



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

KAYO HENRIQUE JARDEL FEITOSA SOUSA

**FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

**RIO DE JANEIRO
2017**

KAYO HENRIQUE JARDEL FEITOSA SOUSA

**FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro – Escola de Enfermagem Anna Nery, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Regina Célia Gollner Zeitoune

**RIO DE JANEIRO
2017**

S725f

Sousa, Kayo Henrique Jardel Feitosa
Fatores associados aos transtornos mentais
comuns entre trabalhadores de enfermagem em um
hospital psiquiátrico / Kayo Henrique Jardel
Feitosa Sousa. -- Rio de Janeiro, 2017.
142 f.

Orientador: Regina Célia Gollner Zeitoune.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2017.

1. Enfermagem. 2. Saúde do Trabalhador. 3. Saúde
Mental. 4. Transtornos Mentais. 5. Condições de
Trabalho . I. Zeitoune, Regina Célia Gollner,
orient. II. Título.

**FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

Kayo Henrique Jardel Feitosa Sousa

Orientadora: Dra. Regina Célia Gollner Zeitoune

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro – Escola de Enfermagem Anna Nery, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: *13 de julho de 2017.*

Presidente: Dra. Regina Célia Gollner Zeitoune
Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ

1º Examinador: Dr. Marcos Aguiar de Souza
Instituto de Psicologia, UFRJ

2ª Examinadora: Dra. Luciana Fernandes Portela
Instituto Oswaldo Cruz, FIOCRUZ

Suplente: Dra. Ângela Maria Mendes Abreu
Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ

Suplente: Dra. Célia Caldeira Fonseca Kestenberg
Faculdade de Enfermagem, UERJ

Dedico à minha família: Andreia, Joel, Irinaldo, Francisca Cunha e Josué, que me deram condições plenas e apoio incomensurável para concluir esta jornada.

“Tua família, volta pra ela. Tua família, te ama e te espera”.

AGRADECIMENTOS

Agradeço,

Primeiramente, a Deus, “*porque és, para mim, rochedo e fortaleza, e por isso teu nome há de me guiar e conduzir*” (Salmo 31,4).

À minha orientadora, Regina Zeitoune. Neste momento não se fazem necessárias as formalidades das abreviaturas “Profa.” e “Dra.”, e sim palavras carinhosas para enaltecer tão grande exemplo de pessoa e profissional. A esta mulher minha eterna gratidão, sem ela não seria possível a concretização desta etapa. Pela confiança, carinho, respeito, admiração, incentivo, dedicação, amizade, sempre me motivando com seus emails “*querido você vai tirar isto de letra e com muito sucesso*”, muitíssimo obrigado.

Aos professores, membros e colegas do Núcleo de Pesquisa Enfermagem e Saúde do Trabalhador, em especial a Profa. Dra. Márcia Lisboa, e as funcionárias da secretária acadêmica Cintia e Sônia, pela disponibilidade que demonstraram para comigo no decorrer desta trajetória.

Aos colegas de turma, em especial, Danilo, Marize e Fabrícia, que no auge de suas carreiras profissionais, foram disponíveis para auxiliar um jovem sonhador.

Às auxiliares de pesquisa, Ana Beatriz, Haglaia, Amanda, Samantha, Anisielly e Ilana, que responsáveis e competentes foram durante a coleta de dados.

À amiga Profa. Dra. Márcia Astrês que desde a seleção para o curso se fez disponível para sanar as minhas dúvidas. Com ela aprendi a ser um professor e pesquisador.

Aos meus queridos amigos, Junior Henrique e Jefferson Vieira, aos quais considero irmãos. Contar com o carinho e apoio de vocês foi muito importante para suavizar a pesada carga que fez parte desta jornada. Com vocês aprendi que amizade não tem valor, que “*amigo fiel é proteção poderosa, e quem o encontra, encontra um tesouro*” (Eclesiástico 6,14).

Aos professores doutores Marcos Aguiar, Luciana Portela, Ângela Abreu e Célia Kestenberg, que aceitaram o convite e fizeram valiosas considerações para o engrandecimento desta pesquisa.

Aos membros da equipe de enfermagem do Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, pelo respeito e consideração ao se dispuserem a participar desta pesquisa.

E por fim, não poderia deixar de agradecer à Laís Sousa, Clevyson e Albertino Junior, pessoas simples e humildes que me acolheram durante esta trajetória na Cidade Maravilhosa sem deixar faltar nada para garantir meu conforto. A vocês gratidão. Muitíssimo obrigado. Foi maravilhoso conviver com vocês.

“Pois ouvimos dizer que alguns dentre vocês vivem à toa: não fazem nada, mas se metem em tudo. A essas pessoas recomendamos e pedimos, no Senhor Jesus Cristo, que trabalhem tranquilamente para ganhar o próprio pão” (2 Tessalonicenses 3,11-12).

RESUMO

A pesquisa teve como objeto os Transtornos Mentais Comuns (TMC) em profissionais de enfermagem em saúde mental. Os TMC assumem proporção cada vez mais expressiva entre os adoecimentos prevalentes em trabalhadores de enfermagem configurando-se como grave problema de saúde mental. No que se refere ao ambiente psiquiátrico a trama complexa da assistência referente ao paciente e à organização do trabalho podem interferir prejudicialmente na saúde do trabalhador. O estudo teve como objetivos analisar prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem e os fatores associados ao trabalho em instituição psiquiátrica. Estudo epidemiológico seccional com 74 trabalhadores de enfermagem, realizado em um hospital psiquiátrico do nordeste brasileiro. A coleta de dados ocorreu entre os meses de março e abril de 2016. Para a coleta de dados foram utilizados um questionário para caracterização sociodemográfica, laboral e de condições de saúde e hábitos de vida; o *Self Reporting Questionnaire – 20*; a Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho – EACT e a Escala de Custo Humano no Trabalho – ECHT. A consistência interna das escalas mostrou fidedignidade com valores entre 0,561 e 0,905. Os dados foram organizados, processados e analisados com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 21.0. Após análises descritivas, realizou-se análises bivariadas adotando-se nível de confiança de 95%. Com relação ao Contexto de Trabalho, verificou-se avaliação satisfatória para as Relações Socioprofissionais, crítica para Organização do Trabalho e grave para Condições de Trabalho. Quanto ao Custo Humano no Trabalho, identificou-se avaliações satisfatórias para o Custo Afetivo e Custo Físico, no entanto, o fator Custo Cognitivo contribuiu moderadamente para o adoecimento do trabalhador. A prevalência de TMC foi de 25,7%. Sobre as associações, foram identificados como fatores associados aos TMC em trabalhadores de enfermagem: categoria profissional, tempo para lazer, problemas de saúde, satisfação com o sono, Relações Socioprofissionais, Custo Afetivo e Custo Físico. Os resultados permitiram concluir que o Contexto de Trabalho não é totalmente favorável ao trabalhador, sendo as Condições de Trabalho o fator que mais contribui para o adoecimento. Ainda que, o Custo Humano no Trabalho, parece apontar como situação menos preocupante. Ressalta-se a alta prevalência de TMC identificada na amostra como dado alarmante, reforçando a urgência de intervenções de promoção da saúde e prevenção de adoecimentos junto a este grupo de trabalhadores. Palavras-chave: Enfermagem; Saúde do Trabalhador; Saúde Mental; Transtornos Mentais; Condições de Trabalho.

ABSTRACT

The aim of this research was to study Common Mental Disorders (CMD) in mental health nursing professionals. The CMD assume an increasingly expressive proportion among the prevalent illnesses in nursing workers, being a serious mental health problem. With regard to the psychiatric environment, the complex structure of patient care and work organization can adversely affect the health of the worker. The objective of the study was to analyze the prevalence of common mental disorders in nursing workers and the factors associated with work in a psychiatric institution. Sectional epidemiological study with 74 nursing workers, performed in a psychiatric hospital in the Brazilian Northeast. Data collection took place between March and April 2016. Data were collected using a questionnaire to characterize sociodemographic, occupational and health conditions and life habits; The Self Reporting Questionnaire - 20; The Work Context Assessment Scale - WCAS and the Human Cost at Work Scale - HCWS. The Internal consistency of the scales showed trustworthiness with values between 0.561 and 0.905. The data were organized, processed and analyzed using the Statistical Package for Social Science (SPSS), version 21.0. After descriptive analyzes, it was adopted bivariate analyzes using a confidence level of 95%. With respect to the Work Context, it has been found satisfactory evaluation for the Socio-occupational Relations, critical for Organization of Work and serious for Working Conditions. As for the Human Cost at Work, satisfactory assessments ratings were identified to the Affective Cost and Physical Cost, however, the Cognitive Cost factor contributed moderately to the illness of the worker. The prevalence of CMD was 25.7%. On the associations, they were identified as factors associated with CMD in nursing workers: professional category, leisure time, health problems, sleeping satisfaction, Socio-occupational Relations, Affective Cost and Physical Cost. The results allowed to conclude that the Work Context is not entirely favorable to the worker, and the Working Conditions is the factor that most contributes to the illness. Even though, the Human Cost at Work, seems to point to a less worrying situation. The high prevalence of CMD identified in the sample is highlighted as an alarming fact, reinforcing the urgency of health promotion interventions and prevention of illness among this group of workers. Keywords: Nursing; Occupational Health; Mental Health; Mental Disorders; Working Conditions.

RESUMEN

La investigación tuvo como objeto los Trastornos Mentales Comunes (TMC) en profesionales de enfermería en salud mental. El TMC asume cada vez más importante proporción entre los adoecimientos frecuentes en trabajadores de enfermería mediante la configuración de problema grave de salud mental. En lo que se refiere al ambiente psiquiátrico la trama compleja de la asistencia referente al paciente y la organización del trabajo pueden interferir perjudicialmente en la salud del trabajador. El estudio tuvo como objetivos analizar la prevalencia de trastornos mentales comunes en trabajadores de enfermería y los factores asociados al trabajo en institución psiquiátrica. Estudio epidemiológico seccional con 74 trabajadores de enfermería, realizado en un hospital psiquiátrico del nordeste brasileño. La recolección de datos ocurrió entre los meses de marzo y abril de 2016. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario para caracterización sociodemográfica, laboral y de condiciones de salud y hábitos de vida; El Self Reporting Questionnaire - 20; La Escala de Evaluación del Contexto de Trabajo - EACT y la Escala de Costo Humano en el Trabajo - ECHT. La consistencia interna de las escalas mostró fiabilidad con valores entre 0,561 y 0,905. Los datos fueron organizados, procesados y analizados con la ayuda del programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), versión 21.0. Después de análisis descriptivos, se realizaron análisis bivariados adoptando un nivel de confianza del 95%. Con respecto al Contexto de Trabajo, se verificó una evaluación satisfactoria para las Relaciones Socioprofesionales, crítica para Organización del Trabajo y grave para Condiciones de trabajo. En cuanto al Costo Humano en el Trabajo, se identificaron evaluaciones satisfactorias para el Costo Afectivo y Costo Físico, sin embargo, el factor Costo Cognitivo contribuyó moderadamente a la enfermedad del trabajador. La prevalencia de TMC fue del 25,7%. En las asociaciones, se identificaron como factores asociados a los TMC en trabajadores de enfermería: categoría profesional, tiempo para el ocio, problemas de salud, satisfacción con el sueño, Relaciones Socioprofesionales, Costo Afectivo y Costo Físico. Los resultados permitieron concluir que el Contexto de trabajo no es totalmente favorable al trabajador, siendo las Condiciones de Trabajo el factor que más contribuye a la enfermedad. Aunque el Costo Humano en el Trabajo, parece apuntar como una situación menos preocupante. Se resalta la alta prevalencia de TMC identificada en la muestra como dato alarmante, reforzando la urgencia de intervenciones de promoción de la salud y prevención de enfermas junto a este grupo de trabajadores. Palabras clave: Enfermería; Salud Ocupacional; Salud Mental; Trastornos Mentales; Condiciones de Trabajo.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 –	Produções científicas sobre TMC entre trabalhadores da saúde que compuseram a revisão integrativa.	27
Quadro 02 –	Fatores associados aos TMC entre trabalhadores da saúde obtidos nos estudos da revisão integrativa.	28
Quadro 03 –	Quadro resumo das variáveis estudadas.	50
Quadro 04 –	Valores de r e sua interpretação	52

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Diagrama da amostra do estudo.

45

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 –	Caracterização sociodemográfica dos trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico no nordeste brasileiro. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).	56
Tabela 02 –	Medidas descritivas para idade em trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico no nordeste brasileiro. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).	57
Tabela 03 –	Associação entre variáveis sociodemográficas e categoria profissional em trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).	57
Tabela 04 –	Associação entre idade e categoria profissional em trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).	58
Tabela 05 –	Caracterização laboral dos trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico no nordeste brasileiro. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).	58
Tabela 06 –	Medidas descritivas para variáveis laborais contínuas em trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico no nordeste brasileiro. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).	59
Tabela 07 –	Associação entre variáveis laborais categóricas e categoria profissional em trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).	59
Tabela 08 –	Associação entre variáveis laborais contínuas e categoria profissional em trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).	60
Tabela 09 –	Condições de saúde e hábitos de vida dos trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico no nordeste brasileiro. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).	61
Tabela 10 –	Problemas de saúde com diagnóstico médico referidos pelos trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico do nordeste brasileiro. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).	62
Tabela 11 –	Problemas de saúde relacionados ao trabalho referidos pelos trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico do nordeste brasileiro. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 13).	62
Tabela 12 –	Associação entre variáveis relacionadas às condições de saúde e hábitos de vida e categoria profissional em trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).	63
Tabela 13 –	Coeficiente <i>Alfa de Cronbach</i> para os fatores das subescalas do Contexto de Trabalho e Custo Humano no Trabalho e para o Self Reporting Questionnaire-20. Teresina/PI, Brasil, 2016.	70
Tabela 14 –	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico conforme classificação de risco para o Contexto de Trabalho. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).	71
Tabela 15 –	Classificação de risco por fator do Contexto de Trabalho. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).	72
Tabela 16 –	Fator Organização do Trabalho segundo média, desvio padrão e classificação de risco para trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico do nordeste brasileiro. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).	72
Tabela 17 –	Fator Relações Socioprofissionais segundo média, desvio padrão e	73

	classificação de risco para trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico do nordeste brasileiro. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).	
Tabela 18 –	Fator Condições de Trabalho segundo média, desvio padrão e classificação de risco para trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico do nordeste brasileiro. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).	74
Tabela 19 –	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico conforme classificação de risco para o Custo Humano no Trabalho. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).	75
Tabela 20 –	Classificação de risco por fator do Custo Humano no Trabalho. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).	75
Tabela 21 –	Fator Custo Afetivo segundo média, desvio padrão e classificação de risco para trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico do nordeste brasileiro. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).	76
Tabela 22 –	Fator Custo Cognitivo segundo média, desvio padrão e classificação de risco para trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico do nordeste brasileiro. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).	76
Tabela 23 –	Fator Custo Físico segundo média, desvio padrão e classificação de risco para trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico do nordeste brasileiro. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).	77
Tabela 24 –	Matriz de correlação dos fatores que compõe o Contexto de Trabalho e o Custo Humano no Trabalho. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).	78
Tabela 25 –	Associação entre variáveis sociodemográficas e TMC entre os trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).	79
Tabela 26 –	Associação entre idade e TMC entre os trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).	80
Tabela 27 –	Associação entre variáveis laborais categóricas e TMC entre os trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).	80
Tabela 28 –	Associação entre variáveis laborais contínuas e TMC entre os trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).	81
Tabela 29 –	Associação entre variáveis relacionadas às condições de saúde e hábitos de vida e TMC entre os trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).	82
Tabela 30 –	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico do nordeste brasileiro segundo a presença de TMC de acordo com os fatores do Contexto de Trabalho e o Custo Humano no Trabalho. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).	82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	American Psychological Association
CA	Custo Afetivo
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAT	Comunicação de Acidentes de Trabalho
CC	Custo Cognitivo
CID-10	Classificação Internacional de Doenças 10
CERESTs	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CF	Custo Físico
CINAHL	Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature
CNS	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CIS-R	Clinical Interview Schedule – Revised
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CT	Condições de Trabalho
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DMC	Desordens Mentais Comuns
DORT	Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho
DPM	Distúrbios Psíquicos Menores
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DSM-V	Manuais de Diagnóstico e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana V
EACT	Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho
EADRT	Escala de Avaliação de Danos Relacionados ao Trabalho
ECHT	Escala de Custo Humano no Trabalho
ECR	Ensaio clínico randomizado
EEAN/HESFA	Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis
EIPST	Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho
EU	União Européia
EUA	Estados Unidos da América
GHQ-12	General Health Questionnaire
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
ITRA	Inventário sobre Trabalho e Risco de Adoecimento
LER	Lesão por esforço repetitivo
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MeSH	Medical Subject Heading
MMA	Ministério do Meio Ambiente
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MPM	Morbidade Psiquiátrica Menor
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NR	Norma Regulamentadora
NWFQ	Nurses Work Functioning Questionnaire
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OT	Organização do Trabalho
PPM	Problemas Psiquiátricos Menores
PAINPSE	Perda Auditiva Induzida por Nível de Pressão Sonora Elevado
PNAIST	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PNSST	Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador
PubMed	National Library of Medicine NLM
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RENAST	Rede Nacional de Atenção à Saúde dos Trabalhadores
ROC	Receiver Operating Characteristic
RS	Relações Socioprofissionais
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SCID-IV-TR	Structured Clinical Interview for DSM Disorders
SESMT	Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SRQ-20	Self Reporting Questionnaire 20
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtornos Mentais Comuns
TMRT	Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho
TPM	Transtornos Psíquicos Menores
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

I	INTRODUÇÃO	18
1.1	Contextualização do Objeto de Estudo e a Problemática	18
1.2	Questões de Pesquisa	22
1.3	Objetivos de Estudo	22
1.3.1	Objetivo Geral	22
1.3.2	Objetivos Específicos	22
1.4	Justificativa do Estudo	22
II	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	30
2.1	A Saúde do Trabalhador	30
2.2	O Trabalho em Saúde Mental – aspectos históricos e evolutivos e o cuidado de enfermagem	34
2.3	Transtornos Mentais Comuns – aspectos conceituais e instrumentos de avaliação	40
III	METODOLOGIA	43
3.1	Tipo do Estudo	43
3.2	Local de Estudo	43
3.3	Amostra do Estudo	44
3.4	Instrumentos de Coleta de Dados	46
3.5	Coleta de Dados	46
3.6	Tratamento e Análise de Dados e Discussão de Resultados	47
3.6.1	Aspectos sociodemográficos, laborais e condições de saúde e hábitos de vida	47
3.6.2	Exposição – Contexto de Trabalho e Custo Humano no Trabalho	51
3.6.3	Desfecho – TMC	52
3.6.4	Avaliação da consistência interna	53
3.6.5	Análise da normalidade dos dados	53
3.6.6	Análise das associações entre os TMC, co-variáveis e a exposição	53
3.7	Aspectos Éticos	54
IV	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, LABORAL E DE CONDIÇÕES DE SAÚDE E HÁBITOS DE VIDA	56
4.1	Caracterização sociodemográfica	56
4.2	Caracterização laboral	58
4.3	Condições de saúde e hábitos de vida	60
4.4	Considerações sobre a caracterização sociodemográfica, laboral e de condições de saúde e hábitos de vida	63
V	RESULTADOS	70
5.1	Avaliação da consistência dos instrumentos	70
5.2	Contexto de Trabalho da enfermagem em um hospital psiquiátrico	71
5.2.1	Organização do Trabalho	72
5.2.2	Relações Socioprofissionais	73
5.2.3	Condições de Trabalho	74
5.3	Custo Humano no Trabalho de enfermagem em um hospital psiquiátrico	74
5.3.1	Custo Afetivo	75
5.3.2	Custo Cognitivo	76

5.3.3	Custo Físico	77
5.4	Correlação dos fatores do Contexto de Trabalho e do Custo Humano no Trabalho de enfermagem em um hospital psiquiátrico	78
5.5	Transtornos Mentais Comuns	79
VI	DISCUSSÃO	84
6.1	O Contexto de Trabalho em um Hospital Psiquiátrico e a Saúde do Trabalhador de Enfermagem	84
6.2	O Custo Humano no Trabalho em um Hospital Psiquiátrico e a Saúde do Trabalhador de Enfermagem	92
6.3	Correlação dos fatores do Contexto de Trabalho e do Custo Humano no Trabalho de enfermagem em um hospital psiquiátrico	99
6.4	Fatores associados aos TMC entre os trabalhadores de enfermagem em saúde mental	100
VII	CONCLUSÕES	105
VIII	RECOMENDAÇÕES	108
	REFERÊNCIAS	110
	Apêndice A – Questionário para caracterização sociodemográfica, laboral e de saúde	127
	Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	131
	Anexo A – Termo de aquiescência da instituição co-participantes	133
	Anexo B – Parecer consubstanciado do CEP-EEAN/HESFA	134
	Anexo C – Self Reporting Questionnaire (SRQ-20)	139
	Anexo D – Inventário sobre Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA)	140

I. INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do Objeto de Estudo e a Problemática

O estudo teve como objeto os transtornos mentais comuns (TMC) em profissionais de enfermagem em saúde mental. Entende-se por TMC aqueles distúrbios caracterizados por sintomas depressivos, ansiosos e somatomorfes, que desencadeiam igual ou pior incapacidade funcional que as doenças psiquiátricas crônicas já bem conceituadas e conhecidas (KIRCHHOF et al., 2009).

O ser humano não habita no mundo apenas como espectador, pois, com ele interage, a fim de tornar sua passagem pela vida mais cômoda. E, é por meio do trabalho que essa comodidade se processa. Nos primórdios, o trabalho era uma interação na qual o ser humano usufruía da natureza somente para sobreviver, contudo, essa forma de trabalho deu lugar ao poder e dominação em virtude dos interesses pessoais (BOFF, 2013).

Essa dominação e centralismo no poder, baseada em uma organização do trabalho rígida e penosa, podem provocar tensão emocional e somatização, ou seja, os processos mentais não conseguem suplantar as cargas sentidas, e o impacto sente-se no aparelho psíquico do trabalhador (BRAGA; OLSCHOWSKY, 2015).

Assim, as transformações nos modos de trabalho decorrentes do processo de globalização podem gerar medo do desemprego, competitividade, intensificação do ritmo do trabalho, flexibilização dos direitos trabalhistas, inserção informal, redução da força de trabalho, desapropriação do saber do trabalhador, assédio e precarização do trabalho. Segundo Antunes; Praun (2015) estas não foram acompanhadas por condições potencializadoras de promoção da saúde e prevenção do adoecimento.

No intuito de estudar as questões referentes à saúde mental do trabalhador utiliza-se de conceitos fundamentais para a compreensão do risco de adoecimento pelo trabalho. Assim, empreende-se que o contexto de trabalho expressa o *lócus* material, organizacional e social onde se processa o trabalho somado às estratégias de mediação individuais e coletivas dos trabalhadores frente a essa realidade, segundo Ferreira; Mendes (2008), composto por questões referentes à organização do trabalho, condições de trabalho e relações socioprofissionais.

O trabalhador exigido a realizar um conjunto de atividades, segundo normas e rotinas específicas, o faz por meio de “macetes”, ou seja, adota medidas a fim de suplantar os custos

exigidos (físico, afetivo e cognitivo) pelas contradições entre o trabalho prescrito pela organização e o realizado de acordo com as condições de trabalho (ANTLOGA et al., 2014).

O Brasil ocupa, no *ranking* mundial, a quarta colocação em acidentes de trabalho. Entre os anos de 2011 e 2013 registraram-se 2.152.524 acidentes, destes 1.649.192 com Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT) e 503.332 sem CAT. Ainda 8.503 mortes por acidentes de trabalho e 31.811 aposentadorias por invalidez acidentária. Os transtornos do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo comparecendo com 31,88%, enquanto os transtornos mentais e comportamentais com 4,68% para a redução da capacidade para o trabalho (LOURENÇO, 2015).

Estudo de revisão de literatura apontou que a taxa de empregabilidade de pessoas vivendo com transtornos mentais graves continua baixa. Contudo, os índices de benefícios por incapacidade atribuída à presença de transtornos mentais comuns são crescentes. Observou, ainda que, estar no trabalho, para a maioria das pessoas, é benéfico para a saúde mental, tornando evidente a dicotomia prazer e sofrimento no trabalho (HENDERSON et al., 2011).

A proposição deste estudo fundamenta-se em experiências durante a graduação de enfermagem em que se observou que a prática de enfermagem tem em suas bases, uma organização rígida, apoiada no modelo administrativo taylorista, que pressupõe fragmentação das atividades, hierarquia rígida, competitividade, burocratização, redução da autonomia profissional, crescimento da lógica individualista, desvalorização profissional, sobrecarga de trabalho e preocupação com normas, procedimentos e manuais, aspectos corroborados por Lorenzetti et al. (2014). Tais aspectos podem proporcionar experiências de adoecimento aos profissionais de enfermagem, pois, dificultam a possibilidade de subjetivação e criatividade.

Esta realidade do trabalho descrita foi observada nas experiências discentes atuando com clientes em saúde mental quando se vivenciou um ambiente onde o cuidado em saúde não refletia os atuais modos de cuidados em saúde mental, pautados no relacionamento interpessoal, desinstitucionalização e promoção de autonomia. A princípio o cotidiano do trabalhador foi esquecido, porém, após contato mais próximo no hospital psiquiátrico, despertou-se o interesse pelo vivido da equipe de enfermagem naquele local, considerando suas demandas de trabalho, condições e organização do trabalho e as características intrínsecas ao tipo de paciente.

Ainda durante a graduação vivenciou-se os processos de trabalho da equipe de enfermagem em outros ambientes hospitalares durante estágio extracurricular em hospital de referência privado em Teresina-PI e nos estágios supervisionados em oito hospitais públicos municipais. No entanto, no convívio diário nestes ambientes percebeu-se o quanto as

organizações de trabalho em saúde são estressantes e danosas à saúde do trabalhador. Diante das condições de trabalho da equipe de enfermagem de instituições hospitalares e reconhecendo a necessidade de cuidar do cuidador, manifestou-se interesse em compreender quais fatores desencadeiam estresse no ambiente hospitalar.

Este interesse resultou em uma revisão integrativa em que se obteve um total de 14 artigos, publicados entre os anos de 2009 e 2013, evidenciando o fato da organização e as condições de trabalho favorecer ou não o desenvolvimento de algum adoecimento psíquico, e ainda que as demandas do trabalho, as funções desenvolvidas, o tipo de vínculo empregatício, a remuneração, e as relações profissionais podem interferir no organismo do profissional, em virtude destes possuírem relação direta com a saúde física e psíquica do trabalhador (SOUSA et al., 2013).

Na revisão, somente um artigo tinha como cenário de pesquisa, um hospital psiquiátrico. Tratava-se de um estudo qualitativo, que observou a falta de profissionalismo, descontentamento com a profissão, falta de incentivos e de companheirismo e de bom senso dos colegas, como desencadeadores de estresse no ambiente hospitalar (SILVINO et al., 2012)

No estudo de conclusão de curso, constatou-se também por meio de revisão integrativa de 24 artigos. Tendo como recorte temporal os anos de 2010 a 2014, que o ambiente de prática profissional reflete diretamente nas implicações que o adoecimento psíquico traz ao trabalhador, sendo a subjetividade e imaterialidade do trabalho em enfermagem, o tensionamento das relações socioprofissionais e as mudanças na estrutura organizacional, aspectos que interferem de forma significativa na saúde do trabalhador (SOUSA et al., 2016).

Ressalta-se, ainda, que dentro do recorte amostral somente um artigo tinha como cenário de pesquisa o ambiente psiquiátrico. Seus resultados apontaram que as intervenções em saúde do trabalhador devem focar no gerenciamento das cargas de trabalho, do ambiente de cuidado e nas relações interpessoais (BOGAERT et al., 2013).

Mendes; Moraes; Mendes (2011) destacam a exiguidade de estudos sobre o adoecimento decorrente da exposição às cargas psíquicas, relacionadas ao paciente psiquiátrico, as formas de organização do trabalho, medo, assédio sexual, agressão verbal, estado de alerta permanente, falta de supervisão direta e constante, cobranças e ritmo acelerado de trabalho.

O trabalho de enfermagem em saúde mental representa um trabalho especializado tanto no que diz respeito à estrutura física do ambiente laboral quanto ao processo de cuidar que possui na nova conformação de assistência à saúde mental a interdisciplinaridade e o

relacionamento interpessoal como elementos base de intervenção. A rede de atenção em saúde mental pressupõe a complexidade do objeto entendido como o sujeito que sofre, mas que não foi desapropriado do contexto social, desta forma o cuidado deve ser pautado nas singularidades do indivíduo (SAMPAIO et al., 2011).

Nesta perspectiva, no Brasil, o hospital psiquiátrico tem se reestruturado e passado por transformações. Entretanto, ainda é prolongado, persistente e sucessivo o período das internações (MORAIS; ORLANDI; FIGUEIREDO, 2015).

Dentre as características do trabalho no interior destas instituições, estudo com base no referencial da determinação social, aponta aspectos relativos: (1) ao objeto de trabalho com o qual, na maioria das vezes, se estabelece vínculo de periculosidade e sexualidade exacerbada, sem possibilidade de autocuidado pelo paciente; (2) aos meios e instrumentos de trabalho, expressos pelo ambiente físico vigilante fundamentado no controle do paciente psiquiátrico, saber-fazer e uso de métodos não apropriados para as situações e pouco conhecimento técnico-científico, técnicas utilizadas para imposição de comportamentos socialmente aceitos, escassos recursos materiais e atividades rudimentares; e (3) as formas de organização e divisão do trabalho evidenciadas pela disparidade no dimensionamento de pessoal entre o que executa e o que delega, inserção forçada no ambiente psiquiátrico, distribuição desigual de tarefas e conforme pavilhões/alas/enfermarias, supervisão frágil despertando insegurança nos profissionais, responsabilidade sobre os pacientes a fim de evitar fugas, episódios agressivos e relações multidisciplinares (CARVALHO; FELLI, 2006).

O conhecimento gerado pelo estudo de Carvalho; Felli (2006) sustenta que as condições materiais, processuais e ambientais do trabalho devem ser repensadas, promovendo uma ressignificação do trabalho em saúde mental. Faz-se necessário destacar que o trabalho em instituição psiquiátrica com estas características gera cargas de trabalho físicas e psicossociais sobre o trabalhador expressas em desgaste físico e mental.

Estudos mostraram que mais da metade de profissionais da saúde mental apresentaram problemas de saúde e que riscos psicossociais estão relacionados com o adoecimento do profissional de saúde mental (FERNANDES; MARZIALE, 2014); que o trabalho em saúde mental repercute no estado emocional do profissional (ALVES et al., 2013); e que os aspectos psicossociais do trabalho são capazes de determinar a (in)satisfação do trabalhador, provocando sofrimento psíquico (GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011).

Nesta perspectiva o interesse na temática é por considerar que os profissionais que atuam em instituições psiquiátricas estão expostos aos mais diversos riscos ocupacionais semelhantes aos de outros tipos de instituições hospitalares, contudo, somado a estes a tensão

emocional em virtude da imprevisibilidade de comportamentos dos clientes no que se refere a hiperssexualização e agressões físicas que geram medo e insegurança para lidar com esta situação somando-se as formas de organização e divisão do trabalho.

1.2 Questões de Pesquisa

A partir do exposto têm-se as seguintes questões: Os transtornos mentais comuns estão presentes em trabalhadores de enfermagem de uma instituição psiquiátrica? E que fatores relacionados ao trabalho podem estar associados a estes transtornos?

1.3 Objetivos de Estudo

1.3.1 Objetivo Geral

- Analisar prevalência de Transtornos Mentais Comuns em trabalhadores de enfermagem e os fatores associados ao trabalho em instituição psiquiátrica.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns entre os trabalhadores de enfermagem que atuam em uma instituição psiquiátrica;
- Descrever o Contexto de Trabalho e Custo Humano no Trabalho em uma instituição psiquiátrica, na perspectiva do trabalhador de enfermagem;
- Analisar as associações entre os Transtornos Mentais Comuns, o Contexto de Trabalho e o Custo Humano no Trabalho em instituição psiquiátrica;
- Discutir as implicações do trabalho em instituições psiquiátricas para a saúde do trabalhador de enfermagem.

1.4 Justificativa do Estudo

O trabalho acompanha o homem desde a pré-história aos dias atuais. Antunes (2010) cita Lukács para exemplificar a importância da centralidade do trabalho, assertiva esta corroborada por Campos; David; Souza (2014) e Prestes et al. (2015a) que colocam o trabalho

como via importante para a construção da identidade, do sujeito, de sentidos e da historização dos homens, além de ser compreendido como gerador de coisas com valor de uso. O trabalho assume ainda papel importante na aquisição de uma identidade social, pois, na vida adulta, segundo Bouyer (2010), é no trabalho que o ser humano passa a maior parte da vida e onde ocorre um número privilegiado de trocas. Em suas palavras Lukács expressa que:

(...) somente o trabalho tem na sua natureza ontológica um caráter claramente transitório. Ele é em sua natureza uma inter-relação entre homem (sociedade) e natureza, tanto com a natureza inorgânica (...), quanto com a orgânica, inter-relação (...) que se caracteriza acima de tudo pela passagem do homem que trabalha, partindo do ser puramente biológico ao ser social (...). Todas as determinações (...), estão presentes na essência do que é novo no ser social estão contidas *in nuce* no trabalho. O trabalho, portanto, pode ser visto como um fenômeno originário, como modelo, protoforma do ser social (...) (LUKÁCS, 1980: IV-V; *apud* ANTUNES, 2010. p. 136).

Porém, atualmente, as relações homem-trabalho vêm se alterando, acompanhando as transformações socioeconômicas da sociedade. Neste sentido, a ação laboral tem se tornado mero objeto de mercadoria, isto é, a força de trabalho humano passou a ser coisificada, e isto, influencia diretamente na saúde do trabalhador. Certas situações a que o trabalhador se expõe no ambiente profissional podem desencadear sofrimento, seja ele físico ou psíquico, afetando a sua saúde.

Os relatos de TMC tomam grande proporção na literatura científica, como uma das principais causas de adoecimento psíquico entre profissionais de enfermagem. Os TMC acometem cerca de 30% dos trabalhadores e são de difícil caracterização, pois, envolvem quadros clínicos de tristeza, diminuição da concentração, ansiedade, irritabilidade, fadiga, insônia, depressão ou somatização, que não atendem aos critérios estabelecidos pela Classificação Internacional de Doenças – 10 (CID-10) para doença mental (TAVARES et al., 2012).

Estudo realizado na Índia com o objetivo de explorar essa questão mostrou que 7,18% da população estava propensa à morbidade psiquiátrica, despertando atenção, pois, segundo os autores quando a pessoa não está bem mentalmente ela não é capaz de trabalhar de forma eficiente (KUMBHAR; DHUMALE; KUMBHAR, 2012).

Estudo de revisão bibliográfica veiculado em periódico brasileiro, no período de 2009 a 2010 identificou um total de 41 estudos que utilizaram o *Self Reporting Questionnaire-20* (SRQ-20) como instrumento para rastreamento de TMC. Trata-se de um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que faz o rastreamento de TMC a

partir de um conjunto de sintomas. Dentre os 41 estudos, 16 relacionavam-se ao ambiente laboral (TAVARES et al., 2011).

Fica evidente, a crescente preocupação com o ambiente laboral e a saúde mental do trabalhador. Pesquisas têm demonstrado que os TMC são prevalentes nas mais diversas ocupações. Estudo com agentes socioeducadores identificou prevalência de 50,1% agentes com suspeição de TMC (GRECO et al., 2012), entre pilotos da aviação civil identificou-se prevalência de 7,48% (FEIJÓ; CÂMARA; LUIZ, 2014), entre motoristas e cobradores de ônibus de 23,6% (ASSUNÇÃO; SILVA, 2013), entre industriários de 11,6% (FONSECA; ARAÚJO, 2014) e entre eletricitista de 20,3% (SOUZA et al., 2011a).

