

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



FERNANDO RIBAS FEIJÓ

**SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA EM TRABALHADORES DA FUNDAÇÃO
DE ATENDIMENTO SÓCIO-EDUCATIVO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

**PORTO ALEGRE
2015**

FERNANDO RIBAS FEIJÓ

SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA EM TRABALHADORES DA FUNDAÇÃO DE
ATENDIMENTO SÓCIO-EDUCATIVO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção de grau de mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientador: Prof. Dr. Paulo Antonio Barros
Oliveira

PORTO ALEGRE

2015

CIP - Catalogação na Publicação

Feijó, Fernando Ribas

Saúde Mental e Qualidade de Vida em Trabalhadores da Fundação de Atendimento Sócio-Educativo do Estado do Rio Grande do Sul / Fernando Ribas Feijó. -- 2015. 155 f.

Orientador: Paulo Antonio Barros Oliveira.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Epidemiologia Ocupacional. 2. Modelo Demanda-Controle. 3. Depressão. 4. Ansiedade. 5. Qualidade de Vida. I. Oliveira, Paulo Antonio Barros, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Nome: FEIJÓ, Fernando Ribas

Título: Saúde Mental e Qualidade de Vida em Trabalhadores da Fundação de Atendimento Sócio-Educativo do Estado do Rio Grande do Sul

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva

Aprovado em: 25/08/2015

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa Instituição: UFRGS

Julgamento: Aprovado

Prof. Dr. Álvaro Roberto Crespo Merlo Instituição: UFRGS

Julgamento: Aprovado

Prof^a. Dr^a. Mayte Raya Amazarray Instituição: UFCSPA

Julgamento: Aprovado

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ao CEDOP e ao PPGCol pela oportunidade de formação acadêmica.

Agradecimentos especiais à minha família, Fátima, Júlio e Eduardo, pelo apoio;

Aos colegas do mestrado, pelas trocas de conhecimentos e reflexões realizadas coletivamente.

Aos professores do PPGCol, especialmente ao Prof. Paulo Antonio Barros Oliveira, que além de orientador, foi grande amigo e apoiador em diversos projetos acadêmicos e profissionais.

À colega e amiga Inaiara Kersting, pelo apoio no trabalho de campo, pelas conversas, discussões e reflexões.

À colega e amiga Cristiane Bündchen, pelo apoio nas incansáveis análises estatísticas, pelos estudos, aprendizados e discussões valiosas.

Aos professores Ana Margareth Siqueira Bassols e Cláudio Laks Eizirik, por terem sido responsáveis em despertar o interesse científico na área da saúde mental desde os tempos da graduação em medicina.

Ao professor Álvaro Merlo, pela participação determinante na minha escolha em seguir carreira profissional na área da saúde do trabalhador.

À FAPERGS pelo apoio financeiro durante o período do mestrado.

À FASE, que institucionalmente apoiou toda a pesquisa, especialmente ao setor da AIG, pela ajuda inicial e pelas orientações para o trabalho de campo.

A todos os trabalhadores e trabalhadoras da FASE, aos diretores das unidades, líderes de equipes dos CASE, servidores administrativos, da manutenção, técnicos e agentes socioeducadores, pela participação voluntária no estudo, apesar das dificuldades cotidianas no trabalho.

*“Do rio que tudo arrasta se diz que é violento.
Mas ninguém diz violentas as margens que o
comprimem.”*

(Bertold Brecht)

RESUMO

FEIJÓ, F. R. **Saúde Mental e Qualidade de Vida em Trabalhadores da Fundação de Atendimento Sócio-Educativo do Estado do Rio Grande do Sul**. 2015. 155 f. Dissertação (Mestrado) - Pós-Graduação em Saúde Coletiva Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

O trabalho nas Fundações de Atendimento Sócio-Educativo tem sido descrito como grande fonte de adoecimento psíquico. A natureza da atividade desses trabalhadores, em um contexto de condições laborais precárias, inclui, em muitas situações, o convívio cotidiano com violência, estresse e desgaste mental, entre outras condições adversas no trabalho às quais os servidores estão expostos. Este estudo objetivou investigar as associações entre a dimensão psicossocial do trabalho desses funcionários públicos com os sintomas de ansiedade, de depressão e com a qualidade de vida. Utilizou-se metodologia epidemiológica em uma pesquisa de corte transversal, com uma amostra de 214 trabalhadores da instituição, buscando descrever a exposição ao estresse ocupacional e analisando associações de variáveis do estresse com os desfechos (ansiedade, depressão, qualidade de vida). Evidenciaram-se altas prevalências e níveis de estresse, ansiedade, depressão e baixos escores de qualidade de vida em toda a amostra estudada. As casas de internação demonstraram piores resultados em todos os desfechos estudados. As altas demandas psicológicas, o baixo apoio social e o trabalho de alta exigência estiveram associados à ansiedade e depressão. Confirmou-se a hipótese de que um elevado estresse ocupacional está associado a piores escores da qualidade de vida nesses trabalhadores. A ansiedade e a depressão estiveram fortemente correlacionadas a piores escores na qualidade de vida. Diante dessa realidade, é urgente que a instituição desenvolva uma política permanente em saúde do trabalhador que intervenha nos processos de trabalho em todos os níveis da Fundação, com ênfase na organização do trabalho, de modo a prevenir desfechos de saúde mental e a promover uma melhora na qualidade de vida dos servidores.

Palavras-chave: 1. Saúde Coletiva; 2. Epidemiologia; 3. Saúde do Trabalhador; 4. Saúde Mental; 5. Qualidade de Vida

ABSTRACT

FEIJÓ, F. R. **Mental health and quality of life of workers from the Socio-Educational Assistance Foundation of Rio Grande do Sul.** 2015. 155 p. Thesis (MSc) – Postgraduate Program in Public Health, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

Working on Socio-Educational Assistance Foundation has been described as an important factor of development of mental disorders among employees of these institutions. Their job, in a context of poor working conditions, includes, in many situations, a daily exposure to violence, stress and mental strain, besides other adverse working conditions which labourers face on work. This study aimed to investigate associations between psychosocial factors at work and symptoms of anxiety, depression and quality of life of workers. We used epidemiological methodology in a cross-sectional study, with a sample of 214 workers, seeking to describe the exposure to occupational stress in the workplace and to analyse associations between these variables and outcomes (anxiety, depression, quality of life). Workers had high prevalence and high level of stress, anxiety, depression and had low scores of quality of life in the sample. Workers from juvenile detention centres showed worst results in all outcomes, compared to workers from the administrative centre. High psychological demands, low social support and high-strain job were associated with anxiety and depression. We confirmed the hypothesis that high occupational stress is associated to worse scores of quality of life of workers. Anxiety and depression were strongly correlated with lower scores on quality of life. Therefore developing a permanent policy on occupational health to intervene in the work processes at all levels of the Foundation is an urgent need. Interventions should focus on organizational factors, in order to prevent mental health outcomes and to improve quality of life in this group of civil servants.

Keywords: 1. Public Health; 2. Epidemiology; 3. Occupational Health; 4. Mental Health; 5. Quality of Life.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Modelo teórico que orientou o estudo Trabalho e Saúde Mental em trabalhadores da FASE RS	20
Figura 2 - Modelo Demanda-Controle de Karasek	23

SUMÁRIO:

1. INTRODUÇÃO	12
2. JUSTIFICATIVA	14
3. MARCO TEÓRICO	18
3.1 A Epidemiologia Social e a Saúde do Trabalhador.....	18
3.2 Dimensão Psicossocial do Trabalho e o Modelo Demanda-Controle.....	20
3.3 Exposição à Violência no Trabalho.....	25
3.4 Depressão e Ansiedade.....	28
3.5 Qualidade de vida.....	31
3.6 O Local da Pesquisa: A Fundação de Atendimento Sócio-Educativo.....	36
3.6.1 PEMSEIS – Programa de Execução de Medidas Sócio-Educativas.....	38
3.6.2 Agentes Socioeducadores.....	40
3.6.3 Ações de Prevenção e Manejo em Situações de Risco.....	41
3.6.4 Características do Trabalho na FASE.....	42
4. OBJETIVOS	44
4.1 Objetivo Geral.....	44
4.2 Objetivos Específicos.....	44
5. HIPÓTESES	45
6. METODOLOGIA	46
6.1 Delineamento.....	46
6.2 Caracterização da Exposição Ocupacional.....	46
6.3 Participantes.....	47
6.4 População do Estudo e Amostra.....	48

6.5 Procedimentos e Aspectos Éticos.....	50
6.6 Instrumentos da Pesquisa.....	52
6.6.1 Questionário de Dados Sociodemográficos e Laborais.....	52
6.6.2 Job Stress Scale (Escala Sueca de Demanda-Controle – Apoio social (DCS).....	52
6.6.3 Beck Depression Inventory II (BDI-II).....	55
6.6.4 Beck Anxiety Inventory (BAI).....	56
6.6.5 WHOQOL-BREF.....	57
6.7 Variáveis dependentes e independentes.....	58
7. ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	59
REFERÊNCIAS.....	61
8 RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO.....	72
9. RESULTADOS.....	76
9.1 ARTIGO 1 – Estresse Ocupacional em Trabalhadores de Uma Fundação de Atendimento Socioeducativo.....	76
Resumo.....	76
Introdução.....	79
Metodologia.....	82
Resultados.....	84
Discussão	90
Referências.....	93
9.2. ARTIGO 2 – Estresse Ocupacional, Ansiedade e Depressão em Trabalhadores de Uma Fundação de Atendimento Socioeducativo.....	95
Resumo.....	95
Introdução.....	97
Metodologia.....	101
Resultados.....	103

Discussão	110
Referências.....	114
9.3 ARTIGO 3 – Estresse Ocupacional e Qualidade de Vida em Trabalhadores de Uma Fundação de Atendimento Socioeducativo.....	118
Resumo.....	118
Introdução.....	120
Metodologia.....	122
Resultados.....	124
Discussão	132
Referências.....	136
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	139
11. CRONOGRAMA REALIZADO PARA A PESQUISA.....	141
12. ANEXOS.....	142
ANEXO 1 - TCLE.....	142
ANEXO 2 – Questionário de Dados Sociodemográficos e Laborais.....	144
ANEXO 3 – Job Stress Scale.....	146
ANEXO 4 – BDI-II.....	148
ANEXO 5 – BAI.....	150
ANEXO 6 – WHOQOL-Bref.....	151
ANEXO 7 - Carta de Autorização da FASE.....	155

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação, apresentada como pré-requisito parcial para obtenção de grau de mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, visa a abordar o tema da saúde mental de um grupo de trabalhadores expostos a determinadas condições de vulnerabilidade em seu contexto de trabalho dentro de uma instituição pública. O tema da saúde mental no trabalho tem se tornado cada vez mais importante na atualidade, tendo em vista o crescimento contínuo dos transtornos de saúde mental nos últimos anos, com suas implicações nos índices de licenças de saúde, afastamentos do trabalho, custos individuais e sociais, impacto negativo na previdência social, além das sequelas drásticas que os problemas de saúde mental decorrentes do trabalho têm para os sujeitos envolvidos e para suas famílias. As transformações evidenciadas no mundo do trabalho ao longo do desenvolvimento do capitalismo, desde a revolução industrial e, em especial, ao longo das últimas décadas, têm gerado um enorme processo de intensificação do trabalho, aumento da pressão sobre o trabalhador e uma carga cada vez maior de estresse e desgaste no trabalho, o que tem impactado na saúde mental das pessoas.

Os servidores da Fundação de Atendimento Sócio-Educativo do Rio Grande do Sul (FASE-RS) incluem-se nesse contexto de Reestruturação Produtiva do capitalismo – com todas as peculiaridades de seus processos de trabalho – tendo também em sua atividade laboral o reflexo das consequências desse processo, seja através do déficit de trabalhadores, realização de grande número de horas extras, aumento das demandas no trabalho ou pela precarização das condições gerais de trabalho. A FASE-RS corresponde a uma das unidades da extinta Fundação Estadual do Bem Estar do Menor (FEBEM). Ela é a unidade responsável pelo atendimento de adolescentes e jovens adultos que estão temporariamente cumprindo medidas sócio-educativas, muitas vezes com necessidade de privação de liberdade. O trabalho dos profissionais que atuam nessa instituição possui características singulares, das quais se destaca o fato de

trabalhar, em algumas situações, em ambiente confinado, com adolescentes em situação de vulnerabilidade social e em conflito com a lei e, além disso, por vivenciar situações de violência cotidiana. Dessa forma, este estudo objetivou verificar a prevalência e a intensidade de alguns aspectos da saúde mental desses funcionários públicos estaduais da FASE-RS, bem como avaliar a qualidade de vida desses trabalhadores, estabelecendo as associações desses fatores com o trabalho.

