoce entre outras e as mulheres têm mais dificuldade de abandonar o vício³⁰. A maior porcentagem de fumantes na Espanha se encontra na faixa etária entre 25 a 39 anos (40%) e 40 a 54 anos (39%), faixa etária esta que predomina neste estudo³¹.

A redução do tabaco na Espanha tem ocorrido, porém, em menor percentual que o Brasil. Os brasileiros aderiram melhor à campanha contra o cigarro e têm conseguido diminuição da prevalência de fumantes. O percentual de fumantes entre as mulheres em 2015 era de 11,4% e desde 2002, com a implantação da legislação, houve uma redução de 46% dos fumantes. Atualmente, 10,8% dos brasileiros ainda mantêm o hábito de fumar, sendo que os homens fumam mais (12,8%) em relação às mulheres (9%). O uso de cigarros é maior na faixa etária de 45 a 54 anos (13,2%) que entre jovens de 18 a 24 anos (7,8%)³².

As alergias também estiveram mais presentes entre os espanhóis. As dermatites são frequentes na Europa, sendo que as dermatites de contato tiveram incidência de 10,1% entre os 1213 pacientes atendidos em uma unidade de alergia cutânea de um Hospital de Valência, sendo que entre os profissionais de serviços de limpeza a incidência foi de 11,4%. O uso de produtos químicos no exercício da atividade de limpeza pode favorecer as dermatites quando não se utiliza os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequadamente³³.

Outro fator que chama a atenção são as queixas de dor muscular, lombalgia, problemas osteoarticulares e inchaço nas pernas comuns entre os dois países, embora os trabalhadores no Brasil sejam mais jovens e com menos tempo de serviço. Essas queixas são comuns entre trabalhadores e têm relação com o trabalho e têm crescido com a precarização do mesmo³⁴.

O percentual de TMC entre os brasileiros foi maior quando comparado com os espanhóis, entretanto em estudo realizado por Marconato et al.² com trabalhadores da limpeza utilizando igual ponte de corte foi encontrado um índice de 29,3%. Na Espanha, é esperado

encontrar de 5 a 10% de desordens mentais³⁵. O alto percentual de TMC encontrados no presente estudo pode estar relacionado com a predominância de mulheres que desenvolvem atividades no serviço de limpeza. Estudo populacional realizado no sul do Brasil foi encontrado que 20,5% das mulheres apresentaram escores acima do número de corte para TMC¹⁵. Na Etiópia a presença de TMC na população feminina foi de 25,9% percentual próximo com o encontrado neste estudo¹⁰.

O grupo de sintomas de maior prevalência para ambos os países foi *sentir-se nervoso, tenso e preocupado* na dimensão do Humor Depressivo. Este resultado corrobora com outro estudo realizado no Brasil entre trabalhadores da limpeza onde prevaleceu essa mesma dimensão¹⁷. Em nível mundial calcula-se que 4,4% da população sofre com transtornos depressivos. Na Europa, segundo a OMS, calcula-se a prevalência de 5,2% da população com transtorno depressivo e no Brasil 5,8%³⁶. Os trabalhadores brasileiros, além do humor depressivo/ansioso, também apresentam decréscimo da energia vital, revelando desgaste físico e mental, uma vez que *se cansam com facilidade e têm dificuldade para tomar decisões* foram mais prevalentes. A presença de algum tipo de transtorno mental contribui com o aumento do índice de absenteísmo ou presenteísmo no trabalho sendo o transtorno de humor em geral o que levou a índices mais altos em países como França, Irlanda do Norte, Holanda³⁵.

Sintomas somáticos foram a segunda dimensão mais prevalente entre os espanhóis, sendo a queixas de dores de cabeça frequentes e má digestão as mais apontadas, que evidenciam impacto negativo na saúde e qualidade de vida dos trabalhadores, uma vez que são sinais de sofrimento psíquico que podem estar associados às relações sociais, familiares, de trabalho ou econômica. A incapacidade de se ajustar às demandas resulta em sintomas como alterações funcionais e gera sofrimento^{37,38}.

Embora a dimensão que incorpora pensamentos depressivos não tenha sido a mais prevalente, chama a atenção que 10,3% dos trabalhadores brasileiros já pensaram em dar fim à própria vida e ainda 25,6% perdeu o interesse pelas coisas. Esses pensamentos são preocupantes, uma vez que o suicídio tem sua gênese em processos psíquicos assim como nexos causais com o trabalho, principalmente após as mudanças nos processos produtivos que promoveram a precarização do trabalho, falta de solidariedade e assédio moral. Países como Japão e França têm encontrado relação do suicídio com o trabalho, principalmente ocorrido em grandes empresas, por causa do excesso de trabalho^{39,40}.

No Brasil, não se tem muitos dados a respeito, porém a morte por suicídio tem aumentado. Estudo apontou correlação entre atividade laboral, principalmente entre pessoas ocupadas e morte por autoagressão na cidade de São Paulo, o que corrobora com outras pesquisas realizadas no Japão, EUA em que o trabalho é estressante e precarizado⁴⁰.

O suicídio, que sempre esteve relacionado a trabalhadores expostos às situações difíceis como policiais, bombeiros ou a empregos de baixa renda com cobranças excessivas de produção e responsabilidade com baixa autonomia, atualmente tem sido encontrado em outros espaços e dentre eles os hospitais, sendo os médicos a profissão de maior risco para o suicídio³⁹.

Embora os brasileiros tenham menos tempo de trabalho na instituição quando comparados aos espanhóis, possuem carga horária mais alargada além de outro vínculo empregatício, o que ajuda a compreender a dimensão do Decréscimo de Energia Vital. Trabalhadores espanhóis, além de possuírem carga horária menor são contemplados com direitos à folga que o brasileiro não tem. Essa carga de trabalho é ainda maior se considerar o trabalho doméstico imputado às mulheres (cozinhar, lavar, passar), sobrecarregando-a com dupla ou tripla jornada de trabalho⁴¹.

O trabalho com SHL no Brasil é caracterizado como de risco psíquico, uma vez que é passivo e com alta exigência psicológica, além disso, 32% dos trabalhadores mostram-se insatisfeitos, o mesmo não ocorrendo entre os trabalhadores espanhóis.

Em 2015, consta em notícia jornalística a denúncia de sindicato sobre a diminuição de trabalhadores do serviço de limpeza de oito hospitais públicos de Madri. Alguns hospitais chegaram a ter uma redução de 32% do número de trabalhadores. Outro fator, segundo o sindicato, que tem contribuído para a diminuição do número de emprego foi a aprovação do Expediente de Regulación Temporal de Empleo (ERTE) que permite a contratação temporária levando a uma redução nas jornadas de trabalho de 28% em 3 anos⁴². Entretanto, a regulamentação da terceirização na Espanha garante ao trabalhador aumento de 2% do salário base a cada ano que permanecer na empresa, além de outras obrigações da empresa como a de não permitir discriminação de gênero e salvaguardar diferenças salariais aos que ocuparem cargos de supervisão ou encarregado⁴³. No Brasil, a empresa pesquisada não oferece nenhum benefício extra ao que a legislação determina.