Considerando as condições de trabalho dos profissionais da saúde e de enfermagem, as pesquisas demonstram que estas têm-se precarizado em função das influências das políticas neoliberais, potencializando a “invisibilidade” do cuidado em saúde e de enfermagem (SOUZA; PASSOS; TAVARES, 2015).

O trabalhador frágil, então, torna-se suscetível às más condições de trabalho que favorecem o adoecimento psíquico. Estudos com profissionais de enfermagem têm demonstrado que os transtornos mentais e comportamentais configuram como uma das principais causas de absenteísmo (MARQUES et al., 2015a; SANTANA et al., 2016a). Em estudo com profissionais da atenção básica em Feira de Santana-BA a prevalência foi de 16,0% (BARBOSA et al., 2012), enquanto, em João Pessoa-PB, foi de 38,0% (BRAGA et al., 2013).

Estudo realizado na Austrália com 382 enfermeiros apontou um total de 14% (n=53) com histórico de distúrbios mentais, sendo 13% (n=49) registros de ansiedade e/ou depressão e 6% (n=22) com necessidade de uso de substâncias psicoativas. Neste mesmo estudo, Perry et al. (2015) destacaram que 65,1% (n=248) enfermeiros experimentaram algum sintoma de problema de saúde mental nos últimos 12 meses anteriores à coleta de dados.

Em Porto Alegre-RS estudo levantou prevalência de 20,6% de profissionais de enfermagem com suspeição de TMC (URBANETTO et al., 2013). Outra pesquisa epidemiológica seccional em universidade federais do Rio Grande do Sul identificou prevalência de TMC nos enfermeiros docentes de 20,1% (TAVARES et al., 2014). No caso da Enfermagem em Saúde Mental há uma exiguidade de estudos referentes ao tema.

Os dados anteriores podem estar relacionados aos processos de trabalho da enfermagem que abarcam um conjunto de dimensões sociais, culturais e econômicas; as tarefas que envolvem processos cognitivos e emocionais; as situações e ambientes de trabalho; o contato contínuo com o doente, o sofrimento e a morte; as relações interpessoais; a

valorização pessoal e profissional, atreladas a necessidade humana de reconhecimento; e as cargas de trabalho, não somente, psíquica e mental, como àquelas físicas e intelectuais, pois, toda atividade exige uma carga mental (FERREIRA; FERREIRA, 2014).

A realidade vivenciada nos hospitais torna os profissionais de enfermagem um dos grupos mais suscetíveis ao estresse e adoecimento, pois, a maior parte da vida destes se passa neste ambiente, considerado, por muitos, como insalubre, danoso e perigoso (MENDES; MORAES; MENDES, 2011). Estas condições podem estar relacionadas com a intenção de deixar a profissão (JOURDAIN; CHÊNEVERT, 2010).

Considerando o referido contexto e compreendendo que o recurso humano é um dos principais alicerces para a garantia de acesso universal aos serviços de saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 2013 lançou uma lista de prioridades de pesquisas em enfermagem na América Latina, o Relatório Mundial de Saúde “Investigação para a Cobertura Universal de Saúde”, constando em uma de suas categorias de investigação – Estrutura, Organização e Dinâmica dos Sistemas e Serviços de Saúde – a subcategoria “Saúde Ocupacional” que aborda entre diversos temas, a prevalência e incidência da exposição ao risco, doenças e acidentes ocupacionais (CASSIANI; BASSALOBRE-GARCIA; REVEIZ, 2015).

No Brasil, as questões de saúde mental do trabalhador, são postas como foco de prioridade de pesquisa em saúde, desde a primeira edição da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde publicada em 2006, e revisada em 2010. Em sua segunda edição constam 24 subagendas, sendo o meio ambiente de trabalho parte integrante da subagenda 23 – Saúde, Ambiente, Trabalho e Biossegurança (BRASIL, 2011a). As questões de saúde mental e trabalho são abordadas no eixo – Impacto da Reestruturação do Trabalho sobre a Saúde – inclusas na Linha de Pesquisa – estudos sobre agravos, incluindo-se os acidentes e doenças decorrentes da sobrecarga de trabalho, exposição a fatores de risco e transtornos mentais (BRASIL, 2011a).

Não somente na América Latina as questões em saúde do trabalhador, em especial, saúde mental e trabalho, têm tido destaque nas pesquisas. Estudos com este tema foram realizados em países desenvolvidos e em desenvolvimento.

Na perspectiva de mostrar lacunas da produção de conhecimento acerca dos fatores associados aos TMC no trabalhador de enfermagem que atua em serviços psiquiátricos realizou-se o estudo do estado da arte entre os anos de 2011 e 2015 corroborando para justificar o estudo em tela. Este recorte temporal visou apreender o conhecimento produzido no momento das discussões sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do

Trabalhador e da Trabalhadora (PNAIST), no Brasil, iniciadas no ano de 2011, em volta da implementação de ações que visassem boas condições de trabalho, impulsionadas pela necessidade de definição de princípios, diretrizes e estratégias para legitimar a Portaria nº 1.823, aprovada em 23 de agosto de 2012, ao mesmo tempo em que se presenciava no cenário internacional, uma crescente precarização das condições de trabalho nos mais diversos setores, justificando-se assim os cinco anos de produção científica.

As bases de dados eletrônicas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *National Library of Medicine* NLM (PubMed) e *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) foram pesquisadas por meio de suas estratégias de buscas específicas.

Inicialmente realizou-se uma busca nos vocabulários eletrônicos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Heading* (MeSH) com vistas a identificar os possíveis termos para a busca. Os termos selecionados foram: saúde do trabalhador (DeCS) e *occupational health* (MeSH). Os termos para caracterização dos transtornos em estudo, não foram considerados descritores na língua portuguesa, sendo utilizadas como palavras-chaves: distúrbios psíquicos menores, transtornos mentais comuns, transtornos psíquicos menores e desordens mentais comuns. Os termos *minor psychiatric disorders* e *common mental disorders* foram utilizados como palavras-chave nas bases de dados PubMed e CINAHL.

As estratégias de buscas ocorreram durante o mês de outubro de 2015. Utilizou-se para tanto as seguintes frases booleanas “distúrbios psíquicos menores” AND “saúde do trabalhador”, “transtornos mentais comuns” AND “saúde do trabalhador”, “transtornos psíquicos menores” AND “saúde do trabalhador” e “desordens mentais comuns” AND “saúde do trabalhador” na base de dados LILACS, enquanto na PubMed e CINAHL utilizou-se “*common mental disorders*” OR “*minor psychiatric disorders*” AND “*occupational health*”.

No cruzamento dos descritores foi encontrado um total de 1.357 publicações, das quais 60 na LILACS, 844 na PubMed e 453 na CINAHL. Após avaliação inicial, por meio dos critérios de inclusão 1.036 foram identificadas e excluídas. Com base na leitura dos 321 títulos, foram selecionados 89 para leitura dos resumos, destes 65 foram excluídos por não atenderem ao escopo desta revisão e 14 por estarem duplicados. Foram incluídos, portanto, 10 artigos para leitura e análise na íntegra.

Um instrumento específico foi desenvolvido para categorizar os estudos e extrair os dados para posterior análise e síntese. O instrumento era composto pelos seguintes itens: título, revista, base de dados, ano de publicação, idioma, objetivo, detalhamento metodológico, resultados e conclusões, nível de evidência, limitações e recomendações. Para

a síntese e apresentação final os dados foram agrupados e organizados por meio de um quadro sinóptico, de maneira a elucidar o propósito da pesquisa, posteriormente discutidos e apresentados de forma descritiva.

Cabe ressaltar que empregou-se nesta revisão a classificação de evidências internacional proposta pelo *Oxford Center for Evidence-Based Medicine*, adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil: nível I. revisão sistemática de ensaio clínico randomizado (ECR); nível II. ensaio clínico controlado, randomizado e bem delineado; nível III. ensaio não-randomizado; nível IV. estudos de correlação/observação; e nível V. opinião de autoridades e comitês de especialistas e estudos descritivos (BRASIL, 2011b).

O Quadro 01 apresenta em ordem crescente dos anos as publicações identificadas pelos critérios de busca e seleção. Utilizou-se para sua identificação codificação alfanumérica, formada pela letra ‘E’ e algarismo arábico em ordem crescente.

Quadro 01 – Produções científicas sobre TMC entre trabalhadores da saúde que compuseram a revisão integrativa.

Nº	Ano	Título
E01	2011	Condições de trabalho e de saúde de trabalhadores em saúde mental em Feira de Santana, Bahia.
E02	2012	Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil.
E03	2012	The prevalence of common mental disorders among hospital psycicians and their association with self-reported work ability: a cross-sectional study.
E04	2012	Distúrbios psíquicos menores em enfermeiros docentes de universidades.
E05	2013	Estresse no trabalho segundo o Modelo Demanda-Control e distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem.
E06	2013	Work conditions and common mental disorders in physicians in Brazil.
E07	2014	Prevalência de distúrbios psíquicos menores em enfermeiros docentes.
E08	2014	Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia.
E09	2015	Relação entre capacidade para o trabalho na enfermagem e distúrbios psíquicos menores.
E10	2015	Violência, <i>burnout</i> e transtornos psíquicos menores no trabalho hospitalar.

Dentre os estudos recuperados, sete foram na base de dados LILACS e três na PubMed. Dos 10 estudos selecionados, um foi publicado no ano de 2011, três em 2012, dois em 2013, dois em 2014 e dois em 2015. Quanto à origem dos dados nove são brasileiros e um holandês, dois foram publicados em inglês e oito em português. As publicações ocorreram em sua maioria em periódicos brasileiros, sendo seis em periódicos da área de enfermagem.

Quanto às características dos participantes dos estudos, houve uma grande variação da amostra, compreendida entre 77 e 4.749 participantes, composta por indivíduos de ambos os

sexos. Foram encontrados cinco estudos com população somente de profissionais de enfermagem, dois com médicos e residentes em medicina e três com a equipe de saúde.

Todos os estudos empreenderam desenhos transversais de abordagem quantitativa não-experimental com uso de estatística descritiva. Para avaliação dos TMC o SRQ-20 foi aplicado em nove estudos. Chama atenção o fato de todos os estudos serem nível V de evidência, correspondente aos estudos descritivos.

Considerando as peculiaridades e a diversidade de fatores associados aos TMC identificados no escopo desta revisão, apresenta-se o Quadro 02 onde estes fatores foram organizados e agrupados conforme similaridade e proximidade em três categorias: (1) fatores sociodemográficos, (2) fatores laborais e (3) condições de saúde e hábitos de vida. Ressalta-se que um estudo poderia ser alocado em mais de um grupo de fatores.

Quadro 02 – Fatores associados aos TMC entre trabalhadores da saúde obtidos nos estudos da revisão integrativa

Categoria	Fatores Associados	Publicação na qual foi citado o fator
Fatores Sociodemográficos	Sexo.	E01, E07, E09.
	Idade.	E02, E07, E09.
	Estado civil.	E07.
	Filhos e dependentes.	E07, E10.
	Renda.	E07.
	Categoria profissional.	E02, E10.
	Múltiplos empregos.	E06, E09.
Fatores Laborais	Alta exigência no trabalho.	E01, E04, E05.
	Regime de trabalho precário.	E02.
	Tempo de atuação e na função.	E02, E05, E10.
	Satisfação com a estrutura e o processo de trabalho.	E02, E10.
	Capacidade para o trabalho.	E03, E09.
	Trabalho ativo.	E04, E05.
	Insegurança e comprometimento excessivo com o trabalho.	E06.
	Alta demanda psicológica.	E08.
	Acidentes de trabalho.	E10.
	Dias ausentes.	E10.
	Setor.	E05.
Condições de Saúde e Hábitos de Vida	Sedentarismo.	E02.
	Sono	E09.
	Estado de saúde.	E02, E09.
	Violência.	E10.

Dos estudos analisados, seis associaram características sociodemográficas, nove variáveis laborais e três condições de saúde e hábitos de vida aos TMC.

Considerando os fatores associados de interesse para a presente dissertação, realizou-se um levantamento entre os 10 estudos, e identificou-se que somente 05 investigações (E04, E05, E07, E08 e E09) tinham população exclusiva de profissionais de enfermagem, sendo identificados como fatores associados aos TMC entre trabalhadores de enfermagem, os que se seguem: sexo, idade, estado civil, filhos e dependentes, renda, múltiplos empregos, alta exigência no trabalho, tempo de atuação e na função, capacidade para o trabalho, trabalho ativo, alta demanda psicológica, setor, sono e estado de saúde.

Dentre os estudos analisados não foram encontradas quaisquer pesquisas que mostrassem a relação entre os TMC e o Contexto de Trabalho e/ou Custo Humano no Trabalho de enfermagem em saúde mental, mostrando uma lacuna na produção de conhecimento em Saúde Mental e Trabalho em Enfermagem.

Esta situação tem sido objeto de diversos estudos, contudo, para aprofundar a sua compreensão torna-se fundamental considerar o paradigma biopsicossocial, as novas formas de organização do processo de trabalho em saúde mental e a completude do ambiente laboral psiquiátrico, o que justifica a realização desta investigação.

Estudos apontam que o processo de trabalho em saúde mental expõe o trabalhador de enfermagem a todos os tipos de cargas de trabalho, sejam elas físicas, cognitivas e/ou psíquicas, sendo, entretanto, as cargas psíquicas as mais intensas. Estes resultados condicionam este desgaste mental aos fatores organizacionais, ao tipo de tratamento ofertado nas instituições e ao envolvimento emocional com o paciente (ALVES et al., 2013; SOUZA et al., 2015a).

Com a Lei nº 10.216/2001 – Lei da Reforma Psiquiátrica – o atendimento ao portador de transtorno mental se modificou em direção a um cuidado baseado no acolhimento, vínculo e corresponsabilização pelo outro (PESSOA JUNIOR et al., 2016). Esta transição no processo de trabalho propiciou o advento e intensificação dos agravos decorrentes de cargas psíquicas, ora estimulando o desenvolvimento da subjetividade dos pacientes e família ora nocivo à subjetividade do trabalhador (SOUZA et al., 2015a).

Assim, a investigação em saúde do trabalhador de saúde mental torna-se pertinente, tendo em vista que a segurança do paciente está diretamente relacionada à segurança dos trabalhadores que por sua vez refletem na qualidade dos serviços de saúde (BAPTISTA et al., 2015).

A partir destas reflexões o presente estudo aborda a saúde mental dos trabalhadores de enfermagem considerando as possíveis relações com o processo de trabalho em saúde mental, avaliando a influência de condições inerentes à vida fora do trabalho.

II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A Saúde do Trabalhador

Ao longo do tempo, as mudanças no mundo do trabalho com o advento de novas tecnologias, trouxeram reestruturações no ritmo de trabalho físico bem como sobrecarga cognitiva. Este contexto tem trazido consequências para a saúde do trabalhador, alertando o setor saúde quanto à interferência na dimensão individual e coletiva dos processos mentais dos trabalhadores (GIBERT; CURY, 2009).

As questões referentes à saúde do trabalhador chamaram a atenção de agências e instituições nacionais e internacionais, dentre as quais, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), agência da Organização das Nações Unidas (ONU) que tem como propósito a promoção da justiça social e reconhecimento dos direitos humanos e trabalhistas, por meio da formulação de normas internacionais do trabalho (AMBRÓSIO; RIBEIRO, 2012).

Destaque à Convenção 155 que trata da segurança e saúde dos trabalhadores, visando prevenir os acidentes e os danos à saúde relacionados ao trabalho, sejam aqueles decorrentes diretamente do trabalho ou que apareçam no decorrer dele; e à Convenção 149 que dispõe sobre o emprego e as condições de trabalho e vida do pessoal de enfermagem por considerar as condições de trabalho precárias e que o setor público deveria desempenhar papel ativo na melhoria das condições de trabalho destes profissionais (OIT, 1977; 1983). Ambas datadas de mais de trinta anos o que pode-se inferir como comprovação da preocupação há bastante tempo acerca da saúde do trabalhador pelos referidos órgãos internacionais.

No Brasil, as questões de saúde do trabalhador já foram ligadas a previdência social. A primeira legislação referente ao tema data de 1919, Decreto Legislativo nº 3.724, que trata da indenização por acidente de trabalho. Atualmente, as ações em saúde do trabalhador são desenvolvidas num esforço intersetorial pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), Ministério do Meio Ambiente (MMA) e Ministério da Saúde (MS), desde 1988, quando a assistência à saúde, antes responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social (INAMPS), passa a ser responsabilidade do MS (RIBEIRO, 2012).

As questões referentes à saúde do trabalhador foram abordadas na Carta Magna nos art. 7º e art. 200 referindo-se, respectivamente, aos direitos dos trabalhadores urbanos e rurais e as competências do Sistema Único de Saúde (SUS). Já a Lei Orgânica da Saúde (LOS) além de definir saúde do trabalhador estabelece suas abrangências. Em 2001 o MS lança o

Manual de Doenças Relacionadas ao Trabalho, e em 2004 a Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador (PNSST) (RIBEIRO, 2012).

Além disso, o MS, em 19 de setembro de 2002, publicou a Portaria nº 1.679, que institui a Rede Nacional de Atenção à Saúde dos Trabalhadores (RENAST) que assegura ao trabalhador acesso aos serviços na atenção básica, nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs), e na assistência de média e alta complexidade, complementada, posteriormente, pela Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009 (LEÃO; CASTRO, 2013).

Com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNAIST), Portaria nº 1.823/12, a saúde do trabalhador constitui-se escopo de discussão na área de Saúde Pública e o Sistema Único de Saúde (SUS) responsabilizado pela execução das ações de saúde do trabalhador e colaboração com a proteção do ambiente de trabalho, devendo ser garantido ao trabalhador o direito a redução à exposição dos riscos inerentes ao trabalho por meio de ações e normas de saúde, higiene e segurança (BRASIL, 2012).

Segundo a Lei nº 8.080/90, LOS, o trabalho é determinante e condicionante da saúde. Sendo assim, devem ser desenvolvidas atividades que se destinam, através das ações de Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária, à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990). Esse conjunto de atividades está descrito nos incisos I a VIII, do parágrafo 2º, do artigo 6º, da referida lei, abrangendo:

- a assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- a participação em estudos, pesquisas, avaliação e controle das condições de produção, extração, armazenamento e transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;
- a avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde do trabalhador;
- a informação ao trabalhador, à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos de ética profissional;
- a participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

- a revisão periódica da listagem oficial das doenças originadas no processo de trabalho;
- e
- a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição e máquina, do setor, do serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde do trabalhador.

Aspectos semelhantes são observados tanto na estruturação da RENAST como na da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ambas se baseiam na noção de territorialidade, tendo como estratégia principal o incentivo financeiro aos municípios e estados com o intuito de criarem ou fortalecerem os serviços especializados. Na RAPS os investimentos eram (e são) nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), na RENAST aos CERESTs. Contudo, ambas têm fracassado quanto à inserção de suas ações na atenção básica e na Vigilância em Saúde, configurando-se como os grandes desafios na atenção em saúde (BERNARDO; GARBIN, 2011).

Para se estabelecer um nexos causal entre saúde e trabalho, contudo, deve-se compreender que o ambiente de trabalho vai além do espaço físico em que ele se processa, compreende as condições de vida no local de trabalho, que envolvem tanto as características do próprio lugar quanto elementos relacionados a atividades em si. Com essa nova forma de acumulação de capital vivida atualmente, observa-se precarização do ambiente de trabalho, legitimando duras condições de trabalho que visam apenas a alcançar metas, submetendo os trabalhadores a intenso desgaste físico e psicológico, sendo dessa forma, fato incontestável o adoecimento pelo trabalho (WATANABE et al., 2010).

Frente a isso, o MS estabeleceu a Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, que traz entre outras doenças e agravos, aqueles relacionados à saúde do trabalhador, constando no anexo III da referida Portaria, devendo tais agravos ser notificados nacionalmente, inclusive, os transtornos mentais relacionados ao trabalho (BRASIL, 2011c).

A relação saúde mental e trabalho tem sido objeto de estudos que buscam investigar como as várias formas de organização do trabalho interferem nas tarefas cotidianas dos trabalhadores, que podem por em risco a sua saúde. Compreende-se que a ação laboral pode produzir prazer ou sofrimento no trabalhador nas mais diversas ocupações. Dentre essas ocupações, destacam-se os trabalhadores de enfermagem, em especial os da assistência psiquiátrica, pelas circunstâncias desgastantes vividas em seu labor. De modo geral, todo trabalhador quando inserido numa organização de trabalho está exposto a diversas cargas físicas e/ou mentais que geram desgastes.

Merece destaque a Norma Regulamentadora 32 (NR-32) que estabelece as diretrizes para implantação de medidas que garantam a segurança dos profissionais de serviços de saúde. Esta norma considera somente três agentes de risco: biológico, químico e radiação ionizante; para cada um deles estabelece uma série de medidas de controle e segurança (BRASIL, 2005). Desta forma, fica evidente, que as questões de saúde mental do trabalhador ainda são incipientes na legislação brasileira, mesmo, sendo os transtornos mentais e comportamentais a segunda causa de adoecimento entre trabalhadores da saúde (MARTINS et al., 2014).

Comparações a âmbito internacional tornam visíveis as dificuldades e limitações das políticas de saúde do trabalhador em voga no Brasil referente à saúde mental.

A União Européia (EU) por considerar a saúde mental e bem-estar forças fundamentais no processo produtivo, que por pressões em virtude das mudanças no processo de trabalho ocasionam absenteísmo, transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT), incapacidades, suicídio e redução da produtividade, reconheceu o problema, e promoveu diversos acordos e normativas políticas. Dentre estes o *European Pact for Mental Health and Well-being* (EU, 2008), tendo como uma de suas áreas prioritárias a “Saúde Mental no Emprego”; a *The Edinburgh Declaration on the Promotion of Workplace Mental Health and Well-being* (DECLARAÇÃO DE EDIMBURGO, 2010); e o *Framework Agreement on Work-related Stress* (SOCIAL DIALOGUE, 2004).

A EU ainda conta com um modelo de avaliação de risco psicossocial, *Psychosocial Risk Management European Framework - PRIMA-EF*, que considera cinco elementos para a gestão do risco psicossocial, a saber: (1) a definição da população, do local de trabalho e o conjunto de operações e equipamentos; (2) avaliação dos riscos; (3) a concepção e implementação das ações de gestão; (4) a avaliação das ações; e (5) a gestão ativa e cuidadosa do processo (MALGORZATA; IRASTORZA, 2012).

Nos Estados Unidos da América (EUA), a *American Psychological Association* (APA) desenvolve o *Psychologists Promote Health and Well-Being Throughout Our Nation*, programa que por meio de educação para empresários (empregadores) pretende tornar os locais de trabalho ambientes psicologicamente saudáveis, evidenciando a relação entre bem-estar profissional e alta performance – produtividade (APA, 2011).

No Brasil, contudo, as questões de saúde mental ainda são implícitas ou ausentes nas normativas de saúde do trabalhador. Apesar de os TMRT serem agravos de notificação compulsória, as ações neste âmbito ainda são voltadas ao sofrimento, sem considerar a transversalidade do processo de trabalho, no que tange a comunhão entre trabalhadores,

aspectos materiais, físicos, químicos, biológicos, culturais e organizacionais (LEÃO; MINAYO-GOMEZ, 2014).

No cerne da questão, a NR 17 – Ergonomia – faz uma referência aos riscos psicossociais, ao considerar que “as condições ambientais de trabalho devem estar adequadas às características psicofisiológicas dos trabalhadores e à natureza do trabalho a ser executado” (BRASIL, 1990). Ressalta-se, contudo, que os riscos psicossociais não possuem controle jurídico e não são classificados nem como agentes de periculosidade e nem insalubridade, sendo, atualmente, considerado por estudiosos, agentes de penosidade, porém, denominação ainda não aceita nas normativas nacionais.

O que se vê, porém, no Brasil, é uma forte iniciativa de articulação das ações de saúde mental do trabalhador com a Vigilância em Saúde do SUS, por intermédio da RENAST, tendo os CERESTs como centro articulador. Contudo, Conciani; Pignatti (2015) apontam que esta tentativa ainda perpassa por ações assistemáticas, isoladas e pontuais, o que favorece a medicalização do adoecimento mental, a culpabilização e vitimização do trabalhador e a individualização do sujeito, além de naturalizar as condições e organização do trabalho, como ressaltado por Paparelli; Sato; Oliveira (2011).

Em síntese, para que se alcance o êxito preconiza-se que a Vigilância em Saúde Mental do Trabalhador tenha ações que vislumbrem elementos da organização do trabalho: organização do tempo e intensidade da produção, práticas de gestão, cultura organizacional, relações interpessoais, atividade e autonomia – controle sobre o trabalho, relacionamento entre sujeito e sua atividade, vínculos de trabalho, e questões externas ao processo de trabalho (LEÃO; MINAYO-GOMEZ, 2014).

2.2 O Trabalho em Saúde Mental – aspectos históricos e evolutivos e o cuidado de enfermagem

O campo da saúde mental é extremamente controverso não apenas nos aspectos históricos e simbólicos, mas, sobretudo, nos aspectos epistemológicos, sendo esta instabilidade a gênese das diferentes definições. O cenário histórico do cuidado com a loucura perpassa por mitos, lendas e estórias que tornaram o paciente com transtorno mental um excluído da vida em comunidade. Os “loucos” foram interpretados pela perspectiva mística, religiosa, racionalista, mercantilista, cartesiana, biologicista e médica.

A definição de loucura é uma construção histórica. Sendo, segundo o período da história da humanidade considerada como manifestação divina, porta-voz da verdade, forma

de se alcançar a sabedoria, desrazão, representante simbólico do mal, desqualificadores da sociedade, doença mental, representações de incapacidade e improdutividade (FOUCAULT, 2012). Nessa perspectiva, essa arquitetura torna-se essencial para a compreensão de como se deu a construção histórico-social da definição de doença mental, pois, a forma como as pessoas lidavam com os “loucos” foi responsável pelos espaços dedicados ao cuidado.

Os “loucos” já foram mantidos segregados em templos, queimados em fogueiras e presos. A partir do século XVII encarcerados em edifícios mantidos pelo poder público, sendo objeto de conhecimento e intervenção médica. Estes edifícios deram origem aos manicômios que ao longo da história assumiram diferentes objetivos: recolher os “loucos” e as minorias desfavorecidas, ofertar tratamento médico, porém, exercido por religiosas, assistência médica especializada e, atualmente, complementar a RAPS (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

Na França, diversos estabelecimentos foram unificados, no século XVIII, sob a forma de um Hospital Geral, onde antes eram os leprosários, e neste ambiente Philippe Pinel, inaugura a Psiquiatria, determinando o princípio do isolamento e o tratamento moral, segundo os quais, no ambiente asilar, recurso predominante, a doença não poderia mais prejudicar o paciente propiciando assim o diagnóstico do transtorno e o tratamento com o objetivo de reeducar a mente desregrada e afastar as ilusões (PESSOA JUNIOR et al., 2015).

Contudo, deve-se enfatizar que estes hospitais devem ser considerados, também, como uma forma de anulação dos efeitos negativos da doença para a sociedade e expressão do poder médico, surgindo assim a institucionalização da loucura, com a delimitação do espaço físico e a vigilância contínua, perpetuando entre a sociedade a necessidade de afastá-los da vida em comunidade (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Os manicômios eram ambientes com condições precárias, onde os encarcerados conviviam com ratos, bebiam esgoto e urina. Quando em exacerbação dos sintomas eram enjaulados ou acorrentados. Às vezes morriam de fome, sede ou de doenças, sendo estas práticas justificadas segundo o argumento da limpeza social e disciplina, em parte sobre influência dos pensamentos de Descartes para o qual a razão e juízo são condições de existência e necessárias para o indivíduo cuidar de si, e a loucura contradição da razão (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

No Brasil, as primeiras manifestações de atenção ao doente mental seguiram os modelos mundiais, como a limpeza social, sendo presos juntos com condenados e tratados por curandeiros e religiosas, e mais tarde encarcerados nos porões das Santas Casas, sendo os mais agitados mantidos encarcerados e torturados pelos guardas (GUIMARÃES et al., 2010).

Porém com a vinda da família real portuguesa para o Brasil em 1808, os problemas dos menos favorecidos, entre eles, os doentes mentais tornaram-se aparentes, e viu-se a necessidade de um local para mantê-los e deixar a cidade limpa. Data de 1852, a inauguração da primeira instituição psiquiátrica, no Rio de Janeiro, o Hospício Pedro II, onde o cuidado era pautado no modelo alienista francês, segundo o qual o doente mental vivia distante da realidade em outro mundo (CANABRAVA et al., 2010).

Ressalta-se que a enfermagem, quando da inauguração do Hospício Pedro II, era exercida por pessoas de má reputação, sob ordens diretas das irmãs de caridade, sem influência médica. E somente, no início dos anos de 1890, começaram a surgir instituições para o ensino de enfermagem, a primeira – Escola Profissional de Enfermeiras do Hospital Nacional de Alienados – com base no modelo francês da Escola de Salpêtrière, sendo até meados de 1940, assumida por psiquiatras (ESPERIDIÃO et al., 2013).

Porém, para fins históricos, a Escola de Enfermagem Anna Nery, fundada em 1923, é reconhecida nacionalmente como a pioneira do ensino em enfermagem, pois, a mesma seguia o modelo Nighingaleano para a formação de profissionais para a prática sanitária, mas, excluindo os aspectos relacionados à saúde mental.

Até o final do século passado o tratamento era circunscrito aos hospitais psiquiátricos, e utilizavam-se de terapias biológicas, com o uso de psicofármacos, choque cardiológico, insulinoaterapia, eletroconvulsoterapia; e as teorias de ideologia moral como as atividades laborais, restrição física, cela forte, lençol de contenção, camisa de força e contenção no leito com faixas de tecido de algodão (GUIMARÃES et al., 2013).

O trabalho em saúde mental, circunscrito aos hospitais psiquiátricos, sempre foi considerado insalubre e degradante, por ser considerado trabalho manual. Porém, com o advento de teorias de enfermagem no campo da psiquiatria, baseadas no processo interpessoal, mudaram esse paradigma de manual para trabalho intelectual. Com isso, as enfermeiras, passaram, já na década de 1970 a refletir sobre o enfoque comunitário como referencial para o cuidado em saúde mental, surgindo assim, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental que fazia duras críticas ao modelo asilar de assistência (ESPERIDIÃO et al., 2013).

Contudo, foi somente no início dos anos 2000, que essas críticas surtiram efeitos. Foi promulgada a Lei Paulo Delgado ou Lei da Reforma Psiquiátrica, a Lei Federal nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos da pessoa com transtornos mentais, onde se incluem os dependentes de substâncias psicoativas. Com isso, houve uma mudança nos princípios que norteiam o trabalho em saúde mental, em direção ao modelo de atenção

psicossocial, que visa à ruptura do modelo mecânico de causa-efeito na análise da loucura, passando a ser um trabalho imaterial baseado na construção de vínculos (PAULON et al, 2014).

A Lei nº. 10.216/2001 não proíbe a internação hospitalar dos portadores de doença mental, contudo, a proíbe em instituições com características manicomiais, sendo a internação indicada somente quando cessarem todos os recursos extra-hospitalares, devendo sempre visar à reinserção social e garantir atenção integral ao paciente, e quando os pacientes possuem características de dependência institucional em decorrência das condições clínicas e apoio social, estes devem ser objeto de políticas de alta e reabilitação psicossocial específicas (BRASIL, 2001).

Contudo, vê-se que a Reforma Psiquiátrica iniciada na década de 1970 nos moldes da reforma italiana, está longe de se consolidar, pois, em sua própria estrutura engloba aspectos conflitantes. Ao mesmo tempo, que se fundamenta na garantia de direitos humanos que por sua vez vão garantir direito à propriedade privada, não consideram que as pessoas agora libertas não são aceitas na sociedade por suas diferenças não serem reconhecidas. Ou seja, à medida que ela se afasta da centralidade na doença em busca da garantia de direitos aos sujeitos, esquece a lógica dominante que perpetua os ideais capitalistas, nos quais se apoiam o modelo manicomial. Fica evidente, portanto, que desinstitucionalizar vai além de libertar os doentes e fechar hospitais, sinaliza a necessidade de renunciar a busca da cura, de instrumentalização e formação política de todos os envolvidos (PASSOS, 2015).

Em países como Inglaterra, França, EUA e Itália, essa necessidade foi observada, e a reforma na psiquiatria alcançada. A Itália é um dos maiores exemplos de sucesso, conseguiram o fechamento gradual e planejado dos hospitais, ao mesmo tempo, que se estruturaram os serviços de pronto-atendimento e os serviços substitutivos baseados no princípio de territorialidade, que denota a inseparabilidade entre o espaço e a sociedade (SILVA; PINHO, 2015).

O fato é que no Brasil, essa realidade ainda é distante, e o hospital psiquiátrico ainda existe e existirá até que a RAPS instituída pela portaria nº. 336/2002 se estruture e tome corpo. Assim, para se avançar nesse contexto, visão especial deve-se realizar sobre os recursos tecnológicos e humanos utilizados no interior destas instituições. Estudo aponta que o ingresso de profissionais nos serviços de saúde mental, ocorre, ou pela falta de opção em outros setores ou pelo desemprego, submetendo-os a condições precárias e longas jornadas de trabalho, na maioria das vezes, por exporem-se a dupla jornada de trabalho (MONTEIRO; CRUZ; DIAS, 2013).

Para tanto, torna-se necessário o empoderamento por parte dos profissionais de três valores básicos em saúde mental:

“a) competência – o desenvolvimento de habilidades técnicas, relacionais, comunicacionais e políticas, para a prática efetiva e qualificada da gestão e do cuidado, em campo atravessado de história e subjetividade; b) humildade - o reconhecimento de que desvios, carências materiais, marginalidades, anormalidades, imoralidades e sofrimentos não devem ser reduzidos ao fenômeno doença, portanto não são passíveis de tratamento; c) democracia – o reconhecimento da necessidade de desburocratizar e des-hierarquizar, desarmando enviesamentos dados pelas relações de poder para uma atuação menos competitiva, valorizando os saberes da população, compartilhando responsabilidades, inclusive assumindo a transparência na prestação de contas, no estabelecimento de critérios, nas decisões, práticas e resultados.” (SAMPAIO et al., 2011. p. 4686)

Diversos são os referenciais para a prática de enfermagem em saúde mental. Estudo apontou como os em uso: as teorias de enfermagem, o referencial biomédico, referenciais que subsidiam práticas alternativas, como a terapia comunitária e a arteterapia, a teoria psicanalítica e a política pública de Redução de Danos (LIMA et al., 2014). Porém no âmbito hospitalar as teorias com foco no sujeito e seus contextos de vida ainda são negligenciadas, prevalecendo o referencial biomédico, combatido por algumas políticas públicas, e que favorece o desgaste mental do trabalhador.

A assistência de enfermagem em hospital psiquiátrico ainda se reduz ao atendimento das necessidades fisiológicas do paciente, sendo realizados cuidados com a alimentação, o sono e a higiene, ações de vigilância contínua dos internos, visando evitar atitudes agressivas, suicidas, manipulativas, depressivas, ansiosas, psicopatas e sexualmente amorais, além de administração de medicamentos. Tais ações são pautadas no saber médico e método cartesiano de causa-efeito, segundo, o qual o paciente deve ser internado, tratado e curado, perpetuando regras duras e propiciando a desfiliação parental (TAVARES; CORTEZ; MUNIZ, 2014).

Sem dúvidas, nesse âmbito, o trabalhador de enfermagem em instituição psiquiátrica vive em estado de alerta permanente em virtude da exposição às cargas mecânicas e físicas oriundas das agressões físicas pelos pacientes mais agitados e/ou quando da realização de algum procedimento de enfermagem; cargas químicas devido à exposição à fumaça de cigarros usados pela maioria dos pacientes psiquiátricos; cargas biológicas expressas pela exposição à infestação de parasitas, fluídos corporais dos pacientes e pelas inadequadas condições de higiene e limpeza da instituição; e cargas psicossociais presentes sejam pelas

características intrínsecas ao objeto de trabalho e/ou organização do trabalho. Segundo Barros; Araújo; Johann (2013) este ambiente de trabalho caracteriza-se pela alta exigência do ponto de vista econômico e psicológico, reproduzindo assim desconfortos relacionados ao trabalho.