2 JUSTIFICATIVA

Após o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente na década de 90, as Fundações de Atendimento Socioeducativo foram criadas na maioria dos Estados brasileiros, de modo a suprir a lacuna deixada após as extinções das FEBEM, que deflagravam a falência dos sistemas de atendimento aos menores infratores até a década de 80. Cada Estado brasileiro possui suas casas de atendimento aos adolescentes e jovens adultos infratores em cumprimento de medida socioeducativa, as quais são incumbidas da responsabilidade de atender esses jovens em sua formação educacional e disciplinar, de modo a buscar sua ressocialização.

Entre os profissionais dessas instituições, são frequentes os relatos das más condições de trabalho a que os funcionários das fundações estão submetidos, com exposição cotidiana a ambientes insalubres e com grande presença de violência no trabalho. Para que seja possível intervir na realidade desse grupo e nos seus processos de trabalho, conhecer a epidemiologia e as vicissitudes do processo saúde-doença desses trabalhadores é de suma importância, uma vez que há carência de dados objetivos para o diagnóstico preciso de saúde desses trabalhadores.

A motivação para realização deste estudo surgiu após um ano de experiência profissional do mestrando atendendo servidores da FASE-RS em uma clínica responsável pela medicina ocupacional na instituição. Foram diversas as consultas ocupacionais que trataram de exames periódicos e de licenças de saúde, sendo frequentes os relatos de trabalhadores sobre as condições adversas no ambiente de trabalho, seja pelas más condições de higiene, conflitos com adolescentes em cumprimento de medida sócio-educativa e colegas de trabalho e, especialmente, níveis elevados de estresse laboral, em grande parte atribuídos à dificuldade de convivência com colegas e a situações cotidianas de violência no local de trabalho. O ambiente de violência foi também relatado como importante fator responsável pelo deterioro das relações laborais entre colegas e excesso de demandas por parte de chefias e da administração. Entre os trabalhadores mais antigos, as queixas quanto ao descaso da administração pública em relação ao trabalho desenvolvido pelos servidores da FASE

foram veementes. Dentro desse contexto, a grande maioria dos afastamentos laborais era decorrente de adoecimento psíquico dos trabalhadores, abrangendo diversos diagnósticos psiquiátricos, em especial as síndromes depressivas e ansiosas. Tais problemas enfrentados por esses servidores implicavam diversos relatos da influência desses fatores na qualidade de vida dos trabalhadores da instituição, tanto entre os agentes socioeducadores e demais profissionais técnicos de atendimento aos jovens nas casas de internação, quanto com os profissionais que trabalham na área administrativa, sem contato direto com os jovens infratores.

Sendo assim, foi realizada uma busca na literatura científica acerca da questão da saúde mental e da qualidade de vida entre os servidores das Fundações de Atendimento Sócio-Educativo, tendo sido encontrados 4 estudos que tratavam de temática afim (1 da área da saúde do trabalhador, 1 da área da enfermagem e 2 da área da psicologia), dos quais dois utilizaram metodologia epidemiológica. Todos os estudos buscaram descrever a realidade dos agentes socioeducadores, não avaliando os demais trabalhadores da instituição. Nenhum estudo avaliou a qualidade de vida desses trabalhadores. Não foi encontrado nenhum estudo com grupo controle para comparação dos desfechos estudados. O primeiro, de Grando et al. (2006), propôs-se a descrever as cargas de trabalho dos agentes socioeducadores da FASE. Para tal, realizou uma avaliação qualitativa a partir de entrevistas com sete trabalhadores, descrevendo, além das cargas psíquicas, cargas biológicas, mecânicas, químicas e físicas. As cargas psíquicas, de grande relevância nesse tipo de trabalho e também para o material da pesquisa deste mestrado, foram descritas como o constante estado de alerta por parte dos servidores, especialmente pela preocupação contínua com materiais aos quais os jovens tinham acesso que pudessem ser transformados em armas. Além disso, foi descrito um grande desgaste dos trabalhadores, decorrente das situações de perigo no trabalho, naturalização de ambiente com grande violência, necessidade de alto grau de alerta – para atuar preventivamente ou em intervenções de emergência – e da realização da revista geral. Outros fatores estressores foram a sobrecarga de trabalho, o déficit de servidores para dar conta das demandas, a convivência com colegas estressados e as situações conflituosas entre pares. Foi relatada também grande ansiedade pelo período das férias e angústia exacerbada

antes de retornar às atividades (GRANDO, 2006).

Quanto às outras cargas, descreveram-se as fisiológicas, pelas jornadas de trabalho extensas e pela falta de cadeiras para descanso e necessidade eventual de imobilizar os jovens; as biológicas, como o possível contato com agentes infectantes, através de secreções, urina, saliva ou outros agentes biológicos, oriundos das más condições de higiene das casas de internação; as mecânicas, pelo esforço em manusear portas pesadas, cadeados, subir e descer escadas, além da falta de local adequado para descanso; as químicas, pelo contato ocasional com poeiras, tintas e fumaça, advindas de atividades educacionais dos jovens; e as físicas, pelo ruído do local de trabalho (GRANDO, 2006).

A segunda pesquisa, de 2008, buscou estudar as representações sociais da Fundação CASA SP (antiga FEBEM de São Paulo) entre seus trabalhadores, a partir de uma perspectiva psicanalítica com foco na análise do discurso produzido pelos trabalhadores. O estudo revelou um grande sofrimento psíquico entre os pesquisados, em uma realidade laboral de grande violência institucional, que dificultava a produção de sentido sobre o cotidiano daqueles indivíduos. Deflagrou que a CASA SP não cumpre sua tarefa primária de oferecer segurança a seus membros, revelando uma urgência de propostas de intervenção que busquem reduzir o sofrimento dos seus trabalhadores e transformar seus processos de trabalho (FRANCO, 2008).

O trabalho de Greco (2010) analisou a prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores (DPM) entre agentes socioeducadores relacionada ao Modelo Demanda-Controle de Karasek, utilizando a mesma escala de estresse laboral proposta neste mestrado. Tal estudo buscou investigar as dimensões psicossociais – demandas psicológicas e controle do trabalho – e sua associação com a ocorrência de DPM em agentes socioeducadores dos Centros de Atendimento Socioeducativos (CASE) do Rio Grande do Sul. Greco verificou uma prevalência global de suspeição para DPM de 50.1%, além de avaliar que 19,2% dos agentes socioeducadores estavam no quadrante de alta exigência laboral. A chance de DPM na amostra de 381 agentes estudados foi maior no quadrante trabalho ativo (OR=1,99; IC95%=1,09-3,63) e no quadrante alta exigência (OR=2,05; IC95%=1,03-4,09) do MDC, em comparação aos agentes do quadrante baixa exigência, ratificando os pressupostos de Karasek. Além disso, as

demandas psicológicas e controle sobre o trabalho, quando avaliadas individualmente, mostraram-se associadas aos DPM. Seus resultados sinalizaram que o trabalho desses funcionários tem alta demanda psicológica, com efeitos deletérios à saúde (GRECO, 2010).

O último trabalho revisado, de Soares (2013), avaliou o estresse laboral a partir da perspectiva de Lipp. Seu embasamento teórico consistiu nas teorias tradicionais do estresse, tendo utilizado o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos da Lipp (ISSL) para avaliação desse desfecho. Dessa forma, fez a avaliação quadrifásica do estresse e identificou as fases em que os agentes se encontravam, buscando também distinguir as tendências de sintomatologia psíquica ou física apresentadas. O estudo identificou algumas das estratégias de enfrentamento utilizadas pelos trabalhadores para minimizar as influências negativas de suas atividades laborais (SOARES, 2013).

Diante dessas evidências, esta pesquisa de mestrado se propõe a estudar, a partir de outros marcos conceituais – que serão apresentados a seguir – os processos de trabalho nessa instituição e sua relação com sintomatologia de ansiedade e depressão, além de introduzir o estudo da variável qualidade de vida entre esses profissionais. A avaliação da qualidade de vida busca abranger a saúde desses trabalhadores a partir de seu contexto de trabalho, mas também avaliar as repercussões dessa relação trabalho-saúde-enfermidade mental na vida desses trabalhadores como um todo. A partir das informações obtidas e das análises realizadas neste estudo proposto, espera-se também contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas e ações institucionais de prevenção, promoção e proteção da saúde do trabalhador das fundações de atendimento sócio-educativo, além de instrumentalizar os próprios trabalhadores para suas reivindicações de melhoria das condições de trabalho. Este estudo tem também o intuito de servir de subsídio para o diagnóstico em saúde mental e qualidade de vida de outros grupos de trabalhadores, no que se refere ao estresse, à qualidade de vida dos trabalhadores e aos sintomas dos transtornos de humor (ansiedade e depressão) mais prevalentes na atualidade.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 A Epidemiologia Social e a Saúde do Trabalhador

Pesquisadores de diversas áreas têm se voltado ao estudo da saúde mental e da qualidade de vida no trabalho, sejam profissionais da saúde coletiva (sanitaristas, epidemiologistas, psicólogos, enfermeiros, médicos, psiquiatras, psicanalistas, educadores físicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, entre outros), sejam sociólogos que transitam na área da saúde, sejam engenheiros e arquitetos da área da segurança, higiene ocupacional ou ergonomia, sejam os profissionais da área administrativa e da gestão pública e privada. Entretanto, a grande maioria das pesquisas na área embasa-se nos marcos conceituais do modelo biomédico de saúde, abrangendo-se aqui os modelos epidemiológicos convencionais – construídos a partir de um labor científico que se exerce ligado ao benefício de setores conservadores da sociedade, mesmo que inconscientemente (BREILH, 1991). Incluem-se nesses saberes, a Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional, que se estabelecem no sentido de reforçar a relação díspar entre capital e trabalho, colocando o trabalhador como mero objeto das ações de saúde, em prol da preservação de sua capacidade laboral e produtiva (MENDES & DIAS, 1991).

Partindo do pressuposto de que os quadros conceituais em epidemiologia propiciam um guia para o uso de determinadas técnicas de análise em saúde pública e previnem a interpretação dos resultados à luz do conhecimento social e biológico (VICTORA et al, 1997), para o presente estudo, baseou-se no modelo teórico da Epidemiologia Social, que distingue-se das outras abordagens epidemiológicas pela insistência em investigar explicitamente os determinantes sociais do processo saúde-doença (KRIEGER, 2001). Dentro da Epidemiologia Social, com ênfase nas questões concernentes à relação entre saúde e trabalho, o enfoque materialista histórico dialético embasa o tema da saúde do trabalhador dentro da realidade do modo de produção capitalista (LAURELL & NORIEGA, 1989). O processo de produção capitalista, por sua

vez, constrói-se do processo de valorização, ou seja, de produção de mais-valia - constituinte do caráter abstrato do trabalho - e do processo de trabalho, de produção de bens - constituinte do caráter concreto do trabalho (LAURELL, 1985).

Desde os anos setenta, na América Latina, a abordagem realizada na área da saúde do trabalhador vem fortemente apoiada pelas Ciências Sociais, distinguindo-se em grande grau das abordagens tradicionais da medicina clínica. Nesse novo modelo, o estudo da relação saúde-trabalho buscou ater-se às questões concernentes à determinação social e ao caráter coletivo do processo saúde-enfermidade (LAURELL, 1985).

Dentro dessa perspectiva, a relação entre saúde e trabalho é estudada e compreendida a partir da categoria processo de trabalho, sendo os processos de trabalho manifestados através de seus três aspectos elementares, quais sejam: o objeto, como matéria a ser transformada; as inovações tecnológicas, que auxiliam na transformação do objeto; e a atividade, pela qual o trabalhador constrói e materializa seu trabalho. A interação desses aspectos que constituem o processo de trabalho em sua complexidade, através de determinada organização e divisão do trabalho, originam as cargas de trabalho que vem a modelar o desgaste psicobiológico dos trabalhadores (LAURELL, 1985).

No que se refere às cargas de trabalho psíquicas, as quais são de grande relevância para a pesquisa deste mestrado, elas são constituídas por elementos do processo de trabalho que são fontes de estresse, não sendo, portanto, cargas independentes, uma vez que se relacionam com todos os elementos do processo de trabalho e com as outras cargas laborais (FACCHINI, 1993). Nessa perspectiva, o modelo teórico foi adaptado para a realidade do grupo de trabalhadores em estudo, na qual o objeto do trabalho se constitui no processo educativo dos jovens em conflito com a lei, conforme é apresentado na figura 1.