Mesmo frente à insatisfação, o fato dos trabalhadores do SHL se manterem no emprego pode estar relacionada à falta de opção e conformismo, o que se revela como uma condição comum entre esses trabalhadores⁷.

As condições de trabalho interferem, positiva ou negativamente, na saúde psíquica do trabalhador e o apoio dos colegas de serviço e supervisores presentes neste estudo é um fator protetor para a saúde psíquica. Trabalho precário possibilita maior percentual de trabalhadores com riscos psicossociais e em se tratando do sexo feminino mais ainda quando comparado ao sexo masculino^{38,44}.

Conclusões

Considerando que as significações do trabalho são construídas coletivamente na vida do trabalhador e que a forma de organização e as relações sociais são essenciais nesse processo, podemos compreender que o risco de adoecimento entre os trabalhadores brasileiros é maior.

Na comparação de aspectos relacionados às condições de vida, foi encontrado que os trabalhadores espanhóis são mais velhos, de cor predominantemente branca e com renda familiar maior quando comparados com os brasileiros. Em relação às condições de saúde tem-se que eles fumam mais, têm maior déficit de visão e alergias, comparando-se com os brasileiros. Ao contrário disso, encontra-se os escores do SRQ, uma vez que os brasileiros apresentam indicativos elevados para a presença de TMC.

Em análise mais detalhada do SRQ, encontra-se que os brasileiros apresentam escores mais elevados em todas as dimensões avaliadas (humor depressivo/ansioso, sintomas somáticos; decréscimo de energia vital, pensamentos depressivos). Esses dados podem ser explicados, em parte, pelas condições de trabalho, uma vez que os espanhóis trabalham há mais tempo na mesma atividade, com carga horária menor e não contam com dois empregos, como se observa em mais de um quarto dos trabalhadores do SHL brasileiro. Além disso, quase quarenta por cento deles consideram o trabalho como ativo.

Depreende-se, desta forma, que os trabalhadores brasileiros se encontram em condições de vida, trabalho e saúde mental mais precarizadas, quando comparados com os trabalhadores espanhóis, apenas alguns aspectos das condições de saúde foram piores entre os espanhóis, o que provavelmente pode ter ocorrido devido à idade mais avançada dos mesmos.

Esses dados remetem a reflexões quanto ao contexto histórico e às condições sociais e econômicas de cada país, visto que mesmo com contratos de trabalho semelhantes, as formas de viver, trabalhar e adoecer se diferenciam de um país para o outro.

Referências

1. Petean E, Correa da Costa ALR, Ribeiro RLR. Repercussões da ambiência hospitalar na perspectiva dos trabalhadores de limpeza. *Trab. Educ. Saúde* 2014; 12(3):615-635.
2. Marconato CS, Magnago ACS, Magnago TSBS, Dalmolin GL, Andolhe R, Tavares JP. Prevalence and factors associated with minor psychiatric disorders in hospital housekeeping workers. *Rev Esc Enferm* 2017; 51(12):e03239.
3. Antunes R, Praun L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serv. Soc. Soc.* 2015; (123):407-427.

4. Schimith MD, Brêtas ACP, Simon BS, Brum DJT, Alberti GF, Bidó MLD, e Gomes TF. Precarização e fragmentação do trabalho na estratégia saúde da família: impactos em Santa Maria (RS). *Trab. educ. saúde* [online] 2017; 15(1):163-182.
5. Druck, G. A Terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. *Trab. Educ. Saúde* 2016; 14 (supl 1):15-43.
6. Ceolin GF. Crise do capital, precarização do trabalho e impactos no Serviço Social. *Serv. Soc. Soc.* 2014; (118):239-264.
7. Assunção-Matos A, Bicalho PPG. O trabalho, a terceirização e o Legislativo brasileiro: Paradoxos e controvérsias. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho* 2016; 16(2):120-129.
8. Pereira HA, Albuquerque RS, Moraes AFG. Terceirização e precarização: Um estudo com terceirizados de serviços gerais na Universidade Federal da Paraíba. *Rev.principia* 2015; (26):106-115.
9. Acevedo GE, Farias MA, Sanchez JM, Astegiano C, Buffa G, Alvarez Loyaute G, Demaria MJ, Fernandez AR. Condiciones y medio ambiente de trabajo em hospitales públicos provinciales de la ciudad de Córdoba, Argentina. *Revista de Salud Pública* 2013; XVII (4):8-20.
10. Alves G. Terceirização: o futuro do trabalho no Brasil. *Trab. educ. saúde* 2017; 15(2):337-339.
11. Brasil. Lei 13.429 de 31 de março de 2017 que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências; e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros. *Diário Oficial da União* 2017; 31 mar.– Edição Extra.
12. Gómez MV . A reforma da Espanha que inspirou Temer: mais empregos (precários) e com menores salários. *El país*; 2017 abril 27.
13. Nunes APN, Barreto SM, Gonçalves LG. Relações sociais e autopercepção da saúde: Projeto Envelhecimento e Saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2012; 15(2): 415-28.
14. Agostinho MR, Oliveira MC, Pinto MEB, Balardin GU, Harzheim E. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS *R. bras. Med. Fam. e Comun.* 2010; 5(17):9-15.
15. Marcelino Filho A, Araujo TM. Estresse ocupacional e saúde mental dos profissionais do centro de especialidades médicas de Aracaju . *Trab. Educ. Saúde* 2015; 13 (supl.1):177-199.
16. Moraes RSM de, Silva DAS, Oliveira WF de, Peres MA. Social inequalities in the prevalence of common mental disorders in adults: a population-based study in Southern Brazil. *Rev. bras. Epidemiol* 2017; 20(1): 43-56.
17. Araújo TM, Graça CC, Araújo E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do modelo demanda-controle. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8(4):991- 1003.