O cuidado em enfermagem, na perspectiva reformista, baseado num cuidado qualificado, que respeite as singularidades, a dignidade e as necessidades humanas do paciente, em todas as suas dimensões, visando o desenvolvimento de um plano de segurança pessoal, identificando os problemas individuais e específicos, além da construção de uma consciência de valor do apoio social, seria importante fonte de prazer no trabalho, mediante a possibilidade do desenvolvimento de uma capacidade criativa e inventiva do profissional para a construção de projetos capazes de consolidar o modelo psicossocial, desta forma tendo impacto na satisfação no trabalho (SAMPAIO et al., 2011; SANTOS et al., 2014).

Os resultados de um estudo tomado como referência sobre o cuidado de enfermagem ao paciente internado em hospital psiquiátrico sugerem, a partir do relato de 07 (sete) enfermeiros, que a enfermagem é um agente terapêutico que valoriza o potencial sadio que cada pessoa possui, devendo “auxiliar o paciente a aceitar a si próprio e a melhorar as suas relações pessoais (...) visando desenvolver suas capacidades e habilidades para lidar da melhor forma possível com as dificuldades que possui” (BRUSAMARELLO et al., 2009. p. 82-83).

Para tanto, propõe-se que as ações de enfermagem pautem-se nos compromissos: de execução de ações de ajuda, valorização da fala, respeito da linguagem, curiosidade verdadeira pelas histórias e experiências do outro; tornar-se aprendiz sendo co-participante no processo de reabilitação, uso das ferramentas disponíveis e das evidências científicas, auxílio do doente no processo de revelar suas sabedorias, dar tempo ao tempo, trabalhar sempre um passo adiante e considerar sempre que as mudanças são constantes e inevitáveis (SANTOS et al., 2014).

Apesar da reestruturação da assistência psiquiátrica estar em movimento, ainda é grande o período de internação, a recorrência dos casos e o número de instituições com características manicomiais, o que agrava as condições de trabalho e saúde do profissional. A disponibilidade de recursos, treinamentos, *feedback* das práticas seguras e ações gerenciais de apoio, são fatores determinantes à adoção de práticas seguras pelos profissionais em instituição psiquiátrica (MORAIS; ORLANDI; FIGUEIREDO, 2015).

Sampaio et al. (2011) reforça a necessidade de refletir sobre este modelo de atenção baseado na reabilitação social, pois, o mesmo gera sobrecargas de trabalho oriundas não

somente das particularidades do tipo de paciente, mas também das particularidades da função de agente terapêutico, em parte por serem estes terapeutas de referência e pelo manejo difícil de alguns casos clínicos que podem gerar sofrimento ao trabalhador, propondo assim, que sejam planejadas manobras de enfrentamento para solucionar ou minimizar os impactos dos problemas de ser trabalhador de serviços de saúde mental.

2.3 Transtornos Mentais Comuns (TMC) - aspectos conceituais e instrumentos de avaliação

Os transtornos mentais vêm assumindo papel de destaque nos programas de saúde pública relacionados ao trabalho, por estarem inseridas no mundo do trabalho as dimensões físicas, sociais e emocionais, que proporcionam fonte de realização, satisfação e prazer. Contudo, devido às formas de exploração que o trabalho assumiu ao longo do tempo, o mesmo tem se tornado fonte de dor, adoecimento e morte (BARBOSA et al., 2012).

Segundo Carreiro et al. (2013) a saúde mental é influenciada diretamente pelas condições de trabalho. Corroborando para isso estudo de revisão de literatura, que aponta como causas do esgotamento profissional: insatisfação e falta de reconhecimento profissional, desgaste provocado pelo contato direto com o paciente, recompensas insuficientes, falta de autonomia, relações interpessoais disfuncionais, conflito de valores, falta de recursos humanos e materiais, longa jornada de trabalho, baixa remuneração, estreitamento do mercado de trabalho, alta exposição a riscos ocupacionais e a indefinição do papel profissional (SILVA; DIAS; TEIXEIRA, 2012).

Como causa de adoecimento mental entre profissionais de enfermagem, os TMC têm tomado grande visibilidade nos ambientes de trabalho, afetando negativamente a capacidade para o trabalho, os resultados do trabalho e conseqüentemente a assistência prestada (ALVES et al., 2015).

Os TMC são caracterizados por sintomas como humor depressivo, ansiedade, insônia, fadiga, irritabilidade, decréscimo de energia vital, sintomas somáticos e pensamentos depressivos, que refletem uma ruptura do funcionamento mental normal e provocam sofrimento mental. Destacam-se atualmente como os mais prevalentes problemas de saúde, gerando impactos econômicos decorrentes das demandas geradas nos serviços de saúde e do absenteísmo no trabalho (SOUZA et al., 2011b).

Por ser um grupo de sintomas ausentes na CID-10 e nos Manuais de Diagnóstico e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana V (DSM-V), os TMC assumem diversas

denominações, como Distúrbios Psíquicos Menores (DPM), Desordens Mentais Comuns (DMC), Morbidade Psiquiátrica Menor (MPM), Problemas Psiquiátricos Menores (PPM) e Transtornos Psíquicos Menores (TPM) (TAVARES et al., 2011).

Apesar de serem ausentes na CID-10, muitos dos sintomas apontados, podem ser encontrados na taxonomia, como episódio depressivo (F32), transtornos depressivo recorrente (F33), disritmia (F34.1), transtorno de ansiedade fóbica (F40), transtorno do pânico (F41.0), transtorno de ansiedade generalizada (F41.1), transtorno depressivo-ansioso misto (F41.2), transtorno obsessivo-compulsivo (F42), transtorno de ajustamento (F43.2), transtornos somáticos (F45.0), transtornos somatomorfes indiferenciados (F45.1) e neurastenia (F48.0) (WHO, 1994).

Revelar a incidência e prevalência dos TMC mostra-se extremamente relevante, caracterizando, assim, a necessidade de se utilizar instrumentos validados e de boa especificidade. A literatura aponta alguns instrumentos capazes de identificar tais distúrbios ou suas relações, dentro os quais: *General Health Questionnaire* (GHQ-12), *Clinical Interview Schedule – Revised* (CIS-R), *Structured Clinical Interview for DSM Disorders* (SCID-IV-TR), *Nurses Work Functioning Questionnaire* (NWFQ) e *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20).

O GHQ-12 é uma versão resumida de um instrumento elaborado por Golberg e Huxley em 1992, composto originalmente por 60 itens para detectar transtornos psiquiátricos não psicóticos em contextos comunitários e ocupacionais. A versão resumida é composta por cinco fatores: tensão ou estresse psíquico, desconfiança no próprio desempenho, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos e o fator geral para avaliação da ausência de saúde mental. Os itens são avaliados em uma escala do tipo Likert, já validada no Brasil (FONSECA; ARAÚJO, 2014).

O CIS-R é um instrumento estruturado e validado para medição de TMC, pouco utilizado, que faz uma análise retrospectiva da presença de um grupo de 14 sintomas: somáticos, fadiga, problemas do sono, irritabilidade, preocupações com a saúde física, depressão, ideias depressivas, preocupação, ansiedade, fobias, pânico, comportamentos compulsivos e obsessivos, problemas de esquecimento e de concentração. Os itens são avaliados em uma escala do tipo Likert (DAS-MUNSHI et al., 2014).

A SCID-IV-TR trata-se de uma entrevista psiquiátrica, com fins diagnósticos, amplamente, utilizada na área de saúde mental. Deve ser aplicada por clínico treinado e familiarizado com o instrumento, sendo dividido em seis módulos: episódios de humor, episódios psicóticos, transtornos psicóticos, transtornos de humor, transtornos por abuso de

substâncias e transtornos de ansiedade, alimentares e somatomorfes (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008).

O NWFQ é um questionário composto por 50 itens que avaliam as deficiências no trabalho em decorrência de TMC. Dividido em sete domínios: aspectos cognitivos da execução das tarefas, tomada de decisões prejudicada, incidentes de trabalho, comportamento de evitação, conflitos, contato deficiente com pacientes e familiares, e falta de energia e motivação. Este questionário tem apresentado ótima consistência interna em todos os domínios, e possibilita uma visão detalhada das consequências dos distúrbios mentais no trabalho dos profissionais de enfermagem (GÄRTNER et al., 2011; GÄRTNER et al., 2012).

O SRQ-20 é um questionário auto-aplicável, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1972, com o objetivo de propagação de cuidados em saúde mental. Sua versão original, criada na perspectiva de rastreamento de TMC, é composta por 30 questões: 20 para rastreamento de transtornos mentais psicossomáticos não-psicóticos (SRQ-20), quatro para transtornos psicóticos, uma para convulsões do tipo tônico-clônicas e cinco para transtornos por uso de álcool (TAVARES et al., 2011).

Dentre os instrumentos referidos destaca-se o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) por sua capacidade de rastreamento de sintomas em geral ao mesmo tempo em que específicos para a caracterização de casos suspeitos de TMC. Para Santos; Araújo; Oliveira (2009) apesar de os transtornos mentais/emocionais possuírem natureza múltipla, o SRQ-20 tem habilidade para rastreamento da saúde mental no ambiente ocupacional, tendo por base, estudo com 1.311 trabalhadores informais e formais ativos, que observou a divisão em quatro fatores dos itens do SRQ-20, a saber: humor depressivo-ansioso, sintomas somáticos, decréscimo de energia vital e pensamentos depressivos.

III. METODOLOGIA

3.1 Tipo do Estudo

Estudo seccional e censitário de natureza descritiva e abordagem quantitativa. Segundo Klein; Bloch (2009) os estudos seccionais, também denominados de transversais, inquéritos, estudos de prevalência, *cross-sectional* e *survey*, possuem como características principais a observação em determinado momento de uma quantidade planejada de indivíduos ou unidades de observação e a possibilidade de inferência sobre os resultados; apresentando como objetivo determinar a frequência em que o fenômeno ocorre e categorizar a informação. A pesquisa descritiva permite ao pesquisador descobrir determinados traços do seu objeto de pesquisa, sem a manipulação de variáveis ou procura por causa e efeito (GIL, 2010).

3.2 Local de Estudo

O estudo teve como cenário um hospital psiquiátrico público estadual da região nordeste do Brasil. A escolha teve como critérios características do hospital como o quantitativo de leitos de internação, as características da clientela, a estrutura física no modelo manicomial e por ser este referência na atenção em psiquiatria, recebendo pacientes vindos de todo o estado e estados vizinhos das regiões norte e nordeste.

O hospital é composto por: Unidade de Internação Integral com 160 leitos divididos em pavilhões masculinos, femininos, geriátrico e clínico, Unidade de Tratamento Anti-Crise com 08 leitos de atenção sendo 04 masculinos e 04 femininos, Serviço Ambulatorial para atendimentos externos e Serviço de Urgência e Emergência que funciona 24h por dia, com assistência de Enfermagem em todas as referidas unidades.

O hospital é caracterizado como personalidade jurídica, estabelecimento especializado do tipo psiquiátrico, sendo administrado pela esfera estadual e gestão municipal, e administração direta de saúde, e possui um amplo quadro profissional, composto por 255 profissionais (BRASIL, 2015).

Dados do Serviço Médico e Estatístico do hospital mostram que entre 2010 e 2011, houve uma redução de 8,5% dos atendimentos realizados pelo hospital, sendo em 2010 realizados 44.706 atendimentos, destes 34.590 ambulatoriais, 1.939 internações e 8.177 atendimentos de urgência; enquanto em 2011, foram 40.899 atendimentos, sendo 31.491 ambulatoriais, 2.092 internações e 7.316 atendimentos de urgências. Ainda tendo como

referência o ano de 2010, houve uma redução de 23,4% dos atendimentos em 2012, sendo um total de 34.239 atendimentos, distribuídos, entre 26.176 ambulatoriais, 1.913 internações e 6.150 atendimentos de urgência (FERNANDES, 2014).

Estruturalmente, o hospital possui diversas unidades, com atuação de diferentes profissionais. Apresenta uma estrutura física grande, de caráter prisional, com grades e portas travadas. Com relação à quantidade total de leitos, há um desencontro de informações, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNS) há 160 leitos de internação mantidos pelo SUS, porém, há 172 leitos na instituição (BRASIL, 2015).

No que se refere à assistência à saúde do trabalhador, o hospital possui uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), Projeto de Combate a Incêndios e Projeto Saúde Integral dos Servidores do Hospital, serviços prestados pelos próprios profissionais da instituição, e não possui Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), sendo os trabalhadores encaminhados ao CEREST quando apresentam comprometimento da saúde relacionado ao trabalho (FERNANDES, 2014).

3.3 Amostra do Estudo

A amostra deste estudo foi dividida em categorias, a saber, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem. Constituiu a população 98 profissionais de enfermagem da instituição psiquiátrica, sendo 18 enfermeiros e 80 técnicos/auxiliares de enfermagem, destes 05 profissionais participaram do pré-teste, sendo a população-alvo 93 participantes (17 enfermeiros e 76 técnicos/auxiliares de enfermagem).

Foi considerado elegível todo profissional integrante da equipe de enfermagem do hospital psiquiátrico, em uma das três categorias profissionais (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem). Foram excluídos profissionais de enfermagem que executam funções administrativas e que não prestavam assistência direta ao paciente. Aqueles profissionais de enfermagem que estavam afastados por licenças no período de coleta dos dados foram excluídos por suas licenças não serem relacionadas ao objeto de estudo.

O tamanho da amostra foi calculado por meio da fórmula:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot N}{e^2 (N - 1) + Z_{\alpha/2}^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q}}$$

Onde:

$Z(\alpha/2)$ – valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado (valor tabelado).

p – proporção populacional de indivíduos que pertence à categoria que estamos interessados em estudar.

q – proporção populacional de indivíduos que não pertence à categoria que estamos interessados em estudar ($q = 1 - p$).

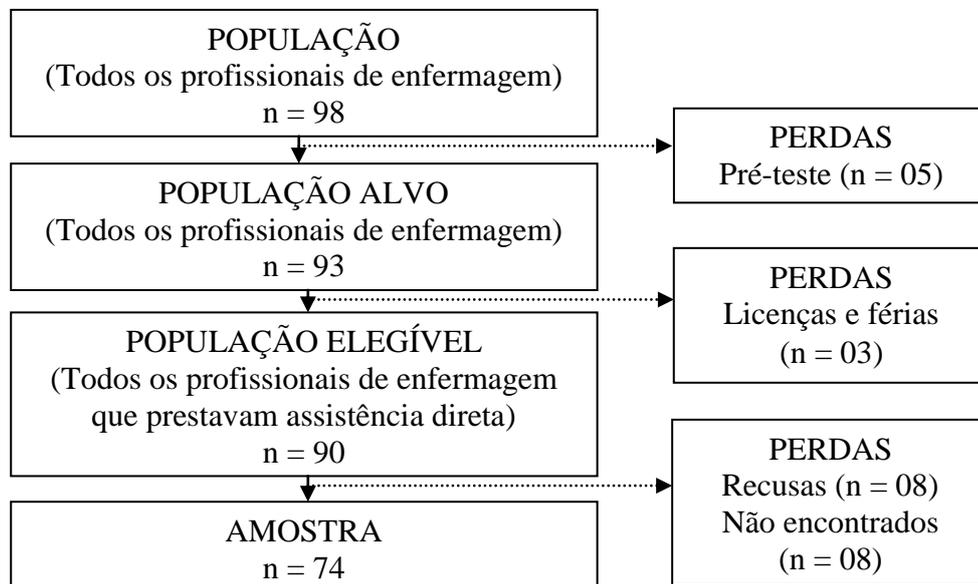
N – população elegível ($N = 90$).

e – erro amostral.

α – nível de significância.

Para estimativa do tamanho amostral, que representasse significativamente a população pesquisada, utilizou-se confiança de 95%, erro amostral para a proporção de 5% e significância de 5%. Pela estimativa e aplicação dos parâmetros levantou-se tamanho amostral de 70 participantes. Contudo na coleta de dados trabalhou-se com todos os elegíveis e que aceitaram participar do estudo. Portanto, participaram do estudo 74 trabalhadores de enfermagem, sendo 14 enfermeiros, 16 auxiliares de enfermagem e 44 técnicos de enfermagem, equivalendo a 82,2% da população elegível. Recusaram-se a participar 08 profissionais (02 enfermeiros e 06 auxiliar/técnicos de enfermagem). No momento da coleta de dados 03 profissionais estavam de licença (01 enfermeiro e 02 técnicos de enfermagem). Ressalta-se que 08 profissionais auxiliar/técnico de enfermagem não foram localizados no momento da coleta de dados. A Figura 01 apresenta o diagrama resumo da seleção da amostra deste estudo.

Figura 01 – Diagrama da amostra do estudo.



3.4 Instrumentos de Coleta de Dados

Os dados foram coletados, por meio de um questionário composto por três instrumentos com questões abertas e fechadas. O primeiro, constituído por questões para caracterização sociodemográfica, laboral e condições de saúde e hábitos de vida dos participantes (Apêndice A). O segundo foi o SRQ-20 (Anexo C) que avalia a existência ou não de TMC; e terceiro o Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA), composto por quatro sub-escalas (Anexo D): Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT), Escala de Custo Humano do Trabalho (ECHT), Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST) e Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT).

Ressalta-se que neste estudo, foram utilizadas somente duas sub-escalas do ITRA, a EACT e a ECHT. Considerando-se os objetivos deste estudo, as escalas EIPST e EADRT que avaliam as representações relativas às situações de prazer e sofrimento no trabalho e os efeitos do trabalho para a saúde, respectivamente, não foram utilizadas.

3.5 Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu entre os meses de março e abril de 2016, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery – Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (EEAN/HESFA) sob CAAE nº 52679216.7.0000.5238 e aquiescência do local de estudo por meio de entrevista face-a-face. Após contato com a diretoria da instituição co-participante, fez-se contato com a chefia de enfermagem a fim de obter listagem com os nomes e setores de todos os profissionais de enfermagem que atuavam na instituição.

Os profissionais de enfermagem foram convidados a participar da pesquisa em seu ambiente de trabalho e/ou por contato telefônico e receberam orientações detalhadas da pesquisa, em caso de aceite, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para auxiliar na coleta de dados foram convidadas 05 acadêmicas de enfermagem de uma instituição pública de ensino superior e 02 enfermeiras. As auxiliares de coleta receberam uma capacitação de 03 horas/aula no dia 03 de março de 2016, para executarem a entrevista de forma voluntária, durante a qual foi apresentada a pesquisa, seus instrumentos de coleta de dados, os preceitos éticos da pesquisa e definidos os horários para atuarem.

Na primeira semana de coleta de dados realizou-se um pré-teste com profissionais que não executavam assistência direta ao paciente, a fim de avaliar e aperfeiçoar o instrumento de coleta de dados. Participaram 05 profissionais, sendo 04 técnicos de enfermagem (03 funcionários que exerciam funções de atendente de enfermagem no ambulatório e 01 técnica de enfermagem da Central de Material e Esterilização) e 01 enfermeira-gerente. Após, esta avaliação, as questões referentes ao turno e setor de atuação na instituição sofreram ajustes para atender à clientela. Na avaliação do turno de trabalho na instituição (questão B15), foi acrescentado o item 3 ambos os turnos; na avaliação do setor de atuação (questão B08) a questão foi deixada em aberto.

3.6 Tratamento e Análise de Dados e Discussão de Resultados

Os dados foram organizados, processados e analisados com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0.

3.6.1 Aspectos sociodemográficos, laborais e condições de saúde e hábitos de vida

A organização e análise das variáveis inseridas nos modelos estatísticos ocorreram da seguinte maneira:

- A idade calculada em anos completos, por meio da data de nascimento e data da coleta de dados.
- A variável sexo foi dicotomizada em masculino e feminino.
- As respostas à variável situação conjugal foram solteiro(a), casado(a)/união estável, viúvo(a) e divorciado(a). Posteriormente, recodificada na variável “vivendo com companheiro”, sendo agrupados na condição “sim” os respondentes casado(a)/união estável, enquanto na condição “não” os solteiros(as), viúvos(as) e divorciados(as).
- A variável filhos menores de 06 anos dicotomizada em “com” e “sem” filhos.
- Raça/cor de pele, avaliada conforme parâmetros do IBGE, em preta, parda, amarela, branca e indígena. Posteriormente, recodificada em preta, branca e Parda/Amarela (pardos e amarelos).
- Nível de escolaridade (completo e maior) categorizado em nível fundamental, nível médio, graduação, pós-graduação (*latto sensu*) e pós-graduação (*stricto sensu*).

Agrupados para análises bivariadas, posteriormente, em “até ensino médio” e “ensino superior completo”.

- A variável categoria profissional foi avaliada nas categorias: enfermeiros e auxiliar/técnicos de enfermagem.
- A variável setor de atuação foi categorizada considerando o nível de complexidade em quatro categorias: unidade de internação (internação masculina, internação feminina, unidade geriátrica e unidade clínica), serviços de urgência/emergência (unidade de tratamento anti- crise e serviço de urgência-emergência), unidade ambulatorial (ambulatório) e vários setores (condição na qual atuam os enfermeiros, excetuando os setores ambulatoriais, central de material e unidade de tratamento anti- crise). Para as análises bivariadas foram consideradas as categorias: unidade de internação e serviços de urgência/emergência.
- As variáveis tempo de formado, tempo de atuação na enfermagem psiquiátrica, tempo de serviço na instituição e tempo de serviço no setor foram avaliadas em anos completos.
- A quantidade de vínculos empregatícios foi inquirida em três categorias: um vínculo, dois vínculos e mais de dois vínculos empregatícios formais. Agrupada para análises em “até um vínculo” e “02 ou mais vínculos”.
- A carga horária semanal na instituição foi avaliada em horas completas, e considerando-se três categorias para análise: até 30 horas e 31 ou mais horas.
- O turno foi avaliado em diurno, noturno e ambos os turnos. Para as análises bivariadas considerou-se realizar ou não plantões noturnos.
- Noites trabalhadas na última quinzena, independente do local de atuação, foi categorizada em nenhuma, até 05 noites e 06 ou mais noites trabalhadas. Para as análises bivariadas dicotomizada em até 06 noites e 06 ou mais noites.
- As queixas de saúde relacionadas ao trabalho foram avaliadas conforme auto-relato dos profissionais, em “sim” ou “não”. Aquelas referidas pelos participantes foram, posteriormente, agrupadas conforme classificação de domínios da CID-10.
- A atividade física e o tempo para lazer foram avaliados de forma dicotômica em “sim” ou “não”.
- Diagnóstico médico de condições de saúde avaliada segundo escala – Números de doenças diagnosticadas pelo médico, extraída do Índice de Capacidade para o Trabalho validado para o Brasil na década de 1990, por um grupo de pesquisadores

liderados por Tuomi (SILVA JUNIOR et al., 2011). Ressalta-se que de um total de 51 itens foram considerados 15 para o estudo em tela. Posteriormente, agrupados conforme classificação de domínios da CID-10. Para análise bivariada, calculou-se a média aritmética de doenças referidas pelos participantes, e considerada como ponto médio para discriminação das categorias, a saber: “até 3 diagnósticos” e “4 ou mais diagnósticos”.

- A variável queixas de insônia foi avaliada conforme condições de dificuldade para adormecer e retorno à dormir após despertar a noite e despertar antes do desejado. A avaliação ocorreu como proposto por Ohayon (2002) segundo um critério de frequência às questões referentes às últimas duas semanas: “você teve dificuldade para pegar no sono?”, “você acordou durante o sono e teve dificuldade para dormir de novo?” e “você acordou antes da hora desejada e não conseguiu adormecer de novo?”. Utilizou-se de uma escala do tipo Likert de cinco pontos (1 – nunca, 2 – raramente, 3 – às vezes, 4 – quase sempre e 5 – sempre). Quando o trabalhador de enfermagem respondeu a pelo menos uma questão com “quase sempre” ou “sempre”, considerou-se a presença de insônia. A variável foi categorizada em “presença” e “ausência” de queixas de insônia.
- A satisfação com o sono foi auto-referida e avaliada em uma escala do tipo Likert de cinco pontos (1 – muito insatisfeito, 2 – insatisfeito, 3 – nem satisfeito/nem insatisfeito, 4 – satisfeito, 5 – muito satisfeito). A variável foi agrupada em três categorias: satisfeito com o sono (escores 4 e 5), regular (escore 3) e insatisfeito com o sono (escores 1 e 2).

As variáveis qualitativas categóricas: sexo, vivendo com companheiro(a), filhos menores de 06 anos, raça/cor, escolaridade, setor, carga horária semanal, vínculos empregatícios, trabalho noturno, noites trabalhadas, atividade física, tempo para lazer, problemas de saúde com diagnóstico médico (referidos), problemas de saúde relacionados ao hospital (referidos), queixas de insônia e satisfação com o sono, foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa. As variáveis quantitativas contínuas: idade, tempo de formação, tempo de atuação na psiquiatria, na instituição e no setor atual foram descritas por meio de média e desvio padrão.

O Quadro 03 apresenta as variáveis, forma de aferição e definição das categorias de análise das variáveis testadas.

Quadro 03 – Quadro resumo das variáveis estudadas.

VARIÁVEL	FORMA DE AFERIÇÃO	CATEGORIA
Idade	Data de nascimento – Data de Coleta	Em anos completos
Sexo	Masculino/Feminino	Masculino/Feminino
Situação conjugal	Solteiro/Casado/União estável/Viúvo/Divorciado	Vivendo com companheiro (Sim/Não)
Filhos	Filhos menores de 06 anos (Sim/Não)	Filhos menores de 06 anos (Sim/Não)
Raça/cor	Preta/Parda/Amarela/Branca/Indígena	Preta/Branca/Parda/Amarela
Escolaridade	Nível fundamental/Nível médio/Graduação/Pós-graduação lato sensu/Pós-graduação stricto sensu	Até ensino médio/Ensino superior
Categoria Profissional	Enfermeiro/Auxiliar de Enfermagem/Técnico de Enfermagem	Enfermeiro/Auxiliar-Técnico
Setor	Internação masculina, feminina, geriátrica e clínica/Unidade de Tratamento Anticrise/Urgência/Emergência/Ambulatório/Vários Setores	Internação/Urgência-Emergência
Tempo de formado	Em anos completos	Em anos completos
Tempo na psiquiatria	Em anos completos	Em anos completos
Tempo na instituição	Em anos completos	Em anos completos
Tempo no setor	Em anos completos	Em anos completos
Vínculos empregatícios	Um vínculo/Dois vínculos/ Mais de 02 vínculos	Até um vínculo/02 ou mais vínculos
Carga horária semanal	20 horas/30 horas/ mais de 30 horas	Até 30 horas/ 31 ou mais horas
Turno	Diurno/Noturno/Ambos	Trabalho noturno (Sim/Não)
Noites trabalhadas	Questão aberta	Até 06 noites/ 06 ou mais noites
Atividade física	Sim/Não	Sim/Não
Tempo para lazer	Sim/Não	Sim/Não
Problemas de saúde com diagnóstico médico	15 itens do ICT	Até 03 diagnósticos/ 04 ou mais diagnósticos
Problemas de saúde relacionados ao trabalho	Sim/Não	Sim/Não
Queixas de insônia	Instrumento de Ohayon	Sim/Não
Satisfação com o sono	Muito insatisfeito/Insatisfeito/Satisfeito/Muito satisfeito/Nem satisfeito-Nem insatisfeito	Satisfeito/Regular/Insatisfeito

3.6.2 Exposição – Contexto de Trabalho e Custo Humano do Trabalho

O ITRA é um instrumento estruturado validado no Brasil por Ferreira e Mendes em 2003, sendo revalidado em 2006 e publicado em 2007, criado com a finalidade de atender a demanda de pesquisas que buscavam a relação entre o trabalho e os riscos de adoecimento (MENDES, 2007).

Trata-se de um questionário composto por quatro sub-escalas psicométricas interdependentes do tipo Likert, que avaliam relações entre trabalho e risco de adoecimento, propiciando o desenvolvimento de indicadores críticos relacionados ao trabalho, por meio da percepção dos trabalhadores acerca do processo de trabalho (MENDES, 2007).

Como referido anteriormente, no presente estudo utilizou-se a primeira sub-escala, EACT, composta por 31 questões divididas em três fatores: organização do trabalho (11 questões), condições de trabalho (10 questões) e relações socioprofissionais (10 questões). Trata-se de uma escala de cinco pontos, onde 1 (nunca), 2 (raramente), 3 (às vezes), 4 (frequentemente) e 5 (sempre).

A segunda sub-escala ECHT, também utilizada, possui 32 questões que expressam as exigências relativas ao trabalho por meio dos custos físico (10 questões), afetivo (12 questões) e cognitivo (10 questões). Também, é composta por cinco pontos, em que 1 (nada exigido), 2 (pouco exigido), 3 (mais ou menos exigido), 4 (bastante exigido) e 5 (totalmente exigido).

A EACT e a ECHT são compostas por itens negativos. Suas interpretações foram realizadas por fatores. Para o cálculo da média geral de cada fator, inicialmente processou-se a análise individual de cada item que compunha o fator, por meio de média e desvio padrão, posteriormente com o auxílio do software SPSS, os itens foram agrupados para formar os fatores, conforme orientações das autoras do instrumento.

A análise e classificação de risco para os itens e fatores das sub-escalas EACT e ECHT, considerou as orientações das autoras, configurando-se da seguinte forma, quando as médias foram:

- acima de 3,7 – avaliação mais negativa, risco grave para adoecimento;
- entre 3,69 e 2,3 – avaliação moderada, risco crítico para adoecimento; e
- abaixo de 2,29 – avaliação positiva/satisfatória, o ambiente de trabalho favorece a saúde do profissional.

Os resultados foram apresentados por meio de tabelas com a descrição de média e desvio padrão para cada item e, posteriormente, para cada fator. Ainda, calculada a distribuição da amostra por classificação de risco para cada fator, por meio de frequência absoluta e relativa.

Ainda, a fim de verificar a correlação entre cada fator das sub-escalas do ITRA utilizadas, optou-se pelo coeficiente de correlação de Spearman. Este coeficiente aponta um valor “r” compreendido no intervalo $(-1.0 < r < 1.0)$. Quando $r < 0$, as variáveis são inversamente proporcionais, enquanto valores $r > 0$ indicam correlação diretamente proporcional entre as variáveis (BISQUIERRA, SARRIERA, MARTINEZ, 2004). O Quadro 04 apresenta os valores do coeficiente e sua interpretação.

Quadro 04 – Valores de r e sua interpretação.

Coeficiente de Correlação (r) de Spearman	Interpretação
$r = 1.0$	Perfeita
$0,80 < r < 1.0$	Muito alta
$0,60 < r < 0,80$	Alta
$0,40 < r < 0,60$	Moderada
$0,20 < r < 0,40$	Baixa
$0 < r < 0,20$	Muita baixa
$r = 0$	Nula

Fonte: Bisquierra, Sarriera, Martinez (2004).

3.6.3 Desfecho - TMC

O desfecho foi medido através do SRQ-20, instrumento composto por 20 itens para rastreamento de transtornos psicossomáticos não-psicóticos que tenham ocorrido nos últimos 30 dias. Em caso afirmativo o item pontuou com valor 01 e negativo com valor 00. Validado no Brasil por Mari; Williams (1986).

Santos et al. (2010) com os objetivos de avaliar o desempenho do SRQ-20 e definir seu melhor ponto de corte, utilizando a análise de sensibilidade e especificidade pela curva *Receiver Operating Characteristic* (ROC), desenvolveram uma investigação com 91 indivíduos da zona urbana de Feira de Santana (BA). Os resultados do estudo apontaram sete (07) como ponto de corte “ótimo” para mulheres com equilíbrio entre sensibilidade (64,5%) e especificidade (64,5%), enquanto para os homens com sensibilidade de 80% e especificidade

de 83,4% o ponto de corte cinco (05) foi estimado como o melhor. Na avaliação da curva ROC para o sexo feminino o ponto de corte sete (07) ficou abaixo da curva 0,708 e para o sexo masculino o ponto de corte cinco (05) abaixo da 0,919. Deve-se enfatizar que a área sob a curva ROC representa a capacidade de discriminação dos casos, sendo a capacidade de discriminação diretamente proporcional à área da curva. Foi utilizado no estudo em tela como ponto de corte escore 05 para homens e escore 07 para mulheres.

Ressalta-se que a escolha deste instrumento para o estudo em tela fundamentou-se na sua grande utilização nos estudos tendo por população os profissionais de enfermagem com o objetivo de levantar a prevalência de TMC e ainda por apresentar boa especificidade e sensibilidade.

3.6.4 Avaliação da consistência interna

Para verificar a homogeneidade da amostra de itens do questionário procedeu-se a análise da consistência interna do questionário por meio da técnica alfa de *Cronbach*, por tratar-se de uma técnica viável quando os itens respondem a uma escala do tipo Likert. Esse coeficiente varia de zero a 01 e, quanto mais próximo de 01, maior a confiabilidade do instrumento. Este procedimento tornou-se necessário por ser a primeira vez que o SRQ-20 e as sub-escalas do ITRA foram aplicadas aos profissionais de enfermagem de uma instituição psiquiátrica (BISQUIERRA, SARRIERA, MARTINEZ, 2004).

3.6.5 Análise da normalidade dos dados

Os dados quantitativos e os fatores das sub-escalas do ITRA foram avaliados quanto à aderência a distribuição normal por meio do teste Kolmogorov – Smirnov, com o objetivo de adequação dos testes estatísticos bivariados. Quando o p valor é superior a 0,20 indica que os dados não diferem significativamente de uma distribuição normal, apontando para a necessidade de testes paramétricos (BISQUIERRA, SARRIERA, MARTINEZ, 2004).

3.6.6 Análise das associações entre os TMC, variáveis e a exposição.

Inicialmente, fez-se o levantamento da prevalência de casos positivos para TMC. Posteriormente, procedeu-se a análise bivariada com o objetivo de avaliar a associação entre as variáveis e os TMC, como segue:

- Variáveis qualitativas *versus* TMC: utilizou-se os testes qui-quadrado (χ^2) e Teste Exato de Fisher, quando frequência esperada menor que 5%; e
- Variáveis quantitativas *versus* TMC: teste t de Student para as co-variáveis com aderência a normalidade ($p > 0,20$), e teste U de Mann Whitney para as que não aderiram à normalidade ($p < 0,20$).

As relações entre os TMC e os fatores das sub-escalas do ITRA foram analisadas por meio do teste t de Student para os fatores com aderência à normalidade ($p > 0,20$), enquanto aos fatores sem aderência à normalidade ($p < 0,20$) aplicou-se o teste U de Mann Whitney.

Ressalta-se que em todos os testes foi adotado intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Após análise estatística os dados foram apresentados por meio de tabelas e a discussão balizada no referencial teórico e estudos sobre TMC e saúde do trabalhador.

3.7 Aspectos Éticos

O desenvolvimento do estudo atendeu aos preceitos da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Conforme preconizados na Resolução foram apresentados aos participantes os objetivos e o método da pesquisa. O entrevistador fez leitura do TCLE e em seguida solicitou assinatura e rubricas, caso de acordo, iniciando então a coleta de dados. Todos os questionamentos realizados pelos participantes foram esclarecidos.

Riscos mínimos eram previsíveis relacionados à remota perda dos dados que será minimizada por um processo de armazenamento dos roteiros de investigação em pastas e em microcomputador. Em caso de constrangimentos o entrevistador deveria parar a entrevista, continuar com a aquiescência do/a entrevistado/a ou suspender a pesquisa. O pesquisador comprometeu-se com o anonimato dos participantes, ou seja, os nomes dos envolvidos e/ou informações que possibilitem sua identificação não foram divulgadas, a fim de zelar pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa.

Os benefícios do estudo relacionados aos participantes relacionam-se a contribuição para a formulação de medidas eficazes baseadas em evidências científicas para a minimização do sofrimento psíquico sentido pelos profissionais de enfermagem da assistência psiquiátrica, além de possibilitar a reflexão das reais condições de trabalho.

Ressalta-se, ainda que, os dados coletados foram utilizados nesta pesquisa e os resultados poderão ser divulgados em eventos e revistas científicas. As respostas foram

tratadas de forma anônima e confidencial através de códigos. O material coletado será guardado por cinco (05) anos e incinerado ou deletado após esse período.