FIGURA 1. Modelo teórico que orientou o estudo Trabalho e Saúde Mental em trabalhadores da FASE-RS (2015)

3.2 Dimensão Psicossocial do Trabalho e o Modelo Demanda-Controle

A produção científica sobre o tema da dimensão psicossocial do trabalho tem crescido ao longo dos últimos anos, tendo em vista que os transtornos mentais vêm se tornando cada vez mais relevantes para a saúde ocupacional. Tal dimensão envolve fatores relativos principalmente ao conteúdo e à organização do trabalho, podendo afetar, além do desempenho no trabalho, a saúde mental e física e o bem-estar dos trabalhadores. Diversos autores têm buscado aprofundar os estudos sobre essa dimensão, identificando alguns dos principais fatores de risco psicossociais no trabalho na atualidade. Dentre eles, citam-se os referidos na literatura como mais relevantes para a saúde mental, como as altas demandas psicológicas, o alto ritmo de trabalho, a

sobrecarga laboral, a falta de controle e autonomia do trabalhador, o baixo apoio social no trabalho, a falta de participação dos trabalhadores nos processos decisórios, o desequilíbrio entre esforços empregados no trabalho e recompensas recebidas pelo trabalhador, a má comunicação no ambiente laboral e o trabalho com conteúdo pobre (AMAZARRAY, 2010; ARAUJO et al, 2003; CODO, 2006; DEJOURS & ABDOUCHELLI, 1994; DELGADO, 2004; KARASEK et al, 1998; LINDSTRÖM, 2005; NIEUWENHUIJSEN et al, 2010; SATO, 2002; STANSFELD & CANDY, 2006).

Uma proposta teórica referencial para avaliação da exposição laboral ao estresse é o Modelo Demanda-Controle, um modelo bidimensional criado por Robert Karasek na década de 70, que relaciona dois diferentes aspectos psicossociais no ambiente de trabalho. Tal modelo busca relacionar as demandas psicológicas e o controle sobre o trabalho por parte do trabalhador a uma chance aumentada de adoecimento mental (KARASEK e THEORELL, 1990). Ele surge como um modelo teórico alternativo e mais abrangente que as abordagens unidimensionais existentes naquele período, fundamentadas nas teorias do estresse, que buscavam relacionar a produção do estresse com a capacidade individual das pessoas responderem a demandas do ambiente externo. Os modelos unidimensionais focavam-se principalmente na avaliação das demandas de tarefas no trabalho, não levando em consideração o controle do trabalhador sobre sua tarefa e a autonomia daquele que trabalha. Karasek, dessa forma, buscou uma abordagem que enfatizasse a avaliação das condições de trabalho, com foco na organização do trabalho, e não exclusivamente nas características individuais dos trabalhadores.

Os conceitos do estresse fundamentam-se no mecanismo de produção de respostas pelo organismo humano às demandas advindas do ambiente externo, sendo o estresse produzido em situações em que as demandas excedem a capacidade do indivíduo responder aos estímulos exteriores. Quando as respostas ao estresse não são efetivas, ele pode se prolongar e, por conseguinte, trazer efeitos deletérios para a saúde, entre os quais estão a ansiedade e a depressão. A importância do papel das demandas externas nesse processo de produção do estresse destacou-se após a sistematização dos conceitos envolvidos nesse mecanismo, a partir das evidências de que fatores tanto físicos como psicológicos são capazes de afetar os níveis hormonais

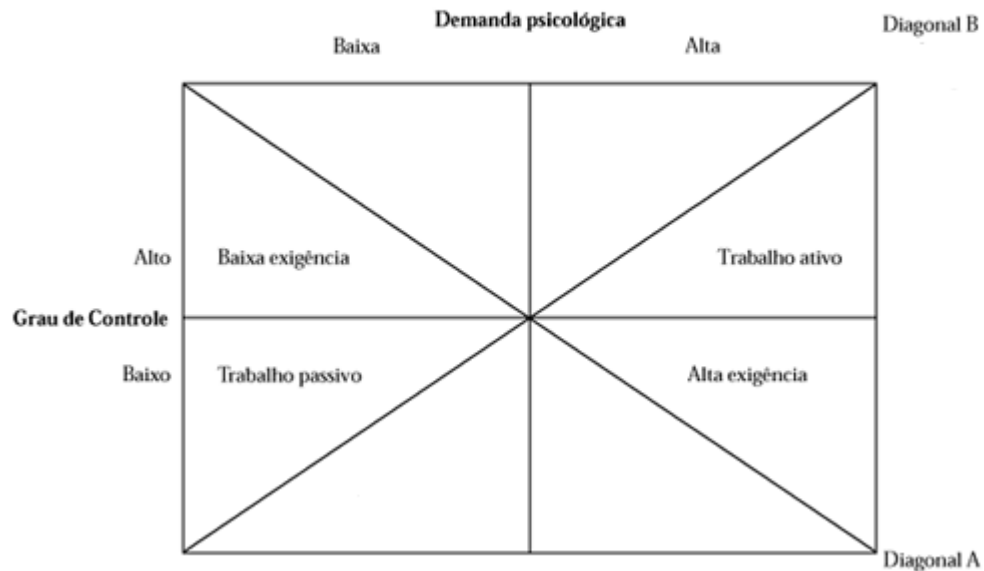
envolvidos no estresse. Os primeiros estudos das teorias do estresse, entretanto, avaliavam respostas individualizadas, remetendo a medidas de intervenção com foco motivacional e que buscassem melhorar a capacidade dos indivíduos em se adaptar a determinadas condições (ARAÚJO et al., 2003; KARASEK e THEORELL, 1990). Tais teorias embasam-se nos estudos do endocrinologista Hans Selye iniciados na década de 30, cujas observações culminaram em um entendimento no qual o estresse seria uma resposta do organismo, com reação física ou psicológica, decorrente de situações que ameaçassem a homeostase do organismo.

Dessa forma, o MDC propõe a investigação de duas dimensões psicossociais no ambiente de trabalho – as demandas psicológicas e o controle – a partir da combinação entre níveis alto e baixo de cada uma delas (KARASEK e THEORELL, 1990). Essa combinação deflagra quatro diferentes quadrantes de exposição ao estresse laboral, quais sejam: alta exigência, trabalho ativo, trabalho passivo, e baixa exigência.

O quadrante de alta exigência (alta demanda psicológica e baixo controle) seria o mais nocivo à saúde, uma vez que representa um alto desgaste (“*job strain*”), podendo manifestar-se por situações de adoecimento, como fadiga, ansiedade, depressão e sintomas físicos. O trabalho ativo (alta demanda psicológica e alto controle) permite ao trabalhador ter boa capacidade decisória sobre a forma e o ritmo para desenvolver suas tarefas, tornando possível o uso das potencialidades intelectuais do trabalhador. Estaria relacionado a desfechos psicológicos positivos, como o aprendizado, o crescimento pessoal, aliados a uma alta produtividade. A autonomia atuaria como atenuante do estresse gerado pelas altas demandas. O trabalho passivo (baixa demanda psicológica e baixo controle) também se manifesta como fator nocivo a saúde, na medida em que pode gerar perda de habilidades e desinteresse. Já o trabalho de baixa exigência (baixa demanda psicológica e alto controle) configuraria o cenário mais confortável para o trabalhador, sendo menos gerador de estresse.

As quatro combinações geradas a partir dessa configuração são representadas por quadrantes atravessados por duas diagonais, denominadas por Karasek e Theorell (1990) de Diagonal A e Diagonal B (Figura 2).

Figura 2
Modelo Demanda-Controle de Karasek



Uma terceira dimensão, a do apoio social, foi acrescentada ao modelo por Johnson em 1988, e relaciona-se aos níveis de interação social no trabalho, tanto com colegas como com chefias. Ele atua como modificador de efeito, ou seja, quanto maior o apoio social, menor será a chance de o trabalhador apresentar conseqüências negativas a saúde (ALVES, 2004).

A versão original do questionário elaborado por Karasek é o *Job Content Questionnaire* (JCQ), composto por 49 questões. Sua versão resumida – utilizada na pesquisa deste mestrado – foi proposta por Tores Theorell, em 1988, na Suécia e chama-se *Job Stress Scale* (JSS), ou também denominada Escala Sueca de Demanda-Controle – Apoio social (DCS).

Diversos estudos evidenciaram associação positiva entre alta exigência no trabalho e Distúrbios Psíquicos Menores (DPM) (ALVES, 2011; AMARAL, 2006; ARAUJO et al., 2003; SOUZA, 2010), inclusive uma meta-análise de estudos populacionais prospectivos, cujo Odds Ratio do desfecho com alta exigência foi de 1,8 (IC 95% 1,1 – 3,1) e com o baixo apoio social no trabalho de 1,3 (IC 95% 1,2 – 1,4) (STANSFELD & CANDY, 2006). Maiores prevalências de dor osteomuscular (MAGNAGO, 2010) e doenças cardiovasculares têm sido demonstradas em alguns

estudos, embora em outra revisão sistemática essa associação com doença cardiovascular não tenha se demonstrado significativa nos modelos multivariados (KIVIMÄKI et al, 2006). Mesmo assim, parte da morbidade para as doenças cardiovasculares podem ser atribuídas a fatores psicossociais adversos no trabalho, conforme outra revisão de 13 estudos (SULTAN-TAÏEB et al, 2011). Da mesma forma, outro estudo recente identificou frações atribuíveis ao trabalho de alta exigência de 4,46% para doenças cardiovasculares e 18,16% para transtornos mentais (NIEDHAMMER, 2014). Além disso, a alta exigência esteve associada em outras pesquisas brasileiras à pior qualidade de vida (FERNANDES e ROCHA, 2009) e maior prevalência de burnout (TIRONI, 2009). Outros trabalhos têm demonstrado que o quadrante trabalho ativo também pode ser danoso à saúde – diferentemente do que supunha Karasek em seu modelo teórico – como mostra o estudo de Souza et al (2010) com eletricitários, no qual a prevalência de transtornos mentais comuns foi maior na categoria de trabalho ativo (24,3%) do que na situação de trabalho passivo (17,6%). Mesmo assim, esse achado reforça o pressuposto principal de Karasek de que as demandas psicológicas desempenham um papel danoso à saúde mental. Sendo assim, o trabalho com alta demanda psicológica, ainda que em situação de alto controle, pode ser prejudicial à saúde mental.

Cabe ressaltar que o Modelo Demanda-Controle não é o único modelo teórico atual para avaliar o estresse laboral. Outro modelo bastante difundido, proposto por Siegrist em 1982, relaciona esforços e recompensas oriundos do trabalho. Nesse modelo, o desequilíbrio entre as dimensões esforço (que o trabalhador emprega em suas tarefas) e recompensa (que recebe pela realização do trabalho), geraria situações estressantes (SIEGRIST, 1996; PETER & SIEGRIST, 2000). O esforço seria a resposta individual às demandas laborais, possuindo duas naturezas, uma extrínseca (demandas externas) e outra intrínseca (relacionada às expectativas do trabalhador sobre seu próprio trabalho). A recompensa, por sua vez, estaria relacionada ao retorno que o trabalhador recebe em termos de autoestima, remuneração ou status social (THEORELL, 2000,). Uma terceira dimensão, o excesso de compromisso, foi adicionada posteriormente, correspondendo ao conjunto dos comportamentos, atitudes e emoções de cada indivíduo despendidos na busca por aprovação e reconhecimento

pelo próprio trabalho. (PETER & SIEGRIST, 2000). Estudos já encontraram associação do desequilíbrio entre o esforço e a recompensa com doenças cardiovasculares, hipertensão, hipercolesterolemia, tabagismo, alcoolismo, consumo de drogas (PETER et al.1998; BELKIC et al., 2000), além de sugerir que tal desequilíbrio está também associado a transtornos mentais, dentre os quais ansiedade, depressão e outros transtornos relacionados ao estresse (NIEDHAMMER et al, 2015; NIEUWENHUIJSEN et al, 2010; STANSFELD & CANDY, 2006).

As principais diferenças entre os dois modelos consistem no fato de o modelo de Siegrist distinguir características pessoais e conjunturais do trabalho, enquanto o de Karasek foca na organização do trabalho. O entendimento das diferenças entre os modelos e a opção por adotar um modelo ou outro são fundamentais para posterior desenvolvimento de medidas de intervenção para melhoria da saúde (MARMOT et al., 1999).

Não existe consenso quanto ao modelo mais adequado para avaliar o estresse ocupacional. Os modelos de Siegrist e Karasek têm sido citados pela literatura como complementares (THEORELL & KARASEK 1996; PETER et al., 2002; SIEGRIST, 2002), tendo sido recomendados por alguns pesquisadores estudos que combinem os efeitos dos dois modelos. Entretanto, essa recomendação não é consensual entre os principais autores (THEORELL & KARASEK 1996; PETER et al., 2002; SIEGRIST, 2002). Enquanto o MDC é mais antigo, testado e validado, alguns pesquisadores consideram o modelo de Siegrist mais amplo, na medida em que busca aliar traços individuais do trabalhador no nível da tarefa aos aspectos organizacionais (MATTHEWS et al., 1998). Todavia, como o foco da pesquisa deste mestrado está nos aspectos coletivos e na organização do trabalho, optou-se por utilizar o modelo demanda-controle como referencial.