18. Magnago TSBS, Lisboa MTL, Griep RH, Zeitoune RCG, Tavares JP. Condições de trabalho de profissionais da enfermagem: avaliação baseada no modelo demanda-controle. *Acta paul. enferm.* 2010; 23(6): 811-817.
19. Teixeira JRB, Boery EN, Casotti CA, Araújo TM, Pereira R, Ribeiro ÍJS et al. Associação entre aspectos psicossociais do trabalho e qualidade de vida de mototaxistas. *Cad. Saúde Pública* 2015; 31(1):97-110.
20. Organização Mundial da Saúde (OMS). Conferencia Mundial sobre Determinantes sociais da Saúde. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. outubro, 2011.
21. Martins JTr, Ribeiro RP, Bobroff MCC, Marziale MHP, Robazzi MLCC, & Mendes, AC. Meaning of workload on the view of cleaning professionals. *Acta Paulista de Enfermagem* 2013; 26(1): 63-70.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Desigualdade de renda atinge regiões, gêneros, cores e escolaridade. Brasília: Agência de notícias; nov., 2017.
23. Millan Vazquez de La Torre MG, Santos Pita MP, Perez Naranjo LM. Análisis del mercado laboral femenino en España: evolución y factores socioeconómicos determinantes del empleo. *Pap. Poblac* 2015; 21(84):197-225.
24. Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento. Relatório o PNUD destaca grupos sociais que não se beneficiam do desenvolvimento humano. Brasil: 21 mar. 2017.
25. Luiz, LC, Rebelatto JR, Coimbra AMV, Ricci NA. Associação entre déficit visual e aspectos clínico-funcionais em idosos da comunidade. *Rev Bras Fisioter* 2009; 13(5):444-50.
26. Nações Unidas do Brasil. Aumentam sobrepeso e obesidade no Brasil, aponta relatório de FAO e OPAS. Disponível em: < <https://nacoesunidas.org/aumentam-sobrepeso-e-obesidade-no-brasil-aponta-relatorio-de-fao-e-opas>>.
27. Montzel DRV B, Costa BVL, Silva FM. Ganho de peso por década entre trabalhadores de um hospital público: Estudo de coorte histórica. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2017/Out). [Citado em 04/01/2018]. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/ganho-de-peso-por-decada-entre-trabalhadores-de-um-hospital-publico-estudo-de-coorte-historica/16455>.
28. Munhoz EF, Evaluación de las políticas de control del tabaquismo em España (Leyes 28/2005 y 42/2010) *Revision de la Evidencia* 2017: 11-73.
29. Jimenez-Ruiz C. A Prevalencia del tabaquismo de en España: el papel de la legislacion. *Bol.Hosp.Viña del Mar* 2015; 71(2):67-69.
30. Muakad, IB Tabagismo: maior causa evitável de morte do mundo. *R.Fac.Dir.Univ. São Paulo* 2014; 109:527-558.

31. España, entre los países con más fumadores pese a la caída desde 2012. *El Periodico*; 29 may. 2015.
32. Número de fumantes cai 30,7% nos últimos nove anos. Brasília: *Saúde*. 28 mai. 2015.
33. Subriabre-Ferrer D, Zaragoza-Ninet V, Ortiz-Salvador JM, Giacaman-vonder Weth M M, Blasco-Encinas R, Sierra-Talamantes I. Dermatitis de contacto profesional, estudio clinico-epidemiologico entre los años 2011-2015. *Med.Segur.Trab.* 2016; 62(245):318- 326.
34. Cardoso ACM. O trabalho como determinante do processo saúde-doença. *Revista de sociologia da USP* 2015; 27(1):73-94.
35. European Union. The burden of mental disorders in the European Union, 2010.
36. Organização Pan-Americana da Saúde. Aumenta o numero de pessoas com depressão no mundo. Brasil: 2017, fev. 23.
37. Alves AP, Pedrosa LAK, Coimbra MAR; Miranzi MAS; Vanderlei José Hass VJ. Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde. *Rev enferm UERJ* 2015; 23(1):64-9.
38. Costa MTP, Borges LO, Barros SC. Condições de trabalho e saúde psíquica: um estudo em dois hospitais universitários. *Rev. Psicol. Organ. Trab.* 2015; 15(1):43-58.
39. Venco S, Barreto M. O sentido social do suicídio no trabalho. *Rev. TST* 2014; 80(1):294-302.
40. Ceccon F, Meneghel SN, Tavares P, Lautert J, Liana. Suicídio e trabalho em metrópoles brasileiras: um estudo ecológico. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014; 19(7):2225-2234.
41. Schmidt NT. A dupla jornada de trabalho: reflexões sobre o vínculo da mulher com o trabalho doméstico em contexto de ensino e aprendizagem de sociologia para o nível médio. *Revista Eletronica: LENPES-PIBID de Ciencias Sociais* 2012; 1(1):1-11.
42. Fonseca D. Los hospitales pierden un tercio del personal de limpieza en tres años. *Jornal El País* 5.
43. Base Documental de Negociação Coletiva. Sevilha: 2013, 26p.
44. Ansoleaga E, Diaz X, Mauro A. Associação entre estresse, riscos psicossociais e qualidade do emprego de trabalhadores assalariados chilenos: uma perspectiva de gênero. *Cad. Saúde Pública* 2016; 32(7): e00176814.

APÊNDICE D – Artigo elaborado a partir de dados coletados na pesquisa**ARTIGO 2****Fatores associados ao transtorno mental comum entre trabalhadores de limpeza hospitalar**

Factors associated with common mental disorder among hospital cleaning workers

Autores: Marcia Regina Alves Rocha¹, Maria Jose Sanches Marin², Juana Macias Seda³

Resumo

Dada a alta prevalência de transtorno mental entre os trabalhadores, especialmente aqueles que contam com baixos salários e condições precárias de trabalho este estudo objetiva analisar a prevalência de transtorno mental comum em profissionais da limpeza de um serviço hospitalar e a associação com dados das condições de vida e de saúde. Pesquisa transversal com trabalhadores de limpeza hospitalar no interior paulista. Utilizou-se self reporting questionnaire-20 para verificar a associação entre transtorno mental comum e condições demográficas, socioeconômicas e de saúde. Para análise, foi realizado o teste de qui-quadrado e correlação de Pearson ou Spearmann. Houve prevalência de 25,6% de transtorno mental comum, com maior percentual entre as mulheres, casadas e com filhos, além de associação significativa entre problemas auditivos, tontura e lombalgia e insatisfação no trabalho. Evidencia-se a necessidade de revisão das condições de trabalho com o propósito de reverter sentimentos negativos e de inclusão desses trabalhadores em ações de educação permanente a fim de evitar maiores danos à saúde física e mental e comprometimento do trabalho.

Palavras-Chaves: Transtornos mentais; Serviço hospitalar de limpeza; Saúde mental; Saúde do trabalhador

Abstract

Given the high prevalence of mental disorder among workers, especially those with low wages and precarious work conditions, this study aims to analyze the prevalence of common mental disorder in professionals of the cleaning of a hospital service and its correlation with data on living conditions and health. Cross - sectional research with hospital cleaning workers in the interior of. Self-report questionnaire-20 was used to verify the association between common mental disorder and demographic, socioeconomic and health conditions. The chi-square test and the Pearson or Spearmann correlation were performed for analysis. There was a prevalence of 25.6% of common mental disorder with higher percentage among women, married and with children, besides a positive association between hearing problems, dizziness and low back pain and work dissatisfaction. There is evidence of the need to revise working conditions with the purpose of reversing negative feelings and inclusion of these workers in actions of permanent education in order to avoid greater damages to physical and mental health and work commitment.