IV. PERFIL DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

Em atenção ao instrumento de coleta de dados por meio do qual é possível caracterizar os participantes do estudo quanto aos aspectos sociodemográficos, laborais e de condições de saúde e hábitos de vida tece-se considerações sobre estes dados, por entender que tais variáveis importam às discussões quando vinculadas ao objeto de estudo. Nesta perspectiva a apresentação preliminar destes dados tornou-se necessária em virtude do aprofundamento do debate em torno das questões inerentes aos fatores associados aos TMC entre trabalhadores de enfermagem.

4.1 Caracterização sociodemográfica

A Tabela 01 descreve as características estudadas relacionados aos aspectos sociodemográficos.

Tabela 01 – Caracterização sociodemográfica dos trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico no nordeste brasileiro. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).

VARIÁVEIS	n	%
Sexo		
Feminino	68	91,9
Masculino	06	8,1
Vivendo com companheiro(a)		
Sim	34	45,9
Não	40	54,1
Filhos menores de 06 anos		
Nenhum	65	87,8
01 ou mais	09	12,2
Raça/cor (n = 73)		
Parda/Amarela	48	65,8
Preta	13	17,8
Branca	12	16,4
Escolaridade		
Até ensino médio	43	58,1
Ensino superior	31	41,9

Os trabalhadores de enfermagem eram predominantemente do sexo feminino (91,9%, n = 68), não viviam com companheiro (54,1%, n = 40), sem filhos menores de 06 anos de idade (87,8%, n = 65), da raça Parda/Amarela (65,8%, n = 48) e o maior quantitativo de trabalhadores tinha até o ensino médio (58,1%, n=43).

Na Tabela 02 estão apresentadas as medidas descritivas para a variável idade em trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico.

Tabela 02 – Medidas descritivas para idade em trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico no nordeste brasileiro. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).

VARIÁVEL	MÉDIA	DP	MÍNIMO	MÁXIMO
Idade	49,05	9,22	23	71

Os trabalhadores de enfermagem tinham em média 49 anos de idade (DP±9,22), com idade mínima 23 e máxima 71 anos.

Na Tabela 03 estão apresentados os dados sociodemográficos dos participantes do estudo segundo categoria profissional.

Tabela 03 – Associação entre variáveis sociodemográficas e categoria profissional em trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).

VARIÁVEIS	CATEGORIA PROFISSIONAL				Total n(%)	p
	Enfermeiro		Auxiliar/Técnico			
	n	%	n	%		
Sexo						0,884*
Feminino	13	19,1	55	80,9	68(100)	
Masculino	01	16,7	05	83,3	06(100)	
Vivendo com companheiro(a)						0,773 [†]
Sim	07	20,6	27	79,4	34(100)	
Não	07	17,5	33	82,5	40(100)	
Filhos menores de 06 anos						0,542 [†]
Nenhum	12	18,5	53	81,5	65(100)	
01 ou mais	02	22,2	07	77,8	09(100)	
Raça/cor (n = 73)						<0,001 [†]
Parda/Amarela	06	12,5	42	87,5	48(100)	
Preta	00	0	13	100	13(100)	
Branca	08	66,7	04	33,3	12(100)	
Escolaridade						<0,001 [†]
Até ensino médio	00	0	43	100	43(100)	
Ensino superior	14	45,2	17	54,8	31(100)	

*Teste Exato de Fisher [†]Teste X²

Identificou-se diferença estatística significativa entre as categorias profissionais considerando-se as variáveis raça/cor (p<0,001) e escolaridade (p<0,001). A raça/cor preta está associada à categoria profissional auxiliar/técnico de enfermagem. No que se refere ao grau de escolaridade entre os enfermeiros a maioria possuía pós-graduação do tipo especialização (64,3%, n = 09), enquanto para os profissionais de enfermagem de nível médio constatou-se que 01 (6,3%) auxiliar de enfermagem e 16 (36,4%) técnicos de enfermagem possuíam nível superior.

Na Tabela 04 está apresentada a distribuição dos trabalhadores de enfermagem por idade segundo categoria profissional.

Tabela 04 – Associação entre idade e categoria profissional em trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).

Idade	CATEGORIA PROFISSIONAL			p*
	Enfermeiro	Auxiliar/Técnico	Total	
Média	49,64	48,92	49,05	0,793
DP	7,35	9,65	9,22	
Intervalo (min-max)	34 – 61	23 – 71	23 – 71	

*Teste t de Student

No que se refere à variável idade, não se encontrou diferença estatística significativa entre as categorias profissionais.

4.2 Caracterização laboral

A Tabela 05 apresenta as características relacionadas ao trabalho profissional.

Tabela 05 – Caracterização laboral dos trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico no nordeste brasileiro. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).

VARIÁVEIS	n	%
Categoria Profissional		
Enfermeiro	14	18,9
Auxiliar/Técnico	60	81,1
Setor		
Internação	47	63,5
Urgência/Emergência	14	18,9
Vários Setores	12	16,2
Ambulatório	01	1,4
Carga horária semanal		
Até 30 horas	52	70,3
31 ou mais	22	29,7
Vínculos empregatícios		
Até um vínculo	40	54,1
02 ou mais vínculos	34	45,9
Trabalho noturno		
Sim	42	56,8
Não	32	43,2
Noites trabalhadas		
Até 06 noites	65	87,8
06 ou mais noites	09	12,2

Entre a equipe de enfermagem a maioria correspondia aos auxiliar/técnicos de enfermagem (81,1%, n = 60), atuavam no setor de internação (63,5%, n = 47), mais da metade dos respondentes (70,3%, n = 52) referem ter jornada semanal de trabalho até 30 horas, um

único vínculo empregatício (54,1%, n = 40) e fazia plantões noturnos (56,8%, n = 42), 12,2% (n = 09) fizeram 06 ou mais plantões noturnos nos 15 dias antecedentes à coleta de dados.

Na Tabela 06 apresenta-se as medidas descritivas das variáveis laborais contínuas.

Tabela 06 - Medidas descritivas para variáveis laborais contínuas em trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico no nordeste brasileiro. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).

VARIÁVEL	MÉDIA	DP	MÍNIMO	MÁXIMO
Tempo de formado	19,70	9,97	01	37
Tempo na psiquiatria	18,58	11,73	00	47
Tempo na instituição	17,62	11,73	00	47
Tempo no setor	7,14	8,57	00	31

O tempo médio de formado foi de 19,7 anos ($\pm 9,97$), de atuação na psiquiatria de 18,58 anos ($\pm 11,73$), de atuação na instituição pesquisada de 17,62 anos ($\pm 11,73$) e de atuação no atual setor de 7,14 anos ($\pm 8,57$).

Na Tabela 07 observa-se a distribuição segundo variáveis laborais categóricas por categoria profissional.

Tabela 07 – Associação entre variáveis laborais categóricas e categoria profissional em trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).

VARIÁVEIS	CATEGORIA PROFISSIONAL				Total n(%)	p
	Enfermeiro		Auxiliar/Técnico			
	N	%	N	%		
Setor						0,230*
Internação	00	0	47	100	47(100)	
Urgência/Emergência	01	7,1	13	92,9	14(100)	
Carga horária semanal						0,007[†]
Até 30 horas	14	26,9	38	73,1	52(100)	
31 ou mais	00	0	22	100	22(100)	
Vínculos empregatícios						0,034[†]
Até um vínculo	04	10	36	90	40(100)	
02 ou mais vínculos	10	29,4	24	70,6	34(100)	
Trabalho noturno						0,018[†]
Sim	04	9,5	38	90,5	42(100)	
Não	10	31,3	22	68,8	32(100)	
Noites trabalhadas						0,122 [†]
Até 06 noites	14	21,5	51	78,5	65(100)	
06 ou mais noites	00	0	09	100	09(100)	

*Teste Exato de Fisher [†]Teste X²

Observou-se associação entre as categorias profissionais e as variáveis carga horária semanal (p = 0,007), vínculos empregatícios (p = 0,034) e trabalho noturno (p = 0,018). A

categoria profissional auxiliar/técnico de enfermagem está associada à carga horária superior a 30 horas semanais, ao possuir mais de um vínculo empregatício e a fazer plantões noturnos.

Na Tabela 08 está apresentada a distribuição dos trabalhadores de enfermagem por variáveis laborais contínuas segundo categoria profissional.

Tabela 08 – Associação entre variáveis laborais contínuas e categoria profissional em trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).

VARIÁVEL	CATEGORIA PROFISSIONAL			p*
	Enfermeiro	Auxiliar/Técnico	Total	
Tempo de formado				0,115
Média	23,74	18,78	19,70	
DP	7,51	10,30	9,97	
Intervalo (min-max)	07 – 35	01 – 37	01 – 37	
Tempo na psiquiatria				0,689
Média	18,86	18,52	18,58	
DP	11,56	11,87	11,73	
Intervalo (min-max)	01 – 34	0 – 47	0 – 47	
Tempo na instituição				0,901
Média	17,57	17,63	17,62	
DP	11,47	11,88	11,73	
Intervalo (min-max)	01 – 34	0 – 44	0 – 44	
Tempo no setor				0,028
Média	10,93	6,25	7,14	
DP	9,40	8,20	8,57	
Intervalo (min-max)	01 – 29	0 – 31	0 – 31	

*Teste U de Mann Whitney

Observou-se associação significativa entre as categorias profissionais e o tempo de atuação no setor ($p = 0,028$). Os enfermeiros foram os profissionais com maior tempo de atuação no mesmo setor em relação aos auxiliar/técnicos de enfermagem.

4.3 Condições de saúde e hábitos de vida

Na Tabela 09 são apresentadas as variáveis relacionadas às condições de saúde e hábitos de vida dos trabalhadores de enfermagem do hospital psiquiátrico.

Tabela 09 – Condições de saúde e hábitos de vida dos trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico no nordeste brasileiro. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).

CONDIÇÕES DE SAÚDE E HÁBITOS DE VIDA	n	%
Atividade física		
Sim	42	56,8
Não	32	43,2
Tempo para lazer		
Sim	58	78,4
Não	16	21,6
Problemas de saúde com diagnóstico médico		
Até 03 diagnósticos	55	74,3
04 ou mais diagnósticos	19	25,7
Problemas de saúde relacionados ao trabalho		
Sim	13	17,6
Não	61	82,4
Queixas de insônia		
Sim	06	8,1
Não	68	91,9
Satisfação com o sono		
Satisfeito	19	25,7
Regular	15	20,3
Insatisfeito	40	54,0

Verificou-se pelo auto-relato que o maior quantitativo de trabalhadores de enfermagem do hospital psiquiátrico praticava atividade física (56,8%, n = 42), possuía tempo livre para lazer (78,4%, n = 58) e não referiram problemas de saúde relacionados ao trabalho (82,4%, n = 61).

Os resultados mostram que 74,3% (n=55) dos trabalhadores de enfermagem referiram até 3 problemas de saúde diagnosticados pelo profissional médico. Com relação ao sono, somente 6 (8,1%) trabalhadores de enfermagem referiram queixas de insônia, porém, 40 (54,1%) respondentes declararam insatisfação com o sono.

Com relação à problemas de saúde com diagnóstico médico referidos pelos participantes, a Tabela 10 descreve como as mais citadas: varizes (44,6%, n= 33), hipertensão arterial (36,5%, n = 27) e colesterol elevado (24,35%, n = 18).

Referente às outras condições de saúde que não faziam parte da Tabela 10, foram mais referidas as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (6,8%, n = 5) e os transtornos mentais e comportamentais (5,4%, n = 4).

Tabela 10 – Problemas de saúde com diagnóstico médico referidos pelos trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico do nordeste brasileiro. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).

Problemas de saúde com diagnóstico médico	n	%
Varizes	33	44,6%
Hipertensão arterial	27	36,5%
Colesterol elevado	18	24,3%
Úlcera gástrica ou duodenal/gastrite	15	20,3%
Obesidade	11	14,9%
DORT (Doença Osteomuscular) ou LER (lesão por esforço repetitivo, tendinite, sinovite)	11	14,9%
Diabetes	09	12,2%
Apneia Obstrutiva do Sono (interrupção da respiração durante o sono)	09	12,2%
Cálculo na vesícula	07	9,5%
Asma (bronquite asmática)	06	8,1%
Hérnia de disco	06	8,1%
Doença do rim (insuficiência renal, pedra ou cálculo, nefrite, doença policística)	05	6,8%
Câncer	02	2,7%
Enfisema, bronquite crônica ou doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)	01	1,4%
Outra condição/problema de saúde não listada anteriormente?	25	33,8%

A Tabela 11 apresenta os problemas de saúde referidos pelos profissionais de enfermagem como relacionadas ao trabalho, agrupadas conforme CID-10.

Tabela 11 – Problemas de saúde relacionadas ao trabalho referidos pelos trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico do nordeste brasileiro. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 13).

Condições de saúde referidas	n	%
Transtornos mentais e comportamentais	06	46,1%
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	02	15,4%
Doenças do aparelho respiratório	01	7,7%
Doenças do aparelho circulatório	01	7,7%
Doenças infecciosas e parasitárias	01	7,7%
Doenças do sistema nervoso	01	7,7%
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	01	7,7%

Entre os problemas de saúde referidos pelos trabalhadores de enfermagem como relacionadas ao trabalho no hospital psiquiátrico, os transtornos mentais e comportamentais apontaram com maior quantitativo de referências (46,2%, n = 06), seguido das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (15,4%, n = 02).

A Tabela 12 traz a distribuição dos trabalhadores de enfermagem por aspectos relacionados às condições de saúde e hábitos de vida segundo categoria profissional.

Tabela 12 – Associação entre variáveis relacionadas às condições de saúde e hábitos de vida e categoria profissional em trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).

VARIÁVEIS	CATEGORIA PROFISSIONAL				Total n(%)	p
	Enfermeiro		Auxiliar/Técnico			
	n	%	n	%		
Atividade física						0,528*
Sim	09	21,4	33	78,6	42(100)	
Não	05	15,6	27	84,4	32(100)	
Tempo para lazer						0,144*
Sim	13	22,4	45	77,6	58(100)	
Não	01	6,2	15	93,8	16(100)	
Problemas de saúde com diagnóstico médico						0,686*
Até 03 diagnósticos	11	20	44	80	55(100)	
04 ou mais diagnósticos	03	15,8	16	84,2	19(100)	
Problemas de saúde relacionados ao trabalho						0,230*
Sim	04	30,8	09	69,2	13(100)	
Não	10	16,4	51	83,6	61(100)	
Queixas de insônia						0,884*
Sim	01	16,7	05	83,3	06(100)	
Não	13	19,1	55	80,9	68(100)	
Satisfação com o sono						0,410 [†]
Satisfeito	02	10,5	17	89,5	19(100)	
Regular	02	13,3	13	86,7	15(100)	
Insatisfeito	10	25	30	75	40(100)	

*Teste X² †Teste Exato de Fisher

Neste conjunto de variáveis não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre as categorias profissionais ($p > 0,05$).

4.4 Caracterização sociodemográfica, laboral e de condições de saúde e hábitos de vida

Os trabalhadores de enfermagem da instituição psiquiátrica tinham em média 49 anos de idade, próxima da encontrada em estudo realizado por Boaretto et al. (2016) com trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário paranaense (45,2 anos), por Malinauskiene et al. (2011) com enfermeiros hospitalares da Lituânia (45,9 anos) e em outro realizado por Tavares et al. (2014) com enfermeiros docentes de universidades federais do

Rio Grande do Sul (47 anos). Estes resultados apontam para uma população com idade relativamente elevada.

Os resultados encontrados referentes à idade confirmam os dados da pesquisa Perfil da Enfermagem Brasileira que identificou 40,1% de trabalhadores de enfermagem com idade entre 36 e 50 anos. Nessa direção, Machado et al. (2015) afirmam que estes trabalhadores encontram-se na fase de maturidade profissional caracterizada por amplo desenvolvimento de capacidade técnica e prática, produtividade, criatividade, com domínio de habilidades e destreza cognitiva. Ainda, segundo os estudiosos, encontram-se na fase de certeza e afirmação profissional e de busca por prosperidade econômica, que reflete no aperfeiçoamento e idealização de ascensão profissional, por parte dos técnicos de enfermagem, na maioria das vezes, pelo ingresso no curso superior.

Por outro lado esta maturidade pode equivocadamente ser entendida como uma proteção contra os riscos e acidentes no trabalho, quando se sentem habilitados e com destreza. E a falta de política de plano de carreira pode levar a insatisfação profissional comprometendo a saúde do trabalhador. Outra condição importante à saúde do trabalhador se refere à condição de que trabalhadores com mais idade podem vir a trabalhar menos horas.

Esta avidez por ascensão profissional seja na enfermagem ou outra carreira de nível superior foi identificada neste estudo quando um total de 17 auxiliar/técnicos de enfermagem possuíam graduação. No que se refere à qualificação profissional, os enfermeiros, em grande parte possuíam pós-graduação. Estudo, afirma que quanto maior a qualificação maior a possibilidade de escolhas, influenciando assim a condição socioeconômica e inserção laboral (MAGNAGO et al., 2015).

Com relação à qualificação os achados permitem inferir, ainda, que maior qualificação remete maiores possibilidades de escolha para setores de atuação, dados revelados estatisticamente significativos no estudo em tela em virtude do maior tempo de atuação no mesmo setor por parte dos enfermeiros.

Verificou-se predominância do sexo feminino na amostra estudada (91,9%, n = 68), dado semelhante a estudos com profissionais de enfermagem de serviços de saúde mental de Minas Gerais (ALVES et al., 2013), do Rio de Janeiro (SOUZA et al., 2015a) e da Noruega (ROELEN et al., 2013). Porém, dado que diverge de outros estudos com profissionais de enfermagem de serviços de saúde mental de São Paulo (SOUZA et al., 2015b) e da Jordânia (HAMAIDEH, 2012).

A predominância do sexo feminino na amostra remete a formação histórica da enfermagem e a divisão social do trabalho. A mulher mesmo quando inserida no mercado de

trabalho protagoniza atividades típicas de assistir (cuidar) ao(do) outro. Dados da pesquisa Perfil da Enfermagem Brasileira mostraram que havia um predomínio de 87,24% de mulheres na enfermagem até o ano de 2010 (BOARETTO et al., 2016). Desta forma, fica evidente, que as questões de gênero não podem ser deixadas de lado quando da avaliação do processo de trabalho em enfermagem, em especial, o processo saúde-doença-trabalho.

Referente à situação conjugal o maior estrato era de trabalhadores que não viviam com companheiro, equivalente àqueles profissionais que se encontravam no momento da entrevista solteiro, viúvo e divorciado (54,1%, n = 40) e não possuíam filhos menores de 6 anos (87,8%, n = 65).

Quanto à situação conjugal, a predominância verificada neste estudo têm consonância com pesquisa realizada com enfermeiras hospitalares de Taiwan (LIN et al., 2014) e outra realizada com enfermeiras hospitalares do Rio de Janeiro (ROTENBERG; COSTA; GRIEP, 2014), contudo diverge de outras pesquisas nacionais (MACHADO et al., 2014; SOUZA et al., 2015a; BOARETTO et al., 2016) e internacionais (AHMED et al., 2012; TAGHINEJAD et al., 2014).

Quanto ao fator possuir filhos os dados são semelhantes a estudo realizado em instituição psiquiátrica localizada no interior paulista (DIAS; FUREGATO, 2016).

Os resultados quanto à situação conjugal e possuir filhos menores de 06 anos, neste estudo, podem refletir em menor sobrecarga doméstica a estes trabalhadores.

A maioria dos trabalhadores de enfermagem se auto-referiram pardo/amarelo (65,8%, n = 48). Este dado diverge de pesquisas realizadas com profissionais de enfermagem do Mato Grosso do Sul (THEME FILHA; COSTA; GUILAM, 2013) e do Rio Grande do Sul (MAGNAGO et al., 2015) para as quais a maior parte dos trabalhadores se auto-referiram brancos. Esta divergência pode ser dada por questões regionais, à medida que o estudo em tela foi desenvolvido no nordeste brasileiro, região marcada por suas características afro-brasileiras.

Os dados referentes à raça/cor revelam uma disparidade ainda latente na enfermagem, quando feita uma análise estratificada por categoria profissional. Enquanto a maioria dos enfermeiros se declaram brancos, a maioria dos auxiliares/técnicos de enfermagem Parda/Amarelas (pardos); somados os trabalhadores de enfermagem de nível médio que se auto-referiram Parda/Amarelas e pretos se sobressaem em relação aos declarados brancos. Esta constatação também foi mostrada na pesquisa Perfil da Enfermagem Brasileira já mencionada anteriormente (MACHADO et al., 2015).

Estudos apontam que no Brasil os negros permanecem ocupando espaços no mercado de trabalho em atividades menos valoradas, com maior demanda de esforço físico, menor desempenho intelectual e baixa remuneração, em detrimento aqueles que se declaram brancos e com formação de nível superior (AUGUSTO; ROSELINO; FERRO, 2015).

As variáveis laborais apontam para a predominância de auxiliar/técnicos de enfermagem (81,1%, n = 60), sendo 18,9% (n = 14) enfermeiros. A proporção de enfermeiro na equipe é superior à levantada em estudos realizados com profissionais de enfermagem nos municípios gaúchos de Campo Grande que identificou 15,7% da equipe como enfermeiros (THEME FILHA; COSTA; GUILAM, 2013) e Porto Alegre onde os enfermeiros representavam 16,4% da amostra pesquisada (URBANETTO et al., 2013).

Mais da metade dos profissionais de enfermagem exerciam suas funções no setor de internação. Este dado diverge de estudo realizado com profissionais de saúde mental da Jordânia, para o qual somente 44,6% assistiam pacientes de longa permanência (HAMAIEDEH, 2014).

Observou-se que os tempos médios de formação para o exercício da função naquela instituição, de atuação na psiquiatria, na instituição pesquisada e no atual setor mostraram-se elevados. Os dados referentes à temporalidade são semelhantes aos encontrados em estudo na Suécia, que aponta a longa experiência no cuidado psiquiátrico como positiva à saúde do trabalhador, pois determina maior clareza de papéis (HANNA; MONA, 2014). Pondera-se, contudo, que a longa experiência na instituição psiquiátrica pode remeter a uma exposição prolongada aos riscos e agravos à saúde relacionados ao setor.

Para Soares et al. (2011) papel deve ser compreendido de forma mais ampla, além da atribuição como sinônimo de função, propõem refletir sobre a posição do profissional como ator social diante de cenários diferenciados, assumindo papéis diversos conforme o contexto no qual se insere. Apontam, mediante resultados de pesquisa em CAPS de Curitiba que essa pluralidade de papéis que o profissional de enfermagem pode assumir, dificulta a construção de um papel claro da enfermagem na atenção psiquiátrica. Pessoa Junior et al. (2016) acrescentam ainda nessa discussão que as mudanças implantadas com a Reforma Psiquiátrica Brasileira ressignificam a assistência ao portador de transtorno mental evidenciando desafios gigantescos a serem superados para o reconhecimento do papel do hospital psiquiátrico na atual conformação.

A carga horária de trabalho semanal mais frequente foi até 30 horas (70,3%, n = 52), dado que diverge de pesquisa realizada em hospital público da Bahia com profissionais de

enfermagem que observou 59,9% exercendo carga horária semanal superior a 40 horas (RODRIGUES et al. 2014).

Em relação a outro emprego, constatou-se que a maioria não possuía. Outros estudos encontraram o mesmo resultado (URBANETTO et al., 2013; RODRIGUES et al., 2014; MAGNAGO et al., 2015; SILVA et al., 2016).

É pertinente levantar a reflexão sobre o dispêndio excessivo de tempo pelo profissional de enfermagem para o exercício laboral, em face da elevada proporção de profissionais de nível médio exercendo carga horária superior a 30 horas semanais e com 2 ou mais vínculos empregatícios.

Dados de um estudo realizado no Rio de Janeiro demonstrou que a centralidade do trabalho na vida do profissional é fator comum na enfermagem (PEREIRA, 2015). Para Machado et al. (2014) essa condição é muito comum na enfermagem brasileira em virtude dos baixos salários, insuficientes para suprir as necessidades da família. Felli (2012) corrobora essa afirmação ao citar que apesar do crescimento econômico da profissão de enfermagem, esta ainda, é submetida a jornadas laborais semelhantes e/ou superiores à do médico, porém, com salários inferiores aos dos outros profissionais da saúde de nível superior.

Em relação ao turno de trabalho constatou-se elevado percentual de profissionais do turno noturno (56,8%, n = 42). Na instituição pesquisada, é freqüente, profissionais de enfermagem exercendo mais de um turno de trabalho, denominado “segundo turno” ou “segunda escala”. Trata-se de uma condição que pode aumentar a sobrecarga física e mental. Fica evidente, portanto, que mais da metade dos profissionais de enfermagem exercem funções durante o turno noturno.

Estudos apontam que o trabalho noturno é prejudicial à saúde do trabalhador à medida que promove alterações na rotina para adequação às atividades noturnas, diminuição da capacidade mental e cognitiva, cansaço físico e risco de exposição a acidentes e falhas, alterações nas funções gastrointestinais e no ritmo circadiano, e ainda pode determinar prejuízos nas relações familiares e social (MACHADO et al., 2014; LORO et al., 2016).

Os dados encontrados neste estudo revelam que profissionais da categoria auxiliar/técnico são mais vulneráveis ao adoecimento, pois, são os que trabalham mais horas consequentemente tem mais empregos e maiores chances de trabalhar à noite.

Sobre as questões referentes aos hábitos de vida, foi encontrada predominância de profissionais que referiram praticar atividade física (56,8%, n = 42) e possuir tempo para lazer

(78,4%, n = 58). Sobre isto, estudo com enfermeiros de clínica cirúrgica mostrou que a maioria não praticava atividade física (SILVA et al., 2016).

Estudos apontam que uma parcela considerável da população não atinge os níveis recomendáveis quanto à prática de atividade física, e que os níveis de lazer e atividade física no local de trabalho continuam diminuindo, comportamento prejudicial para a saúde mental (HARVEY et al., 2010; RIOS et al., 2011).

Profissionais de enfermagem que não praticavam atividade física em estudo no Brasil apresentaram médias elevadas de danos sociais (SILVA et al., 2015), na Lituânia a inatividade física e de lazer foi responsável por avaliações negativas do estado de saúde (MALINAUSKIENE et al., 2011). Assim, acredita-se que a prática de atividade física e de lazer promove impacto positivo na saúde e qualidade de vida do trabalhador de enfermagem, agindo como medida protetiva aos problemas provenientes do ambiente laboral.

A presença de doenças diagnosticadas por médico foi informada por todos os trabalhadores de enfermagem da instituição, sendo que 25,7% (n = 19) referiram mais de 4 problemas de saúde. Entre os problemas de saúde referidos 44,6% apontaram as varizes como problema mais frequente, seguido de hipertensão arterial (36,5%) e colesterol elevado (24,3%).

A presença de varizes também foi identificada em estudo transversal que tinha por objetivo estimar a ocorrência de agravos à saúde referidos pelos trabalhadores de enfermagem em um hospital público de Feira de Santana, Bahia, no qual 46,3% informaram apresentar varizes em membros inferiores (MACHADO et al., 2014). Dado este, segundo os autores que pode ser justificado pela natureza do trabalho da enfermagem que submete o trabalhador a longos períodos em posição ortostática e a percorrer longas distâncias.

A presença de hipertensão arterial também foi relatada pelos trabalhadores. Os dados desta pesquisa são superiores aos encontrados por Pimenta; Assunção (2016), em estudo realizado na rede municipal de saúde de Belo Horizonte-MG onde a hipertensão arterial acometeu 16,9% dos entrevistados.

A magnitude envolvendo a amostra em estudo acerca da hipertensão arterial é surpreendente por se tratar de um grupo ocupacional que tem informações sobre a patologia para a disseminação, na qual se esperava menor prevalência.

Estudo com profissionais de enfermagem de um hospital de referência em cardiologia em Fortaleza-CE identificou que os trabalhadores estão expostos aos seguintes fatores de risco para hipertensão arterial não modificáveis: história familiar e modificáveis: diabetes

mellitus, tabagismo, etilismo, dieta inadequada, dislipidemia e sedentarismo (CUSTÓDIO et al., 2011).

A 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial recomenda a prática de atividade física tanto para a prevenção como para o tratamento, ainda a redução do tempo sentado, levantando-se por 5 minutos a cada 30 minutos sentados (SBC, 2016). Destaca-se que, a escassez de tempo livre foi utilizada como justificativa para a inatividade física em estudo com enfermeiros do município do Rio de Janeiro (FERNANDES et al., 2013).

Embora este estudo apresente predominância de profissionais ativos fisicamente e com tempo livre para lazer, demonstrou-se elevada a proporção de trabalhadores com hipertensão arterial e colesterol elevado. Fernandes et al. (2013) propõem que além da inatividade física, as mudanças de rotina, alimentação fora de casa, excesso de consumo de alimentos gorduroso e industrializados estão associados as longas jornadas laborais exercidas pelos trabalhadores de enfermagem.

Verificou-se que 17,6% (n = 13) dos trabalhadores de enfermagem do hospital referiram problemas de saúde relacionados ao exercício laboral, sendo mais referidos os transtornos mentais e comportamentais, seguidos das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo. Dado semelhante ao encontrado em estudo no centro-oeste brasileiro com trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário (MININEL et al., 2013).

Estes dados são consistentes com estudo realizado em município da região sul do Brasil que mostrou que os transtornos mentais e comportamentais são responsáveis por elevado número de afastamentos e dias de ausência no trabalho. Ainda mostrou associação entre transtornos psíquicos e doenças osteomusculares (SANTANA et al., 2016b). O estudo salienta ainda que os transtornos mentais e comportamentais por exigir mais tempo para recuperação geram gastos para a instituição, previdência e trabalhador pelos longos dias de ausência.

Apesar de somente 8,1% (n = 6) apresentarem queixas de insônia, 54,1% (n = 40) trabalhadores de enfermagem demonstraram-se insatisfeitos com o sono. Estudo realizado em Botucatu-SP verificou que 65,1% dos trabalhadores de enfermagem de um hospital geral apresentaram frequências elevadas de qualidade do sono prejudicada (PALHARES; CORRENTE; MATSUBARA, 2014).

V. RESULTADOS

Neste capítulo encontram-se os resultados estruturados conforme os objetivos estabelecidos para esta pesquisa. A apresentação destes resultados está subdividida em cinco subitens. O primeiro se refere à avaliação da consistência interna das subescalas utilizadas para medir os fatores do Contexto de Trabalho e do Custo Humano no Trabalho e da escala para os Transtornos Mentais Comuns. O segundo descreve o Contexto de Trabalho de enfermagem na instituição psiquiátrica conforme os resultados levantados pela aplicação da Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho, ainda subdividido conforme os fatores: Organização do Trabalho, Relações Socioprofissionais e Condições de Trabalho. O terceiro diz respeito ao Custo Humano no Trabalho exigido dos trabalhadores de enfermagem da instituição estudada, subdividido conforme os fatores da Escala de Custo Humano no Trabalho: Custo Afetivo, Custo Cognitivo e Custo Físico. O quarto apresenta a correlação dos fatores do Contexto de Trabalho e do Custo Humano no Trabalho de enfermagem no local de estudo. O quinto e último apresenta os resultados das associações entre os TMC e as co-variáveis de estudo, o Contexto de Trabalho e o Custo Humano no Trabalho de enfermagem na instituição psiquiátrica investigada.

5.1 Avaliação da consistência dos instrumentos

Os valores relativos à avaliação da consistência interna das subescalas utilizadas para medir os fatores do Contexto de Trabalho e do Custo Humano no Trabalho e da escala para os Transtornos Mentais Comuns são apresentados na Tabela 13.

Tabela 13 – Coeficiente *Alfa de Cronbach* para os fatores das subescalas do Contexto de Trabalho e Custo Humano no Trabalho e para o Self Reporting Questionnaire – 20. Teresina/PI, Brasil, 2016.

FATOR/ESCALA	VALORES
Contexto de Trabalho	
Organização do Trabalho	0,561
Relações Socioprofissionais	0,775
Condições de Trabalho	0,905
Custo Humano no Trabalho	
Custo Afetivo	0,772
Custo Cognitivo	0,855
Custo Físico	0,781
Self Reporting Questionnaire – 20	0,837

Os valores da consistência interna variaram de 0,561 para o fator Organização do Trabalho a 0,905 para as Condições de Trabalho, ambos da EACT.

A avaliação da consistência interna dos fatores da EACT demonstrou valores aceitáveis para o fator Relações Socioprofissionais e excelentes para o fator Condições de Trabalho, e valor considerado fraco para o fator Organização do Trabalho.

Análises subsequentes mostraram que a remoção do item “as tarefas são repetitivas” elevaria o coeficiente do fator Organização do Trabalho de 0,561 para 0,595. Estas análises se fizeram necessárias por considerar-se que o significado de repetitividade de tarefas não necessariamente possa estar relacionado à falta de controle ou habilidades no processo de trabalho e considerando-se que alguns aspectos do ambiente de trabalho possam mitigar os efeitos maléficos da repetitividade (MAGNAGO et al., 2010). Porém, a exclusão do item não se justificou em virtude da elevação pequena do valor do alfa de *Cronbach*.

A avaliação da consistência interna dos fatores da EACT demonstrou valores aceitáveis para os fatores Custo Afetivo e Custo Físico, enquanto para o fator Custo Cognitivo demonstrou-se valores excelentes.

No que se refere ao Alpha de *Cronbach* para o SRQ-20 o resultado obtido demonstrou boa consistência interna ($\alpha = 0,837$).

5.2 Contexto de Trabalho da enfermagem em um hospital psiquiátrico

A Tabela 14 apresenta a distribuição dos profissionais de enfermagem segundo classificação de risco para cada fator do Contexto de Trabalho.

Tabela 14 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico conforme classificação de risco para o Contexto de Trabalho. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n=74).

CONTEXTO DE TRABALHO	Satisfatório	Crítico	Grave	Total
Organização do Trabalho	26(35,1%)	47(63,5%)	01(1,4%)	74(100%)
Relações Socioprofissionais	34(45,9%)	38(51,4%)	02(2,7%)	74(100%)
Condições de Trabalho	08(10,8%)	23(31,1%)	43(58,1%)	74(100%)

Com base nos resultados apresentados na Tabela 6 verificou-se que na distribuição geral do fator Organização do Trabalho, 63,5% (n = 47) dos participantes realizaram uma avaliação crítica, 35,1% (n = 26) avaliação satisfatória e 1,4% (n = 1) avaliação grave. Os resultados para o fator Relações Socioprofissionais revelaram que 51,4% (n = 38) avaliaram como crítico, 45,9% (n = 34) satisfatório e 2,7% (n = 2) grave. O fator Condições de Trabalho

foi avaliado como grave para 58,1% (n = 43), crítico para 31,1% (n = 23) e satisfatório para 10,8% (n = 8) dos trabalhadores de enfermagem.

A Tabela 15 apresenta a classificação de risco dos fatores do Contexto de Trabalho de enfermagem em um hospital psiquiátrico.

Tabela 15 – Classificação de risco por fator do Contexto de Trabalho. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74)

CONTEXTO DE TRABALHO			
FATOR	Média	DP	Risco
Relações Socioprofissionais	2,28	0,820	Satisfatório
Organização do Trabalho	2,62	0,594	Crítico
Condições de Trabalho	3,74	1,073	Grave

Verificou-se que o fator Organização do Trabalho foi considerado crítico entre os trabalhadores de enfermagem. Os resultados para o fator Relações Socioprofissionais revelaram avaliação satisfatória. Enquanto o fator Condições de Trabalho foi o pior avaliado, considerado grave risco para adoecimento do trabalhador de enfermagem.

5.2.1 Organização do Trabalho

Na Tabela 16 é apresentada média, desvio padrão e a classificação de risco dos itens que compõem o fator Organização do Trabalho.