3.3 Exposição à Violência no Trabalho

Violência no trabalho é qualquer situação na qual o trabalhador seja submetido a

abuso, ameaça ou ataques – físico ou psicológico – em circunstância relacionada ao trabalho ou na atividade profissional, que ameace a segurança, bem-estar ou a saúde da pessoa (OIT, 2003; OMS, 2012).

Existem duas categorias gerais de violência no trabalho: a exposição à violência física, que se refere a situações de agressão a uma pessoa ou a um grupo, resultando em dano físico, sexual ou psicológico; e a violência psicológica propriamente dita, que se refere ao uso intencional de poder, incluindo ameaças, agressão verbal, falta de respeito, intimidação e assédio que ocorra dentro dos locais de trabalho (OIT, 2003; OMS, 2012).

A exposição à violência no trabalho tem sido associada a diversos desfechos de saúde mental. Alguns grupos de trabalhadores como agentes penitenciários, policiais ou motoristas de táxi têm sido citados na literatura como profissões de risco para tal exposição (BURGEL et al, 2014; LEE et al, 2014; KONDA et al, 2012).

O grupo de trabalhadores da área da saúde também vem sendo um dos mais investigados no que se refere à exposição à violência e sua relação com a ocorrência de transtornos mentais como a ansiedade e a depressão. Em estudo transversal realizado em São Paulo com 2940 profissionais da área da saúde da atenção primária, a violência no trabalho e sua relação com depressão moderada e severa foi pesquisada, evidenciando-se altas prevalências de exposição à violência no trabalho (44,9% foram expostos a insultos, 24,8% a ameaças, 2,3 % a agressão física e 29,5% testemunharam situação violenta). A prevalência geral de sintomas depressivos moderados nessa amostra foi de 36,3% e de sintomas graves sugestivos de depressão maior foi que 16%, evidenciando uma forte associação entre a exposição à violência e os sintomas depressivos. As razões de chances do desfecho com a exposição estiveram forte e progressivamente associadas, com Odds Ratio (OR) de 1,67 e 5,1 para sintomas depressivos nos expostos a um tipo de violência ou aos quatro tipos, respectivamente, enquanto o OR para depressão maior foi 1,84 e 14,34, nos expostos a um tipo ou aos vários tipos, respectivamente (DA SILVA et al, 2015).

No mesmo sentido, outro estudo qualitativo com profissionais da atenção básica evidenciou que as repercussões psicológicas geradas pela violência no trabalho, embora nem sempre expressas sob a forma de transtornos psíquicos estabelecidos,

configura um cenário de elevado sofrimento entre esses trabalhadores (LANCMAN, 2009). Já entre trabalhadores de hospitais da Espanha, a vivência de agressão física esteve fortemente associada ao desenvolvimento de ansiedade e depressão (ROLDAN et al, 2012). Em médicos chineses, a violência e os conflitos no trabalho estiveram associados à ansiedade e depressão. O OR para prevalência de ansiedade foi de 2,36 (entre os que responderam estarem expostos a essas condições “algumas vezes”) e 6,72 (entre os que responderam estarem “freqüentemente” expostos). Para o desfecho de depressão, o OR foi de 1,73 e 3,95, respectivamente (GONG et al, 2014).

Um estudo realizado com mais de 9 mil trabalhadores sul-coreanos evidenciou uma incidência de ansiedade e depressão decorrentes do trabalho de 4,5% e 3,5%, respectivamente. A incidência de violência nos locais de trabalho foi de 1,8%. Ajustando os fatores pessoais e os riscos ocupacionais dos trabalhadores, mostrou-se que a violência esteve significativamente associada à ansiedade e depressão relacionadas ao trabalho, com razão de chances de 4,07 (IC: 2,62-6,34) e 4,60 (IC: 2,92-7,25), respectivamente (CHOI, 2010).

Outro trabalho realizado com 7476 oficiais de polícia, que investigou a relação entre violência no trabalho e sintomas depressivos, identificou uma alta prevalência desses sintomas entre os trabalhadores (35,5%). A exposição crônica à violência esteve associada à depressão mesmo após o ajuste para covariáveis (OR= 2,01, IC95%; 1.80-2.25), assim como o trabalho em regime de plantão (OR=1.20, IC95; 1.02-1.41) (LEE, KIM & KIM, 2014).

Em pesquisa publicada no American Journal of Epidemiology, também se mostrou que a violência relacionada ao trabalho está associada com o uso de antidepressivos (em monoterapia ou em associação com ansiolíticos), independentemente da freqüência de episódios de violência vivenciados (MADSEN, 2011).

É importante reconhecer que sempre que as pessoas vivenciam a violência sua saúde esta em perigo. No mundo do trabalho, o termo violência refere-se a qualquer ato de violência ou ameaça, física ou psicológica, direcionada a pessoa durante o trabalho (LEINO et al, 2011). Outros estudos têm mostrado que os efeitos nos indivíduos da violência no local de trabalho podem ser extremamente sérios, além de custar caro para

as empresas e demais instituições.

Esta pesquisa buscou aprofundar-se no que se refere à relação entre as situações de violência e estresse no local do trabalho e o desenvolvimento de possíveis transtornos psíquicos e sintomatologia psiquiátrica, uma vez que tais desfechos trazem repercussões importantes para a saúde dos trabalhadores que vivenciam esse fato cotidianamente no trabalho.

3.4 Depressão e Ansiedade

A depressão foi definida e descrita pela *American Psychiatric Association* (APA) (2002) como um transtorno do humor que envolve um grupo heterogêneo de sintomas, dentre os quais se citam o humor deprimido, interesse ou prazer pelas atividades acentuadamente diminuído, redução significativa ou ganho exacerbado de peso sem dieta para essa finalidade, insônia ou hipersonia, agitação excessiva ou retardo psicomotor, fadiga ou perda importante de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva e inadequada, capacidade de pensamento reduzida e pensamentos recorrentes de morte ou idéia de morrer. Dependendo da frequência e intensidade dos sintomas, a depressão é classificada como leve, moderada ou grave, sendo necessário um período mínimo de duas semanas de ocorrência dos sintomas para fechar-se o diagnóstico, para o qual a perda de interesse pela maior parte das atividades e o humor deprimido são os dois principais sintomas a serem identificados. (APA, 2002)

A Depressão Maior é considerada atualmente um dos transtornos mentais mais comuns, caracterizando-se por seu caráter crônico, limitante e recorrente. Os estudos epidemiológicos sobre o tema têm deflagrado uma grande variação da prevalência desse transtorno entre os diferentes grupos e populações estudadas. De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder – Fourth Edition* (DSM-IV), estima-se uma prevalência de transtorno depressivo maior entre mulheres adultas de 5 a 9%, enquanto nos homens adultos ficaria entre 2 a 3%, não demonstrando relação com etnia, rendimentos, escolaridade ou estado civil. Por outro lado, alguns estudos sobre

desigualdades em saúde identificam fatores que são preditivos de depressão, como baixo status socioeconômico, baixo nível educacional, baixo salário, desemprego, negligência na infância, ser pertencente a grupo social em condição de vulnerabilidade que tenha alto índice de fragmentação social, imigração ou baixa condição social geral, entre outros fatores (DIDERICHSEN et al, 2012; LORANT et al, 2003; MILANOVIC et al, 2015).

No que concerne às questões referentes à organização do trabalho, existem evidências na literatura científica de que as condições laborais adversas podem levar ao desenvolvimento de sintomas de ansiedade e depressão em trabalhadores (KARASEK & THEORELL, 1990; TURNER et al, 1995; SIEGRIST, 1996; MASLACH et al, 2001). A identificação dos possíveis agentes geradores de ansiedade e depressão no ambiente de trabalho, seguidos de intervenções apropriadas, podem ter implicações clínicas e econômicas benéficas nas populações de trabalhadores.

Outros estudos, que abordam a questão da saúde mental internacionalmente, têm citado que os transtornos mentais mais prevalentes são a depressão (10,4%), a ansiedade (7,9%), a neurastenia (5,4%) e o uso abusivo de álcool (3,3%) (JACQUES, 2001). Um estudo brasileiro multicêntrico de 1997, que pesquisou os transtornos mentais em algumas capitais do país (Brasília, São Paulo e Porto Alegre), destacou os transtornos de ansiedade, os estados fóbicos e o abuso e dependência de álcool como os de maior relevância. Já na cidade de Porto Alegre, evidenciaram-se as seguintes prevalências de distúrbios mentais: transtornos de ansiedade (9,6%), estados fóbicos, (14,1%), abuso e dependência do álcool (9,2%) e estados depressivos (10,2%) (ALMEIDA-FILHO et al, 1997). Internacionalmente, as prevalências de ansiedade e depressão em nível populacional apresentam grande variabilidade, indo de 2,2% no Japão, até 8,6% nos Estados Unidos e 10,4% no Brasil, sendo esses dois últimos os países com maiores prevalências gerais de Transtorno Depressivo Maior entre os pesquisados. No Brasil, a prevalência de depressão foi maior em indivíduos em idade produtiva, chegando a 10,9 % em pessoas com 18 a 34 anos de idade e 11,8% em indivíduos com 35 a 49 anos (KESSLER et al, 2010).

Diversos estudos – dentre os quais, duas revisões sistemáticas - que avaliaram fatores psicossociais do trabalho e sua relação com depressão têm demonstrado que

existem consistentes associações entre condições psicossociais adversas no trabalho e transtornos depressivos (BONDE, 2008; STANSFELD & CANDY, 2006). Outra revisão sistemática demonstrou fortes associações com outros transtornos de saúde mental relacionados ao estresse (NIEUWENHUIJSEN et al, 2010). As altas demandas psicológicas, o baixo controle sobre o trabalho e, principalmente, o trabalho com alta exigência, associado ou não ao baixo apoio social, têm se mostrado como importantes fatores de risco para depressão e outras condições de saúde mental. Os estudos sobre esse assunto têm se concentrado em países como a Dinamarca, Finlândia, Suécia, Inglaterra, Bélgica e Japão.

Os transtornos de ansiedade, embora menos estudados na relação entre saúde mental e trabalho, também têm se mostrado como desfechos que dependem das condições de trabalho. No geral, a ansiedade é estudada em associação com a depressão. A ansiedade é, conceitualmente, um estado emocional com componentes psicológicos e também fisiológicos. Faz parte do espectro normal das experiências humanas, podendo ter função estimuladora. Ela se torna potencialmente patológica, na medida em que se manifesta de maneira desproporcional à situação desencadeante ou quando é direcionada para algum objeto específico (GORENSTEIN et al, 2000; CASTILLO et al, 2002). Outros sintomas – tendo em vista a variabilidade dos sintomas mais importantes – são descritos na CID 10 (Classificação Internacional de Doenças, versão 10) como palpitações, tremores, sudorese, nervosismo, desconforto epigástrico, tensão muscular e tonturas, além de medos, pressentimentos e preocupações (OMS, 2008). Já segundo o DSM-IV, são sintomas ansiosos a irritabilidade, a perturbação do sono, a fadiga, a inquietude ou sensação de nervos a flor da pele, a tensão muscular e a dificuldade de concentração (APA, 2002). Pode ser caracterizada também como um conjunto de sintomas e sinais inespecíficos, que juntos trazem uma sensação desagradável de apreensão, expectativa e medo (TAKEI, SCHIVOLETO, 2000).

É importante citar que, desde 2013, já se encontra disponível a quinta versão do DSM. Entretanto, como as escalas para avaliação de ansiedade e depressão são baseadas nos critérios do DSM-IV, a última versão não foi aprofundada nesta revisão.

3.5 Qualidade de vida

Através de seu Grupo de Qualidade de Vida, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto do sistema cultural e de valores em que ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1995).

O surgimento do estudo da qualidade de vida como um desfecho de saúde decorre, a partir do século XX, da busca por indicadores sociais mais abrangentes. É no início desse século que surgem alguns indicadores de riqueza e desenvolvimento, como o Produto Interno Bruto (PIB), a renda *per capita* e o Índice de Mortalidade Infantil. Posteriormente, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) veio a ser criado com o intuito de agregar aspectos de natureza social e cultural (entre eles a saúde e a educação) às medidas econômicas que tradicionalmente são utilizadas para fins de análise social (FLECK, 2008).

A avaliação dos desfechos de saúde por meio de indicadores clínicos tradicionais – como os diagnósticos e parâmetros da clínica médica ou como os exames laboratoriais – continuarão sendo essenciais à pesquisa em saúde. Todavia, muitas vezes, eles podem ser insuficientes quando se objetiva avaliar o impacto de doenças em alguns aspectos da vida das pessoas. Sendo assim, a necessidade, para a saúde pública, da busca por desfechos alternativos em saúde, além dos tradicionais morbidade e mortalidade, culminou no desenvolvimento da variável qualidade de vida como importante desfecho a ser estudado (FLECK, 2008). O interesse crescente em estudar aspectos humanísticos da saúde, buscando um olhar com foco nos indivíduos e populações e não na doença, permitiu que os desfechos pudessem englobar características adaptativas positivas das pessoas, tais como a resiliência, a espiritualidade, a esperança, a sabedoria, a satisfação dos usuários em relação aos serviços de saúde e o reconhecimento da importância relação cuidador-paciente (FLECK, 2008).