Keywords: Mental disorders; Hospital cleaning service; Mental health; Worker's health

1.0 Introdução

Mudanças ocorridas no processo de trabalho, têm gerado condições adversas e insatisfação do trabalhador, comprometendo sua saúde seja por questões físicas ou mentais.^(1,2)

A satisfação no trabalho, conceituada como estado emocional positivo depende de fatores individuais como expectativas e planos de vida, porém estudos apontam fatores psicossociais do trabalho, interferindo no processo saúde-doença, o que se trata de uma condição complexa devido à multideterminação.^(3,1) Entretanto, compreender os fatores relacionados com o adoecimento no trabalho são os primeiros passos para direcionar mudanças nos aspectos que interferem, negativamente, para piora das condições de vida e saúde do trabalhador.⁽⁴⁾

No âmbito hospitalar, tem-se observado que o trabalhador da limpeza, muitas vezes, passa despercebido por todos que utilizam o hospital como espaço de trabalho ou de tratamento.⁽⁵⁾ Esse profissional é pouco valorizado socialmente por ser uma atividade que não requer formação específica, que absorve uma parcela da sociedade normalmente com baixa escolaridade, e majoritariamente ocupada por mulheres.

Agrega-se a isso, o fato de muitas vezes esses serviços serem alocados por empresas terceirizadas. O processo de terceirização contribuiu com a precarização do trabalho devido à maior flexibilidade nas relações trabalhistas e contratos de trabalhos com menor garantia dos direitos conquistados pelo trabalhador. Essa condição promove sentimentos de discriminação frente a outros trabalhadores que ocupam o mesmo espaço e possuem contratos diferentes de trabalho com mais direitos trabalhistas, além daqueles já inerentes ao trabalho.⁽⁶⁾

Considerando que as condições adversas inerentes ao processo de trabalho podem levar ao adoecimento, depreende-se que os trabalhadores do serviço de limpeza de empresa terceirizada e que atuam em hospitais, encontram-se expostos a riscos aumentados para o surgimento de problemas de saúde, entre eles os transtornos mentais.

Os transtornos mentais têm crescido e representam preocupação altamente significativa tanto para a saúde pública, quanto para a economia e representam 30% da carga global de doenças não fatais.⁽⁷⁾ Representam 13% da carga de doença no mundo. Estudos têm verificado a co-relação entre condições de vida e de trabalho com a presença de Transtorno Mental Comum na população adulta, em trabalhadores em geral e em mulheres usuárias da Atenção Básica, com trabalho de alta exigência e sobrecarga doméstica aumentada.^(8, 9, 1, 10, 11)

A ansiedade e a depressão são Transtornos Mentais Comuns (TMC) mais prevalentes, quando avaliados através do Self Reporting Questionnaire (SRQ-20). Esse instrumento foi desenvolvido sob a coordenação da Organização Mundial da Saúde e validado no Brasil por Mari e Williams (1986)⁽¹²⁾ para rastrear sintomas como: insônia, fadiga, esquecimento, irritabilidade, dificuldade de concentração, queixas somáticas e sentimento de inutilidade além de ansiedade e depressão⁽¹¹⁾ gerados a partir de altas demandas no trabalho de modo que se faz extremamente importante o rastreamento dos mesmos para planejar intervenções que possam ser efetivas. O transtorno mental comum compromete a capacidade do indivíduo para o trabalho e estudos apontam ser as mulheres, de baixa renda, baixa escolaridade e desempregadas as mais afetadas por esses transtornos.^(8, 10)

Compreendendo que o trabalho de limpeza é necessário para o ambiente hospitalar, que eles representam um contingente grande de trabalhadores que vivenciam situações de doença e morte, que exercem um trabalho pesado, rotineiro e pouco valorizado, além de serem encontrados na literatura poucos estudos com enfoque na saúde mental desses trabalhadores é que se propôs essa pesquisa que visa contribuir com dados que possam levar à reflexões sobre o sofrimento mental ao qual estão expostos e a possíveis intervenções para melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores da limpeza. Neste sentido essa pesquisa objetiva analisar a prevalência de Transtorno Mental Comum em profissionais da limpeza de um serviço hospitalar e a associação com dados das condições de vida e de saúde.

2.0 Método

Trata-se de uma pesquisa quantitativa e transversal realizada com trabalhadores dos serviços de limpeza de um hospital público de uma cidade do interior do Estado de São Paulo.

O serviço de Higiene e Limpeza conta com 94 profissionais contratados por meio de uma firma terceirizada, que cumprem escala de doze horas de trabalho por 36 horas de descanso. Foram convidados a participar do estudo todos os trabalhadores, tendo como critério de inclusão estar trabalhando na instituição há mais de seis meses. Foram excluídos do estudo os trabalhadores que exerciam apenas funções administrativas e que estavam afastados do trabalho devido a algum tipo de licença (saúde, gestação, interesse pessoal etc.).

Para a coleta de dados foi elaborado um questionário que contou com dados sociodemográficos: sexo, idade, cor da pele auto referida, situação conjugal, escolaridade, casa própria, plano de saúde suplementar, renda familiar em salário mínimo/mês, filhos menores e o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) 2015, bens de consumo do domicílio e o grau de instrução do chefe de família⁽¹³⁾ sendo que é atribuído um peso que possibilita uma classificação da seguinte forma: Classe A = 45 a 100 pontos; Classe B1= 38 a 44; Classe B2= 29-37; Classe C1= 22 a 28; Classe C2= 17 a 22; Classe D-E= 0 a 16. No questionário foram incluídos também instrumentos já validados para uso no Brasil como: CAGE (Cut-down, Annoyed by Criticism, Guilt e Eye-opener), Self Reporting Questionnaire (SRQ-20), IPAQ e percepção da saúde. O Self Report Questionnaire (SRQ-20) conta com 20 itens com respostas dicotômicas (sim/não), das quais quatro avaliam humor depressivo, seis sintomas somáticos, seis decréscimos de energia vital e quatro pensamentos depressivos. O escore de corte do SRQ-20 para este estudo foi definido em oito ou mais respostas positivas para mulheres e seis ou mais para os homens, como adotado em estudos realizados com o mesmo instrumento.^(14,15) Para detecção do alcoolismo foi utilizado (CAGE) composto por quatro questões com respostas dicotômicas (sim/não). A presença de duas