Tabela 16 – Fator Organização do Trabalho segundo média, desvio padrão e classificação de risco para trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico do nordeste brasileiro. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO			
ITEM	Média	DP	Risco
As tarefas são repetitivas.	4,26	1,135	Grave
Existe fiscalização do desempenho.	3,24	1,515	Crítico
O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas.	3,03	1,647	Crítico
Existe divisão entre quem planeja e executa.	2,82	1,658	Crítico
As tarefas são cumpridas com pressão de prazos.	2,68	1,689	Crítico
Os resultados esperados estão fora da realidade.	2,34	1,296	Crítico
As normas para execução das tarefas são rígidas.	2,28	1,350	Satisfatório
Existe forte cobrança por resultados.	2,26	1,228	Satisfatório
O ritmo do trabalho é excessivo.	2,08	0,99	Satisfatório
As tarefas executadas sofrem descontinuidade.	2,04	1,318	Satisfatório
Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho.	1,77	1,129	Satisfatório

Os itens com avaliação mais negativa foram: *as tarefas são repetitivas* ($\mu = 4,26$, $DP = 1,135$) e *existe fiscalização do desempenho* ($\mu = 3,24$, $DP = 1,515$), respectivamente, risco grave e crítico de adoecimento para os trabalhadores de enfermagem. Os itens avaliados de forma mais positiva foram: *falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho* ($\mu = 1,77$, $DP = 1,229$) e *as tarefas executadas sofrem descontinuidade* ($\mu = 2,04$, $DP = 1,318$), ambos classificados como satisfatórios, indicando que são condições que favorecem a saúde do trabalhador.

5.2.2 Relações Socioprofissionais

Na Tabela 17 é apresentada média, desvio padrão e a classificação de risco dos itens que compõem o fator Relações Socioprofissionais.

Tabela 17 – Fator Relações Socioprofissionais segundo média, desvio padrão e classificação de risco para trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico do nordeste brasileiro. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).

RELAÇÕES SOCIOPROFISSIONAIS			
ITEM	Média	DP	Risco
A comunicação entre funcionários é insatisfatória.	2,77	1,467	Crítico
Os funcionários são excluídos das decisões.	2,72	1,531	Crítico
Falta integração no ambiente.	2,57	1,580	Crítico
Falta apoio das chefias para meu desenvolvimento profissional.	2,41	1,404	Crítico
As tarefas não estão claramente definidas.	2,26	1,622	Satisfatório
Existem disputas profissionais no local de trabalho.	2,24	1,441	Satisfatório
Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados.	2,22	1,388	Satisfatório
A autonomia é inexistente.	2,08	1,352	Satisfatório
As informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso.	1,81	1,224	Satisfatório
A distribuição das tarefas é injusta.	1,72	1,188	Satisfatório

Os itens com avaliação mais negativa foram: *a comunicação entre os funcionários é insatisfatória* ($\mu = 2,77$, $DP = 1,467$) e *os funcionários são excluídos das decisões* ($\mu = 2,72$, $DP = 1,531$), ambos risco crítico de adoecimento para os trabalhadores de enfermagem. Os itens avaliados de forma mais positiva foram: *a distribuição das tarefas é injusta* ($\mu = 1,72$, $DP = 1,188$) e *as informações de que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso* ($\mu = 1,81$, $DP = 1,224$), ambos classificados como satisfatórios, indicando que são condições que favorecem a saúde do trabalhador.

5.2.3 Condições de Trabalho

Na Tabela 18 é apresentada média, desvio padrão e a classificação de risco dos itens que compõem o fator Condições de Trabalho.

Tabela 18 – Fator Condições de Trabalho segundo média, desvio padrão e classificação de risco para trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico do nordeste brasileiro. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).

CONDIÇÕES DE TRABALHO			
ITEM	Média	DP	Risco
As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas.	4,27	1,162	Grave
O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado.	3,92	1,478	Grave
Existe muito barulho no ambiente de trabalho.	3,86	1,388	Grave
O posto de trabalho é inadequado para a realização das tarefas.	3,81	1,477	Grave
Os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários.	3,69	1,507	Crítico
As condições de trabalho são precárias.	3,64	1,278	Crítico
O ambiente físico é desconfortável.	3,64	1,652	Crítico
O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado.	3,58	1,588	Crítico
O material de consumo é insuficiente.	3,53	1,519	Crítico
Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas.	3,46	1,510	Crítico

Os itens com avaliação mais negativa foram: *as condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas* ($\mu = 4,27$, DP = 1,162) e *o mobiliário existente no local de trabalho é inadequado* ($\mu = 3,92$, DP = 1,478), ambos risco grave indicando que são condições que favorecem o adoecimento do trabalhador de enfermagem. Os itens avaliados de forma mais positiva foram: *os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas* ($\mu = 3,46$, DP = 1,510) e *o material de consumo é insuficiente* ($\mu = 3,53$, DP = 1,519), ambos classificados como críticos. Ressalta-se que nenhum item, neste fator, foi classificado com avaliação positiva (satisfatória), sinalizando estado de alerta.

5.3 Custo Humano no Trabalho de enfermagem em um hospital psiquiátrico

A Tabela 19 apresenta a distribuição dos profissionais de enfermagem segundo classificação de risco para cada fator da ECHT.

Tabela 19 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico conforme classificação de risco para o Custo Humano no Trabalho. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).

CUSTO HUMANO NO TRABALHO	Satisfatório	Crítico	Grave	Total
Custo Afetivo	39(52,7%)	35(47,3%)	00(0%)	74(100%)
Custo Físico	36(48,6%)	37(50%)	01(1,4%)	74(100%)
Custo Cognitivo	15(20,3%)	37(50%)	22(29,7%)	74(100%)

Ao se analisar a distribuição dos trabalhadores identificou-se que 52,7% (n = 39) dos trabalhadores de enfermagem do hospital psiquiátrico avaliaram como satisfatórias as exigências afetivas e 47,3% (n = 35) como críticas. Com relação às exigências cognitivas 50,0% (n = 37) dos trabalhadores de enfermagem avaliaram como críticas, 29,7% (n = 22) graves e 20,3% (n = 15) satisfatórias. A respeito das exigências físicas 50,0% (n = 37) dos pesquisados avaliaram como críticas, 48,6% (n = 36) satisfatórias e 1,4% (n = 01) graves.

A Tabela 20 apresenta a estatística descritiva, classificação de risco e o coeficiente Alfa de *Cronbach* dos fatores da ECHT.

Tabela 20 – Classificação de risco por fator do Custo Humano no Trabalho. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).

CUSTO HUMANO NO TRABALHO			
FATOR	Média	DP	Risco
Custo Afetivo	2,24	0,660	Satisfatório
Custo Físico	2,18	0,691	Satisfatório
Custo Cognitivo	3,05	0,901	Crítico

Os resultados da Tabela 20 evidenciam que o fator Custo Cognitivo apresenta uma avaliação crítica para o adoecimento do trabalhador de enfermagem em hospital psiquiátrico. Enquanto os fatores Custo Afetivo e Custo Físico denotam uma apreciação satisfatória, favorecendo a saúde do trabalhador de enfermagem.

5.3.1 Custo Afetivo

Na Tabela 21 é apresentada média, desvio padrão e a classificação de risco dos itens que compõem o fator Custo Afetivo.

Tabela 21 – Fator Custo Afetivo segundo média, desvio padrão e classificação de risco para trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico do nordeste brasileiro. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).

CUSTO AFETIVO			
ITEM	Média	DP	Risco
Ter controle das emoções.	3,34	1,388	Crítico
Ser obrigado a lidar com agressividade dos outros.	2,96	1,359	Crítico
Disfarçar os sentimentos.	2,74	1,385	Crítico
Ter custo emocional.	2,47	1,285	Crítico
Ter que lidar com ordens contraditórias.	2,46	1,252	Crítico
Ser obrigado a cuidar da aparência física.	2,42	1,499	Crítico
Transgredir valores éticos.	2,20	1,462	Satisfatório
Ser obrigado a ter bom humor.	2,12	1,260	Satisfatório
Ser bonzinho com os outros.	1,92	1,156	Satisfatório
Ser submetido a constrangimentos.	1,53	0,968	Satisfatório
Ser obrigado a sorrir.	1,41	0,905	Satisfatório
Ser obrigado a elogiar as pessoas.	1,28	0,609	Satisfatório

Dentre os itens que obtiveram médias mais elevadas, considerado riscos moderados para o adoecimento dos trabalhadores de enfermagem estão *ter controle das emoções* ($\mu = 3,34$, $DP = 1,388$) e *ser obrigado a lidar com agressividade dos outros* ($\mu = 2,96$, $DP = 1,359$). Os itens que apresentaram avaliação mais satisfatória foram: *ser obrigado a elogiar pessoas* ($\mu = 1,28$, $DP = 0,609$) e *ser obrigado a sorrir* ($\mu = 1,41$, $DP = 0,905$).

5.3.2 Custo Cognitivo

Na Tabela 22 é apresentada média, desvio padrão e a classificação de risco dos itens que compõem o fator Custo Cognitivo.

Tabela 22 – Fator Custo Cognitivo segundo média, desvio padrão e classificação de risco para trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico do nordeste brasileiro. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).

CUSTO COGNITIVO			
ITEM	Média	DP	Risco
Usar a visão de forma contínua.	3,59	1,394	Crítico
Usar a memória.	3,59	1,302	Crítico
Ser obrigado a lidar com imprevistos.	3,45	1,160	Crítico
Ter concentração mental.	3,43	1,335	Crítico
Usar a criatividade.	3,19	1,331	Crítico
Ter que resolver problemas.	2,95	1,344	Crítico
Fazer esforço mental.	2,78	1,530	Crítico
Ter desafios intelectuais.	2,69	1,442	Crítico
Desenvolver macetes.	2,59	1,543	Crítico
Fazer previsão de acontecimentos.	2,27	1,264	Satisfatório

Neste fator os itens *usar a visão de forma contínua* ($\mu = 3,59$, DP = 1,394) e *usar a memória* ($\mu = 3,59$, DP = 1,302) registraram as maiores médias, representando risco moderado para o adoecimento do trabalhador. Os itens *fazer previsões de acontecimentos* ($\mu = 2,27$, DP = 1,264) e *desenvolver macetes* ($\mu = 2,59$, DP = 1,543) apresentaram as menores médias, porém, enquanto o primeiro indica condição satisfatória, o segundo demonstra risco crítico para adoecimento. Ressalta-se que somente um (1) item apresentou classificação de risco satisfatória para este fator, o que potencializa os custos negativos do trabalho.

5.3.3 Custo Físico

Na Tabela 23 é apresentada média, desvio padrão e a classificação de risco dos itens que compõem o fator Custo Físico.

Tabela 23 – Fator Custo Físico segundo média, desvio padrão e classificação de risco para trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico do nordeste brasileiro. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).

CUSTO FÍSICO			
ITEM	Média	DP	Risco
Caminhar.	3,09	1,326	Crítico
Usar as mãos de forma repetida.	2,84	1,462	Crítico
Usar o braço de forma contínua.	2,81	1,449	Crítico
Usar as pernas de formas contínuas.	2,54	1,445	Crítico
Ficar em posição curvada.	2,16	1,147	Satisfatório
Usar a força física.	2,07	1,174	Satisfatório
Fazer esforço físico.	1,95	1,113	Satisfatório
Ser obrigado a ficar de pé.	1,86	1,162	Satisfatório
Ter que manusear objetos pesados.	1,34	0,668	Satisfatório
Subir e descer escadas.	1,12	0,548	Satisfatório

Os itens *caminhar* ($\mu = 3,09$, DP = 1,326) e *usar as mãos de forma repetida* ($\mu = 2,84$, DP = 1,462) possibilitam de forma moderada o adoecimento do trabalhador. Neste fator, os itens *subir e descer escadas* ($\mu = 1,12$, DP = 0,548) e *ter que manusear objetos pesados* ($\mu = 1,34$, DP = 0,668) foram os itens que apresentaram as menores médias, indicando condição satisfatória que oferece baixo risco de adoecimento para o trabalhador.

5.4 Correlação dos fatores do Contexto de Trabalho e do Custo Humano no Trabalho de enfermagem em um hospital psiquiátrico

Procedeu-se com a análise de correlação dos fatores que avaliam o Contexto de Trabalho e o Custo Humano no Trabalho, com o intuito de se conhecer melhor as relações existentes na instituição estudada. Para tanto foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. A matriz de correlação é apresentada na Tabela 24.

Tabela 24 – Matriz de correlação dos fatores que compõe o Contexto de Trabalho e o Custo Humano no Trabalho. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).

	OT	RS	CT	CA	CF	CC
OT	1,00					
RS	0,271*	1,00				
CT	-0,075	0,221	1,00			
CA	0,165	0,266*	-0,094	1,00		
CF	0,100	0,165	0,054	0,440**	1,00	
CC	0,259*	0,148	-0,031	0,375**	0,371**	1,00

*A correlação é significativa no nível 0,05. **A correlação é significativa no nível 0,01.

OT – Organização do Trabalho; RS – Relações Socioprofissionais; CT – Condições de Trabalho; CA – Custo Afetivo; CF – Custo Físico; CC – Custo Cognitivo.

O fator Organização do Trabalho apresentou correlação baixa e direta com os fatores Relações Socioprofissionais ($r = 0,271$; $p < 0,05$) e Custo Cognitivo ($r = 0,259$; $p < 0,05$). Isso significa dizer que quanto mais negativa é a avaliação do fator Organização do Trabalho, mais negativas são as avaliações para os fatores Relações Socioprofissionais e Custo Cognitivo.

Constatou-se ainda, correlações baixas e diretas entre o Custo Afetivo e os fatores Relações Socioprofissionais ($r = 0,266$; $p < 0,05$) e Custo Cognitivo ($r = 0,375$; $p < 0,01$). Também se observou correlação moderada e direta entre os fatores Custo Afetivo e Custo Físico ($r = 0,440$; $p < 0,01$). Estes resultados sintetizam que quanto mais negativas são as avaliações para as exigências afetivas, mais negativas são as avaliações para as exigências físicas e as relações interpessoais.

No que tange ao Custo Físico, ainda se identificou correlação baixa e direta com o fator Custo Cognitivo ($r = 0,371$; $p < 0,01$), ou seja, as exigências físicas relacionam-se diretamente com o dispêndio de energia para o desempenho intelectual para a aprendizagem, tomada de decisões e resolução de problemas.

5.5 Transtornos Mentais Comuns

A prevalência global de TMC entre os trabalhadores de enfermagem do hospital psiquiátrico foi de 25,7% (n = 19).

A Tabela 25 apresenta a distribuição das variáveis sociodemográficas de acordo com a presença de TMC entre os trabalhadores de enfermagem.

Tabela 25 – Associação entre variáveis sociodemográficas e TMC entre os trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).

VARIÁVEIS	TMC				Total n(%)	p
	Não		Sim			
	n	%	n	%		
Sexo						0,601*
Feminino	50	73,5	18	26,5	68(100)	
Masculino	05	83,3	01	16,7	06(100)	
Vivendo com companheiro(a)						0,596 [†]
Sim	24	70,6	10	29,4	34(100)	
Não	31	77,5	09	22,5	40(100)	
Filhos menores de 06 anos						0,802 [†]
Nenhum	48	73,8	17	26,2	65(100)	
01 ou mais	07	77,8	02	22,2	09(100)	
Raça/cor						0,331 [†]
Parda/Amarela	34	70,8	14	29,2	48(100)	
Preta	09	69,2	04	30,8	13(100)	
Branca	11	91,7	01	8,3	12(100)	
Escolaridade						0,057 [†]
Até ensino médio	28	65,1	15	34,9	43(100)	
Ensino superior	27	87,1	04	12,9	31(100)	

*Teste Exato de Fisher [†]Teste X²

Os testes estatísticos utilizados entre as variáveis sociodemográficas e os TMC não apontaram diferença estatística significativa entre os grupos ($p > 0,05$). Porém, cabe destacar que os profissionais de enfermagem do sexo feminino, que vivem com companheiro, não possuem filhos menores de 6 anos, da raça preta e que cursaram até o ensino médio apresentaram maiores percentuais de TMC, apesar de não apresentar diferença estatisticamente significativa.

A Tabela 26 apresenta a distribuição da variável idade segunda presença de TMC.

Tabela 26 – Associação entre idade e TMC entre os trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).

Idade	TMC			<i>p</i> *
	Não	Sim	Total	
Média	48,89	49,53	49,05	0,798
DP	8,97	10,16	9,22	
Intervalo (min-max)	29 – 71	23 – 63	23 – 71	

*Teste t de Student

Os resultados não mostraram diferença estatística significativa entre os grupos no que se refere à idade, contudo, médias de idade mais elevadas foram associadas à presença de TMC.

A Tabela 27 apresenta a distribuição das variáveis laborais categóricas de acordo com a presença de TMC entre os trabalhadores de enfermagem.

Tabela 27 – Associação entre variáveis laborais categóricas e TMC entre os trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico. (n = 74)

VARIÁVEIS	TMC				Total n(%)	<i>p</i> *
	Não		Sim			
	N	%	n	%		
Categoria Profissional						0,015
Enfermeiro	14	100	00	0	14(100)	
Auxiliar/Técnico	41	68,3	19	31,7	60(100)	
Setor						0,813
Internação	32	68,1	15	31,9	47(100)	
Urgência/Emergência	10	71,4	04	28,6	14(100)	
Carga horária semanal						0,431
Até 30 horas	40	76,9	12	23,1	52(100)	
31 ou mais	15	68,2	07	31,8	22(100)	
Vínculos empregatícios						0,885
Até um vínculo	30	75	10	25	40(100)	
02 ou mais vínculos	25	73,5	09	26,5	34(100)	
Trabalho noturno						0,234
Sim	29	69	13	31	42(100)	
Não	26	81,3	06	18,7	32(100)	
Noites trabalhadas						0,800
Até 06 noites	48	73,8	17	26,2	65(100)	
06 ou mais noites	07	77,8	02	22,2	09(100)	

*Teste X²

No que tange as co-variáveis laborais a categoria profissional auxiliar/técnico de enfermagem apresentou maior percentual para TMC, mostrando diferença estatística significativa ($p = 0,015$). As demais co-variáveis laborais não apresentaram diferença estatística significativa. No entanto, trabalhadores de enfermagem do setor de internação, que atuam em carga horária semanal superior a 30 horas e no turno noturno, e nos últimos 15 dias

anteriores atuaram entre 1 e 5 noites e aqueles com dois ou mais vínculos empregatícios obtiveram percentuais maiores para TMC.

A Tabela 28 apresenta a distribuição, segundo medidas descritivas, das variáveis laborais contínuas por presença de TMC.

Tabela 28 – Associação entre variáveis laborais contínuas e TMC entre os trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).

VARIÁVEL	TMC		Total	p*
	Não	Sim		
Tempo de formado				0,853
Média	19,75	19,58	19,70	
DP	9,68	11,05	9,97	
Intervalo (min-max)	3 – 37	1 – 35	1 – 37	
Tempo na psiquiatria				0,586
Média	17,91	20,53	18,58	
DP	11,67	11,10	11,73	
Intervalo (min-max)	0 – 47	0 – 44	0 – 47	
Tempo na instituição				0,343
Média	16,62	20,53	17,62	
DP	11,58	11,10	11,73	
Intervalo (min-max)	0 – 36	0 – 44	0 – 44	
Tempo no setor				0,172
Média	8,09	4,37	7,14	
DP	9,19	5,79	8,57	
Intervalo (min-max)	0 – 31	0 – 18	0 – 31	

*Teste U de Mann Whitney

Os resultados não mostraram diferença estatística significativa entre os grupos no que se refere ao tempo de formado, tempo de atuação na psiquiatria, na instituição e no setor atual.

A Tabela 29 apresenta a distribuição das variáveis relacionadas às condições de saúde e hábitos de vida de acordo com a presença de TMC entre os trabalhadores de enfermagem.

Observou-se diferença estatística significativa entre a presença de TMC e as co-variáveis tempo para lazer ($p < 0,001$), problemas de saúde com diagnóstico médico ($p = 0,003$) e satisfação com o sono ($p = 0,003$). Maiores percentuais de TMC foram identificados entre aqueles que não possuíam tempo para lazer, com 4 ou mais diagnósticos médicos e os satisfeitos com o sono. Mesmo sem significância estatística, os maiores percentuais de TMC foram identificados entre os que não praticavam atividade física, que referiram problemas de saúde relacionados ao hospital e queixas de insônia.

Tabela 29 – Associação entre variáveis relacionadas às condições de saúde e hábitos de vida e TMC entre os trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).

VARIÁVEIS	TMC				Total n(%)	p*
	Não		Sim			
	n	%	n	%		
Atividade física						0,181
Sim	34	81	08	19	42(100)	
Não	21	65,6	11	34,4	32(100)	
Tempo para lazer						<0,001
Sim	49	84,5	09	15,5	58(100)	
Não	06	37,5	10	62,5	16(100)	
Problemas de saúde com diagnóstico médico						0,003
Até 03 diagnósticos	46	83,6	09	16,4	55(100)	
04 ou mais diagnósticos	09	47,4	10	52,6	19(100)	
Problemas de saúde relacionados ao trabalho						0,083
Sim	07	53,8	06	46,2	13(100)	
Não	48	78,7	13	21,3	61(100)	
Queixas de insônia						0,328
Sim	03	50	03	50	06(100)	
Não	52	76,5	16	23,5	68(100)	
Satisfação com o sono						0,003
Satisfeito	10	52,6	09	47,4	19(100)	
Regular	09	60	06	40	15(100)	
Insatisfeito	36	90	04	10	40(100)	

*Teste X²

Na Tabela 30 apresenta-se comparativo dos fatores do Contexto de Trabalho e do Custo Humano no Trabalho segundo presença de TMC entre os trabalhadores de enfermagem.

Tabela 30 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico do nordeste brasileiro de acordo com os fatores do Contexto de Trabalho e do Custo Humano no Trabalho segundo presença de TMC. Teresina/PI, Brasil, 2016. (n = 74).

FATORES	TMC		p
	Não Média(DP)	Sim Média(DP)	
CONTEXTO DE TRABALHO			
Organização do Trabalho	2,63(±0,58)	2,59(±0,65)	0,766*
Relações Socioprofissionais	2,11(±0,71)	2,77(±0,93)	0,004*
Condições de Trabalho	3,65(±1,10)	3,99(±0,96)	0,286*
CUSTO HUMANO NO TRABALHO			
Custo Afetivo	2,13(±0,61)	2,54(±0,71)	0,020**
Custo Físico	2,07(±0,67)	2,48(±0,67)	0,024**
Custo Cognitivo	3,00(±0,92)	3,21(±0,86)	0,325*

* Teste U de Mann Whitney ** Teste t de Student

Os dados mostram que os fatores Relações Socioprofissionais ($p = 0,004$), Custo Afetivo ($p = 0,02$) e Custo Físico ($p = 0,024$) obtiveram significância estatística, indicando que estes fatores favorecem o adoecimento psíquico do trabalhador de enfermagem em saúde mental. No que se refere aos outros fatores, exceto Organização do Trabalho, mesmo sem diferença estatística significativa, identifica-se que os trabalhadores de enfermagem com TMC apresentaram avaliações mais negativas se comparados aos trabalhadores sem TMC, com relação às condições de trabalho e as exigências cognitivas.

VI. DISCUSSÃO

6.1 O Contexto de Trabalho em um Hospital Psiquiátrico e a Saúde do Trabalhador de Enfermagem

A Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho, como já mencionado, é constituída por três fatores interdependentes, a saber: Organização do Trabalho, Relações Socioprofissionais e Condições de Trabalho (MENDES; FERREIRA, 2007).

A discussão de cada um dos fatores será apresentada sequencialmente.

Organização do Trabalho

Segundo Ferreira; Mendes (2008) a Organização do Trabalho compreende questões referentes à divisão do trabalho, hierarquia, produtividade, regras formais, jornada de trabalho, tempo para pausas e descanso, ritmos de trabalho, natureza da atividade e controle.

A organização do trabalho na instituição psiquiátrica pesquisada demonstrou risco crítico para adoecimento do trabalhador de enfermagem, resultado semelhante ao encontrado em estudo em um serviço de hemodiálise (PRESTES et al., 2015b) e em estudo com trabalhadores da saúde da atenção básica (MAISSIAT et al., 2015), e ainda considerado positivo diante da avaliação grave feita por enfermeiros intensivistas (CAMPOS; DAVID, 2011). Ressalta-se que este resultado é considerado por Mendes; Ferreira (2007) como sinal de alerta, um indicador de uma situação-limite, que porventura venha potencializar o custo negativo e o sofrimento laboral, requerendo assim imediatas atitudes para o enfrentamento.

Dentre os 11 itens, o item que obteve maior média foi “*as tarefas são repetitivas*”, condição observada em outros estudos com trabalhadores de enfermagem (MOISÉS; MEDEIROS; FREITAS, 2013; PRESTES et al., 2015b) e com trabalhadores da saúde (SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012; MAISSIAT et al., 2015).

A repetitividade das tarefas, avaliada como grave na organização do trabalho da enfermagem na instituição psiquiátrica merece destaque, tendo em vista que se trata de uma condição apontada em estudos como desencadeadora de lesões musculoesqueléticas (LELIS et al., 2012), fadiga (VASCONCELOS et al., 2011), tédio, raiva e cansaço (PRESTES et al., 2015b).

Estudo em hospital psiquiátrico mostrou que dentre os riscos ergonômicos, a monotonia/repetitividade do trabalho é um dos fatores mais identificados pelos trabalhadores

(FERNANDES; MARZIALE, 2014). Esta situação pode ser relacionada, segundo Silva et al. (2015) à vivência que os trabalhadores de enfermagem possuem do mundo da enfermagem na saúde mental, como corpo habitual, encoberto por movimentos quotidianos e mecânicos, repleto de normas, rotinas e regras, pautado no fazer sem sentimentos. Contudo, pontua-se que essa repetição de atividades vai além das habilidades mecânicas, envolve o cuidado de enfermagem em si (MAGNAGO et al., 2010).

Dos onze itens que compõem este fator, cinco obtiveram avaliação crítica para adoecimento do trabalhador, a saber: “*existe fiscalização do desempenho*”, “*o número de pessoas é insuficiente para realizar as tarefas*”, “*existe divisão entre quem planeja e quem executa*”, “*as tarefas são cumpridas com pressão de prazos*” e “*os resultados esperados estão fora da realidade*”. Estes resultados indicam a possibilidade de o modelo taylorista ainda ser muito difundido no trabalho de enfermagem, em face de ser estas características marcos do modelo.

Estudo com trabalhadores de enfermagem de um serviço de urgência de Natal-RN mostrou que a primeira condição referida pelos trabalhadores como insatisfatória foi a fragmentação do trabalho (ARAÚJO; QUENTAL; MEDEIROS, 2016). Os autores pontuam que esta fragmentação envolve o trabalho parcelar, a divisão de tarefas e os elementos de controle e exploração da estrutura do capital.

Na enfermagem a fragmentação do trabalho é mais intensificada na medida em que a própria formação profissional configura a divisão de atribuições e o grau de controle profissional. Enquanto o enfermeiro é responsável pela parte intelectual, gestão, supervisão e controle do processo de cuidar como um todo; os profissionais de nível médio são responsáveis pelo trabalho manual, cabendo-lhes a função de executores dos cuidados delegados (MAGNAGO et al., 2010).

Como mencionado, o número de recursos humanos insuficiente foi considerado crítico para o adoecimento do trabalhador de enfermagem. Estudo apontou entre os entraves para a consolidação da política de saúde mental no hospital psiquiátrico, além de outras questões de gestão política e institucional, a falta de profissionais (PESSOA JUNIOR et al., 2016). Cabe ao enfermeiro o dimensionamento de pessoal, contudo, em saúde mental ainda é incipiente esta discussão, enquanto em outras clínicas o avanço é notório (COFEN, 2004).

O cerne da discussão se insere na necessidade de cuidados do paciente, pois, apesar do portador de transtorno mental não apresentar alterações clínicas, na maioria das vezes, as alterações de humor, sono, personalidade, agressividade e a imprevisibilidade de ações requerem estado permanente de alerta. Menciona-se ainda o fato de não ser atrativo o campo

para os profissionais, em virtude do estigma e preconceito diante do paciente com transtorno mental.

A Resolução nº 527, de 03 de novembro de 2016 revogou a Resolução COFEN nº 293/2004 que atualizou os parâmetros para dimensionamento de pessoal de enfermagem e incluiu conceitos e metodologias de cálculo de pessoal de enfermagem para a saúde mental (COFEN, 2004; 2016).

Neste estudo, o item “*os resultados esperados estão fora da realidade*” foi considerado crítico. Estudos apontam que questões inerentes à psiquiatria são fontes geradoras de frustração e sofrimento no trabalhador como a insatisfação e desânimo pelo trabalho realizado (MENDES; MORAIS; MENDES, 2011) e as poucas mudanças efetivadas e visualizadas pelos profissionais (ALVES et al., 2013).

Esta frustração fica evidente quando se visualiza o paciente como “depósito de patologias” a ser vigiado, e ainda o fenômeno de *revolving door* (porta-giratória) que se caracteriza pelas reinternações frequentes apontadas como falha na continuidade do tratamento pelo usuário e de gestão da RAPS (PESSOA JUNIOR et al., 2016).

“*As normas para execução das tarefas são rígidas*”, “*existe forte cobrança por resultados*”, “*o ritmo do trabalho é excessivo*”, “*as tarefas executadas sofrem descontinuidade*” e “*falta tempo para realizar pausas e descansos no trabalho*” foram considerados itens satisfatórios favorecendo a saúde do trabalhador. Essa situação é de difícil compreensão, pois, trata-se de itens que refletem um modelo rígido de administração que imprime custos ao trabalhador, contudo, no estudo em tela não refletiram condições desfavoráveis à saúde do trabalhador.

Fica evidente, que a organização do trabalho pode desempenhar significativo papel para o adoecimento do trabalhador de enfermagem em saúde mental. Ainda, que apesar de itens considerados críticos, o estudo em tela apresentou itens positivos quando comparado ao setor de terapia intensiva (CAMPOS; DAVID, 2011) e à atenção básica à saúde (MAISSIAT et al., 2015) que não demonstraram nenhum item com avaliação satisfatória para o fator.

Relações Socioprofissionais

Segundo Mendes; Ferreira (2007) as Relações Socioprofissionais representam os modelos de gestão, comunicação e interação profissional. Para Palma; Suazo; Alvarado (2015) as más relações interpessoais somadas a ruídos de comunicação e fracassos no trabalho em equipe são responsáveis por alto desgaste e má qualidade da assistência de enfermagem.

No presente estudo, as Relações Socioprofissionais foram avaliadas como satisfatórias no que se refere ao adoecimento do trabalhador de enfermagem em saúde mental, dado semelhante ao encontrado com trabalhadores de enfermagem de um serviço de hemodiálise (PRESTES et al., 2015b) e com trabalhadores de enfermagem de um serviço móvel de urgência (WORM et al., 2016).

Essa avaliação satisfatória diverge de resultados identificados com trabalhadores de enfermagem instensivistas do Rio de Janeiro (CAMPOS; DAVID, 2011), com trabalhadores de enfermagem instensivistas do Rio Grande do Norte (MOISÉS; MEDEIROS; FREITAS, 2013) e com trabalhadores de enfermagem da atenção básica de Minas Gerais (LACERDA et al., 2016), para os quais as Relações Socioprofissionais foram avaliadas como críticas. Ainda, estudo com trabalhadores de equipes básicas de saúde do Distrito Federal avaliaram como graves as Relações Socioprofissionais para o adoecimento (SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012).

Para o fator relações socioprofissionais nenhum dos 10 itens obteve avaliação grave. O item com maior média foi “*a comunicação entre os funcionários é insatisfatória*”, seguido dos itens “*os funcionários são excluídos das decisões*”, “*falta integração no ambiente*” e “*falta apoio das chefias para meu desenvolvimento profissional*”, todos foram avaliados como crítico.

Silva et al. (2013) e Silva et al. (2015) a partir de estudo fenomenológico com trabalhadores de enfermagem de uma unidade de internação psiquiátrica do Rio Grande do Sul concluíram que a relação com o outro pode ser um fator de desgaste sentido e manifestado no trabalhador pelo seu corpo, ainda que a unidade estudada palco de relações ambíguas, ora felizes ora conflituosas, que denotam o cuidado em saúde mental como o encontro com o outro.

Os resultados encontrados por Paula et al. (2010) quando pesquisou sobre o sofrimento psíquico entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade hospitalar demonstram que a desunião no interior da equipe é fator gerador de sofrimento. Para os autores os conflitos são claras manifestações de poder, que devem ser compreendidas em suas formas declaradas ou veladas.

As médias elevadas nos itens “*a comunicação entre os funcionários é insatisfatória*” e “*falta integração no ambiente*” vêm confirmar que muitos problemas presentes na assistência em saúde provêm das relações interpessoais inadequadas, como a má comunicação entre funcionários. Prestes et al. (2015b) consideram que a falta de comunicação pode resultar em

sentimentos de inutilidade, depressão, irritação, desgaste emocional, desvalorização profissional e sobrecarga laboral.

Estudo com trabalhadores de enfermagem da Estratégia Saúde da Família demonstrou que quanto pior a avaliação das Relações Socioprofissionais, maior a possibilidade de adoecimento do trabalhador, exaustão emocional e desenvolvimento de atitudes de insensibilidade (LACERDA et al., 2016).

Para Worm et al. (2016) a comunicação vai além da codificação formal de uma mensagem, envolve a linguagem corporal, o toque, a escrita, o contato visual e a postura, sendo instrumento de trabalho do profissional de enfermagem não restrito à sua ligação com o paciente, mas ao todo envolvido no processo de cuidar. Desta forma, fica evidente, a importância do apoio social no ambiente laboral.

Os itens “*os funcionários são excluídos das decisões*” e “*falta apoio das chefias para meu desenvolvimento profissional*” não apresentaram médias muito elevadas, risco crítico para adoecimento, podendo significar mecanismos de gestão mais flexíveis. Contudo, as avaliações moderado/crítico denotam ainda valorização da hierarquia e centralização das decisões na gestão de pessoas, ainda a discrepância entre o trabalho real e o prescrito, em face do distanciamento do local de decisão em relação ao local de ação (SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012; MOISÉS; MEDEIROS; FREITAS, 2013).

Estudo com profissionais de enfermagem de um serviço especializado em saúde mental para atenção integral a usuários de álcool, crack e outras drogas de São Paulo aponta que gestores que assumem uma liderança compartilhada com a equipe de trabalhadores são mais eficazes, propiciando aos profissionais maior satisfação laboral e menor percepção de cargas de trabalho físicas e psíquicas (SOUZA et al., 2015b). Assim, compreende-se que mesmo diante de uma avaliação positiva, as relações socioprofissionais apontam para uma separação clara entre quem planeja e quem executa as tarefas, característica marcante do modelo taylorista de administração.

Com relação aos itens: “*as tarefas não estão claramente definidas*”, “*existem disputas profissionais no local de trabalho*”, “*existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados*”, “*a autonomia é inexistente*”, “*as informações de que preciso para executar as minhas tarefas são de difícil acesso*” e “*a distribuição de tarefas é injusta*”, todos foram considerados satisfatórios pelos trabalhadores de enfermagem da instituição pesquisada.

Apesar, de existir clara divisão entre planejamento e execução das tarefas, os resultados mostraram que os problemas de relacionamento entre os trabalhadores são mais apontados no mesmo nível hierárquico quando comparados com as chefias. Fato observado

pela menor média para o item “*existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados*”, enquanto os itens referentes à comunicação, integração e disputa entre funcionários as médias foram mais elevadas, representando maior risco para o adoecimento do trabalhador.

Em uma instituição psiquiátrica no interior paulista se observou forte controle no trabalho, rigidez e hierarquização no processo decisório e relativa valorização dos trabalhadores (ROCHA et al., 2016). Segundo as autoras, culturas organizacionais que valorizam o controle e a especialização da atividade e possuem estruturas organizacionais verticalizadas e rígidas, com centralização no processo decisório, são ambientes que não propiciam o desenvolvimento de habilidades individuais dos trabalhadores, que ficam expostos a tensões, sentimentos de insatisfação, desmotivação e sofrimento psíquico, determinando por fim o adoecimento mental.