Dentro desse panorama, um grande número de instrumentos vem sendo produzidos e validados mundialmente com o propósito de prover maior acurácia às

avaliações individuais e coletivas dos estados de saúde (GUILLEMIN, 1993; FITZPATRICK, 1992). As medidas de qualidade de vida têm diversas aplicações, dentre as quais se destacam sua utilização para: triagem e monitoramento de problemas psicossociais no cuidado individual; estudos populacionais sobre percepção de estados de saúde; medidas de resultados em serviços de saúde; ensaios clínicos e análises econômicas com enfoque no custo monetário de uma melhor qualidade de vida (custo-utilidade); e também para as auditorias em saúde (FITZPATRICK, 1992).

Devido à mudança no perfil de morbimortalidade das populações, com um aumento na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis e dos problemas de saúde oriundos dessas condições, os próprios objetivos da atenção à saúde passaram a ser questionados, gerando uma tentativa de retirar-se o enfoque curativo das abordagens em saúde e cultivando-se uma perspectiva de "melhoria da vida" dos pacientes (BOWLING & BRAZIER, 1995; EBRAHIM, 1995).

Para Minayo et al., a qualidade de vida está relacionada à satisfação de necessidades elementares da vida humana, dentre as quais acesso à água potável, alimentação, educação, saúde, trabalho, habitação e lazer, elementos essenciais ao bem-estar e a realização individual e coletiva (MINAYO, HARTZ & BUSS, 2000).

Mais recentemente, verifica-se a importância da percepção da qualidade de vida em alguns grupos populacionais como os idosos, adolescentes, pacientes com transtornos mentais, dependentes químicos ou pessoas com doenças graves, buscando-se direcionar intervenções para as reais necessidades desses indivíduos (FLECK et al, 2002; PEREIRA et al, 2006; GORDIA et al, 2009; LIMA, 2001; BAMPI, GUILHEM & LIMA, 2008), especialmente no âmbito da promoção da saúde (CAMPOS & RODRIGUES NETO, 2008).

Estudos canadenses, norte-americanos e europeus têm se destacado em demonstrar as relações existentes entre saúde e qualidade/condições de vida em países desenvolvidos. Por outro lado, na América Latina, diante de outro contexto social, tem sido verificado que fatores como a má distribuição de renda, a baixa escolaridade, o analfabetismo, as condições ambientais ou de habitação precárias têm um papel muito importante nas condições de vida, de saúde e na qualidade de vida (BUSS, 2000). Diversos instrumentos para mensurar qualidade de vida foram

desenvolvidos nas últimas décadas, dentre os quais o *Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey (SF-36)*, o *European Quality of Life (EUROQoL)*, o *Quality of Well-being Scale*, o *Sickness Impact Profile*, o *Nottingham Health Profile*, o *Functional Limitations Profile* e o *Schedule for the Evaluation of Individualized Quality of Life (SEIQoL)* (CARR et al., 1996). Posteriormente, a OMS veio a desenvolver o *World Health Organization Quality of Life – 100 (WHOQOL-100)* e sua versão resumida, o WHOQOL abreviado (WHOQOL-BREF). A maioria dos instrumentos anteriores ao WHOQOL buscava avaliar o impacto de condições patológicas, abordando aspectos negativos da saúde. O WHOQOL surge em uma perspectiva de aliar aspectos negativos e positivos na avaliação da qualidade de vida (CARR et al, 1996).

Dessa forma, o interesse pelo estudo da qualidade de vida nas populações tem crescido nas últimas décadas. Entretanto, na área da saúde do trabalhador, ainda são escassos os estudos que avaliam as relações entre trabalho e qualidade de vida. Alguns pesquisadores têm sugerido a necessidade de abordar a questão da qualidade de vida no contexto das atividades laborais (BLANC, 2004).

Um dos primeiros estudos a investigar os efeitos do trabalho com alto desgaste em aspectos da qualidade de vida foi o estudo de Lerner et al (1994), que avaliou 1319 trabalhadores. Tal estudo, publicado no *American Journal of Public Health*, identificou que o trabalho de alta exigência estava associado a aspectos sociais e da saúde física e mental relacionados à qualidade de vida.

Alguns estudos recentes têm demonstrado a importância dos fatores psicossociais do trabalho no bem-estar subjetivo dos trabalhadores, tendo esses fatores efeito independente no bem-estar dos indivíduos. Indo ao encontro da abordagem conceitual sobre qualidade de vida proposta pela OMS, Stansfeld et al sugerem a necessidade de a organização do trabalho se basear na melhora dos aspectos positivos do trabalho e não apenas nos fatores negativos das condições laborais (STANSFELD et al, 2013).

Na abordagem das condições de trabalho e sua relação com qualidade de vida, alguns grupos de trabalhadores têm se destacado nas pesquisas científicas, dentre os quais os funcionários públicos em geral, os profissionais da área da saúde, os professores e os bancários.

Em um estudo prospectivo, com 1352 funcionários públicos japoneses, o controle sobre o trabalho esteve positivamente relacionado aos domínios físico, psicológico e social da qualidade de vida, enquanto demandas laborais estiveram negativamente relacionadas ao desfecho de saúde física. Tal estudo também sugere que o controle sobre o trabalho poderia resultar em um melhor bem-estar no seguimento de um ano entre esses servidores públicos (NASERMOADDELI et al, 2003).

Entre 1726 trabalhadores cadastrados no sistema de seguridade social de Taiwan, identificaram-se correlações significativas entre condições de trabalho (com atenção especial para as situações laborais geradoras de estresse e ansiedade) e qualidade de vida, estando tais condições associadas a piores escores de qualidade de vida em todos os domínios avaliados (físico, psicológico, social e ambiental) (LIANG & KUO, 2002).

Em uma amostra da comunidade de 592 indivíduos acima de 12 anos, por meio da aplicação do questionário WHOQOL-BREF, verificou-se que as mulheres com idade acima de 25 anos, com menor renda pessoal mensal e menor escolaridade apresentaram insatisfações com maior frequência (GOMES et al, 2014).

Todavia, ainda, o maior número de estudos encontrados sobre o tema foi com trabalhadores da área da saúde. No Brasil, alguns estudos utilizaram a qualidade de vida como desfecho para avaliar a saúde de trabalhadores, como em estudo com 696 profissionais da área da enfermagem de um hospital universitário. Em tal população, o trabalho de alto desgaste (pelo modelo MDC) e o fato de ter mais esforços que recompensas no trabalho associaram-se de maneira independente aos baixos escores da dimensão de aspectos emocionais. As dimensões relacionadas à saúde mental foram as que mais sofreram influência dos fatores psicossociais do trabalho. Tal estudo ainda evidenciou que apresentar mais esforços que recompensas no trabalho era mais significativo para a qualidade de vida associada à saúde do que o alto desgaste no trabalho (altas demandas e baixo controle). O instrumento utilizado nessa pesquisa foi o SF36 (SILVA et al, 2010).

Outro estudo transversal com 797 trabalhadores da Atenção Primária, dentre os quais médicos, profissionais de enfermagem, dentistas, técnicos em odontologia e agentes comunitários, investigou aspectos psicossociais do trabalho através do modelo

esforço-recompensa e sua relação com a qualidade de vida desses trabalhadores. Tal pesquisa identificou associações entre as condições psicossociais adversas no trabalho e uma pobre qualidade de vida. Entre os resultados, verificou que 15,4% dos profissionais apresentavam baixa qualidade de vida e indivíduos com desequilíbrio entre esforço e recompensas tinham 91% mais probabilidade de apresentarem escores compatíveis com baixa qualidade de vida geral, além de terem piores escores nos domínios físico e ambiental (TELES et al, 2012).

Em revisão sistemática que incluiu oito artigos sobre o tema da qualidade de vida em trabalhadores da saúde, observou-se que o domínio meio ambiente apresentou os menores escores em 75% dos estudos, e que o psicológico foi o único que não obteve maior escore dentre os domínios do WHOQOL-BREF. Dentre os fatores que interferiram na qualidade de vida desses profissionais estão: o estresse decorrente do ambiente de trabalho e das atividades profissionais; o excesso, a insegurança e as inadequadas condições de trabalho; e a insatisfação com os recursos financeiros (MASCARENHAS et al, 2013).

Já em estudantes de medicina do último ano do curso, apesar de apresentarem alto nível de estresse laboral, verificou-se que tinham um bom nível de qualidade de vida (escores médios acima de 70 em todos os domínios do WHOQOL-BREF. (MEYER et al, 2012).

Em outro estudo, com amostra de 242 professores da rede básica de Natal, o impacto dos aspectos psicossociais sobre a qualidade de vida se demonstrou significativo. Utilizando o instrumento WHOQOL-BREF, os domínios físico e meio ambiente foram os que apresentaram menores escores médios. 32,1% dos professores estavam no quadrante trabalho ativo e 25,8 % no de alta exigência, sendo esses grupos os que apresentaram maior comprometimento nos domínios físico ($p < 0,001$), psicológico ($p < 0,001$) e meio ambiente ($p < 0,001$) da qualidade de vida (FERNANDES & ROCHA et al, 2009).

Entre os bancários, condições psicossociais adversas no trabalho demonstraram-se associadas a uma pior qualidade de vida nos domínios físicos e psicológicos, que foram os domínios avaliados pelo estudo, através da escala *Medical Outcomes Study*

Short-Form General Health Survey (SF-12). Tal estudo avaliou os fatores psicossociais do trabalho através do modelo demanda-controle (JCQ) e do modelo esforço-recompensa (*ERI scale*) entre 2054 trabalhadores de um banco público brasileiro. O nível de qualidade de vida na população estudada foi baixo comparado aos níveis de grupos populacionais em geral (SILVA & BARRETO, 2012).

Embora o estudo acima tenha avaliado a qualidade de vida por questionário autorreferido, alguns estudos têm demonstrado que tais instrumentos têm sido satisfatórios para avaliar esse desfecho. Um estudo que revisou a produção científica da base *Scielo* sobre o tema da qualidade de vida relacionada a saúde, apenas 5,8% dos 70 estudos identificados eram na área de saúde do trabalhador (LANDEIRO et al, 2011).

Entre servidores de fundações de atendimento socioeducativo, não foi encontrado nenhum estudo que avaliasse a qualidade de vida dos trabalhadores, tornando essa investigação importante no contexto de trabalho desse grupo de indivíduos.

3.6 O Local da Pesquisa: A Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE)

A FASE, como hoje é conformada, surge após amplo processo de reordenamento jurídico e institucional, do atendimento prestado pelo Estado, a fim de se efetivar ações de implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei Federal 8.069/90. Através da Lei 11.800/02 foram criadas duas Fundações: a FASE - Fundação de Atendimento Sócio-Educativo do RS, responsável pela execução, das medidas socioeducativas e a FPERGS - Fundação de Proteção Especial do RS, responsável pela execução das medidas de proteção (SECRETARIA DO TRABALHO E DA ASSISTÊNCIA SOCIAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2011). Tais atividades eram anteriormente responsabilidade da Fundação Estadual do Bem Estar do Menor (FEBEM), que foi extinta com a Lei Estadual 11.800/02.

A FEBEM-RS fora criada pela Lei Nº 5.747 de 17 de janeiro de 1969, em alinhamento a Lei Federal 4.513 de 01/12/1964, que por sua vez criara a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor – FUNABEM. À FUNABEM competia formular e implantar a Política Nacional do Bem-Estar do Menor em todo o território nacional. A finalidade da FEBEM era "formular e implantar programas de atendimento a menores em situação irregular, prevenindo-lhes a marginalização e oferecendo-lhes oportunidades de promoção social." Seguindo uma política de Estado do governo da época, a instituição cumpria o papel de retirar tais jovens do convívio social e puni-los por seus atos infracionais. A FEBEM como tal era um resquício do autoritarismo do governo militar, e seus equipamentos atendiam à lógica da segregação, da quebra de vínculos familiares e afetivos. Ela mesclava, em uma mesma instituição, crianças e adolescentes vítimas de violência, maus tratos, negligência, abuso sexual e abandono, com jovens autores de atos infracionais. Nesses moldes existia a institucionalização da clientela e inexistia um trabalho que investisse na recuperação e na inclusão social (SECRETARIA DO TRABALHO E DA ASSISTÊNCIA SOCIAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2011).