respostas afirmativas sugerem uma indicação positiva de dependência de álcool¹⁵. Foi questionado sobre o hábito de fumar, atividade física através do IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) validado no Brasil na sua forma curta, o qual é pautado na atual recomendação internacional de atividade física e classifica os entrevistados em muito ativo, ativo, irregularmente ativo e sedentário. Nesta pesquisa, classificamos de ativo os que apresentaram 150 minutos/semana ou mais de atividade envolvendo caminhada e atividade moderada no mínimo.⁽¹⁷⁾ O lazer foi investigado, solicitando que marcassem as atividades que mais realizavam como lazer: (assistir televisão/filme, ficar sozinho, descansar /dormir , ir a clubes/praias, ir à igreja, ir a bares, viajar, encontrar/passear com amigos, encontros/passeios familiares, ler, exercícios/esportes, namorar) posteriormente, foram consideradas somente as interativas para as análises (ir a clubes/praias, ir à igreja, ir a bares, viajar, encontrar/passear com amigos, encontros/passeios familiares, exercícios/esportes e namorar), estado de saúde auto referido foi coletada perguntando: “De um modo geral, em comparação com pessoas de sua idade, como você considera seu próprio estado de saúde?”. As respostas, em escala com variação entre zero e cinco, distribuídas: (muito ruim, ruim, regular, bom e muito bom). Quanto maior a pontuação melhor percepção de saúde.⁽¹⁸⁾ O envolvimento em conflitos foi avaliado questionando ao trabalhador com que frequência ele se envolve em conflitos com familiares, vizinhos, amigos ou colegas de trabalho com as seguintes opções em escala de graduação (1-4): frequentemente, às vezes, raramente, nunca ou quase nunca onde quanto maior pontuação melhor. Tarefas domésticas avaliadas através das seguintes questões: cuidar de criança, limpar, lavar roupa, cozinhar, passar com quatro alternativas de respostas variando entre (0-3) com as seguintes alternativas:(não, sim a menor parte, compartilho, realizo a maior parte. Quanto maior a pontuação maior carga de trabalho. ⁽⁹⁾

A coleta sobre o trabalho envolveu tempo de serviço (até 5 anos, 6 a 10 anos, mais de 10 anos), horário de trabalho (diurno/ noturno), folga (sim/não), trabalha fora do hospital

(sim/não) e quanto a satisfação no trabalho com duas alternativas (satisfeito/insatisfeito).

Para análise dos dados utilizou-se da estatística descritiva e inferencial. Para as variáveis categóricas foram calculadas as frequências absoluta (N) e relativa (%) e, para as quantitativas, calculou-se mediana, mínimo e máximo. A avaliação da consistência interna do ICT, medida pelo coeficiente Alpha de Cronbach, evidenciou que o instrumento possui uma boa consistência interna ($\alpha = 0,824$), corroborando com outros trabalhos.⁽¹⁶⁾

A aplicação do questionário deu-se no período de agosto de 2015 a dezembro de 2016, com abordagens individualizadas pela pesquisadora em local reservado durante o horário de trabalho, nos diferentes turnos de trabalho.-

Para verificar a distribuição da normalidade dos dados, realizou-se o Teste de Kolmogorov-Smirnov. Foi realizado teste do qui quadrado ou Exato de Fisher, a um nível de significância de 5% para verificar o nível de associação entre TMC (variável dependente) e as demais variáveis e, posteriormente, utilizada correlação de Pearson ou Spearman para verificar a magnitude das correlações. Análise feita com o software SPSS v23.0.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética sob o parecer CAAE nº 45864115.0.0000.5411 e pelo Núcleo de Pesquisa do Hospital em Estudo. O trabalhador foi convidado a participar da pesquisa e, após concordância, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução nº466/12. Não há conflito de interesses.

3.0 Resultados

Participaram da pesquisa 78 trabalhadores sendo que a maioria é do sexo feminino (79,5%), com idade entre 36 e 50 anos (50%), cor parda ou negra (55%) e vive com companheiro (68%). Dentre eles, 19,2% contam com ensino médio ou superior, (46%) têm casa própria, (12,8%) utilizam convênio médico particular, (47,4%) possuem renda familiar de até dois salários-mínimos. Na atividade domiciliar, as mulheres apresentaram média (16 Desvio Padrão: 2,71) e os homens (11 Desvio Padrão: 4,61). A maioria dos trabalhadores

eram auxiliares de limpeza (87,9%) com 10,3% pertencentes à classificação econômica D-E. Com relação aos aspectos laborais: a maioria tem no máximo 5 anos de trabalho na instituição, com 23% trabalho noturno, 21,8% relatam não estar satisfeitos com o trabalho (Tabela 1).

Na tabela 1, observa-se, ainda, que a prevalência de TMC foi de 25,6% sendo maior entre as mulheres 21,79% na faixa etária de 18 e 35 anos, de cor parda (32%) com ganho salarial entre 3 a 5 salários-mínimos (50%) e com filhos menores (65%) e 46,2% pertencentes à classe econômica C1 e C2. Dos que apresentaram TMC 55% têm até 5 anos de serviço na instituição, 15% trabalho noturno e 30% estão insatisfeitos com o trabalho. Não houve correlação significativa entre os sexos e entre as características demográficas e socioeconômicas.

Tabela 2 – Características demográficas e socioeconômicas de trabalhadores da limpeza associadas à presença de TMC. Bauru/SP. 2017.

Variável	n	%	TMC n(%)	p-valor
TMC			20(25,6)	
Sexo				0,48
Feminino	62	79,5	17(21,79)	
Masculino	16	20,5	3(3,84)	
Idade				0,20
18 - 35	23	29,5	9(39,1)	
36 - 50	39	50	8(20,5)	
> 50	16	20,5	3(18,8)	
Cor da pele referida				0,12
Branca	35	44,9	6(17,1)	
parda/negra	43	55,1	14(32,6)	
Vive com companheiro	53	67,9	11(20,8)	0,15
Escolaridade				0,96
Analfabeto / Fund. I incompleto	23	29,5	5(25)	
Fund. I I Completo / Fund. II Incompleto	18	23,1	5(25)	
Fund. I II Completo/Médio Incompleto	22	28,2	6(30)	
medio completo e superior	15	19,2	4(20)	
Tem casa própria	36	46,2	10(50)	0,68
usa SUS como convenio	68	87,2	16(80)	0,26
Renda familiar				0,56
até 2 salários mínimos	37	47,4	9(45)	
3 a 5 salários mínimos	33	42,3	10(50)	
6 a 7 salários mínimos	8	10,3	1(5)	
Filhos menores				0,12
não tem	39	50	7(35)	
tem	39	50	13(65)	
Ocupação				
auxiliar de limpeza	51	87,9	18(90)	0,52
limpador de vidro	6	10,3	1(5)	
encarregada	1	1,7	1(5)	
Classe Econômica				0,79
A+B1	13	16,4	4(20)	

B2	21	26,9	5(25)	
C1+C2	36	46,2	8(40)	
D-E	8	10,3	3(15)	
Tempo de serviço				0,95
Até 5 anos	64	82,1	11(55)	
> 6 anos	14	19,9	9(45)	1,0
Trabalho noturno	18	23,1	3(15)	0,81

Elaboração do autor

A média do IMC foi 26,94 (mínimo de 18,29 e o máximo de 40,57), que caracteriza sobrepeso. Comparando as médias e IMC entre as faixas etárias, observou-se aumento com o aumento da faixa etária: 18 a 35 anos (26,15), 35 a 50 anos (27,36) e acima de 50 anos (27,57). A média do escore para consumo de gordura foi 17,49 (mínimo 11 e máximo 68), classificado como baixo consumo, sendo considerado consumo relativamente alto acima de 22. A média do consumo de fibras foi 13,76 classificada como baixo consumo (mínimo de 4 e máximo 27) sendo considerado adequado o consumo acima de 30. A média do escore para conflito foi de 11(mínimo 5 e máximo 12), envolvendo conflito com familiares, vizinhos, colegas de trabalhos ou amigo.