Condições de Trabalho

Segundo Mauro et al. (2010) as Condições de Trabalho constituem o meio e a forma em que se desenvolve o trabalho, mediante a interação entre um conjunto de elementos e circunstâncias sociais, psíquicas, biológicas e materiais, influenciadas por fatores econômicos, técnicos e organizacionais. Envolve elementos da estrutura física, instrumentos e equipamentos, matéria-prima, suporte organizacional, práticas de remuneração, desenvolvimento pessoal e benefícios (FERREIRA; MENDES, 2008).

Os trabalhadores de enfermagem avaliaram como grave risco para adoecimento esse fator. Ainda, entre os 10 itens, nenhum obteve avaliação satisfatória/positiva.

Os resultados do presente estudo divergem de estudos realizados tanto em instituições privadas (CAMPOS; DAVID, 2011; PRESTES et al., 2015b) quanto públicas (SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012; MOISÉS; MEDEIROS; FREITAS, 2013; MARQUES et al., 2015b; MAISSIAT et al., 2015).

Para as instituições privadas de assistência para clientes graves e em hemodiálise a avaliação foi satisfatória, enquanto para as públicas de cuidados básicos e intensivos avaliação crítica/moderada. Esses dados nos remetem à dificuldade de adequação física e material das instituições de saúde de administração pública.

Os itens “*as condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas*”, “*o mobiliário existente no local de trabalho é inadequado*”, “*existe muito barulho no ambiente de trabalho*” e “*o posto de trabalho é inadequado para a realização das tarefas*”

apresentaram as maiores médias, representando risco grave para o adoecimento do trabalhador.

Resultados semelhantes foram encontrados quanto aos riscos à segurança das pessoas, mobiliário inadequado e barulho excessivo em estudo com profissionais de enfermagem de unidade de terapia intensiva em Natal-RN (MOISÉS; MEDEIROS; FREITAS, 2013) e em um serviço de hemodiálise em Santa Maria-RS (PRESTES et al., 2015b).

A precariedade das condições de trabalho em instituições psiquiátricas vem sendo observada há alguns anos, fato que impulsionou a Reforma Psiquiátrica. Estudo de caráter qualitativo com trabalhadores de enfermagem de uma unidade de internação psiquiátrica no Rio de Janeiro levantou que além das cargas psíquicas inerentes ao trabalho em saúde mental, há aquelas relacionadas às condições laborais inadequadas, como: ausência de recursos materiais, inadequações estruturais em termo de espaço físico, equipamentos quali e quantitativamente insuficientes e número reduzido de profissionais (SOUZA et al., 2015a).

Araújo; Quental; Medeiros (2016) apontam que a carência de recursos, sejam materiais e humanos, resultam em sentimentos de angústia, tensão, ansiedade, instabilidade e insatisfação no trabalhador. Desta forma, as condições de trabalho deficitárias têm impacto negativo na qualidade de vida dos profissionais, como identificado por Marques et al. (2015b).

Num Contexto de Trabalho onde as Condições de Trabalho são inadequadas, os profissionais de enfermagem ficam expostos aos riscos ocupacionais tanto para si quanto para os pacientes. Ainda, em condições precárias encontra-se “a sobrecarga de trabalho, o sentimento de desperdício da vocação maior do serviço (...) e a subutilização do preparo técnico” (BARROS; HONÓRIO, 2015, p. 31).

Faz-se indispensável, diante dos resultados, que sejam levantadas considerações sobre o item “*existe muito barulho no ambiente de trabalho*”.

A exposição continuada a ruído intenso, em média 85dB(A) por oito horas diárias, pode provocar alterações estruturais e funcionais no ouvido interno, determinando a ocorrência de Perda Auditiva Induzida por Nível de Pressão Sonora Elevado (PAINPSE). Para cada 5dB(A) de acréscimo, a partir de 85dB(A), recomenda-se que seja reduzido pela metade o tempo de exposição. Por considerar o ruído como problema de saúde pública, pois a PAINPSE diminui a qualidade de vida tanto laboral, quanto social e familiar, além da ocorrência de sintomas extra-auditivos. A OMS recomenda nível de ruído nos hospitais durante o dia de 40dB(A) e à noite 35dB(A) (SILVA; LUZ; GIL, 2013).

O ruído, além das alterações no aparelho auditivo, provoca perturbações nas funções cardiovascular e respiratória, nos padrões de sono, sintomas psíquicos e sensação de mal-estar, atuando assim como estressor sistêmico (ASSUNÇÃO; SILVA, 2013).

Estudos com profissionais da terapia intensiva (CAMPOS; DAVID, 2011) e de serviço de hemodiálise (PRESTES et al., 2015b) evidenciaram elevadas médias para o item referente à ruído elevado. Estes resultados condizem e são aceitáveis diante de setores caracterizados por serem ambientes fechados, com acústica local desfavorável, ar condicionado e sons de alarmes essenciais para a assistência segura ao paciente, pois, facilitam a identificação rápida de situações que alteram os padrões de normalidade.

Ressalta-se, contudo, que mesmo diante da ausência de condições como as levantadas anteriormente, os serviços de psiquiatria possuem sua particularidade, o tipo de paciente. É sabido que pacientes com transtorno mental podem apresentar sintomas que se exteriorizam por elevação da voz, linguagem logorréica, taquifasia, loquacidade, glossolalia, gritos, choro e ranger de dentes.

Outros itens valorados pelos trabalhadores de enfermagem referiam-se à estrutura física. Estudo em serviço de saúde mental demonstrou que entre as cargas de desgaste prevaleceram algumas relacionadas à estrutura física (SOUZA et al., 2015a).

Atualmente, vive-se no contexto brasileiro um fenômeno de reestruturação dos serviços hospitalares de atenção psiquiátrica, com a redução progressiva dos leitos e dos números de internações e migração dos leitos para os hospitais gerais (PESSOA JUNIOR et al., 2016). Essas mudanças provem da necessidade de espaços humanizados para assistir o paciente com transtorno mental.

O hospital psiquiátrico ao longo tempo foi conhecido como mortificador do eu/sujeito, estrutura de confinamento e martírio, espaço de alienação, aprisionamento e institucionalização do paciente, pois tinha como princípio fundamental de tratamento o isolamento, com o objetivo de romper os laços e retirar do convívio social (EMERICH; YASUI, 2016; SALLES; MIRANDA, 2016).

As análises permitem observar que o fator Condições de Trabalho é dentre os fatores do Contexto de Trabalho o que mais contribui para o adoecimento do trabalhador de enfermagem. Ainda, que a Organização do Trabalho reflete domínio do modelo de administração taylorista, contribuindo de forma moderada para o adoecimento, mas revelando sinal de alerta para situações favoráveis ao sofrimento laboral.

Salienta-se, porém, que o fator Relações Socioprofissionais mostrou-se significativamente positivo. Assim, pode-se inquirir que o relacionamento interpessoal

satisfatório possa vir a ser um fator protetivo para o trabalhador de enfermagem da instituição pesquisada. Esta afirmação embasa-se, também, no estudo de Dias; Furegato (2016) que identificaram que as relações interpessoais foi fator significativo para a satisfação profissional de uma instituição de assistência psiquiátrica, sugerindo que a ajuda dos colegas diminui a carga de trabalho.

6.2 O Custo Humano no Trabalho em um Hospital Psiquiátrico e a Saúde do Trabalhador de Enfermagem

A Escala de Custo Humano no Trabalho é composta pelos fatores: Custo Afetivo, Custo Cognitivo e Custo Físico, referentes à energia despendida para transpor as contradições e desafios no trabalho (MENDES; FERREIRA, 2007).

Os resultados apresentados a seguir referem-se à avaliação dos fatores.

Custo afetivo

Segundo Mendes; Ferreira (2007, p. 119), Custo Afetivo é “o dispêndio emocional, sob a forma de reações afetivas, sentimentos e estado de humor”. Na avaliação dos trabalhadores de enfermagem da instituição pesquisada, este fator obteve média abaixo de 2,29, condição positiva, denotando aspecto que deve ser mantido por favorecer a saúde do trabalhador. Ressalta-se que na avaliação dos itens, nenhum obteve classificação de risco grave para adoecimento do trabalhador.

Os resultados deste estudo são semelhantes aos identificados por Shimizu; Carvalho Junior (2012) com trabalhadores da Estratégia Saúde da Família e divergem dos resultados encontrados por Campos; David (2010) com enfermeiros intensivistas, avaliação satisfatória e grave, respectivamente.

Os itens com as maiores médias para este fator foram: “*ter controle das emoções*”, “*ser obrigado a lidar com agressividade dos outros*”, “*disfarçar os sentimentos*”, “*ter custo emocional*”, “*ter que lidar com ordens contraditórias*” e “*ser obrigado a cuidar da aparência física*”, todos representado risco moderado para o adoecimento do trabalhador.

A dimensão emocional é parte integrante do cuidado de enfermagem, condição mostrada pelas elevadas médias nos itens correspondentes à gestão de emoções. Segundo

Vilelas; Diogo (2014), as emoções são parte integrante da adaptação cotidiana do profissional ao trabalho, sendo necessário seu reconhecimento e gestão.

Diogo; Rodrigues (2012) apontam que em diversas situações emerge a dimensão emocional do cuidado de enfermagem, como na vivência dos clientes associada aos fenômenos do processo saúde-doença, a emocionalidade associada às suas experiências próprias de saúde-doença, as intervenções terapêuticas, o relacionamento profissional-cliente e os procedimentos invasivos.

Desta forma, fica evidente que é inerente à profissão de enfermagem o trabalho emocional. Para Diogo (2012) o trabalho emocional consiste em uma habilidade pessoal para indução e/ou supressão de suas próprias emoções com o objetivo de promover bem-estar ao outro e um ambiente seguro, que envolve ainda a gestão das emoções dos clientes.

Estudo com trabalhadores de enfermagem de um serviço de saúde mental substitutivo identificou que por se tratar de uma profissão que envolve relações pessoais, o controle emocional é exigido, sendo compreensível assim que o trabalhador adquira estresse (MONTEIRO; CRUZ; DIAS, 2013).

Nesse sentido, estudo constatou a dificuldade dos enfermeiros com relação à gestão das emoções no cuidado aos clientes com transtornos mentais. Esta questão pode estar relacionada aos desafios para um bom desenvolvimento de relações com o cliente, pois, envolve sentimentos de angústia, rejeição, impotência diante dos resultados fora da realidade, incapacidade, tensão e sofrimento pelo trabalho (SILVA; SILVA; OLIVEIRA, 2012).

Vilelas (2013) afirma que é salutar compreender que o trabalho emocional não apresenta somente consequências negativas como a exaustão emocional, estresse, *burnout*, distúrbios imunológicos, cardiovasculares e somáticos, porém quando o profissional possui a habilidade de controle emocional resultados positivos são sentidos na produtividade, no ambiente de trabalho, envolvimento afetivo e relacional com as pessoas e na realização e satisfação profissional.

Contudo, estudo aponta que os profissionais encontram dificuldades em reconhecer uma gestão emocional formal com verdadeira regulação institucional, sendo previsível a existência de uma regulação informal em face às experiências de controle emocional estabelecidas no processo relacional (CARVALHO et al., 2014). Isto pode estar relacionado às competências para tal, que envolvem questões intangíveis e invisíveis, como: “dar suporte e tranquilidade, delicadeza e amabilidade, simpatia, animar, usar o humor, ter paciência, aliviar o sofrimento, conhecer o cliente e ajudar a resolver os seus problemas” (VILELAS; DIOGO, 2014, p. 147).

Estudo em Portugal aponta que diversas questões estão relacionadas aos estados emocionais dos profissionais da saúde, como: as bases neurofisiológicas, bioquímicas e de personalidade; a instabilidade dos estados de saúde dos clientes e a imprevisibilidade do desenvolvimento patológico; o medo diante de situações e contextos complexos; os processos cognitivos e afetivos próprios que influenciam a avaliação de bem-estar; o desempenho individual, grupal e organizacional; e a comunicação interpessoal (CARVALHO et al., 2014).

Outro item valorado pelos entrevistados e que reflete o processo de cuidar em saúde mental é referente à situação de lidar com agressividade de outrem. Esse é um problema constante nas instituições psiquiátricas e apontado como fator estressor em diversos estudos (HAMAIDEH, 2012; FERNANDES; MARZIALE, 2014; SOUZA et al., 2015b).

A violência laboral configura-se atualmente como grave problema de saúde pública. É um fenômeno crescente e de consequências preocupantes. Sendo o setor saúde apontado como campo prevalente de ocorrências em decorrência da característica de contato e envolvimento constante e intenso com pacientes e familiares (PAI et al., 2015).

Em um hospital público do sul do Brasil, estudo com trabalhadores, identificou que 63,2% dos profissionais foram vítimas de alguma forma de violência, mostrando-se mais prevalentes as ocorrências entre as profissionais do sexo feminino, jovens e de menor escolaridade, pertencentes à categoria de auxiliar/técnico de enfermagem. Os resultados ainda são consistentes para apontar que a exposição a diversas formas de violência é fator relevante para aumentar as chances de TMC, exaustão emocional e despersonalização (PAI et al., 2015).

A violência laboral, conforme estudos, apresenta efeitos sob a forma de sintomas somáticos e danos musculoesqueléticos (YANG et al., 2012), aumenta o uso de drogas psicotrópicas, particularmente os antidepressivos e ansiolíticos (DEMENT et al., 2014), provocam insatisfação e desmotivação com o trabalho (BATISTA et al., 2011) e transtornos mentais graves, como depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático (GATES; GILLESPIE; SUCCOP, 2011).

Outra questão que contribui moderadamente para o adoecimento na opinião dos trabalhadores de enfermagem da instituição pesquisada é o fato de ter que lidar com ordens contraditórias. Na enfermagem essa situação é perceptível quando se olha a linha vertical de comando na equipe de enfermagem e na relação enfermeiros e médicos. Profissionais de enfermagem de nível médio de um hospital universitário no Paraná mostraram em estudo que a presença de múltiplos comandos a que são submetidos configura-se como uma carga psíquica (SECCO et al., 2010). Ressalta-se, porém, que apesar do supervisor da equipe de

enfermagem deva, obrigatoriamente, ser enfermeiro neste contexto havia outros níveis de comando

Outro aspecto identificado neste estudo foi a necessidade de cuidar da aparência física. Campos; David (2010) acreditam que a boa imagem dos recursos humanos de uma organização refletem na sua capacidade de garantir uma atenção organizada, segura e eficaz. As autoras apontam que na instituição a qual realizaram pesquisa é repassado aos recém-admitidos um guia com orientações sobre como se apresentar no que se refere à imagem pessoal, com detalhes sobre vestimentas, calçados, cabelos, unhas, adornos e postura, sendo o não cumprimento das orientações objeto de advertências ao trabalhador.

Há de se pensar que as exigências quanto a aparência física deve estar vinculada às necessidades de atendimento de medidas de segurança previstas na NR32, quando há proibição de adornos por exemplo e a obrigação de outros cuidados com a aparência como cabelos presos, calçados adequados à situação hospitalar entre outros.

Custo Cognitivo

Para Mendes; Ferreira (2007, p. 119), Custo Cognitivo refere-se ao “dispêndio intelectual para aprendizagem, resolução de problemas e tomada de decisão no trabalho”.

Os trabalhadores de enfermagem consideram que o trabalho na instituição psiquiátrica demanda um custo cognitivo moderado, considerado crítico, resultado que se assemelha aos encontrados por Shimizu; Carvalho Junior (2012) e Antloga et al. (2014). Resultados mais positivos do que os encontrados por Campos; David (2010) com enfermeiros de unidade de tratamento intensivo, que observou custo cognitivo grave.

Estudo com enfermeiros de unidades de terapia intensiva da região centro-sul do Chile com o objetivo de analisar a percepção de fatores psicossociais e a carga mental de trabalho mostrou que, em relação à carga mental, os fatores: demandas cognitivas, complexidade e características das tarefas, demonstraram as maiores pontuações, observando assim que existe uma sobrecarga mental para as demandas cognitivas (CEBALLOS-VÁSQUEZ et al., 2015).

Nenhum item, entre os 10 avaliados, obteve avaliação grave e somente o item “*fazer previsão de acontecimentos*” teve avaliação satisfatória.

Estes dados são consistentes com a natureza carcerária do trabalho em instituições psiquiátricas hospitalares, fator que dificulta o cuidado e o cuidado de si pelo trabalhador de enfermagem (SILVA et al., 2015).

Estudiosos (SOUZA et al., 2015a) apontam que o trabalho em saúde mental exige do trabalhador, estado permanente de atenção e capacidade de lidar com imprevistos em decorrência da natureza clínica dos pacientes. Mesmo com a Reforma Psiquiátrica, manter vigilância contínua e intervir em situações de ameaça potencial ao paciente e à coletividade continuam sendo ações primordiais para a assistência em saúde mental.

A imprevisibilidade ligada em especial a agressões físicas, manifestada em forma de chutes, socos, tentativas de estrangulamentos e tapas, intensificam os efeitos negativos da vigilância contínua, na medida em que o acúmulo de energia propicia o desenvolvimento de quadros de ansiedade, tensão e psicossomáticos (MENDES; MORAES; MENDES, 2011; SOUZA et al., 2015a).

Estas condições relacionadas à imprevisibilidade, além da estrutura física inadequada com má adequação do grau de iluminação, disposição de materiais, postos de trabalho que impedem a visualização na totalidade do ambiente e conseqüente percepção de condições importantes para o paciente e a equipe, são citadas por Campos; David (2010) como fatores que impõe o uso constante da visão e da atenção.

Outra condição percebida como crítica para os trabalhadores de enfermagem refere-se à improvisação dos profissionais, expressa pelo item “*desenvolver macetes*”. Esta condição ainda determina o “*uso da criatividade*” para elaboração de meios que auxiliem a realização do cuidado de forma eficiente e eficaz.

Araújo; Quental; Medeiros (2016) mediante estudo qualitativo identificaram que a improvisação e o uso da criatividade, decorrente para tal, são condições de trabalho que causam descontentamento entre os trabalhadores, pois, acarreta além de perda de energia decorrente do grau elevado de atenção e tempo exigido do profissional para resolução de problemas estruturais, materiais e organizacionais, tempo que seria dedicado ao cuidado propriamente dito, afeta ainda a satisfação profissional com a atividade realizada, frustração por vê suas ações serem limitadas e desgaste mental.

Custo Físico

O dispêndio fisiológico e biomecânico imposto pelas características do Contexto de Trabalho define o Custo Físico (MENDES; FERREIRA, 2007).

Na avaliação dos trabalhadores da instituição pesquisada, este dispêndio foi avaliado como satisfatório, que remete a uma condição de promoção de saúde no ambiente laboral,

divergindo dos resultados negativos identificados por Campos; David (2010) entre enfermeiros intensivistas.

Entre os 10 itens avaliados, nenhum obteve avaliação grave e, somente os itens “*caminhar*”, “*usar as mãos de forma repetida*”, “*usar o braço de forma contínua*” e “*usar as pernas de forma contínua*” avaliação crítica.

Estudo com profissionais da Estratégia Saúde da Família observou que o Custo Físico contribui significativamente para o adoecimento do trabalhador neste setor, pois, trata-se de um Contexto de Trabalho extramuros para o qual o ato de caminhar é crucial, em especial aos agentes comunitários de saúde que executam cotidianamente visitas domiciliares. Ainda, faz reflexão que o uso contínuo, repetido e inadequado das mãos se deve ao fato da insuficiência de materiais e equipamentos inapropriados e as características inerentes ao labor (SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012).

No estudo de Campos; David (2010) com enfermeiros intensivistas os itens “*usar as mãos de forma repetida*”, “*caminhar*”, “*ser obrigado a ficar de pé*” e “*usar as pernas de forma contínua*” obtiveram avaliação grave. Para justificar tais resultados buscou-se compreender que o processo de trabalho do enfermeiro assistencial envolve essencialmente o trabalho manual, seja para preparo e administração de medicações, realização de procedimentos e exame físico, cuidados com a higiene e alimentação. Ponderou-se, que a necessidade de deslocamentos é uma constante, pois para a obtenção de insumos para execução das atividades é necessário percorrer grandes distâncias até os estoques, farmácias e almoxarifado, ainda para a prestação do cuidado, encaminhamentos para exames, entre outros motivos.

Ao avaliar o impacto do trabalho para profissionais de saúde mental em instituição psiquiátrica, estudo identificou baixo impacto do trabalho, evidenciando ainda baixos efeitos do trabalho sobre a saúde física do trabalhador, corroborando com os resultados deste estudo. Contudo, 40,6% dos trabalhadores referiram que se sentem mais ou menos cansados fisicamente ao final do expediente, e 12,5% extremamente cansados no tocante físico (ALVES et al., 2013).

Relatos de profissionais de serviços de urgência e emergência evidenciam que no trabalho de enfermagem a necessidade de esforço físico é uma constante, em virtude das longas jornadas de trabalho em posição em pé, a necessidade de deslocamentos frequentes, a movimentação de pacientes e a manipulação de pesos excessivos desrespeitando a biomecânica corporal. Ainda, apontam que as cargas fisiológicas e biomecânicas podem está associadas à privação do sono e danos à saúde mental (LORO et al., 2016).

Os trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário no Rio de Janeiro referiram que o esforço físico, que produz fadiga, a manipulação de cargas pesadas e as posturas forçadas para realização de alguma tarefa são fatores de risco de ordem ergonômica para a saúde dos trabalhadores de enfermagem, sendo frequentes na etiologia de Lesões por Esforço Repetitivo/Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (LER/DORT) (MAURO et al., 2010). Para as autoras este dado pode estar associado a inadequação quantitativa de recursos humanos na enfermagem no interior das instituições hospitalares.

No Irã verificou altas taxas de exigências físicas entre enfermeiros de hospitais universitários, sendo relacionadas ao ato de levantar rotineiramente pesos elevados, transferir pacientes e manter postura curvada e desconfortável (ARSALANI et al., 2012). Apontou ainda questões próprias do contexto socioeconômica e cultural como responsáveis pelos efeitos negativos sobre a saúde do pessoal de enfermagem, como compromisso da mulher como esposa e mãe, sendo o trabalho doméstico responsabilidade da esposa; os baixos salários e má gestão de pessoal; a falta de apoio dos níveis hierárquicos superiores para a gestão de seus papéis; a escassez de pessoal de enfermagem; e os cortes financeiros no setor saúde.

Pesquisa realizada com enfermeiros de clínica cirúrgica de hospitais universitários no sul do Brasil demonstrou que os danos físicos são condição crítica para o adoecimento do trabalhador, por isso requer providências imediatas de curto e médio prazo para a gestão das exigências biomecânicas e fisiológicas, a fim de promover qualidade de vida, redução de afastamentos e segurança ao paciente (SILVA et al., 2016).

Os problemas de ordem física apontam como as principais causas de readaptação e readequação funcional, as situações de movimentação de pacientes, transporte de materiais e aparelhos, utilização de mobiliário inadequado e condições de instalação e manutenção de equipamentos (cargas mecânicas), além de trabalho em turnos, dupla ou tripla jornada, horas-extras, sobrecarga de atividades (cargas fisiológicas) (CACCIARI et al., 2013).

Ainda, conforme Minime et al. (2013) as cargas fisiológicas são predominantes nas notificações referentes às queixas relacionadas à exposição ocupacional, corroborando com os resultados citados nos estudos anteriores, ao afirmar que estas cargas aos trabalhadores de enfermagem estão associadas à manipulação de peso elevado, posicionamento em pé ou curvado e a jornada de trabalho.

Ademais, os resultados permitem inferir que apesar de os escores médios para os Custo Afetivo e Custo Físico apresentarem-se satisfatórios, os itens avaliados revelam condições críticas para a saúde do trabalhador de enfermagem em saúde mental. As

exigências cognitivas se encontram em situação-limite e demonstram característica inerente ao trabalho em hospitais psiquiátricos, o estado de alerta permanente. Desta forma, é premente políticas de gestão de riscos e danos que permeiem pelas condições de trabalho específicas dos serviços psiquiátricos hospitalares.

6.3 Correlação entre os fatores do Contexto de Trabalho e do Custo Humano no Trabalho

Ao se avaliar as correlações entre os fatores que compõem o Contexto de Trabalho e o Custo Humano no Trabalho observou-se que os trabalhadores com pior avaliação da Organização do Trabalho também avaliaram negativamente as Relações Socioprofissionais e o Custo Cognitivo. O Custo Afetivo se correlacionou diretamente com as Relações Socioprofissionais, o Custo Físico e o Custo Cognitivo. Ainda, o Custo Físico obteve correlação direta com o Custo Cognitivo. Ressalta-se que o fator Condições de Trabalho não obteve correlação com nenhum outro.

As influências dos fatores organizacionais do trabalho na saúde revelam que contextos de trabalho com piores condições de trabalho, organização do trabalho falida e más relações socioprofissionais estão associados com problemas físicos, emocionais e sociais. Entre os trabalhadores de enfermagem estudo apontou que estes fatores estão relacionados à sobrecarga laboral, conflitos no ambiente de trabalho, ambiguidade na execução das tarefas, reconhecimento profissional e agressões (THEME FILHA; COSTA; GUILAM, 2013).

Para Campos; David (2011) a importância da Organização do Trabalho se torna evidente quando surge nas pesquisas em saúde do trabalhador a recorrência de condições ligadas à cobrança, ritmo e pressão, denotando clara influência do modelo taylorista de administração.

Estudo identificou ainda que os trabalhadores de enfermagem percebem níveis prejudiciais dos fatores psicossociais no ambiente de trabalho, dentre os quais a indefinição de papéis, falta de autonomia, pouco apoio social e instrumental dos colegas e superiores (CEBALLOS-VÁSQUEZ et al., 2015).

Na atenção em saúde mental estes fatores são agravados pela normatização inflexível e diversas vezes inquestionável, herdada de modelos tradicionais de cuidado, sendo as questões de trabalho subjetivas deixadas para segundo plano (SILVA et al., 2013; SILVA et al., 2015). Para Souza et al. (2015b) os aspectos organizacionais são mais relevantes no desenvolvimento de esgotamento profissional do que os individuais.

Outra condição importante e que gera desgastes no trabalhador de enfermagem em saúde mental é o contato direto, constante e intenso com os pacientes (BRAGA; OLSHOWSKY, 2015). Os profissionais de enfermagem executam suas tarefas em situações estressantes que requerem habilidades psicológicas e estratégias de enfrentamento que nem sempre são efetivas (ZAMBRANO et al., 2015).

Os danos psicológicos em enfermeiros foram associados de forma direta com os danos sociais e físicos (SILVA et al., 2016). As autoras referiram que a natureza do objeto de trabalho não pode ser alterada, porém as formas de organização do trabalho podem ser modificadas para controlar a insalubridade, a periculosidade, a penosidade, a exaustão e o desgaste dos trabalhadores.

No centro-oeste do Brasil, estudo com trabalhadores de um hospital universitário mostrou que os números de cargas de trabalho registradas eram superiores ao número de notificações efetuadas, evidenciando interação entre duas ou mais cargas (MININEL et al., 2013). Resultado importante à medida que os autores ponderam que a carga psíquica possa ser o elo com a organização do trabalho precária e relações socioprofissionais verticalizadas instituídas pela instituição.

A enfermagem segundo Machado et al. (2014) é reconhecida como uma atividade penosa e que exige muito física, mental e emocionalmente do trabalhador, somado à escassez de profissionais, aos turnos de trabalho, o pouco controle sobre o trabalho, condições de trabalho inadequadas e diversos outros fatores que contribuem para o adoecimento.

Segundo Campos; David (2010) esta predisposição ao adoecimento pode em parte ser decorrente da elevada exigência cognitiva do trabalhador, considerado profissional polivalente, que assume cada vez mais tarefas, sendo alvo de cobranças. Como já citado este fator é agravado pela indefinição do objeto de trabalho do profissional de enfermagem.

Desta forma, estes resultados corroboram os achados por Tavares; Cortez; Muniz (2014) ao afirmarem que o cuidado em saúde mental precisa da valorização do trabalhador de enfermagem, já que a disponibilidade interna do profissional interfere diretamente na qualidade do cuidado prestado.

6.4 Fatores associados aos TMC entre os trabalhadores de enfermagem em saúde mental

A prevalência global de TMC entre os trabalhadores de enfermagem da instituição pesquisada foi de 25,7%. Resultado superior ao encontrado em estudos com enfermeiros docentes de universidade públicas do Rio Grande do Sul (TAVARES et al., 2014), com

trabalhadores de enfermagem de um hospital de Porto Alegre (URBANETTO et al., 2013). Contudo, foi inferior ao encontrado com enfermeiros do Paquistão (AHMED et al., 2012), com trabalhadores de enfermagem de um hospital da Bahia (RODRIGUES et al., 2014), de um hospital universitário no Rio Grande do Sul (MAGNAGO et al., 2015), de três hospitais no Rio de Janeiro (ROTEMBERG; COSTA; GRIEP, 2014) e com trabalhadores de enfermagem de três hospitais no Irã (TAGHINEJAD et al., 2014). Este resultado sugere que ambientes laborais refletem diferentes perfis de adoecimento ao trabalhador de enfermagem, levando-se em consideração o perfil do usuário, o contexto de trabalho, as relações socioprofissionais e as condições de trabalho.

No que tange as variáveis sociodemográficas e laborais e o percentual de TMC, em um hospital universitário de Santa Maria-RS pesquisa apontou que os trabalhadores de enfermagem do sexo feminino, que não possuíam outro emprego, que tinham percepção do estado de saúde ruim/pior e insatisfeitos com o sono apresentaram maior prevalência de TMC (MAGNAGO et al., 2015).

Nesta pesquisa não foram identificadas associações significativas entre as variáveis sociodemográficas e a prevalência de TMC. Porém, ressalta-se que profissionais do sexo feminino, que vivem com companheiro, não possuem filhos menores de 6 anos, da raça preta e com escolaridade até o ensino médio possuíram maiores prevalências de TMC. Ainda, observou-se que foi maior a média de idade entre os trabalhadores com TMC.

Estudos no Irã apresentaram resultados consistentes para sugerir que as enfermeiras são mais propensas aos transtornos mentais que os enfermeiros (KAYALHA et al., 2013; ROUSTAEI et al., 2015).

É importante destacar que transtornos mentais, em geral, são mais comuns em mulheres. Isto se deve a uma trama complexa de fatores genéticos e hormonais, às influências metabólicas e ao processo de socialização. Assim, apesar de homens e mulheres compartilharem de condições semelhantes de trabalho, os papéis e comportamentos sociais desempenhados constituem-se numa diferença considerável do ponto de vista do adoecimento (CARLOTTO et al., 2011). Sabe-se que houve nos últimos anos um aumento da participação da mulher no mercado, todavia, não se observa redução da jornada doméstica da mulher e aumento proporcional da participação masculina nas atividades do lar.

No Paquistão estudo com enfermeiros teve que profissionais com idade elevada (51 – 60 anos), que não viviam com companheiro e que tinham filhos eram mais vulneráveis à depressão; assim como a ansiedade foi mais prevalente entre trabalhadores jovens, solteiros e

com pouca experiência; e os enfermeiros com pouca experiência apresentaram maior risco de desenvolver TMC (AHMED et al., 2012).

No que se refere a auto-avaliação de saúde, esta estava relacionada inversamente com a idade, ou seja, quanto maior a idade pior a auto-avaliação do estado de saúde (MALINAUSKIENE et al., 2011). Para os autores o aumento da expectativa de vida reflete sociedades com boas condições de saúde pública e bem-estar, além de pessoas trabalhando por mais tempo, devendo assim ser investido esforços na seguridade social, na motivação laboral e, sobretudo, em recursos para lidar com a demanda de trabalho e seus efeitos sobre a capacidade de trabalho.

Alguns fatores refletem ainda disparidades sociais no desenvolvimento de TMC, mesmo sem significância estatística. Trabalhadores negros e com menor escolaridade apresentaram maiores prevalências de TMC. Estudo de base populacional na região oeste da cidade de São Paulo mostrou que mulheres, com pouca escolaridade e sem ocupação, residentes em domicílio com crianças, com pouca estrutura imobiliária, sem saneamento básico e de baixa renda apresentaram maior prevalência de TMC (COUTINHO et al., 2014). Estes resultados demonstram que o contexto socioeconômico apresenta papel importante na etiologia dos transtornos mentais.

No que se refere às variáveis laborais somente a categoria profissional obteve significância estatística para associação com a prevalência de TMC. Contudo, trabalhadores de enfermagem do setor de internação, com jornada superior a 30 horas semanais, com 2 ou mais vínculos e do turno noturno apresentaram médias elevadas.

Na enfermagem, a ocorrência de maiores agravos na categoria auxiliar/técnico de enfermagem pode ser explicada pela natureza do trabalho desenvolvido. Estudo apontou que 7,1% dos enfermeiros referiram algum agravo à saúde, enquanto a frequência para os auxiliar/técnicos de enfermagem foi de 17,2% (MACHADO et al., 2014).

Os dados referentes ao setor de atuação convergem com os encontrados por Urbanetto et al. (2013) ao identificar maior prevalência de TMC entre trabalhadores do setor de internação. No Irã, pesquisa com enfermeiros, demonstrou associação significativa entre setor de atuação e saúde mental do trabalhador (TAGHINEJAD et al., 2014). Estas associações podem ser atribuídas à complexidade do cuidado em cada setor de atuação.

Outra situação alarmante na enfermagem apontada foi o duplo ou triplo vínculo empregatício, em virtude dos baixos salários, facilidades de conciliar os diversos vínculos profissionais e a permissividade das leis trabalhistas.

As referidas condições colaboram para a elevada carga física e mental do trabalho em enfermagem, daí a necessidade de pausas para descanso e tempo livre para lazer (SOUZA et al., 2012).

Do ponto de vista das condições de saúde e hábitos de vida as variáveis, tempo para lazer, problemas de saúde com diagnóstico médico e satisfação com o sono obtiveram associações estatísticas significativas com a prevalência de TMC.

Pesquisando enfermeiros de Taiwan estudo mostrou que quanto maior a sintomatologia física e psíquica e os níveis de estresse, pior a qualidade do sono e a auto-avaliação do estado de saúde (LIN et al., 2014).

Em Hong Kong identificou-se que o estado civil, a atividade física e a qualidade do sono estão associadas com a depressão; assim como estado civil, qualidade do sono e atividades de lazer com a ansiedade; e idade, atividade física e de lazer com os níveis de estresse (CHEUNG; YIP, 2015). Dados semelhantes foram encontrados no estudo em tela, quanto às condições de saúde e hábitos de vida, ao observar que profissionais que não praticam atividade física e/ou de lazer estavam mais vulneráveis aos TMC.

Harvey et al. (2010) em estudo de base populacional mostrou que a prática de atividade física e lazer foram associados com menores níveis de ansiedade e depressão. Estes resultados são importantes para reforçar a importância da prática de atividade física e lazer, em face não somente da menor vulnerabilidade aos TMC, como também dos benefícios sociais.

Foi observado que os trabalhadores insatisfeitos com o sono apresentaram menor prevalência de TMC. Os dados encontrados neste estudo ao que se refere à satisfação com o sono divergem dos encontrados em outros estudos (LIN et al., 2014; PALHARES; CORRENTE; MATSUBARA, 2014; MAGNAGO et al., 2015). Investigação com trabalhadores de enfermagem de Botucatu-SP mostrou que 65,1% dos entrevistados apresentavam algum distúrbio do sono e 4,1% demonstravam comprometimento importante (PALHARES; CORRENTE; MATSUBARA, 2014).

Quanto à relação entre os TMC e os fatores do Contexto de Trabalho e do Custo Humano no Trabalho foram encontrados resultados significantes para os fatores Relações Socioprofissionais, Custo Afetivo e Custo Físico. Contudo, mostrou-se que, exceto para o fator Organização do Trabalho, os trabalhadores de enfermagem com avaliações mais negativas para o contexto e as exigências do trabalho apresentaram TMC.

Investigação envolvendo trabalhadores de um hospital psiquiátrico no sul do Brasil aponta como fatores que geram sofrimento ao trabalhador o sucateamento dos recursos, a falta

de autonomia, distanciamento entre trabalho prescrito e real, a não participação na tomada de decisões e construção de normas e rotinas e as dificuldades de relacionamento entre os colegas (MAGNUS; MERLO, 2012).