Atualmente, sob outra perspectiva, a Fundação de Atendimento Sócio-Educativo tem por finalidade a implantação e a manutenção do sistema de atendimento responsável pela execução do Programa Estadual de Medidas Socioeducativas no Estado do Rio Grande do Sul. Para tal, deve promover o atendimento ao adolescente ou jovem adulto em cumprimento de medida de internação e semiliberdade, além de atender aqueles jovens que se encontram em internação provisória, de acordo com as leis, normativas e resoluções nacionais e estaduais (PEMSEIS, 2012).

Os Centros de Atendimento Socioeducativo (CASEs) são responsáveis por assegurar os atendimentos e as atividades pedagógicas da medida socioeducativa de internação, bem como, propiciar condições para que o adolescente ou jovem adulto possa reorganizar-se em sua vida. Nesse sentido, a instituição deve servir como um ambiente de cuidado, continência, apoio e orientação. Durante o período em que permanece no CASE, o adolescente ou jovem adulto deve receber atendimento das diferentes áreas técnicas que compõe a socioeducação, elencando suas principais necessidades e considerando sua condição de pessoa em desenvolvimento. Na

Internação Provisória do jovem, inicia-se a confecção do Plano Individual de Atendimento (PIA), que contextualiza a história de vida do jovem e elenca os principais pontos a serem abordados no atendimento. O intuito é que o trabalho a ser desenvolvido cumpra o papel de garantir uma intervenção de continuidade das ações a serem planejadas no cotidiano.

3.6.1 PEMSEIS – Programa de Execução de Medidas Sócio-Educativas

No ano de 2012, foi lançado o Programa de Execução de Medidas Socioeducativas de Internação e Semiliberdade do Rio Grande do Sul (PEMSEIS), nova versão do mesmo programa lançado anteriormente em 2002, que busca integrar as ações de execução de medidas socioeducativas dentro do panorama do Estatuto da Criança e do Adolescente. Seu objetivo é unificar procedimentos e conceitos relacionados ao atendimento dos jovens em cumprimento de medida socioeducativa no cotidiano das unidades de internação e semiliberdade, buscando a qualidade das relações estabelecidas na instituição. A elaboração do PIA é um dos pontos fundamentais do programa, o qual é responsável, a partir de uma construção coletiva, por planejar as ações de ressocialização.

Segundo o PEMSEIS (2012), alguns princípios e diretrizes a serem seguidas pelos trabalhadores da FASE são os seguintes:

- Fazer prevalecer a ação sócio-pedagógica sobre a sancionatória, respeitando a singularidade do socioeducando, através de uma postura de exigência, compreensão e disciplina, entendida esta como elemento organizador da subjetividade e não como mero instrumento de ordem institucional;
- Promover a atualização e interação dos profissionais da socioeducação através da formação continuada, fundamental para o aperfeiçoamento das ações e práticas socioeducativas;
- Organizar o Plano de Atendimento Coletivo dos diversos Centros de Atendimento, buscando compatibilizar a fundamentação teórica com a intervenção prática através das

atividades integradas de forma interdisciplinar.

Estabelece-se como objetivos para a equipe de trabalho uma atuação socioeducativa que seja ágil e eficiente, a partir de uma perspectiva de colaboração, parceria e diálogo entre os trabalhadores, que devem contribuir para a construção de práticas coletivas e solidárias. A equipe (Direção, Socioeducadores e Equipe Técnica) é colocada como referência para o socioeducando e seus familiares, cabendo a ela esclarecer junto a tais sujeitos os princípios que subsidiam a prática interdisciplinar na qual se efetiva o trabalho. Tal fato implica envolvimento contínuo, troca sistemática com a equipe de trabalho e um processo avaliativo permanente das ações socioeducativas propostas.

O programa ressalta, ainda, a importância do fortalecimento de uma formação continuada para as equipes, de modo que a Fundação possa continuar potencializando suas ações na construção de alternativas para trabalhar mediação e resolução de conflitos, o qual é um tema de grande impacto institucional. Além disso, a ação dos profissionais da socioeducação deve refletir uma prática que se aproxime com as questões sociais dos socioeducandos, e suas múltiplas expressões e estratégias de enfrentamento e não na mera obrigação funcional ou tolerância/condescendência para com o socioeducando. Suas atribuições seguem as disposições legais, as diretrizes contidas no ECA, SINASE (Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo) e PEMSEIS, bem como no Regimento Interno da FASE, além do disposto no Plano de Empregos, Funções e Salários.

Todos os funcionários da Unidade têm um papel fundamental na efetivação das propostas e, por terem como objetivo a execução da medida socioeducativa, devem estar imbuídos do papel de educadores sociais, ou seja, são agentes de mudança social. Contribuem no processo de desenvolvimento comunitário atendendo as situações que envolvem vivências de risco, desempenhando ações educativas, informativas, de orientação, tornando-se corresponsáveis pelo planejamento, execução e avaliação da prática pedagógica.

Aos profissionais da socioeducação compete:

- a) Propor e participar da execução do Plano de Atendimento Coletivo;
- b) Propor e participar da elaboração e execução do Plano Individual de

Atendimento – PIA;

c) Atender e orientar individualmente o socioeducando, nos termos do respectivo Plano Individual;

d) Atender e orientar os familiares e responsáveis do socioeducando, objetivando o restabelecimento ou a preservação dos vínculos familiares e da reinserção social e comunitária, tornando-os copartícipes do processo socioeducativo;

e) Comprometer-se com a criação de ambiente institucional saudável, através da promoção e manutenção do diálogo, da paz e do clima de entendimento, combatendo condutas desleais, vingativas, rancorosas, provocativas, antipedagógicas, vexatórias, degradantes ou aterrorizantes nas relações interpessoais da unidade;

f) Manter interlocução com os profissionais da rede de proteção básica, média e alta complexidade, sejam elas públicas ou privadas que executem as políticas de atendimento de meio aberto nos municípios.

A Equipe Diretiva – formada pelo Diretor, Assistente de Direção e Chefes de Equipe – detém a responsabilidade legal pela guarda dos socioeducandos, competindo-lhes a coordenação das demais equipes e o zelo pela adequada execução do Programa de Atendimento do CASE. Além disso, é responsável pela implementação do Plano Individual de Atendimento e pela construção do Plano de Atendimento Coletivo junto com a equipe técnica, assim garantindo a realização das rotinas e metodologia de trabalho.

3.6.2 Agentes Socioeducadores

É nas atividades do agente socioeducador que se evidencia a expressão mais constante do papel socioeducativo, uma vez que é nas 24 horas do dia-a-dia em contato com os jovens que a essência da proposta de atendimento se manifesta de forma mais presente. Sendo assim, o agente socioeducador representa, concretamente, a referência educativa aos socioeducandos, e suas atitudes e ações precisam ser o contraponto do mundo até então conhecido como única realidade pelos adolescentes e

jovens adultos que cumprem medida socioeducativa.

As orientações, observações e diálogos com os jovens são os meios para o estabelecimento de um vínculo qualificado para a transformação da realidade. É competência dos agentes socioeducadores executar, supervisionar e orientar todas as atividades previstas nas rotinas diárias previstas no Plano de Atendimento Coletivo, bem como as demais atividades do Plano Individual de Atendimento.

Assim, esse profissional é responsável por veicular as informações cotidianas das rotinas e intervenções através dos registros nos livros oficiais, como forma de apontar as situações identificadas, bem como agilizar as providências necessárias; participar dos fóruns de discussões da unidade, contribuindo com sugestões que melhorem a eficiência e efetividade das ações socioeducativas planejadas.

Dentre suas atribuições inserem-se as ações preventivas para a preservação da integridade física e psicológica dos socioeducandos, bem como a realização e acompanhamento em atividades, internas ou externas à unidade, e como participante ativo da implementação do PIA.

Compete também subsidiar a equipe de trabalho com informações sobre comportamento, conduta e participação do socioeducandos no convívio diário.

3.6.3 Ações de prevenção e manejo em situações de risco

Além de tudo, é responsabilidade da equipe implementar as ações de prevenção, bem como o enfrentamento em situações de risco nas unidades. Para tal, incluem-se ações de garantir espaços de circulação livres, comunicar as instituições responsáveis em caso de crise ou urgência, participar de treinamentos, cursos ou estágios de qualificação em negociação de conflitos, dar prioridade a atuação de manejo verbal frente à situação de crise, buscando o diálogo e o convencimento para a volta à normalidade sem retaliações. Nos casos em que haja configuração de atitude infracional ou criminosa por parte do jovem adulto, deve valer-se da contenção física apenas quando restar infrutífero outros manejos que evitem danos físicos.

A atuação interna de força policial da Brigada Militar somente é autorizada mediante pedido do Diretor da Unidade à Presidência da FASE, que pode autorizar ou não, diante de um evento crítico, sendo essa medida restrita a situação de grave ameaça à vida de pessoas.

3.6.4 Características do Trabalho na FASE

No Rio Grande do Sul, a FASE é composta por 24 diferentes casas, em 8 municípios, sendo 7 centros de atendimento socioeducativo em regime de internação em Porto Alegre e mais 7 no interior, além de 10 unidades de menor porte que atendem os jovens em regime de semiliberdade.

No que se refere às condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores que exercem suas atividades em contato direto com os jovens, um estudo realizado pela Fundacentro junto ao Ministério do Trabalho sobre o trabalho dos monitores da FEBEM de São Paulo, identificou diversos relatos de trabalhadores que associam o trabalho com sofrimento mental e sintomas psiquiátricos na instituição. Diante das diversas formas de agressão e violência sofrida no local de trabalho, muitas vezes os trabalhadores recorriam ao uso de substâncias psicoativas, gerando, inclusive, situações de dependência química. Segundo os monitores, uma das formas mais frequentes de demonstração de insatisfação com as condições de trabalho é o abuso e dependência de álcool e outras drogas (TAVARES et al, 2008).

Outras formas de manifestação do adoecimento desses trabalhadores de acordo com seus relatos são a depressão, o estresse, a impotência sexual, a suscetibilidade a acidentes de trabalho e a exposição excessiva a doenças infecto-contagiosas. Nessa gama de situações de adoecimento, os trabalhadores acabam manifestando sintomas como raiva, irritabilidade, sentimento de desvalia (principalmente relativa ao sentimento de impotência em intervir na melhora da situação de vida dos adolescentes) e frustração (TAVARES et al, 2008).

Segundo Greco (2011), o trabalho do agente socioeducador tem sido

caracterizado por um ritmo acelerado, pressão de tempo, situações de imprevisibilidade, somados à necessidade de cumprirem seu papel educador, como responsáveis pelos processos de ressocialização dos jovens. Além disso, esses profissionais são responsáveis pela segurança e integridade dos jovens em cumprimento de medida socioeducativa. Alguns de seus instrumentos de trabalho são os mesmos utilizados no sistema prisional, dentre os quais se citam os cadeados (para fechamento de dormitórios e portas de diferentes setores), chaves (para abertura das salas e alas), portões de ferro, algemas (utilizadas nos transportes), livro de ocorrência, além dos materiais pedagógicos ou de recreação utilizados em oficinas ou atividades de lazer, as quais eles acompanham (GRECO, 2011).

Os turnos de trabalho na FASE dividem-se em: turno diário de 8 horas de segunda a sexta-feira, para os cargos administrativos e alguns cargos técnicos; turno de 12 horas de trabalho por 36 horas de descanso, para grande parte dos agentes socioeducadores; ou turno de 6 horas de trabalho diurno de segunda a sexta-feira, somado a 12 horas de plantão no final de semana, também entre os agentes socioeducadores.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Investigar a prevalência de estresse laboral, sintomas de ansiedade e depressão e os níveis de qualidade de vida em uma amostra de trabalhadores da FASE-RS, comparando os índices encontrados entre as diferentes funções, ambientes de trabalho e tipo de exposição ocupacional.

4.2 Objetivos específicos

- Descrever o estresse laboral na instituição a partir do Modelo Demanda-Controle, verificando a prevalência de alta demanda psicológica e baixo controle sobre o trabalho entre os trabalhadores de acordo com o local de atividade e com os demais fatores ocupacionais.
- Comparar a prevalência de trabalho de alta exigência entre os trabalhadores da Sede Administrativa e das Casas de Internação.
- Comparar a prevalência e os níveis de sintomas de ansiedade e depressão entre os trabalhadores que exercem suas atividades na Sede Administrativa e nas Casas de Internação.
- Comparar a prevalência e os níveis de sintomas de ansiedade e depressão de acordo com as variáveis sociodemográficas e laborais e de acordo com estresse ocupacional.
- Comparar os escores de qualidade de vida entre os trabalhadores da Sede Administrativa e os das Casas de Internação, bem como avaliar suas diferenças de acordo com os dados sociodemográficos e laborais e com o estresse ocupacional.