Na tabela 2, observa-se que em relação ao estilo de vida: 35% dos que apresentaram TMC tiveram consumo alto de gordura, o consumo inadequado de fibra foi de 79,3% e com TMC 90%, são fumantes (14,1%), fazem alguma atividade física, seja como lazer ou no trabalho (97,4%). Caminham mais de 150 minutos /semana 34%, realizam atividade interativa no lazer (67,9%), não consomem bebida alcoólica (84,6%) e a participação em conflitos na família, com colegas de trabalho ou amigos é rara seja evidenciado pela média 11. Os que tiveram alto consumo de gordura apresentaram 35% de prevalência de TMC como também consumo inadequado de fibras (90%). Não houve fumantes, nem consumo de álcool entre os que apresentaram TMC, todos foram classificados como ativos e 90% realizavam alguma atividade interativa como lazer (passear com a família e ir a igreja). Não houve também nenhuma correlação significativa entre as variáveis e TMC.

Tabela 3 - Distribuição de aspectos relacionados ao estilo de vida e associação com a presença de TMC. Bauru/SP, 2017.

Estilo de Vida	n	%	TMC n(%)	p-valor
Escore de Gordura				0,53
alto consumo	16	27,6	7(35)	
Escore de fibra				0,28
inadequado	46	79,3	18(90)	
Fuma	11	14,1		
Ativo > 150min/sem	74	94,9	20(100)	0,56
Tem atividade interativa de lazer	53	67,9	18(90)	
Cage álcool				
não consome	66	84,6	00	
dependência	1	1,3	00	

Na caracterização das condições de saúde, que encontra-se na tabela 3, tem-se (30%) dos trabalhadores com IMC > 30 apresentaram escores aumentados para o TMC.

Referindo-se às queixas de saúde observa-se a presença de dor muscular (51,3%), lombalgia (44,9%), problemas osteoarticulares (39,7%), ansiedade (32,1%), déficit de visão (30,8%) pressão alta (21,8%) e uso de medicação regular 56,4% dos trabalhadores. Tiveram correlação significativa com TMC: problemas auditivos, tontura, lombalgia e percepção negativa da saúde todas com magnitude fraca (<0,4), porém todos esses problemas de saúde aumentam em razão da TMC. A percepção de saúde teve correlação negativa, isto é, quanto maior o Transtorno Mental Comum a percepção de saúde piora (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição das queixas de saúde referidas e a percepção negativa da saúde, de transtorno mental comum (TMC). Bauru/SP, 2017

Condições de Saúde	n	%	TMC n(%)	p-valor
IMC >30	12	20,7	6(30)	0,58
Déficit de visão	24	30,8	5(25)	0,51
Dor muscular	40	51,3	11(55)	0,70
Pressão alta	17	21,8	3(15)	0,39
Problemas ósseos	31	39,7	9(45)	0,57

Dificuldade do sono	15	19,2	5(25)	0,45
Problemas auditivos	5	6,4	4(20)	0,004
Prisão de ventre	11	14,1	2(10)	0,54
Inchaço nas pernas	21	26,9	7(35)	0,34
Alergias	12	15,4	5(25)	0,16
Irritação	9	11,5	3(15)	0,57
Ansiedade	25	32,1	7(35)	0,74
Tontura	8	10,3	5(25)	0,023
Prob. cardíaco	5	6,4	1(5)	0,76
Diabetes	5	6,4	1(5)	0,76
Labirintite	5	6,4	2(10)	0,59
Lombalgia	35	44,9	14(70)	0,009
Usa medicação	44	56,4	14(70)	0,15
Insatisfação no trabalho	17	21,8	6(30)	0,82
Percepção negativa da sua saúde	3	3,8	9(45)	0,002

Embora não apresentaram correlação significativa com o TMC, a maioria das queixas dos problemas de saúde tiveram percentual maior entre as pessoas com TMC inclusive o uso regular de medicação e insatisfação no trabalho.

Em relação às dimensões específicas dos sintomas com média percentual mais alta foi o humor depressivo com 39,7%. Dentre as queixas, *sentir-se nervoso(a) tenso(a) preocupado(a)* apresentou percentual mais alto (55%), *sentir-se triste ultimamente* com (43,6%) nessa dimensão. A segunda dimensão foi decréscimo da energia vital (26,94%) com as variáveis de maior prevalência: *tem dificuldade em tomar decisão* (38,5%) e *se cansa com facilidade* (32,1%) (Tabela 4).

Tabela 4. Dimensões do Self Reporting Questionnaire – 20 (SRQ-20). Bauru/SP, 2017

Dimensões	TMC	
	N	%
Humor depressivo		
Assusta-se com facilidade?	26	33,3
Sente-se nervoso tenso, preocupado?	43	55,1
Sente-se triste ultimamente?	34	43,6
Você chora mais do que de costume?	21	26,9

media	39,72	
Sintomas somáticos		
Tem dores de cabeça frequentes?	23	29,5
Dorme mal?	26	33,3
Você sente desconforto estomacal?	18	23,1
Você tem má digestão?	18	23,1
Você tem falta de apetite?	12	15,4
Você tem tremores nas mãos?	10	12,8
media	22,86	
Decréscimo de energia vital		
Você se cansa com facilidade?	25	32,1
Tem dificuldade em tomar decisões?	30	38,5
Tem dificuldade em ter satisfação em suas tarefas?	17	21,8
O seu trabalho traz sofrimento?	22	28,2
Tem dificuldade de pensar com clareza?	17	21,8
media	28,48	
Pensamentos depressivos		
Sente-se incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	4	5,1
Tem perdido o interesse pelas coisas?	20	25,6
Tem pensado em dar fim em sua vida?	8	10,3
Sente-se inútil em sua vida?	5	6,4
media	11,85	

3 Discussão

As características sociodemográficas e econômicas e de saúde encontradas neste estudo corroboram com a pesquisa realizada com trabalhadores da limpeza hospitalar, que apresentam predomínio de mulheres, que vivem com companheiro, com filhos menores, idade entre 35 a 50 anos e baixa renda familiar, não fumantes e não fazem uso de bebida alcoólica.⁽¹⁵⁾ Neste estudo não foi encontrada associação entre escolaridade, situação conjugal e renda. Entretanto, quando se refere à renda familiar e à idade tem-se que quanto menor a renda familiar e a faixa etária, há maior TMC. O humor depressivo está mais presente entre as mulheres, com início na faixa etária entre 20 e 40 anos, com nível de escolaridade baixo e menor renda e o fato de viver com companheiro parece ter ação protetora.^(8,15)