Duarte; Mauro (2010) apontam que um espaço arquitetônico não harmonioso e sem funcionalidade pode acarretar danos à saúde física do trabalhador independentemente das características da atividade a ser realizada; ainda que as variadas formas de relacionamento interpessoal possam contribuir para a insatisfação do trabalhador, sendo determinante para a motivação laboral, podendo ocasionar danos psicossociais.

Em hospitais universitários das cinco regiões geográficas do Brasil identificou que a agressão psíquica, o trabalho monótono e repetitivo, necessidade constante de atenção, o trabalho feminino, abuso de álcool e drogas, ritmo acelerado de trabalho, falta de comunicação, supervisão estrita da chefia e de outros profissionais e a falta de criatividade e autonomia, são cargas de trabalho geradoras de distúrbios somáticos de ordem física e psicológica assim como de desordens psicoemocionais (MININEL; BAPTISTA; FELLI, 2011).

Dados de um estudo com enfermeiros de um hospital universitário na Estônia demonstraram que a carga de trabalho, as demandas emocionais, os conflitos de papéis e o ritmo de trabalho tiveram correlação positiva com os transtornos mentais; enquanto as relações sociais e as recompensas justas correlação negativa (FREIMANN; MERISALU, 2015).

Os dados são consistentes com resultados identificados entre enfermeiras da China, para as quais conflitos com a equipe multidisciplinar e carga de trabalho elevada demonstraram-se fatores contributivos para ansiedade e estresse (LI et al., 2016). As relações socioprofissionais também se mostraram relevantes para a vulnerabilidade de enfermeiras de Hong Kong aos transtornos depressivos e estresse (CHEUNG; YIP, 2015).

Diante de tais considerações, mostra-se necessário o investimento em pesquisas que avaliem o seu impacto de outros fatores relacionados ao sofrimento mental do trabalhador de enfermagem considerando o impacto na vida pessoal, social e profissional do trabalhador, além das consequências para os serviços de saúde e à qualidade do cuidado prestado.

VII. CONCLUSÕES

O estudo possibilitou analisar os fatores associados aos TMC entre trabalhadores de enfermagem em uma instituição psiquiátrica.

Os resultados obtidos com o presente estudo permitiram concluir que houve predominância de trabalhadores de enfermagem do sexo feminino, solteiros, sem filhos menores de 06 anos de idade, Parda/Amarelas e que estudaram até o ensino médio. A média geral de idade mostrou-se elevada, com tempo de trabalho na instituição em torno de 18 anos. E observou-se interesse expressivo por qualificação profissional. A maioria dos trabalhadores de enfermagem atuava no setor de internações, entre 21 e 30 horas semanais, no turno diurno e não possuíam outro vínculo empregatício.

Sobre as condições de saúde e hábitos de vida, na referida instituição, a maioria dos trabalhadores de enfermagem referiu praticar atividade física, possuir tempo para lazer e insatisfação com o sono; mencionaram até 03 diagnósticos médicos, não apresentaram queixas de insônia e problemas de saúde relacionados ao hospital.

De acordo com o objetivo de identificar a prevalência de TMC entre os trabalhadores de enfermagem, observou-se que 25,7% (n = 19) foram considerados casos positivos. Isso demonstra um número expressivo e alarmante, tendo em vista que são vidas humanas que correm riscos. Estes dados ainda se confirmam preocupantes, pois, são condições de adoecimento perceptíveis pelos trabalhadores de enfermagem ao referirem, dentre os 13 casos de condições de saúde relacionadas ao hospital, 06 (46,2%) foram transtornos mentais e comportamentais. Estes dados reforçam a necessidade premente de investigação sobre esta temática.

Em resposta ao objetivo de descrever o Contexto de Trabalho e o Custo Humano no Trabalho, observou-se que apesar de as Relações Socioprofissionais mostrarem-se como fator protetor para o trabalhador de enfermagem da instituição psiquiátrica, os fatores Organização do Trabalho e Condições de Trabalho apresentam risco para adoecimento. Desta forma, pode-se afirmar que o Contexto de Trabalho na instituição pesquisada não é totalmente favorável ao trabalhador.

Identificou-se também, que apesar de não possuir um contexto laboral satisfatório na percepção dos trabalhadores de enfermagem, o Custo Humano no Trabalho na instituição estudada não demonstrou ser uma condição tão preocupante. As exigências cognitivas foram as únicas a demonstrarem risco, mesmo que moderado, ao trabalhador, enquanto as exigências afetivas e físicas mostraram-se satisfatórias.

Entretanto, é importante destacar que algumas condições inerentes à instituição foram apontadas como graves para o risco de adoecer, como: a repetitividade das tarefas e as condições de trabalho referentes ao mobiliário inadequado, ruídos e estrutura física do posto de trabalho. Nesta direção os resultados deste estudo apontam para a necessidade de se reconhecer que aspectos inerentes ao ambiente laboral são fontes severas de adoecimentos, sendo necessária a oferta de condições de trabalho não malélicas ao trabalhador.

Em resposta à questão de pesquisa, quando associadas características sociodemográficas aos TMC não se obteve diferença estatística significativa. Contudo, observou-se associação significativa com a categoria profissional, tempo para lazer, problemas de saúde e satisfação com o sono. Verificou-se maiores prevalências de TMC entre auxiliar/técnicos de enfermagem, sem tempo livre para o lazer, com 04 ou mais diagnósticos médicos de problemas de saúde auto-referidos e satisfeitos com o sono.

É factível afirmar que os resultados obtidos reforçam que os trabalhadores de nível médio por estarem em contato mais próximo com o sofrimento, prestarem cuidados diretos com maior frequência e com maior exigência física são mais suscetíveis ao adoecimento.

No que se refere às condições de saúde e hábitos de vida associados aos TMC, é sabido que os transtornos mentais e comportamentais possuem repercussões a nível individual e coletivo, contudo, não se pode eliminar a possibilidade de viés de causalidade reversa.

Obteve-se com relação ao Contexto de Trabalho e Custo Humano no Trabalho, que os trabalhadores de enfermagem com avaliações mais negativas para as Relações Socioprofissionais, Custo Afetivo e Custo Físico foram aqueles que obtiveram as maiores prevalências de TMC. Este dado merece atenção, uma vez que as Relações Socioprofissionais, o Custo Afetivo e o Custo Físico foram avaliados satisfatoriamente pelo corpo de enfermagem da instituição pesquisada.

Parece claro, no entanto, que nesta condição o Contexto de Trabalho e Custo Humano no Trabalho é resultado de uma interação entre seus fatores, sendo necessário ponderar o potencial de adoecimento do trabalhador relacionado à sua ocupação.

Os resultados deste estudo agregam novos conhecimentos, contudo, o mundo do trabalho da enfermagem em saúde mental é mais complexo do que os dados obtidos. Os dados deste estudo não podem ser generalizados, por se tratar de um caso específico, porém, podem servir como subsídios para intervenções para prevenção à exposição a riscos ocupacionais em ambientes com características comparáveis.

Dentre as limitações deste estudo, se encontram as inerentes a tipologia seccional, como a impossibilidade de definição da relação causa-efeito, não podendo descartar a

possibilidade de causalidade reversa. Outro fator limitante se refere à amostra do estudo que inviabilizou análises estatísticas mais rebuscadas, tendo em vista o reduzido número de funcionários no corpo de enfermagem.

Também como fator limitante, os instrumentos, tendo em vista que são compostos por questões subjetivas, pode-se admitir a possibilidade de subestimação dos resultados, em face da possibilidade de influência do estado biopsicossocial do trabalhador no momento da entrevista e ainda da compreensão equivocada dos questionamentos. Ainda, deve-se considerar a impossibilidade de apreensão da subjetividade inerente ao processo de trabalho por meio destes.

Apesar dos limites expostos, o estudo vem a contribuir para o delineamento de intervenções com vistas à prevenção do adoecimento do trabalhador e promoção da saúde mental no ambiente de trabalho.

Neste sentido, considerando-se o impacto pessoal, social e econômico dos TMC, entende-se que o estudo em tela poderá ser utilizado para a organização e controle das condições de trabalho em ambientes com características semelhantes e extrapolados para ambientes com características comparáveis, fundamentando os órgãos de classes nas discussões com os profissionais envolvidos nos processos de trabalho em saúde mental, em prol da melhoria do ambiente de trabalho e do cuidado prestado, e despertando no ambiente acadêmico interesse pela temática.

Nessas circunstâncias, os resultados deste estudo, fornecem subsídios para a gestão de políticas públicas e de recursos humanos e para a implementação de estratégias para a promoção da saúde buscando-se uma cultura prevencionista, e conseqüentemente, da assistência prestada ao usuário.

Ainda nesse caminho investigativo, contribui para a atenção à saúde do trabalhador, para a formação de profissionais de enfermagem, para a pesquisa em saúde do trabalhador de enfermagem, e para o arcabouço teórico-filosófico do conhecimento em saúde do trabalhador de enfermagem incrementando a discussão e análise da temática, e apontando objetos para investigações futuras.

Da mesma forma, a pesquisa ampliou as discussões na Linha de Pesquisa “Enfermagem e Saúde do Trabalhador de Enfermagem” do Núcleo de Pesquisa Enfermagem e Saúde do Trabalhador do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ.

VIII. RECOMENDAÇÕES

Diante dos resultados e conclusões apresentadas neste estudo, recomenda-se:

- Às instituições de ensino:

- proporcionar aos discentes de enfermagem, disciplina de Saúde do Trabalhador com foco nas questões inerentes ao contexto de trabalho e suas implicações para a saúde do trabalhador;
- sensibilizar a comunidade acadêmica para as discussões sobre saúde mental e trabalho;
- incentivar o desenvolvimento de pesquisas em saúde mental e trabalho com foco nas questões inerentes ao processo de trabalho e suas consequências à saúde do trabalhador;
- oportunizar aos discentes de enfermagem estratégias e metodologias diversificadas para a promoção da saúde e prevenção do adoecimento no ambiente ocupacional; e
- criar grupos de pesquisa e trabalho com foco na Saúde do Trabalhador de Enfermagem.

- Aos gestores das instituições:

- instituir Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT);
- oferecer condições de trabalho adequadas e que não ofereçam riscos à saúde do trabalhador;
- realizar mapeamento de riscos ocupacionais;
- identificar e gerir condições de trabalho que possam oferecer riscos à saúde do trabalhador;
- realizar busca ativa de possíveis casos de trabalhadores com transtornos mentais e acompanhamento adequado às necessidades dos mesmos;
- reconhecer a maior vulnerabilidade ao adoecimento de profissionais expostos a algumas características do ambiente laboral, como, a repetitividade de tarefas, o mobiliário inadequado, ruídos e inadequação do posto de trabalho quanto à estrutura física; e
- instituir plano de gerenciamento de riscos psicossociais e ergonômicos.

- Aos trabalhadores:

- identificar e comunicar de imediato condições de trabalho inadequadas ao exercício laboral;
- não abster-se de comunicar aos órgãos responsáveis, conselho e sindicato de classe irregularidades que contrariam as legislações vigentes;
- realizar tarefas somente para as quais for capacitado, sem necessariamente precisar expor-se aos riscos ocupacionais;
- identificar sinais e sintomas de adoecimento pelo trabalho, reconhecer suas limitações e buscar assistência especializada;
- participar como co-responsável por sua saúde de eventos, reuniões, pesquisas e sempre que convocado, referente à saúde do trabalhador; e
- sensibilizar-se e refletir sobre o adoecimento pelo trabalho na instituição e possíveis estratégias para enfrentamento.

- Aos órgãos de classe:

- fiscalizar as instituições quanto ao cumprimento das normas de segurança no trabalho;
- prestar assistência, sempre e sempre que solicitado, aos trabalhadores;
- ofertar instrumentos para que os trabalhadores reconheçam a necessidade do cuidado de si;
- incentivar pesquisas nacionais e regionais referentes à saúde do trabalhador;
- programar ações de educação permanente em saúde para os membros registrados; e
- intensificar o envolvimento da temática saúde do trabalhador nas legislações nacionais.

REFERÊNCIAS

AHMED, M. et al. Minor psychiatric morbidities in nurses. **Journal of Rawalpindi Medical College**; v. 16, n. 2, p. 194-7, 2012.

ALVES, A.P. et al. Avaliação do impacto do trabalho em profissionais de saúde mental de uma instituição psiquiátrica. **Rev Min Enferm.**; v. 17, n. 2, p. 424-8, 2013.

_____. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde. **Rev. enferm. UERJ**; v. 21, n. 1, p. 64-9, 2015.

AMBRÓSIO, D.M.S.R.; RIBEIRO, M.C.S. Papel do estado e da sociedade na atenção à saúde do trabalhador. In: RIBEIRO, M.C.S. (Org.). **Enfermagem e Trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores**. 2.ed. São Paulo: Martinari, 2012.

ANTLOGA, C.S. et al. Contexto de trabalho e custo humano no trabalho em um órgão do poder judiciário brasileiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**; v. 19, n. 12, p. 4787-96, 2014.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2010.

_____.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serv. Soc. Soc.**; n. 123, p. 407-27, 2015.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION – APA. **Psychologists Promote Health and Well-Being Throughout Our Nation**. 2011. Disponível em: <http://www.apa.org/health/promote-well-being.aspx>. Acesso em: 30/03/2016.

ARAÚJO, G.S. et al. Perfil de trabalhadores de enfermagem acompanhados por equipe multiprofissional de saúde mental. **Rev. Rene.**; v. 15, n. 2, p. 257-63, 2014.

ARAÚJO, M.P.S.; QUENTAL, L.L.C.; MEDEIROS, S.M. Condições laborais: sentimentos da equipe e precarização do trabalho em enfermagem. **Rev enferm UFPE online**. v. 10, n. 8, p. 2906-14, 2016.

ARSALANI, N. et al. Iranian nursing staff's self-reported general and mental health related to working conditions and family situation. **International Nursing Review**; v. 59, p. 416-23, 2012.

ASSUNÇÃO, A.A. et al. Working conditions and common mental disorders in physicians in Brazil. **Occupational Medicine**; v. 63, p. 234-7, 2013.

_____.; SILVA, L.S. Condições de trabalho nos ônibus e os transtornos mentais comuns em motoristas e cobradores: região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2012. **Cad. Saúde Pública.** v. 29, n. 12, p. 2473-86, 2013.

BATISTA, C.B. et al. Violência no trabalho em saúde: análise em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Trab. Educ. Saúde.**; v. 9, n. 2, p. 295-317, 2011.

BAPTISTA, P.C.P. et al. Saúde dos trabalhadores de enfermagem e a segurança dos pacientes: o olhar dos gerentes de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**; v. 49, n. esp2, p. 122-8, 2015.

BARBOSA, G.B. et al. Trabalho e saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Rev. bras. Saúde ocup.**; v. 37, n. 126, p. 306-15, 2012.

BARROS, M.M.S. ARAÚJO, M.R.M.; JOHANN, R.L.V.O. O cuidador merece cuidado: estudo sobre qualidade de vida em profissionais de saúde mental. **Rev. Psicol. Saúde**; vol. 5, n. 1, p. 32-9, 2013.

BARROS, N.M.G.C.; HONÓRIO, L.C. Riscos de adoecimento no trabalho de médicos e enfermeiros em hospital regional mato-grossense. **REGE**; v. 22, n. 1, p. 21-39, 2015.

BERNARDO, M.H.; GARBIN, A.C. A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. **Rev. bras. Saúde ocup.**; v. 36, n. 123, p. 103-17, 2011.

BISQUERRA, R.; SARRIERA, J.C.; MARTÍNEZ, F. **Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

BOARETTO, F. et al. Contexto de ambiente de trabalho entre enfermeiras assistenciais em hospital universitário. **Cogitare Enferm.**; v. 21, n. 2, p. 01-10, 2016.

BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.** 19.ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

BOGAERT, P.T. et al. Impacts of unit-level nurse practice environment, workload and burnout on nurse-reported outcomes in psychiatric hospitals: a multilevel modeling approach. **Int J Nurs Stud.**; v. 50, p. 357-365, 2013.

BOUYER, G.C. Contribuição da Psicodinâmica do Trabalho para o debate: “o mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador”. **Rev. bras. Saúde ocup.**; v. 35, n. 122, p. 249-59, 2010.

BRAGA, F.S.; OLSCHOWSKY, A. Prazer e sofrimento no trabalho dos enfermeiros da saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. **Rev enferm UFPE online**. v. 9, n. 3, p. 7086-94, 2015.

BRAGA, L.S. et al. Sofrimento psíquico em trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. **Rev enferm UFPE online**. v. 7, n. 2, p. 345-54, 2013.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria n. 3.751, de 23 de novembro de 1990**. Norma Regulamentadora 17. Estabelece parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente. Disponível em: <http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR17.pdf>. Acesso em: 04/01/2017.

_____. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 29/08/2015.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 29/08/2015.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria n. 485, de 11 de novembro de 2005**. Aprova a Norma Regulamentadora n.32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). Disponível em: http://www.trtsp.jus.br/geral/tribunal2/ORGaos/MTE/Portaria/P485_05.html. Acesso em: 29/08/2015.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**. 2. ed. 3. reimpr. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_nacional_prioridades_2ed_3imp.pdf. Acesso em: 29/03/2016.

_____. Ministério da Saúde. Série A. **Normas e manuais técnicos: diretrizes metodológicas para elaboração de pareceres técnicos-científicos**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Diretrizes_portugues.pdf. Acesso em: 06/03/2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011c**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições dos profissionais e serviços de saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 29/08/2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 29/10/2015.

_____. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília: Secretária de Atenção à Saúde, 2015.

BRUSAMARELLO, T. et al. Cuidado de enfermagem em saúde mental ao paciente internado em hospital psiquiátrico. **Texto Contexto Enferm**; v. 14, n.1, p. 79-84, 2009.

CACCIARI, P. et al. Estado de saúde de trabalhadores de enfermagem em readequação e readaptação funcional. **Rev Bras Enferm.**; v. 66, n. 6, p. 860-5, 2013.

CAMPOS, J.F.; DAVID, H.M.S.L. Custo Humano no Trabalho: avaliação de enfermeiros em terapia intensiva à luz da Psicodinâmica do Trabalho. **Rev Baiana Enferm.**; v. 24, n. 1, p. 23-32, 2010.

_____.; _____. Avaliação do contexto de trabalho em terapia intensiva sob o olhar da psicodinâmica do trabalho. **Rev Esc Enferm USP**; v. 45, n. 2, p. 363-8, 2011.

_____.; _____.; SOUZA, N.V.D.O. Prazer e sofrimento: avaliação de enfermeiros intensivistas à luz da psicodinâmica do trabalho. **Esc Anna Nery**; v. 18, n. 1, p. 90-5, 2014.

CANABRAVA, D.S. et al. Tratamento em saúde mental: estudo documental da legislação federal do surgimento do Brasil até 1934. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**; v. 12, n. 1, p. 170-6, 2010.

CARLOTTO, M.S. et al. Transtornos mentais comuns e fatores associados em trabalhadores: uma análise na perspectiva de gênero. **Cad. Saúde Colet.**; v. 19, n.2, p. 172-8, 2011.

CARREIRO, G.S.P. et al. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**; v. 15, n. 1, p. 146-55, 2013.

CARVALHO, C.M.S. et al. Trabalho emocional e gestão de emoções em equipes de saúde oncológicas: um estudo qualitativo. **Rev. enferm. UERJ**; v. 22, n. 1, p. 9-15, 2014.

CARVALHO, M.B.; FELLI, V.E.A. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. **Rev Latino-am Enferm.**; v. 14, n. 1, p. 61-9, 2006.

CASSIANI, S.H.B.; BASSALOBRE-GARCIA, A.; REVEIZ, L. Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde: identificação de prioridades de pesquisa em enfermagem na América Latina. **Rev. Latino-am. Enferm.**; v. 23, n. 6, p. 1195-208, 2015.

CEBALLOS-VÁSQUEZ, P. et al. Fatores psicossociais e carga mental de trabalho: uma realidade percebida pelos enfermeiros em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-am. Enferm.**; v. 23, n. 2, p. 315-22, 2015.

CHEUNG, T.; YIP, P.S.F. Depression, anxiety and symptoms of stress among Hong Kong nurses: a cross-sectional study. **Int. J. Environ. Res. Public Health**; v. 12, p. 11072-100, 2015.

CONCIANI, M.E.; PIGNATTI, M.G. Concepções e práticas de vigilância em saúde mental relacionada ao trabalho. **Revista espaço para a saúde**; v. 16, n. 2, p. 45-55, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEn. **Resolução nº 293, de 21 de setembro de 2004**. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhadas. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004_4329.html. Acesso em: 02/01/2017.

_____. **Resolução nº 527, de 03 de novembro de 2016**. Atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05272016_46348.html. Acesso em: 03/01/2017.

COUTINHO, L.M.S. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). **Cad. Saúde Pública**.; v. 30, n. 9, p. 1875-83, 2014.

CUSTÓDIO, I.L. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de uma equipe de enfermagem portadora de hipertensão arterial. **Rev Bras Enferm.**; v. 64, n. 1, p. 18-24, 2011.

DAS-MUNSHI, J. et al. Cross-cultural factorial validation of the Clinical Interview Schedule – Revised (CIS-R); findings from a nationally representative survey (EMPIRIC). **Int. J. Methods Psychiatr.**; v. 23, n. 2, p. 229-44, 2014.

DECLARAÇÃO DE EDIMBURGO. **Declaração de Edimburgo sobre a promoção da saúde mental e bem estar no local de trabalho**. 2010. Disponível em: http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/Publications/Edinburgh_Declaration.pdf. Acesso em: 30/03/2016.

DEMENT, J.M. et al. Impact of hospital type II violent events: use of psychotropic drugs and mental health services. **Am J Ind Med.**; v. 57, n. 6, p. 627-39, 2014.

DIAS, G.C.; FUREGATO, A.R.F. Impacto do trabalho e satisfação da equipe multiprofissional de um hospital psiquiátrico. **Rev. enferm. UERJ**; v. 24, n. 1, p. e8164, 2016.

DIOGO, P.M.J. O trabalho emocional em enfermagem como foco de investigação e reflexão. **Salutis Scientia**; v. 4, p. 1-8, 2012.

_____.; RODIGUES, L. O trabalho emocional: reflexão e investigação em cuidados de enfermagem. **Pensar Enfermagem**; v. 16, n. 1, p. 62-71, 2012.

DUARTE, N.S.; MAURO, M.Y.C. Análise dos fatores de riscos ocupacionais do trabalho de enfermagem sob a ótica dos enfermeiros. **Rev. bras. Saúde ocup.**; v. 35, n. 121, p. 157-67, 2010.

EMERICH, B.F.; YASUI, S. O hospital psiquiátrico em diálogos atemporais. **Interface**; v. 20, n. 56, p. 207-16, 2016.

ESPERIDIÃO, E. et al. A Enfermagem Psiquiátrica, a ABEn e o Departamento Científico de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental: avanços e desafios. **Rev Bras Enferm.**; v. 66, n. esp., p. 171-6, 2013.

EUROPEAN UNION – EU. **European Pact for Mental Health and Well-being**. Bruxelas, 13 de Junho de 2008. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf. Acesso em: 28/03/2016.

FEIJÓ, D.; CÂMARA, V.M.; LUIZ, R.R. Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em policiais civis. **Cad. Saúde Pública**; v. 30, n. 11, p. 2433-42, 2014.

FELLI, V.E.A. Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas. **Enferm. Foco**; v. 3, n.4, p. 178-81, 2012.

FERNANDES, J.C. et al. Jornada de trabalho e comportamentos de saúde entre enfermeiros de hospitais públicos. **Rev. Latino-am. Enferm.**; v. 21, n. 5, p. [08 telas], 2013.

FERNANDES, M.A. **Riscos ocupacionais e o adoecimento de trabalhadores de saúde de um hospital psiquiátrico do Piauí**. 2014. 128p. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental). Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto (SP), 2014.

_____.; MARZIALE, M.H.P. Riscos ocupacionais e adoecimento de trabalhadores em saúde mental. **Acta Paul Enferm.**; v. 27, n. 6, p. 539-47, 2014.

FERREIRA, M.; FERREIRA, C. Carga mental e carga psíquica em profissionais de enfermagem. **Revista Portuguesa de Enfermagem em Saúde Mental**; n. esp. 1, p. 47-52, 2014.

FERREIRA, M.C.; MENDES, A.M. Contexto de Trabalho. In: SIQUEIRA, M.M.M. **Medidas do Comportamento Organizacional: Ferramentas de Diagnóstico e Gestão**. Porta Alegre: Artmed, 2008. p. 111-23.

FIGUEIRÊDO, M.L.R.; DELEVATI, D.M.; TAVARES, M.G. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cadernos de Graduação**; v. 2, n. 2, p. 121-36, 2014.

FONSECA, I.S.S.; ARAÚJO, T.M. Prevalência de transtornos mentais comuns em industriários da Bahia. **Rev. bras. Saúde ocup.**; v. 39, n. 129, p. 35-49, 2014.

FOUCAULT, M. **História da loucura: na idade clássica**. 9ed. São Paulo: Perspectiva, 2012.

FREIMANN, T.; MERISALU, E. Work-related psychosocial risk factors and mental health problems amongst nurses at a university hospital in Estonia: a cross-sectional study. **Scandinavian Journal of Public Health**; v. 43, p. 447-52, 2015.

GÄRTNER, F.R. et al. Psychometric Properties of the Nurses Work Functioning Questionnaire (NWFQ). **PLOSOne**; v. 6, n.1, p. 1-12, 2011.

_____. et al. Impaired work functioning due to common mental disorders in nurses and allied health professionals: the Nurses Work Functioning Questionnaire. **Int Arch Occup Environ Health**; v. 85, p. 125-38, 2012.

GATES, D.M.; GILLESPIE, G.L.; SUCCOP, P. Violence against nurses and its impact on stress and productivity. **Nurs Econ.**; v. 29, n. 2, p. 59-66, 2011.

GIBERT, M.A.P.; CURY, V.E. Saúde mental e trabalho: um estudo fenomenológico com psicólogos organizacionais. **Boletim de Psicologia**; v. 59, n. 130, p. 45-60, 2009.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, D.J.; ARAÚJO, T.M.; SANTOS, K.O.B. Condições de trabalho e de saúde de trabalhadores em saúde mental em Feira de Santana, Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**; v. 35, n. supl. 1, p. 211-30, 2011.

GONÇALVES, D.M.; STEIN, A.T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do *Self-Reporting Questionnaire* como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*. **Cad. Saúde Pública**; v. 24, n. 2, p. 380-90, 2008.

GRECO, P.B.T. et al. Estresse psicossocial e distúrbios psíquicos menores em agentes socioeducadores. **Rev Latino-am Enfermagem**; v. 20, n. 5, 2012.

GUIMARÃES, A.N. et al. O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). **Texto Contexto Enferm**; v. 19, n.2, p. 274-82, 2010.

_____. et al. Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**; v. 22, n.2, p. 361-9, 2013.

GUIMARÃES, J.M.; JORGE, M.S.; ASSIS, M.M. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. **Ciênc Saúde Coletiva**; v. 16, n. 4, p. 2145-54, 2011.

HAMAIDEH, S.H. Occupational stress, social support, and quality of life among Jordanian mental health nurses. **Issues in Mental Health Nursing**; v. 33, p. 15-23, 2012.

HANNA, T.; MONA, E. Psychosocial work environment, stress factors and individual characteristics among nursing staff in psychiatric in-patient care. **Int. J. Environ. Res. Public Health**; v. 11, p. 1161-75, 2014.

HARVEY, S.B. et al. Physical activity and common mental disorders. **The British Journal of Psychiatry**; v. 197, p. 357-64, 2010.

HENDERSON, M. et al. Work and common psychiatric disorders. **J R Soc Med**; v. 104, p. 198-207, 2011.

JOURDAIN, G.; CHÊNEVERT, D. Job demands-resources, burnout and intention to leave the nursing profession: a questionnaire survey. **Int J Nurs Stud.**; v. 47, p. 709-22, 2010.

KAYALHA, H. et al. Obvious and hidden anxiety and the related factors in operating room nurses employed in general hospital, Qazvin, Iran: a cross-sectional study. **Global Journal of Health Science**; v. 5, n. 6, p. 202-8, 2013.

KIRCHHOF, A.L.C. et al. Condições de trabalho e características socio-demográficas relacionadas à presença de Distúrbios Psíquicos Menores em trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**; v. 18, n. 2, p. 215-23, 2009.

KLEIN, C.H.; BLOCH, K.V. Estudos seccionais. In: MEDRONHO, R.A. et al. **Epidemiologia**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 193-219.

KUMBHAR, U.T.; DHUMALE, G.B.; KUMBHAR, U.P. Self reporting questionnaire as a tool to diagnose psychiatric morbidity. **National Journal of Medical Research**; v. 2, n. 1, p. 51-4, 2012.

LACERDA, R.B. et al. Contexto de trabalho e síndrome de burnout na equipe de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. **Cultura de los Cuidados**; v. 20, n. 44, p. 91-100, 2016.

LEÃO, L.H.C.; CASTRO, A.C. Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador: análise da implantação de dispositivos de institucionalização em uma cidade brasileira. **Ciênc Saúde Coletiva**; v. 18, n. 3, p. 769-78, 2013.

_____.; MINAYO-GOMEZ, C. A questão da saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador. **Ciênc Saúde Coletiva**; v. 19, n. 12, p. 4649-58, 2014.

LELIS, C.M. et al. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Acta Paul Enferm.**; v. 25, n. 3, p. 477-82, 2012.

LI, S. et al. Comparison of characteristics of anxiety sensitivity across career stages and its relationship with nursing stress among female nurses in Hunan, China. **BMJ Open**; v. 6, p. e010829, 2016.

LIMA, D.W.C. et al. Referenciais teóricos que norteiam a prática de enfermagem em saúde mental. **Esc Anna Nery**; v. 18, n. 2, p. 336-42, 2014.

LIN, S.H. et al. The impact of shift work on nurses' job stress, sleep quality and self-perceived health status. **Journal of Nursing Management**; v. 22, p. 604-12, 2014.

LORENZETTI, J. et al. Organização do trabalho da enfermagem hospitalar: abordagem na literatura. **Texto Contexto Enferm**; v. 23, n.4, p. 1104-12, 2014.

LORO, M.M. et al. Desvelando situações de risco no contexto de trabalho da enfermagem em serviços de urgência e emergência. **Esc Anna Nery**; v. 20, n. 4, p. e20160086, 2016.

LOURENÇO, E.A.S. Terceirização: a derruição de direitos e a destruição da saúde dos trabalhadores. **Serv. Soc. Soc.**; n. 123, p. 447-75, 2015.

MACHADO, L.S.F. et al. Agravos à saúde referidos pelos trabalhadores de enfermagem em um hospital público da Bahia. **Rev Bras Enferm.**; v. 67, n. 5, p. 684-91, 2014.

MACHADO, M.H. et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enferm. Foco**; v. 6, n. ¼, p. 11-7, 2015.

MAGNAGO, T.S.B.S. et al. Condições de trabalho de profissionais da enfermagem:

avaliação baseada no modelo demanda-controle. **Acta Paul Enferm.**; v. 23, n. 6, p. 811-7, 2010.

_____. et al. Relação entre capacidade para o trabalho na enfermagem e distúrbios psíquicos menores. **Texto Contexto Enferm**; v. 24, n.2, p. 362-70, 2015.

MAGNUS, C.N.; MERLO, A.R.C. Sofrimento-prazer: dinâmica do trabalho de profissionais de saúde mental de um hospital psiquiátrico público. **PSICO**; v. 43, n. 2, p. 185-92, 2012.

MAISSIAT, G.S. et al. Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. **Rev Gauchá Enferm.**; v. 36, n. 2, p. 42-9, 2015.

MALGORZATA, M.; XABIER, I. **Drivers and barriers for psychosocial risk management**: an analysis of the findings of the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER) Report. Luxemburgo: Publications Office of the European Union, 2012. Disponível em: <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/drivers-barriers-psychosocial-risk-management-esener/view>. Acesso em: 30/03/2016.

MALINAUSKIENE, V. et al. Associations between self-rated health and psychosocial conditions, lifestyle factors and health resources among hospital nurses in Lithuania. **Journal of Advanced Nursing**; v. 67, n. 11, p. 2383-93, 2011.

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 Psychiatric**; v. 148, n. 1, p. 23-6, 1986.

MARQUES, D.O. et al. O absenteísmo – doença da equipe de enfermagem de um hospital universitário. **Rev Bras Enferm.**; v. 68, n. 5, p. 876-82, 2015a.

MARQUES, A.L.N. et al. Qualidade de vida e contexto de trabalho de profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. **Rev Rene**; v. 16, n. 5, p. 672-81, 2015b.

MARTINS, J.T. et al. Transtornos mentais relacionados ao trabalho na enfermagem: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE online**. v. 8, n. 6, p. 1746-56, 2014.

MAURO, M.Y.C. et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Esc Anna Nery**; v. 14, n. 1, p. 13-8, 2010.

MENDES, A.M. **Psicodinâmica do Trabalho**: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

_____.; FERREIRA, M.C. Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA: instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. In: MENDES, A.M. **Psicodinâmica do Trabalho**: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 111-125.

MENDES, D.P.; MORAES, G.F.S.; MENDES, J.C.L. Análise da gestão de risco no trabalho de enfermagem em uma instituição psiquiátrica. **Trabalho & Educação**; v. 20, n. 1, p. 73-84, 2011.

MININEL, V.A. et al. Cargas de trabalho, processo de desgaste e absenteísmo – doença em enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**; v. 21, n. 6, p. 1290-7, 2013.

_____.; BAPTISTA, P.C.P.; FELLI, V.E.A. Cargas psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros. **Rev Latino-am Enfermagem**; v. 19, n. 2, p. [09 telas], 2011.

MOISÉS, M.S.; MEDEIROS, S.M.; FREITAS, J.A.C. Influência do contexto de trabalho na saúde dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva em um hospital universitário. **Enfermería Global**; n. 32, p. 198-210, 2013.

MONTEIRO, A.C.P.; CRUZ, L.M.L. DIAS, A.C.P. Enfermagem e saúde do trabalhador em instituição psiquiátrica. **Rev Min Enferm.**; v. 17, n. 4, p. 838-45, 2013.

MORAIS, T.H.P.; ORLANDI, F.S.; FIGUEIREDO, R.M. Fatores que influenciam a adesão às precauções-padrão entre profissionais de enfermagem em hospital psiquiátrico. **Rev Esc Enferm USP**; v. 49, n. 3, p. 478-85, 2015.

OHAYON, M.M. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. **Sleep Medicine Reviews**; v. 6, n. 2, p. 97-111, 2002.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO – OIT. **Convenção 149, de 27 de junho de 1977**. Sobre o emprego e as condições de trabalho e de vida do pessoal de enfermagem. Disponível em: <http://www.oit.org.br/content/sobre-o-emprego-e-condi%C3%A7%C3%B5es-de-trabalho-e-de-vida-do-pessoal-de-enfermagem>. Acesso em: 04/01/2017.

_____. **Convenção 155, de 11 de agosto de 1983**. Sobre segurança e saúde dos trabalhadores. Disponível em: <http://www.oitbrasil.org.br/node/504>. Acesso em: 04/01/2017.

PAI, D.D. et al. Violência, burnout e transtornos psíquicos menores no trabalho hospitalar. **Rev Esc Enferm USP**; v. 49, n. 3, p. 460-8, 2015.

PALHARES, V.C.; CORRENTE, J.E.; MATSUBARA, B.B. Association between sleep quality and quality of life in nursing professionals working rotating shifts. **Rev Saúde Pública**; v. 48, n. 4, p. 594-601, 2014.

PAPARELLI, R.; SATO, L.; OLIVEIRA, F. A saúde mental relacionado ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde. **Rev. bras. Saúde ocup.**; v. 36, n. 123, p. 118-27, 2011.

PASSOS, R.G. Caminhos da consciência para si no movimento de reforma psiquiátrica brasileira: notas iniciais à luz de Marx e Lukács. **Trab. Educ. Saúde**; v. 13, supl. 1, p. 11-22, 2015.