5. HIPÓTESES

- O estresse laboral e a prevalência e os níveis de ansiedade e depressão são maiores nos trabalhadores que exercem suas atividades nas casas de internação, comparados aos trabalhadores da sede administrativa.
- A prevalência de trabalho de alta exigência é maior nos trabalhadores das casas de internação, comparada à da sede administrativa.
- Os trabalhadores das casas de internação apresentam menor apoio social que os trabalhadores da sede administrativa.
- Os trabalhadores das casas de internação apresentam piores escores de qualidade de vida, quando comparados aos da sede administrativa.
- A exposição à violência na forma de agressão verbal e física está associada a maiores prevalências e níveis de estresse laboral, ansiedade, depressão e a piores escores de qualidade de vida.
- A prevalência e os níveis de estresse, ansiedade e depressão são maiores entre os trabalhadores submetidos a trabalho com altas demandas psicológicas, baixo controle sobre o trabalho e baixo apoio social.
- Os escores de qualidade de vida estão correlacionados a variáveis laborais e ao estresse ocupacional.

6. METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido na Fundação de Atendimento Sócio-Educativo do Estado do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo transversal com a aplicação de instrumentos específicos para avaliação de estresse laboral, ansiedade, depressão e qualidade de vida dos trabalhadores.

6.1. Delineamento

Estudo epidemiológico de corte transversal com um grupo determinado de trabalhadores. Estudos transversais (também chamados de estudos de prevalência) examinam a exposição e as doenças em um único momento do tempo, podendo ser considerado um “corte no tempo”. Abordam populações bem definidas e conformam o clássico estudo observacional epidemiológico. Apesar de serem limitados quando o foco é o teste de hipóteses causais, em grande parte dos estudos epidemiológicos ocupacionais, os estudos transversais são os únicos desenhos de estudo viáveis para se inferir onexo de causalidade entre a exposição laboral e as doenças do trabalho. Para aumentar as evidências em favor da inferência causal, nesse caso, é possível estimar gradientes biológicos ou curvas dose-resposta, quando se dispõe de dados sobre a duração ou intensidade da exposição (SANTANA & CUNHA, 2011).

6.2. Caracterização da exposição ocupacional

A caracterização da exposição a estressores psicossociais no trabalho vem crescendo em importância ao longo das últimas décadas, especialmente no que se refere a fatores provenientes de altas demandas laborais, baixo controle do trabalhador

sobre o ritmo de trabalho e isolamento no trabalho (CHECKOWAY, PEARCE & KRIEBEL, 2004). A avaliação de cada um desses fatores tem técnicas e ferramentas próprias de análise ocupacional, além de suas oportunidades e desafios peculiares (CHECKOWAY, PEARCE & KRIEBEL, 2004).

No presente estudo, optou-se por caracterizar a exposição ocupacional a partir de questionários padronizados e de uma escala validada para avaliação do estresse ocupacional. Primeiramente foi feita uma abordagem qualitativa, realizada através de visitas aos locais de trabalho, avaliação observacional das condições de trabalho e conversas com trabalhadores, de modo a ter subsídio para construção de um questionário de dados laborais para o grupo em estudo. A segunda parte, quantitativa, foi realizada através do questionário de dados sociodemográficos e laborais e da *Job Stress Scale*, instrumento validado para avaliação do estresse ocupacional, a partir das demandas psicológicas no trabalho e do controle que o indivíduo tem sobre o seu trabalho, instrumentos que foram respondidos pelos participantes da pesquisa.

6.3. Participantes

Diante da impossibilidade de pesquisar todas as casas da FASE-RS, as unidades em estudo foram selecionadas a partir da sugestão dos próprios trabalhadores, com a concordância da direção da instituição, orientando o critério de abranger a maior gama de ambientes de trabalho possível, podendo englobar os diferentes processos de trabalho e aspectos organizacionais da instituição. Os critérios utilizados para escolha das unidades foram a necessidade de avaliar diferentes contextos de trabalho da Fundação, nos quais os diferentes ambientes pudessem fornecer um panorama dos processos de trabalho aos quais estão submetidos os trabalhadores, tanto os das casas de internação, quanto os da área administrativa. Foi estipulado o número de três unidades para estudo, sendo duas casas de internação e mais a Sede Administrativa. Dentre as casas de internação, as duas casas indicadas para serem avaliadas foram: a Comunidade Socioeducativa (CSE), onde estão

internados os jovens reincidentes, com perfil de violência mais agravado e que cometeram delitos graves, dos quais a maioria se encontra em regime de restrição de liberdade sem atividade externa; e o Centro de Atendimento Socioeducativo Porto Alegre 1 (CASE-POA1), que é uma unidade intermediária de jovens, onde os adolescentes cumprem medida sócio-educativa em regime de internação com ou sem possibilidade de atividade externa, sendo geralmente a “porta de entrada” do cumprimento das medidas socioeducativas. Além dessas unidades, foi incluída no estudo a Sede Administrativa, composta pelos servidores administrativos do quadro da instituição, onde não há exposição direta aos conflitos vivenciados nos CASE. Os trabalhadores da Sede Administrativa foram assumidos como grupo controle para avaliação da exposição ao trabalho em contato com jovem em cumprimento de medida socioeducativa, exposição à violência e exposição a ambiente de trabalho estressante, de acordo com o modelo teórico do estresse proposto neste estudo.

Critérios de Inclusão: todos os trabalhadores do quadro da instituição que exerciam suas atividades nas Unidades CSE, CASE POA-1 e na Unidade Administrativa Padre Cacique da FASE-RS.

Critérios de Exclusão: servidores públicos em estágio probatório, servidores de fora do quadro exercendo cargo de confiança ou cargo comissionado, estagiários de cursos universitários ou de faculdade, servidores sem vínculo empregatício ou terceirizados e servidores em férias ou afastados do trabalho no período da coleta dos dados; idade menor que 18 anos.

6.4. População do Estudo e Amostra

A População do Estudo consistiu nos trabalhadores das unidades selecionadas para a pesquisa na instituição, quais sejam a Sede Administrativa da FASE-RS, o Centro de Atendimento Sócio-Educativo POA-1 (CASE POA-1) e a Comunidade Sócio-Educativa (CSE). O número total de servidores nas três unidades em estudo era de 520 no momento do início da pesquisa de campo, sendo 225 da Sede Administrativa e

295 das Casas de Internação. Desses, 9 da Sede Administrativa e 61 das Casa de Internação não preencheram os critérios de inclusão, devido a estarem em período de férias, afastamento de saúde, suspensos ou em licença por outros motivos. Sendo assim, a proporção de não-expostos e expostos foi de 216/234, para um total de 450 trabalhadores.

A seleção da amostra foi feita de forma aleatória. Todos os trabalhadores das unidades elencadas que preenchiam os critérios de inclusão foram contatados pessoalmente, receberam a explicação sobre os objetivos da pesquisa e foram convidados a participar e preencher os questionários de pesquisa.

O procedimento de amostragem foi realizado a partir dos objetivos de avaliarem-se o estresse laboral, a depressão, a ansiedade e qualidade de vida dos trabalhadores da instituição. Realizaram-se cálculos amostrais para estimar as prevalências de trabalho de alta exigência a partir do modelo demanda-controle, para avaliar as prevalências de ansiedade e depressão, e para estimar as médias dos escores de qualidade de vida em relação ao estresse ocupacional na FASE.

Inicialmente realizou-se procedimento de amostragem aleatória simples para estimativa de uma proporção de 19,2% (conforme prevalência de trabalho de alta exigência verificada por Greco (2011) em seu estudo com agentes socioeducadores) para a população de 450 indivíduos, calculando a amostra em 157 sujeitos. Como se objetivou também comparar as prevalências de trabalho de alta exigência entre dois diferentes grupos de trabalhadores da instituição, procedeu-se ainda o cálculo amostral para comparação de duas proporções, baseando-se em estudos com profissionais da educação, já que não foram encontrados estudos com profissionais da FASE que pudessem servir de parâmetro para tal propósito. Sendo assim, com uma proporção de não expostos / expostos de 0,92, considerando prevalência máxima de trabalho de alta exigência de 29% (PEREIRA et al, 2014) entre os expostos e 11,25% (PORTO et al, 2006) entre os não expostos, foi calculada uma amostra de 163 indivíduos, sendo 85 expostos e 78 não expostos.

Para estimativa de sintomas de ansiedade e depressão, o cálculo inicial da amostra por amostragem aleatória simples para uma frequência esperada de 50% - de forma a superestimar a amostra - na população do estudo (450 indivíduos), com

significância de 5%, demandava 207 pessoas no total. Como se pretendia também avaliar a relação entre os desfechos de saúde mental e a exposição ocupacional ao estresse entre os dois grupos de trabalhadores estudados, baseou-se em uma proporção não expostos / expostos de 1,05, com base nos achados de Greco (2011) que identificou alta demanda psicológica em 48,8% de servidores da FASE e baixa demanda em 51,2. Para esse cálculo, foi utilizado procedimento de amostragem para comparação de duas proporções, para um nível de confiança de 95%, um poder de estudo de 80%, uma prevalência de depressão de 10% nos não expostos (conforme prevalência estimada de depressão na população geral) (KESSLER et al, 2010), e uma razão de prevalência esperada de 2,5, identificando um número total de sujeitos para a amostra de 201, sendo 103 não expostos e 98 expostos.

Por fim, a amostra necessária para avaliação do desfecho qualidade de vida foi calculada por procedimento de amostragem para comparação de duas médias, para um nível de confiança de 95%, um poder de estudo de 80%, um desvio padrão estimado para os escores de qualidade de vida de 17,0 e uma diferença a ser detectada de 6,0 pontos entre os grupos a serem comparados, conforme evidenciado em estudo prévio que avaliou a qualidade de vida entre professores (FERNANDES & ROCHA, 2009). O número de sujeitos para amostra em cada grupo foi calculado em 99 trabalhadores, totalizando 198 indivíduos no total.

Dessa forma, a amostra mínima calculada para avaliação de todos os desfechos a partir dos objetivos do estudo foi de 207 trabalhadores no total, com um mínimo de 103 trabalhadores que exercessem suas atividades na Sede Administrativa da instituição.

O cálculo amostral foi realizado utilizando-se o programa Epi Info 7.

6.5. Procedimentos e Aspectos Éticos

Na primeira etapa foi solicitada a autorização da presidência da FASE para a realização do estudo no local. A solicitação foi atendida e a FASE prontificou-se em

garantir o acesso dos pesquisadores à Fundação, além de colaborar com as demais demandas logísticas necessárias ao bom desenvolvimento do estudo no local. O projeto foi submetido a todos os trâmites científicos e burocráticos necessários à execução do estudo, sendo os quais: exame de qualificação do projeto por banca avaliadora junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS; submissão e avaliação do projeto pelo Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS; e submissão do projeto à Plataforma Brasil.

Os indivíduos elegíveis foram informados sobre os objetivos, procedimentos e sobre seu direito de desistência do estudo a qualquer momento. Todos os participantes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido¹ (TCLE). O TCLE foi desenvolvido com base na Resolução Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde de 12 de Dezembro de 2012, garantindo-lhes confidencialidade, privacidade e autonomia plena sobre seus dados, assegurando a participação livre e sem coação de cada sujeito que respondeu aos questionários. O TCLE também continha todas as informações sobre a pesquisa e a explicação sobre os riscos e benefícios de participação na mesma.

Os sujeitos preencheram uma folha com informações pessoais (dados sociodemográficos, tempo de serviço, sexo, idade, entre outras). Os dados foram coletados no próprio do local de trabalho, sendo os instrumentos preenchidos pelo participante. O preenchimento dos questionários teve duração média de 20 minutos. Os sujeitos foram convidados a fornecer dados de contato (e-mail) para posterior divulgação dos resultados gerais advindos da pesquisa, preservando a confidencialidade dos dados e a não identificação dos respondentes.

Os questionários preenchidos foram identificados por códigos, não contendo o nome do participante da pesquisa. Os pesquisadores envolvidos no estudo garantiram a confidencialidade das informações, não tendo acesso à identificação dos sujeitos. Os questionários foram arquivados em sala específica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para essa finalidade, onde ficarão pelo período de 10 anos, devendo ser destruídos após esse período. Os dados foram digitalizados pelo pesquisador principal da pesquisa e mais dois digitadores independentes sem vínculo com a instituição de

¹ Confira anexo 1.

atendimento socioeducativo. Os participantes não foram identificados em nenhum momento do estudo.

Esta dissertação buscou, além de descrever os resultados da pesquisa, apontar e sugerir possibilidades de intervenções e ações em saúde do trabalhador que possam ser benéficas aos trabalhadores da instituição.

Os resultados parciais vêm sendo divulgados para os servidores da instituição, para a direção da FASE e para o público geral. As atividades realizadas para essa finalidade consistem em reuniões com grupos de servidores, líderes de equipes dos CASE, diretores que exercem cargo administrativo e grupos de discussão junto ao sindicato da categoria. Tal pesquisa serve também de subsídio para novas pesquisas de abordagem qualitativa que já estão sendo desenvolvidas junto aos trabalhadores da FASE.