A prevalência geral de TMC foi menor do que encontrou Marconato⁽¹⁵⁾, com trabalhadores da limpeza utilizando a mesma nota de corte. A prevalência de TMC entre as mulheres em nosso estudo foi menor que outros estudos realizados no Brasil com usuárias do serviço de saúde, agentes comunitários e profissionais da saúde de PSF que utilizaram ponto de corte 7/8 e onde a prevalência ficou entre 24,9% a 45,0.^(1, 9,11) Muito embora não se caracterize como uma patologia, o humor depressivo revela sofrimento mental que leva à

diminuição da qualidade, interferências no trabalho, corroborando com o estudo de Marconato⁽¹⁵⁾, no qual as mesmas dimensões também foram prevalentes.^(8, 19) O humor depressivo, somado ao decréscimo da energia viral, pode estar relacionado ao grande percentual de mulheres, com filhos menores e com cargas altas de tarefas domésticas que em média foi maior (16 mulheres e 11 os homens) o que nos leva a crer que essas mulheres cumprem dupla jornada de trabalho sobrecarregando-se com os afazeres de lavar, cozinhar, passar além de cuidar de crianças depois do turno de trabalho que já está com uma carga de 12 horas/dia numa atividade com intenso desgaste físico. Cerca de 10% da população mundial é afetada por algum transtorno mental e as mulheres são mais acometidas na faixa etária em torno de 40 anos com carga excessiva de trabalho reforçando a compreensão de que medidas de proteção e promoção à saúde das mulheres são necessárias, fato já identificado por Pinho e Araujo⁽⁹⁾.

Em relação às condições de saúde, foi verificado aumento do percentual de obesos entre os que tem TMC. Estudo tem encontrado maior prevalência de obesidade entre os que apresentam transtornos mentais do que na população em geral, como também hipertensão e diabetes.⁽²⁰⁾ No presente estudo não foi observado correlação entre hipertensão e diabetes com TMC, porém essas patologias parecem estar presentes, na região sul do Brasil, que encontrou 4,9% de obesos, 8,8% diabéticos e 21,5% de hipertensos.⁽²⁰⁾ Participantes relativamente jovens podem ter influenciado com pouca manifestação dessas co-morbidades comuns na presença da depressão, porém observou-se que o índice de massa corporal aumenta com a faixa etária e apresentou percentual maior que no estudo de Demarco.⁽²⁰⁾ A obesidade é um problema de saúde pública, o que indica ser necessário incentivar a adoção de hábitos alimentares saudáveis entre os trabalhadores e encontrar outras maneiras de incentivar atividade física. A maioria relata realizar, no trabalho, atividades que fazem gastar energia e aumentar o batimento cardíaco como levantar cadeiras, subir e descer escadas, limpeza

terminal nos quartos dos pacientes principalmente em finais de semana e são consideradas para contabilizar atividade física, incluindo as tarefas domésticas, porém não está sendo suficiente para evitar sobrepeso. ^(17, 21) Estudo de revisão para verificar a correlação entre transtorno mental e diabetes encontrou que a probabilidade de pessoas com diabetes tipo 2 desenvolverem transtorno mental é de 15 a 24% maior, quando comparada com pessoas sem diabetes. Ainda não há consenso sobre o que ocorre fisiologicamente, porém uma das teorias parte da premissa de que o “diabetes possui efeitos neuroquímicos sobre os sistemas centrais serotoninérgicos, noradrenérgicos e dopaminérgicos, que diminuem a função destas aminas”.⁽²¹⁾

Também houve correlação significativa com problemas auditivos sendo prevalentes em 20% em pessoas com transtorno mental comum. Essa prevalência foi mais alta que em outro estudo, que constatou 8,8% e se associa ao transtorno mental comum devido ao sofrimento psíquico ocasionado pelo isolamento, constrangimentos e frustrações, além das pessoas relatarem cansaço pelo esforço mental despendido no processo de comunicação.⁽²²⁾ A deficiência auditiva e a tontura, que também tiveram correlação significativa com o TMC, podem estar associadas a múltiplos fatores que envolvem o labirinto e o aparelho vestibular como medicações, condições internas e fatores genéticos, porém há evidências de que a ansiedade e a depressão contribuem para o aparecimento desses sintomas.⁽²³⁾

Ter lombalgia apresentou associação significativa com TMC e corrobora com o trabalho de Marconato ⁽¹⁵⁾, justificada pelo tipo de trabalho com atividades repetitivas. Somando-se à queixa de lombalgia também houve queixa de dores musculares, mesmo sem correlação com o TMC, não pode ser descartada uma vez que a dor pode favorecer o aumento do nível de ansiedade gerado devido às dificuldades na realização das atividades. A ansiedade pode ter diferentes manifestações com alterações fisiológicas e uma das manifestações é o aumento da frequência respiratória, taquicardia, podendo levar à quadros de estresse.⁽²⁴⁾ A

tontura pode estar relacionada com a resposta do organismo aos estressores desencadeando, a partir dos eixos neuroendócrinos, no cérebro, reações que envolvem o sistema vestibular, proprioceptivo e o visual devido á alterações.⁽²³⁾

A insatisfação com seu trabalho teve correlação significativa com o TMC. A satisfação é um sentimento subjetivo de foro íntimo relacionado a sentimento prazeroso balizado por experiências anteriores, expectativas, valores que podem estar atrelados tanto com fatores organizacionais, físicos quanto de relações interpessoais em que ultrapassa a atividade com fim nela mesma.^(3,25) A insatisfação está ligada a sentimentos negativos e às precárias condições de trabalho e baixos salários.⁽³⁾ A satisfação interfere na qualidade do serviço prestado, na rotatividade e por isso deve merecer especial atenção por parte das instituições.

Nesse estudo, o tempo de serviço de maior predomínio foi de até cinco anos com (88%) e isso chama a atenção uma vez que a instituição contratante já atua no hospital há mais de dez anos. O índice de absenteísmo do ano anterior ao da pesquisa foi de 5,3 e são vários os fatores que podem interferir e dentre eles a insatisfação leva à falta de motivação para o trabalho e também a sobrecarga de trabalho doméstico.⁽²⁶⁾ A política econômica do país pode interferir, aumentando ou diminuindo, porque mesmo insatisfeitas as pessoas preferiam manter-se no emprego. Estudos realizados com trabalhadores terceirizados revelam sentimento de desprestígio frente aos demais trabalhadores.⁽²⁷⁾

4. Conclusão

Os resultados evidenciaram que a prevalência de Transtorno Mental Comum entre trabalhadores da limpeza foi menor ao apresentado em outra pesquisa realizada com o serviço de limpeza e com a população em geral. Humor depressivo com perda da energia vital

prevaleceu entre as dimensões do (SRQ-20). Houve prevalência maior de TMC entre as mulheres mais jovens e não brancas. Os resultados mostraram trabalhadores com TMC na maioria pertencentes à classe econômica C com hábitos de vida saudável em relação ao fumo, álcool, e atividade física, porém com sobrepeso e obesidade. Houve associação entre problemas auditivos, tontura, lombalgia e percepção negativa da saúde com TMC.