PAULA, G.S. et al. O sofrimento psíquico do profissional de enfermagem da unidade hospitalar. **Aquichan**; v. 10, n. 3, p. 267-79, 2010.

PAULON, S.M. et al. Da loucura de trabalhar com a loucura: notas acerca dos (des)cuidados na Saúde Mental. In: MERLO, A.R.C.; BOTTEGA, C.G.; PEREZ, K.V. (Orgs.). **Atenção à Saúde Mental do Trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho**. 1.ed. Porto Alegre: Evangraf, 2014. p. 189-209.

PEREIRA, A.V. O cotidiano de enfermeiras e enfermeiros: relações de gênero, a partir do tempo no hospital. **Rev Latino-am Enfermagem**; v. 23, n. 5, p. 945-53, 2015.

PERRY, L. et al. The mental health of nurses in acute teaching hospital settings: a cross-sectional survey. **BMC Nurs**; v. 14, n. 15, p. 1-8, 2015.

PESSOA JUNIOR, J.M. et al. O dito e não dito: reflexões sobre Reforma Psiquiátrica e Michel Foucault. **Rev enferm UFPE online**. v. 9, n. 9, p. 9296-300, 2015.

_____. et al. A política de saúde mental no contexto do hospital psiquiátrico: desafios e perspectivas. **Esc Anna Nery**; v. 20, n. 1, p. 83-9, 2016.

PIMENTA, A.M.; ASSUNÇÃO, A.A. Estresse no trabalho e hipertensão arterial em profissionais de enfermagem da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Rev. bras. Saúde ocup.**; v. 41, p. e6, 2016.

PRESTES, F.C.; et al. Indicadores de prazer e sofrimento no trabalho da enfermagem em um serviço de hemodiálise. **Rev Esc Enferm USP**; v. 49, n. 3, p. 469-77, 2015a.

_____. et al. Contexto de trabalho em um serviço de hemodiálise: avaliação dos trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**; v. 24, n. 3, p. 637-45, 2015b.

RIBEIRO, M.C.S. Breve histórico da atenção à saúde do trabalhador no Brasil. In: RIBEIRO, M.C.S. (Org.). **Enfermagem e Trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores**. 2.ed. São Paulo: Martinari, 2012.

RIBEIRO, R.B.N.; ASSUNÇÃO, A.A.; ARAÚJO, T.M. Factors associated with job satisfaction among public-sector physicians in Belo Horizonte, Brazil. **International Journal of Health Services**; v. 44, n. 4, p. 787-804, 2014.

RIOS, L.C. et al. Atividades físicas de lazer e transtornos mentais comuns em jovens de Feira de Santana, Bahia. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**; v. 33, n. 2, p. 98-102, 2011.

ROCHA, F.L.R. et al. Cultura organizacional de um hospital psiquiátrico e resiliência dos trabalhadores de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**; v. 69, n. 5, p. 765-72, 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.

ROELEN, C.A.M. et al. Physical and mental fatigue as predictors of sickness absence among Norwegian nurses. **Research in Nursing & Health**; v. 36, p. 453-65, 2013.

ROTENBERG, L.; COSTA, A.S.; GRIEP, R.H. Mental health and poor recovery in female nursing workers: a contribution to the study of gender inequities. **Rev Panam Salud Publica**; v. 53, n. 3, p. 179-85, 2014.

ROUSTAEI, N. et al. Evolution onf the relationship between social desirability and minor psychiatric disorders among nurses in Southern Iran: a robust regression approach. **IJCBNM**; v. 3, n. 4, p. 301-8, 2015.

RUITENBURG, M.M.; FRINGS-DRESEN, M.H.W.; SLUITER, J.K. The prevalence of common mental disorders among hospital physicians and their association with self-reported work ability: a cross-sectional study. **BMC Health Services Research**; v. 12, n. 292, p. 1-7, 2012.

SALLES, A.C.R.R.; MIRANDA, L. Desvincular-se do manicômio, apropriar-se da vida: persistentes desafios da desinstitucionalização. **Psicologia & Sociedade**; v. 28, n. 2, p. 369-79, 2016.

SAMPAIO, J.J.C. et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciênc Saúde Coletiva**; v. 16, n. 2, p. 4685-94, 2011.

SANTANA, L.L. et al. Absenteísmo por transtornos mentais em trabalhadores de saúde em um hospital no sul do Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.**; v. 37, n. 1, p. e53485, 2016a.

_____. et al. Indicadores de saúde dos trabalhadores da área hospitalar. **Rev Bras Enferm.**; v. 69, n. 1, p. 23-32, 2016b.

SANTOS, I. et al. Perspectiva estética e sociopoética do cuidar de pessoas com sofrimento psíquico: apropriação do *Tidal Model*. **Rev enferm UERJ**; v. 22, n. 6, p. 765-70, 2014.

SANTOS, K.O.B.; ARAÚJO, T.M.; OLIVEIRA, N.F. Estrutura fatorial e consistência interna do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) em população urbana. **Cad Saúde Pública**; v. 25, n. 1, p. 214-22, 2009.

_____. et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**; v. 34, n. 3, p. 544-60, 2010.

SCHOLTE, W.F. et al. Psychometric properties and longitudinal validation of the self-reporting questionnaire (SRQ-20) in a Rwandan community setting: a validation study. **BMC Medical Research Methodology**; v. 11, n. 116, p. 1-10, 2011.

SECCO, I.A.O. et al. Cargas psíquicas de trabalho e desgaste dos trabalhadores de enfermagem de hospital de ensino do Paraná, Brasil. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**; v. 6, n. 1, p. 1-17, 2010.

SHIMIZU, H.E.; CARVALHO JUNIOR, D.A.C. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciênc. Saúde Coletiva**; v. 17, n. 9, p. 2405-14, 2012.

SILVA, A.A. et al. Cuidado de si sob a percepção dos profissionais de enfermagem em saúde mental. **Rev Rene**; v. 14, n. 6, p. 1092-102, 2013.

_____; et al. Enfermagem e cuidado de si no mundo do cuidado em psiquiatria. **R. pesq.: cuid. fundam. online**; v. 7, n. 1, p. 2011-20, 2015.

SILVA, A.B.; PINHO, L.B. Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo psicossocial. **Rev enferm UERJ**; v. 23, n. 3, p. 420-4, 2015.

SILVA, J.L.L.; DIAS, A.C.; TEIXEIRA, L.R. Discussão sobre as causas da Síndrome de Burnout e suas implicações à saúde do profissional de enfermagem. **Aquichan**; v.12, n.2, p. 144-59, ago., 2012.

SILVA, M.C.; LUZ, V.B.; GIL, D. Ruído em hospital universitário: impacto na qualidade de vida. **ACR**; v. 18, n. 2, p. 109-19, 2013.

SILVA, N.G.; SILVA, P.P.; OLIVEIRA, A.G.B. A percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre a assistência à saúde mental em hospital universitário. **Cienc. Cuid. Saúde**; v. 11, n. 2, p. 302-10, 2012.

SILVA, R.M. et al. Efeitos do trabalho na saúde de enfermeiros que atuam em clínica cirúrgica de hospitais universitários. **Rev Latino-am Enfermagem**; v. 24, p. e2743, 2016.

SILVA JUNIOR, S.H.A. et al. Validade e confiabilidade do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) em trabalhadores de enfermagem. **Cad Saúde Pública**; v. 27, n. 6, p. 1077-87, 2011.

SILVEIRA, L.C.; BRAGA, V.A.B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Rev Latino-am Enfermagem**; v. 13, n. 4, p. 591-5, 2005.

SILVINO, Z.R. et al. Fatores contribuintes para o sofrimento psíquico em âmbito psiquiátrico para a equipe de enfermagem. **R. pesq.: cuid. fundam. online**; ed.supl.; p. 5-8, 2012.

SOARES, R.D. et al. O papel da equipe de enfermagem no centro de atenção psicossocial. **Esc Anna Nery**; v. 15, n. 1, p. 110-5, 2011.

SOCIAL DIALOGUE. **Framework agreement on work-related stress**. 2004. Disponível em: <https://osha.europa.eu/data/links/framework-agreement-on-work-related-stress>. Acesso em: 28/03/2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA – SBC. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**; v. 107, n. 3, supl. 3, 83p., 2016.

SOUSA, K.H.J.F. et al. Fatores desencadeadores de estresse em profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar: evidências da literatura. **R. pesq.: cuid. fundam. online**; v. 5, n. 6, p. 372-81, 2013.

_____. et al. Síndrome de *burnout* entre profissionais de enfermagem: revisão integrativa. **Invest Enferm. Imagen Desarr.**; v. 18, n. 2, p. 137-52, 2016.

SOUZA, I.A.S. et al. Processo de trabalho e seu impacto nos profissionais de enfermagem em serviço de saúde mental. **Acta Paul Enferm**; v. 28, n. 5, p. 447-53, 2015b.

SOUZA, M.M.T.; PASSOS, J.P.; TAVARES, C.M.M. Sofrimento e precarização do trabalho em enfermagem. **R. pesq.: cuid. fundam. online**; v. 7, n. 1, p. 2072-82, 2015.

SOUZA, M.N.M. et al. Trabalho e saúde dos profissionais de enfermagem de um hospital especializado de Feira de Santana, Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**; v. 35, n. supl. 1, p. 38-54, 2011b.

SOUZA, N.V.D.O. et al. Perfil socioeconômico e de saúde dos trabalhadores de enfermagem da Policlínica Piquet Carneiro. **Rev Min Enferm.**; v. 16, n. 2, p. 232-40, 2012.

SOUZA, S.F. et al. Desequilíbrio esforço-recompensa no trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitistas de alta tensão. **Rev Baiana Enferm.** v. 35, n. 1, p. 83-95, 2011a.

SOUZA, S.R.C. et al. Cargas de trabalho de enfermagem em unidade de internação psiquiátrica e a saúde do trabalhador. **Rev. enferm. UERJ**; v. 23, n. 5, p. 633-9, 2015a.

STANSFELD, S.A. et al. Occupations, work characteristics and common mental disorder. **Psychological Medicine**; v. 43, p. 961-73, 2013.

TAGHINEJAD, H. et al. Occupational mental health: a study of work-related mental health among clinical nurses. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**; v. 8, n. 9, p. 01-03, 2014.

TAVARES, C.M.M.; CORTEZ, E.A.; MUNIZ, M.P. Cuidado no hospital psiquiátrico sob a ótica da equipe de enfermagem. **Rev Rene**; v. 15, n. 2, p. 282-90, 2014.

TAVARES, J.P. et al. Produção científica sobre os distúrbios psíquicos menores a partir do Self Report Questionnaire. **R. Enferm. UFSM**; v.1, n.1, p. 113-23, 2011.

_____. et al. Distúrbios Psíquicos Menores em enfermeiros docentes de universidades. **Rev Latino-am Enfermagem**; v. 20, n. 1, p. [08 telas], 2012.

_____. et al. Prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores em enfermeiros docentes. **Esc Anna Nery**; v. 18, n. 3, p. 407-14, 2014.

THEME FILHA, M.M.; COSTA, M.A.S.; GUILAM, M.C.R. Estresse ocupacional e autoavaliação de saúde entre profissionais de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**; v. 21, n. 2, p. [09 telas], 2013.

URBANETTO, J.S. et al. Estresse no trabalho segundo o modelo demanda-controle e distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**; v. 47, n. 3, p. 1186-93, 2013.

VASCONCELOS, S.P. et al. Fatores associados à capacidade para o trabalho e percepção de fadiga em trabalhadores de enfermagem da Amazônia Ocidental. **Rev Bras Epidemiol.**; v. 14, n. 4, p. 688-97, 2011.

VILELAS, J.M.S. O trabalho emocional no ato de cuidar em enfermagem: uma revisão do conceito. **Salutis Scientia**; v. 5, p. 41-50, 2013.

_____.; DIOGO, P.M.J. O trabalho emocional na práxis de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**; v. 35, n. 3, p. 145-9, 2014.

YANG, L.Q. et al. Psychosocial precursors and physical consequences of workplace violence towards nurses: a longitudinal examination with naturally occurring groups in hospital settings. **Int J Nurs Stud.**; v. 49, n. 9, p. 1091-102, 2012.

WATANABE, M. et al. De mãos dadas: saúde do trabalhador e saúde mental, uma integração promissora. **Rede de Estudos do Trabalho**; v. 4, n. 7, p. 184-206, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **A user's guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ)**. Geneva, 1994.

WORM, F.A. et al. Risco de adoecimento dos profissionais de enfermagem no trabalho em atendimento móvel de urgência. **Rev. Cuid.**; v. 7, n. 2, p. 1288-96, 2016.

ZAMBRANO, C.L.M. et al. Impacto em la salud mental de la(del) enfermera(o) que otorga cuidados em situaciones estressantes. **Ciencia y Enfermería**; v. 21, n. 1, p. 45-53, 2015.

**Apêndice A – Questionário para caracterização sociodemográfica, laboral e de saúde
FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL**

BLOCO A: Identificação do Questionário

A1. Questionário _____	A2. Data do preenchimento ___/___/___
A3. Digitador _____	A4. Entrevistador _____

BLOCO B: Caracterização sociodemográfica, laboral e condições de saúde

<u>Eu vou iniciar a entrevista com algumas perguntas sobre sua vida fora do trabalho:</u>	
B1. Qual a sua data de nascimento? ___/___/___	B.1.2. Idade _____ anos
B2. Sexo: 1 <input type="checkbox"/> Feminino 2 <input type="checkbox"/> Masculino	
B3. Qual a sua situação conjugal atual?	
1 <input type="checkbox"/> casado (a) ou vive em união	3 <input type="checkbox"/> viúvo (a)
2 <input type="checkbox"/> separado (a) ou divorciado (a)	4 <input type="checkbox"/> solteiro(a) (Nunca se casou ou viveu em união estável)
B4. Você possui filhos(as) menores de 06 anos de idade?	
1 <input type="checkbox"/> sim	2 <input type="checkbox"/> não
B4.1. Quantos: _____	
B5. O Censo Brasileiro (IBGE) usa os termos preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Se você tivesse que responder ao Censo do IBGE hoje, como se classificaria a respeito de sua cor ou raça?	
1 <input type="checkbox"/> Preta	3 <input type="checkbox"/> Parda
2 <input type="checkbox"/> Branca	4 <input type="checkbox"/> Amarela
5 <input type="checkbox"/> Indígena	
B6. Qual é o seu grau de escolaridade?	
0 <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo	3 <input type="checkbox"/> Especialização
1 <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo	
2 <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo	4 <input type="checkbox"/> Mestrado e/ou Doutorado

Agora gostaríamos que nos contasse algumas informações sobre seu trabalho profissional:

B7. Qual é a sua categoria profissional na instituição?

- 1 Enfermeiro(a)
- 2 Auxiliar de enfermagem
- 3 Técnico(a) em enfermagem

B8. Em qual setor você trabalha na instituição? _____

B9. Há quanto tempo você está formado (considere para avaliação, seu ano de conclusão de curso até o ano corrente, e apresente em anos completos)? _____ anos

B10. Há quanto tempo você está atuando na enfermagem psiquiátrica (considere anos completos)? _____ anos

B11. Há quanto tempo você está trabalhando na instituição (considere anos completos)? _____ anos

B12. Há quanto tempo você está atuando no atual setor (considere para avaliação, a soma dos anos trabalhados)? _____ anos

B13. Qual sua carga horária semanal na instituição?

- 1 até 20 horas
- 2 entre 21 e 30 horas
- 3 31h horas ou mais

B14. Quantos vínculos empregatícios formais você possui, contando com o emprego na instituição?

- 1 um emprego
- 2 dois empregos
- 3 três ou mais empregos

B15. Qual seu turno de trabalho na instituição?

- 1 Diurno
- 2 Noturno
- 3 Ambos

B16. Quantas noites você trabalhou na última quinzena (considerar todos os vínculos empregatícios)? _____

Agora vamos falar sobre sua saúde:

B17. Durante os últimos trinta dias você apresentou algum problema de saúde que considera relacionado ao trabalho que executa neste hospital psiquiátrico?

- 1 Sim
- 2 Não

Se sim, qual(is)? _____

B18. Você realiza alguma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo: correr, pedalar na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar futebol, 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 sua respiração ou batimentos do coração, com regularidade durante a semana?

1 Sim 2 Não

B19. Você tem tempo para lazer fora do ambiente laboral?

1 Sim 2 Não

B20. Alguma vez um médico lhe informou que você teve ou tem alguma das seguintes doenças?

a. Hipertensão arterial	1 [] não	2 [] sim
b. Diabetes	1 [] não	2 [] sim
c. Colesterol elevado	1 [] não	2 [] sim
d. Obesidade	1 [] não	2 [] sim
e. Asma (bronquite asmática)	1 [] não	2 [] sim
f. Enfisema, bronquite crônica ou doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)	1 [] não	2 [] sim
g. Doença do rim (insuficiência renal, pedra ou cálculo, nefrite, doença policística)	1 [] não	2 [] sim
h. DORT (Doença Osteomuscular) ou LER (lesão por esforço repetitivo, tendinite, sinovite)	1 [] não	2 [] sim
i. Câncer	1 [] não	2 [] sim
j. Cálculo na vesícula	1 [] não	2 [] sim
k. Úlcera gástrica ou duodenal/gastrite	1 [] não	2 [] sim
l. Hérnia de disco	1 [] não	2 [] sim
m. Varizes	1 [] não	2 [] sim
n. Apneia Obstrutiva do Sono (interrupção da respiração durante o sono)	1 [] não	2 [] sim
o. Outra condição/problema de saúde não listada anteriormente?	1 [] não	2 [] sim
Qual? _____		

Agora em relação ao sono durante a noite, em casa nas últimas quatro semanas, me diga com que frequência:

B21. Você teve dificuldade em pegar no sono?

- 1 [] Nunca
 2 [] Raramente
 3 [] Às vezes
 4 [] Quase sempre

5 [] Sempre

B22. Você acordou durante o sono e teve dificuldade para dormir de novo?

- 1 [] Nunca
2 [] Raramente
3 [] Às vezes
4 [] Quase sempre
5 [] Sempre

B23. Você acordou antes da hora desejada e não conseguiu adormecer de novo?

- 1 [] Nunca
2 [] Raramente
3 [] Às vezes
4 [] Quase sempre
5 [] Sempre

B24. O quanto você está satisfeito/a com seu sono?

- 1 [] Muito insatisfeito
2 [] Insatisfeito
3 [] Nemsatisfeito/nem insatisfeito
4 [] Satisfeito
5 [] Muito satisfeito

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: **Fatores associados aos transtornos mentais comuns entre trabalhadores de enfermagem em saúde mental**, que tem como objetivos: analisar prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem e os fatores associados ao trabalho em instituição psiquiátrica; identificar a prevalência de transtornos mentais comuns entre os trabalhadores de enfermagem que atuam em um instituição psiquiátrica; descrever o contexto de trabalho e custo humano no trabalho em uma instituição psiquiátrica, na perspectiva do trabalhador de enfermagem; analisar as associações entre os transtornos mentais comuns, o contexto de trabalho e o custo humano no trabalho em instituição psiquiátrica; e discutir as implicações do trabalho em instituições psiquiátricas para a saúde do trabalhador de enfermagem.

Este Termo de Consentimento Livre Esclarecido serve para garantir que você recebeu todas as informações necessárias para aceitar participar desta pesquisa. Você deve pedir quaisquer esclarecimentos ao pesquisador sempre que julgar necessário.

A pesquisa terá duração de 15 meses, com o término previsto para junho de 2017.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, comunicando ao pesquisador responsável. Sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará em prejuízo. Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras.

Sua participação nesta pesquisa limita-se ao preenchimento de um questionário, durante ou após seu turno de trabalho. O questionário servirá para caracterização sociodemográfica e laboral, avaliação do estado de saúde psíquica e caracterização do contexto e custo exigido no seu ambiente de trabalho.

Poderá haver riscos mínimos relacionados à remota perda dos dados que será minimizada por um processo de armazenamento dos roteiros de investigação em pastas e em microcomputador. Em caso de constrangimentos o pesquisador deverá parar a entrevista, continuar com a aquiescência do/a entrevistado/a ou suspender a pesquisa. O pesquisador compromete-se com o anonimato dos participantes, ou seja, os nomes dos envolvidos e/ou informações que possibilitem sua identificação não serão divulgadas, a fim de zelar pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa.

Os benefícios do estudo relacionados aos participantes relacionam-se a contribuição para a formulação de medidas eficazes baseadas em evidências científicas para a minimização do sofrimento psíquico sentido pelos profissionais de enfermagem da assistência psiquiátrica, além de possibilitar a reflexão das reais condições de trabalho.

Ressalta-se, ainda que, os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e revistas científicas. As respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e que não será divulgado o nome do participante em qualquer fase do estudo. O material coletado será guardado por cinco (05) anos e incinerado ou deletado após esse período.

Você receberá uma via deste Termo onde constam os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Kayo Henrique Jardel Feitosa Sousa
Pesquisador responsável
E-mail: kayomestrado@outlook.com Cel: (86) 9 8875-5448
CEP-EEAN/HESFA/UFRJ – Tel: 21-2293-8148 – Ramal 228 - E-mail:
cepeanhesfa@gmail.com

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e concordo voluntariamente em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem penalidades, prejuízos ou perda de qualquer benefício. Recebi uma via assinada deste documento.

Teresina, ____ de _____ de 20__.

Nome legível do(a) participante: _____

Assinatura do(a) Participante: _____

Anexo A – Termo de aquiescência da instituição co-participante

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ

HOSPITAL AREOLINO DE ABREU

Rua Joe Soares Ferry, 2420 – Primavera

CEP: 64.002-520 – Teresina-PI

haapsiquiatria@ig.com.br



TERMO DE AQUIESCÊNCIA

A Direção do Hospital Areolino de Abreu, consente com a realização do Projeto de Pesquisa "FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL", de autoria de **Kayo Henrique Jardel Feitosa Sousa**, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Regina Célia Gollner Zeitoune.

Ressalta-se ainda, que todos os procedimentos éticos e legais deverão ser rigorosamente respeitados.

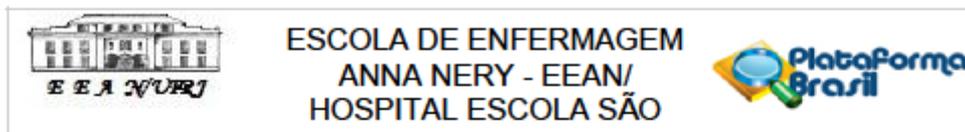
Teresina(PI), 04 de janeiro de 2016.

Ralph Webster Cavalcante Trajano
Diretor Geral

Dr. Ralph Webster Cavalcante Trajano
Diretor Geral do H.A.A.
CPF: 900.661.544-72 - CRM 3210/PI

06.553.564/0098-607
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL AREOLINO DE ABREU
Rua Joe Soares Ferry, 2420 - Primavera
CEP: 64002-520
Teresina-PI

Anexo B – Parecer consubstanciado do CEP-EEAN/HESFA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores Associados aos Transtornos Mentais Comuns entre Trabalhadores de Enfermagem em Saúde Mental

Pesquisador: KAYO HENRIQUE JARDEL FEITOSA SOUSA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52879216.7.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.434.109

Apresentação do Projeto:

"O estudo tem como objeto os transtornos mentais comuns (TMC) em profissionais de enfermagem diante do processo de trabalho em saúde mental. Entende-se por TMC aqueles distúrbios caracterizados por sintomas depressivos, ansiosos e somatomorfes, que desencadeiam igual ou pior incapacidade funcional que as doenças psiquiátricas crônicas já bem conceituadas e conhecidas (KIRCHHOF et al, 2009)." [...] "...estar no trabalho, para a maioria das pessoas, é benéfico para a saúde mental, tornando evidente a dicotomia prazer e sofrimento no trabalho (HENDERSON et al., 2011).

O trabalho em enfermagem envolve dimensões sociais, culturais e econômicas, que para tanto necessita-se de esforços físicos, cognitivos e afetivos. Considerando-se a organização e as condições do trabalho, as relações socioprofissionais e as estratégias de mediação entre o trabalho prescrito e real, o trabalho pode ser fonte de prazer ou sofrimento." Metodologia: "Tratar-se-á de um estudo seccional, de abordagem quantitativa, de caráter retrospectivo e censitário, que têm por objetivo analisar prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem e os fatores associados ao trabalho em instituição psiquiátrica. O cenário será um hospital psiquiátrico na região nordeste do Brasil. Os sujeitos da pesquisa serão 101 enfermeiros atuantes em todos os setores da instituição. Será utilizado questionário composto por quatro

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

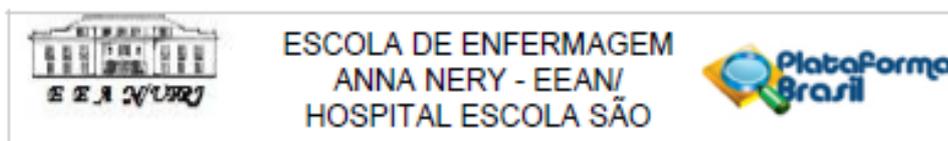
CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeeanhista@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.434.109

blocos de questões, a saber: caracterização sociodemográfica e laboral; Self Reporting Questionnaire-20 para levantamento de casos suspeitos de distúrbios psíquicos menores; e duas sub-escalas do Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento - a Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho e a Escala de Custo Humano no Trabalho. Os dados serão analisados por técnicas estatísticas univariada, bivariada (qui-quadrado) e multivariada (regressão logística múltipla) e serão discutidos conforme o referencial teórico e estudos sobre a temática. Espera-se que este forneça subsídios para a gestão de políticas públicas e de recursos humanos e para a implementação de estratégias para a Promoção da Saúde e melhoria da Qualidade de Vida no Trabalho, e conseqüentemente, da assistência prestada ao usuário."

Hipótese:

"Os Transtornos Mentais Comuns estão presentes entre os trabalhadores de enfermagem em saúde mental e fatores relacionados ao trabalho em Instituição psiquiátrica que podem está [estar] associados a esta presença."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem e os fatores associados ao trabalho em Instituição psiquiátrica.

Objetivo Secundário:

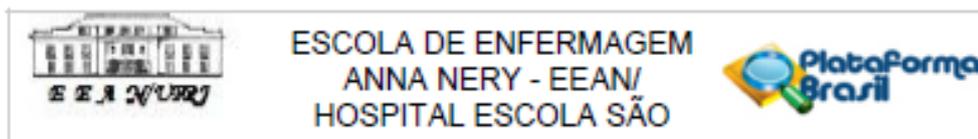
Identificar a prevalência de transtornos mentais comuns entre os trabalhadores de enfermagem que atuam em uma Instituição psiquiátrica;

Descrever o contexto de trabalho e custo humano no trabalho em uma Instituição psiquiátrica, na perspectiva do trabalhador de enfermagem;

Analisar as associações entre os transtornos mentais comuns, o contexto de trabalho e o custo humano no trabalho em Instituição psiquiátrica;

Discutir as implicações do trabalho em Instituições psiquiátricas para a saúde do trabalhador de enfermagem.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2293-8148 E-mail: cepearhesfa@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.434.109

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"Poderá haver riscos mínimos relacionados à remota perda dos dados que será minimizada por um processo de armazenamento dos roteiros de investigação em pastas e em microcomputador. Em caso de constrangimentos o entrevistador deverá parar a entrevista, continuar com a aquiescência do/a entrevistado/a ou suspender a entrevista. O pesquisador compromete-se com o anonimato dos participantes, ou seja, os nomes dos envolvidos e/ou informações que possibilitem sua identificação não serão divulgadas, a fim de zelar pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa.

Benefícios:

Os benefícios do estudo relacionados aos participantes relacionam-se a contribuição para a formulação de medidas eficazes baseadas em evidências científicas para a minimização do sofrimento psíquico sentido pelos profissionais de enfermagem da assistência psiquiátrica, além de possibilitar a reflexão das reais condições de trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O tema é relevante e parte da realidade vivenciada em ambientes de trabalho, inclusive na psiquiatria. O estudo é factível, a metodologia explicitada e convergente com o objeto de estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto: adequada (com assinatura e carimbo da vice-diretora da EEAN/UFRJ).

Carta de anuência do Hospital Areolino de Abreu (HAA): Assinada pelo Diretor e carimbada.

Cronograma: adequado.

TCLE: adequado.

Projeto detalhado/Brochura: adequado e convergente com as Informações Básicas do Projeto (IBP).

Orçamento: adequado.

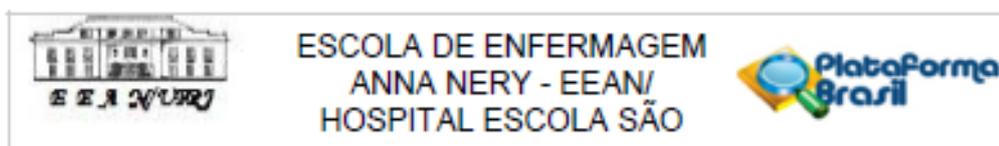
Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A partir do projeto apresentado, com adequação metodológica e atenção aos aspectos éticos em pesquisa com seres humanos (Resolução CNS 466/12), considera-se importante a continuidade da pesquisa, decidindo-se pela aprovação.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275	CEP: 20.211-110
Bairro: Cidade Nova	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2293-8148	E-mail: cepean@estta@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.434.109

Considerações Finais a critério do CEP:

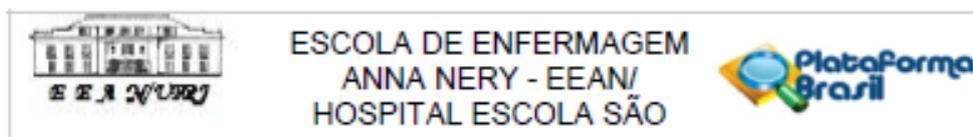
O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 01 de março de 2016. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta Instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_652361.pdf	22/01/2016 15:57:19		Aceito
Outros	Lattes_Regina.pdf	22/01/2016 15:50:54	KAYO HENRIQUE JARDEL FEITOSA SOUSA	Aceito
Outros	Lattes_Kayo.pdf	22/01/2016 15:49:34	KAYO HENRIQUE JARDEL FEITOSA SOUSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CEP_Projeto.doc	22/01/2016 15:43:15	KAYO HENRIQUE JARDEL FEITOSA SOUSA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_De_Aquiescencia.pdf	22/01/2016 15:41:56	KAYO HENRIQUE JARDEL FEITOSA SOUSA	Aceito
Orçamento	Orcamento_Financeiro.docx	22/01/2016 15:41:11	KAYO HENRIQUE JARDEL FEITOSA SOUSA	Aceito
Outros	Instrumento.docx	22/01/2016 15:39:32	KAYO HENRIQUE JARDEL FEITOSA SOUSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	22/01/2016 15:38:09	KAYO HENRIQUE JARDEL FEITOSA SOUSA	Aceito
Cronograma	Cronograma_Atualizado.docx	22/01/2016 15:36:16	KAYO HENRIQUE JARDEL FEITOSA SOUSA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_De_Rosto_Assinada.pdf	22/01/2016 15:35:30	KAYO HENRIQUE JARDEL FEITOSA SOUSA	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2293-8148 E-mail: cepeanhesfa@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.434.109

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIO DE JANEIRO, 02 de Março de 2016

Assinado por:
Maria Aparecida Vasconcelos Moura
(Coordenador)

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2293-8148 E-mail: cepeanhesa@gmail.com

Anexo C – Self Reporting Questionnaire (SRQ-20)

BLOCO C – Self Reporting Questionnaire (SRQ-20)				
As seguintes questões dizem respeito a informações sobre teu estado geral nos ÚLTIMOS 30 DIAS .				
ATENÇÃO → Não preencha a coluna ESCORE (em cor cinza).				
C	PERGUNTA	SIM	NÃO	ESCORE
1	Tem dores de cabeça frequentemente?			
2	Tem falta de apetite?			
3	Dorme mal?			
4	Assusta-se com facilidade?			
5	Tem tremores nas mãos?			
6	Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?			
7	Tem má digestão?			
8	Tem dificuldade de pensar com clareza?			
9	Tem se sentido triste ultimamente?			
10	Tem chorado mais do que o costume?			
11	Encontra dificuldade em realizar com satisfação suas atividades diárias?			
12	Tem dificuldade em tomar decisões?			
13	Tem dificuldade no serviço, no emprego? (Seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento?)			
14	É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?			
15	Tem perdido o interesse pelas coisas?			
16	Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?			
17	Tem tido a idéia de acabar com a vida?			
18	Sente-se cansado o tempo todo?			
19	Tem sensações desagradáveis no estômago?			
20	Você se cansa com facilidade?			

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *A user's guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ)*. Geneva, 1994.

Anexo D – Inventário sobre Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA)

BLOCO D – Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT)							
Os próximos questionamentos referem-se ao seu contexto de trabalho neste hospital psiquiátrico, por favor, escolha a alternativa que melhor corresponde à avaliação que você faz. (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre							
ATENÇÃO → Não preencha a coluna D (em cor cinza).							
D	PERGUNTA	1	2	3	4	5	D
1	O ritmo do trabalho é excessivo.						
2	As tarefas são cumpridas com pressão de prazos.						
3	Existe forte cobrança por resultados.						
4	As normas para execução das tarefas são rígidas.						
5	Existe fiscalização do desempenho.						
6	O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas.						
7	Os resultados esperados estão fora da realidade.						
8	Existe divisão entre quem planeja e executa.						
9	As tarefas são repetitivas.						
10	Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho.						
11	As tarefas executadas sofrem descontinuidade.						
12	As tarefas não estão claramente definidas.						
13	A autonomia é inexistente.						
14	A distribuição das tarefas é injusta.						
15	Os funcionários são excluídos das decisões.						
16	Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados.						
17	Existem disputas profissionais no local de trabalho.						
18	Falta integração no ambiente.						
19	A comunicação entre funcionários é insatisfatória.						
20	Falta apoio das chefias para meu desenvolvimento profissional.						
21	As informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso.						
22	As condições de trabalho são precárias.						
23	O ambiente físico é desconfortável.						
24	Existe muito barulho no ambiente de trabalho.						
25	O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado.						
26	Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas.						
27	O posto de trabalho é inadequado para a realização das tarefas.						
28	Os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários.						
29	O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado.						
30	As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas.						
31	O material de consumo é insuficiente.						

Fonte: MENDES, A.M. **Psicodinâmica do Trabalho:** teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

BLOCO E – Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT)							
Agora escolha a alternativa que melhor corresponde à avaliação que você faz das exigências decorrentes do seu contexto de trabalho.							
(1) Nada exigido (2) Pouco exigido (3) Mais ou menos exigido (4) Bastante exigido							
(5) Totalmente exigido							
ATENÇÃO → Não preencha a coluna D (em cor cinza).							
E	PERGUNTA	1	2	3	4	5	D
1	Ter controle das emoções.						
2	Ter que lidar com ordens contraditórias.						
3	Ter custo emocional.						
4	Ser obrigado a lidar com agressividade dos outros.						
5	Disfarçar os sentimentos.						
6	Ser obrigado a elogiar as pessoas.						
7	Ser obrigado a ter bom humor.						
8	Ser obrigado a cuidar da aparência física.						
9	Ser bonzinho com os outros.						
10	Transgredir valores éticos.						
11	Ser submetido a constrangimentos.						
12	Ser obrigado a sorrir.						
13	Desenvolver macetes.						
14	Ter que resolver problemas.						
15	Ser obrigado a lidar com imprevistos.						
16	Fazer previsão de acontecimentos.						
17	Usar a visão de forma contínua.						
18	Usar a memória.						
19	Ter desafios intelectuais.						
20	Fazer esforço mental.						
21	Ter concentração mental.						
22	Usar a criatividade.						
23	Usar a força física.						
24	Usar o braço de forma contínua.						
25	Ficar em posição curvada.						
26	Caminhar.						
27	Ser obrigado a ficar de pé.						
28	Ter que manusear objetos pesados.						
29	Fazer esforço físico.						
30	Usar as pernas de formas contínuas.						
31	Usar as mãos de forma repetida.						
32	Subir e descer escadas.						

Fonte: MENDES, A.M. **Psicodinâmica do Trabalho:** teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.