Compreendendo que há uma tendência crescente do desenvolvimento de doenças ligadas aos aspectos emocionais como ansiedade, depressão este estudo vem contribuir para a vigilância em saúde do trabalhador quando identifica sinais de desgaste da saúde física e mental e em que direção as ações de promoções à saúde devem ser conduzidas.

Referências

1. Moreira I, Horta J, Duro L, Chaves J, Jacques C, Martinazzo K, Pimentel R, Baumhardt V, & Teixeira Borges D. Aspectos Psicossociais do Trabalho e Sofrimento Psíquico na Estratégia de Saúde da Família. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 2017; 7(1), 1-7. [[Link](#)]
2. Pereira HÁ, Albuquerque RS, Moraes, AFG. Terceirização e precarização: um estudo com terceirizados de serviços gerais na Universidade Federal da Paraíba. *Rev.principia.*, 2015; (23):106-15. [[Link](#)]
3. Sartoreto IS, Kurgant P. Satisfação e Insatisfação no trabalho do Enfermeiro. *Rev Bras Ci Saúde*, 2017; 21(2):181-188. [[Link](#)]
4. Katsurayama Marilise, Parente Rosana Cristina Pereira, Moraes Rosângela Dutra de, Moretti-Pires Rodrigo Otávio. Trabalho e sofrimento psíquico na estratégia saúde da família: uma perspectiva Dejouriana. *Cad. saúde colet.* [Internet]. 2013; 21(4): 414-419. [[Link](#)]
5. Petean, Elen, Costa, Aldenan Lima Ribeiro Corrêa da, & Ribeiro, Rosa Lúcia Rocha. (2014). Repercussões da ambiência hospitalar na perspectiva dos trabalhadores de limpeza. *Trabalho, Educação e Saúde*, 12(3), 615-635. [[Link](#)]
6. Antunes R, Praun L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, 2015(123):407-427, jul./set. [[Link](#)]
7. Schimith, Maria Denise, Brêtas, Ana Cristina Passarella, Simon, Bruna Sodré, Brum, Dyan Jamilles Teixeira, Alberti, Gabriela Fávero, Bidó, Maria de Lourdes Denardin, & Gomes, Taís Falcão. (2017). Precarização e fragmentarização do trabalho na estratégia saúde da família:

impactos em Santa Maria (RS). Trabalho, Educação e Saúde, 15(1), 163-182. Epub January 05, 2017. [\[Link\]](#)

8. Alves AP, Pedrosa LAK, Coimbra MAR, Miranzi MAS, Hass VJ . Prevalência de transtornos mentais comuns. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2015; 23(1):64-9, jan/fev. [\[Link\]](#)

9. Pinho OS, Araujo TM. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres Rev Bras Epidemiol., 2012; 15(3): 560-72. [\[Link\]](#)

10. Moraes Ramona Sant’Ana Maggi de, Silva Diego Augusto Santos, Oliveira Walter Ferreira de, Peres Marco Aurélio. Social inequalities in the prevalence of common mental disorders in adults: a population-based study in Southern Brazil. Rev. bras. epidemiol. [Internet]. 2017; 20(1): 43-56. [\[Link\]](#)

11. Wiemann I, Munhoz TN. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e Fatores Associados nos Usuários do Centro de Referência de Assistência Social de São Lourenço do Sul, RS. Ensaios Cienc.Cienc. Biol. Agrar. Saúde, 2015;19(2): 89-94. [\[Link\]](#)

12. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. (1986); Br J Psychiatry v.148, p.23-6. [\[Link\]](#)

13. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil, 2015. [\[link\]](#)

14. Marcelino Filho, Arthur, e Araújo, Tania Maria de. (2015). Estresse ocupacional e saúde mental dos profissionais do centro de especialidades médicas de Aracaju. Trabalho, Educação e Saúde, 13(Supl. 1), 177-199. [\[Link\]](#)

15. Marconato CS, Magnago ACS, Magnago TSBS, Dalmolin GL, Andolhe R, Tavares JP. Prevalence and factors associated with minor psychiatric disorders in hospital housekeeping workers. Rev Esc Enferm USP. 2017. [\[Link\]](#)

16. Bolsoni LM, Zuardi AW. Estudos psicométricos de instrumentos breves de rastreio para múltiplos transtornos mentais. J Bras Psiquiatr. 2015; 64(1):63-9. [\[Link\]](#)

17. Sousa CA, Cesar CLG, Barros MBA, Carandina L, Goldbaum M, Marchioni DML, Fisberg RM. Atividade física no lazer e fatores associados. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013; 29(2):270-282, fev. [Link]

18. Pavão ALB, Werneck GL, Campos MR. Autoavaliação de saúde e fatores sociodemográficos hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013; 29(4):723-734, abr. [\[Link\]](#)

19. Lucchese Roselma, Souza K, Bonfin SP, Vera I, Santana FR. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. Acta Paul Enferm. 2014; 24(3):200-7. [\[Link\]](#)

20. Demarco, Daiane de Aquino, Jardim, Vanda Maria da Rosa e Kantorski, Luciane Prado. Cuidado em saúde às pessoas com transtorno mental na rede de atenção psicossocial. *Care Online*. 2016; 8(3):4821-4825, jul/set.[Link]
21. Linhares, Barbara das Neves et al. A correlação entre Depressão e Diabetes Mellitus tipo 2. (2015); *Rev. Medicina e Saúde de Brasília*, 4(3):341-49. [Link]
22. Cruz Mariana Sodário, Oliveira Luiz Roberto de, Carandina Luana, Lima Maria Cristina Pereira, César Chester Luis Galvão, Barros Marilisa Berti de Azevedo et al . Prevalência de deficiência auditiva referida e causas atribuídas: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2009; 25(5): 1123-1131. [Link]
23. Paulino CA, Prezotto AO, Calixto RF. Associação entre estresse, depressão e tontura: uma breve revisão. *Rev. Equilíbrio Corporal e Saúde*. 2009; 1:33-45 [Link]
24. Moraes CF. Saúde mental e as relações de trabalho: como a ansiedade influencia o comportamento humano no ambiente de trabalho. *Rev. Interface de Saberes*. 2015; 14(1):1-16. [Link]
- 25 Costa MTP, Borges LO, Barros SC. Condições de trabalho e saúde psíquica: um estudo em dois hospitais universitários. *Rev.Psicol.Organ.Trab.*, Florianópolis, 2015; 15(1):43-58, mar. [Link]
26. Furlan JAS, Stancato K. Fatores geradores do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital público e um privado. *RAS*, 2013; 15(60): Jul-Set.
27. Ceolin, GF. Crise do capital, precarização do trabalho e impactos no Serviço Social. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, 2014; (118):239-264, abr./jun. [Link]