6.6. Instrumentos da pesquisa:

6.6.1. Questionário de Dados Sociodemográficos e Laborais²

O questionário de dados sociodemográficos e laborais foi elaborado pelos pesquisadores e contém perguntas sobre idade, sexo, estado civil, função profissional, escolaridade, renda familiar, tempo de serviço, autonomia no trabalho, situações vivenciadas no trabalho, exposição prévia à violência, afastamentos do trabalho, realização de horas extras, prática de atividades físicas e tratamentos prévios.

6.6.2. Job Stress Scale (Escala Sueca de Demanda-Controle – Apoio social (DCS)³

² Confira anexo 2.

³ Confira anexo 3.

A versão original do questionário elaborado por Karasek, o Job Content Questionnaire (JCQ), composto por 49 questões, teve seu uso difundido ao longo das últimas décadas. Uma versão resumida do questionário proposta por Tores Theorell, em 1988, na Suécia – a Job Stress Scale (JSS) – é composta por 17 questões, incluindo a avaliação do controle social no modelo inicialmente bidimensional proposto por Karasek. Essa escala é também denominada Escala Sueca de Demanda-Controle – Apoio social (DCS), sendo muito utilizada na atualidade para avaliar a dimensão psicossocial do trabalho.

Versão foi validada e adaptada para uso no Brasil por Alves et al. (2004). As perguntas avaliam demandas psicológicas, controle sobre o trabalho e apoio social. A primeira dimensão (demandas psicológicas) avalia aspectos quantitativos (4 questões) como tempo e velocidade para realização do trabalho e aspectos qualitativos do processo de trabalho (1 questão). O quesito controle avalia desenvolvimento de habilidades (4 questões) e a autoridade para tomada de decisões sobre o processo de trabalho (2 questões). No que tange ao apoio social, as seis questões referem-se à relação com colegas e chefias (ALVES et al., 2004).

A dimensão demanda psicológica é avaliada pela escala, a partir do escore das cinco questões referentes à demanda psicológica de trabalho, quais sejam:

- 1) Com que freqüência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?
- 2) Com que freqüência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?
- 3) Seu trabalho exige demais de você?
- 4) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho? (questão reversa)
- 5) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

Cada questão é pontuada de acordo com a resposta dos participantes: sempre (4 pontos), às vezes (3 pontos), raramente (2 pontos), nunca (1 ponto). Das cinco questões relativas à demanda psicológica, somente a questão de número 4 possui direção reversa, sendo a pontuação dada da seguinte forma: sempre = 1 ponto; às

vezes = 2 pontos; raramente = 3 pontos; e nunca = 4 pontos. Os escores são obtidos através da soma dos pontos atribuídos a cada uma das perguntas. Sendo assim, o escore para demanda psicológica varia de 5 a 20 pontos (ALVES et al., 2004). Quanto maior o escore, maior a demanda. Nesse contexto, a variável demanda psicológica deve ser dicotomizada em “baixa demanda” e “alta demanda”, utilizando-se a média ou mediana das pontuações.

A dimensão controle sobre o trabalho é mensurada a partir da escala, com base em seis questões, quais sejam:

- 1) Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?
- 2) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?
- 3) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?
- 4) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?
(questão reversa)
- 5) Você pode escolher como fazer o seu trabalho?
- 6) Você pode escolher o que fazer no seu trabalho?

Cada questão recebe pontuação em uma escala crescente de 1 a 4, da mesma forma que é construída a variável demanda psicológica. Essa segunda dimensão também apresenta uma questão com direção reversa (número 4), a qual também tem pontuação reversa conforme descrito acima. Os escores da dimensão controle são obtidos por meio da soma dos pontos atribuídos a cada uma das seis perguntas, variando de 6 a 24 (ALVES et al., 2004). Quanto maior o escore, maior o controle. A partir do escore obtido, a variável controle deve ser dicotomizada em “baixo controle” e “alto controle”, utilizando-se novamente a média ou mediana da pontuação.

O apoio social é determinado pelas perguntas de 12 a 17, sendo pontuado da mesma forma, de 1 a 4, de acordo com as respostas “concordo totalmente”, “concordo mais que discordo”, “discordo mais que concordo” e “discordo totalmente”, respectivamente.

6.6.3 Beck Depression Inventory II (BDI-II)⁴

Para avaliar sintomas de ansiedade foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck II⁵: É um questionário de auto-avaliação, composto por 21 itens, referentes a como o sujeito vem se sentindo na última semana, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. O questionário foi revisado em 1996 para adequar-se aos critérios diagnósticos do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), manual diagnóstico usado internacionalmente para transtornos mentais. Os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto-depreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbios de sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido. Como pontos de corte deste estudo foram definidos escores acima de 10 para detectar disforia, e acima de 19 para detectar depressão, seguindo as recomendações para uso das escalas de Beck em amostras não-clínicas, a fim de preservar a boa sensibilidade e especificidade do instrumento. Assim, as pontuações utilizadas foram: 0-10= sintomas depressivos mínimos 11-19 = sintomas depressivos leves, 20-29= sintomas depressivos moderados e 30-63 = sintomas depressivos graves (sugerindo diagnóstico de Depressão Maior). O BDI-II não tem pretensão diagnóstica, e é útil para avaliar intensidade e aspectos específicos de depressão em amostras não clínicas de adultos e adolescentes. A versão em língua portuguesa do BDI-II possui alta consistência interna. Estudo de validação do instrumento no Brasil demonstrou que o coeficiente de correlação intraclasse do BDI-II foi 0,89 e o coeficiente alfa de consistência interna foi de 0,93. Este ponto de corte de 10/11 foi o melhor limiar encontrado para detectar depressão utilizando como padrão ouro comparativo a Entrevista Psiquiátrica Semi-Estruturada realizada por especialistas na amostra da comunidade estudada, com sensibilidade de 70% e especificidade de 87% (GOMES-OLIVEIRA et al, 2012). Por questões éticas e de melhor bem-estar dos

⁴ Confira anexo 4.

⁵ Confira anexo 5.

participantes, um protocolo de ação foi desenvolvido para os casos de depressão moderada a grave (escores maiores que 20) e para os casos com resposta 2 ou 3 para ideação suicida.

6.6.4. Beck Anxiety Inventory (BAI)⁶

Para a avaliação da ansiedade foi usado o Inventário de Ansiedade de Beck - BAI, que avalia sintomas característicos dos transtornos ansiosos. O inventário é composto de 21 itens relacionados à presença de sintomas ansiosos, sendo eles: dormência ou formigamento, sensação de calor, tremores nas pernas, incapacidade de relaxar, medo que aconteça o pior, atordoamento, palpitação ou aceleração do coração, falta de equilíbrio, aterrorização, nervosismo, sensação de sufocação, tremores nas mãos, sentir-se trêmulo, medo de perder o controle, dificuldade em respirar, medo de morrer, sentir-se assustado, ingestão ou desconforto no abdômen, sensação de desmaio, rosto afogueado e suor (não devido ao calor). Para cada item o sujeito deve escolher um dentre quatro níveis de ansiedade, ou seja, deve escolher um ponto numa escala *likert* de quatro pontos, variando de 0 a 3, que evoluem quanto ao grau de intensidade dos sintomas, sendo 0 correspondente a "ausente"; 1 correspondente a "suave, não me incomoda muito"; 2 correspondente a "moderado, é desagradável, mas consigo suportar"; e 3 correspondente a "severo, quase não consigo suportar". No caso do sujeito escolher mais de um nível, deve ser registrado sempre o de maior intensidade.

A soma dos escores obtidos em cada item resulta em um escore total, variando de 0 a 63 pontos. Segundo o manual de aplicação do instrumento um escore total de até 10 pontos indica ausência de sintomas ansiosos; um escore variando entre 11 e 19 pontos indica ansiedade leve a moderada; entre 20 e 30 pontos, ansiedade moderada; e, entre 31 e 63 pontos, ansiedade grave, sendo considerado o escore de 20 pontos ou

⁶ Confira anexo 6.

mais como indicativo da existência de ansiedade clinicamente significativa. O inventário encontra-se adaptado para o português, tendo sido validado no Brasil por Cunha, com bons dados de precisão e validade, tendo sido mantidos os mesmos escores do original para classificar os diferentes níveis de intensidade dos sintomas ansiosos (CUNHA, 2001).

É uma escala que foi construída para medir sintomas de ansiedade compartilhados de alguma forma com a depressão, e originalmente criada para o uso em pacientes psiquiátricos. Todavia mostrou-se adequada também para a população geral, tendo sido estudada em amostras de universitários, reclusos, bombeiros, adolescentes, idosos, funcionários de hospital geral e de empresas de trens urbanos, além das amostras clínicas (pacientes cardiopatas, obesos, pneumopatas e com disfunção erétil). O instrumento apresentou índices de precisão por alfa de Cronbach variando entre 0,83 a 0,92 para as amostras não clínicas (CUNHA, 2001).

6.6.5. WHOQOL-BREF⁷

O WHOQOL-BREF foi desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde devido à freqüente demanda por um instrumento de rápida aplicação que pudesse avaliar com consistência a qualidade de vida de grupos populacionais. O instrumento alia um bom desempenho psicométrico com praticidade de uso e representa a versão abreviada do WHOQOL-100, instrumento já anteriormente validado e amplamente utilizado. O instrumento é estruturado em quatro diferentes domínios, que avaliam aspectos físicos, psicológicos, de relações sociais e de meio ambiente, a partir das 26 perguntas propostas. O instrumento foi validado no Brasil por Fleck et al, tendo sido demonstrada a satisfatoriedade de suas características de

⁷ Confira anexo 7.

consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste. (FLECK et al, 2000)

Para cálculo dos domínios, somam-se os valores das facetas correspondentes, dividindo pelo número de facetas, descrevendo os resultados em média. As respostas às questões são classificadas em uma escala com um único intervalo de 0 (zero) a 5 (cinco) e os escores finais de cada domínio são calculados por uma sintaxe, que considera as respostas de cada questão que compõem o domínio, em uma escala de 4 a 20, posteriormente possibilitando padronizar em uma escala de 0 a 100.

6.7 Variáveis dependentes e independentes

Dependentes: Os principais desfechos avaliados foram as demandas psicológicas no trabalho, o controle sobre o trabalho e o apoio social, avaliados pela escala de estresse laboral, além dos sintomas de ansiedade e depressão (prevalências e níveis) e os escores de qualidade de vida.

Independentes: Além das variáveis sociodemográficas e de dados laborais (idade, sexo, estado civil, função profissional, escolaridade, renda familiar, tempo de serviço, autonomia no trabalho, situações vivenciadas no trabalho, exposição prévia a violência, afastamentos do trabalho, realização de horas extras, prática de atividades físicas e tratamentos prévios), o trabalho em contato direto com jovens em cumprimento de medidas socioeducativas foi a principal exposição avaliada. Da mesma forma, a exposição ao trabalho de alta exigência de acordo com o MDC foi avaliada como variável independente, tanto para uma análise individual de cada grupo, quanto para a análise de toda a amostra.

7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a construção do banco de dados, os questionários foram digitados por dois digitadores independentes e treinados para tal finalidade. Após, os dados de todos os questionários digitalizados foram comparados individualmente, a fim de diminuir os erros de inserção de dados, muito frequentes neste tipo de pesquisa. Após construção do banco de dados foram realizadas análises estatísticas calculando-se a prevalência e os níveis de sintomas de ansiedade e depressão.

Foi utilizada estatística descritiva para caracterização da amostra e apresentação dos resultados através de medidas centrais (mediana e média) e variabilidade (mínimo-máximo e desvio padrão) para todos os parâmetros. A caracterização da amostra foi realizada por meio do cálculo das frequências absolutas e relativas do local de trabalho, segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas, de estilo de vida e de condições de trabalho. A normalidade foi verificada através do teste de Shapiro-Wilk. As diferenças estatísticas entre os grupos com relação às variáveis categóricas e contínuas foram avaliadas usando os testes Qui quadrado de Pearson (ou teste Exato de Fisher, quando necessário) e Teste t de Student (ou Mann-Whitney), respectivamente. A mínima significância estatística foi definida em 5% ($P \leq 0,05$). O poder de estudo estimado foi de 80%.

Correlações foram verificadas utilizando teste de correlação de Pearson. Análises de variância (ANOVA) com teste *post-hoc* de Tukey foram utilizadas para avaliar alguns desfechos em relação à exposição. Análises de covariância (ANCOVA) foram realizadas para o controle do efeito de alguns desfechos. Para avaliar a associação independente dos fatores em estudo com os desfechos nas análises bivariadas e múltiplas, foi realizada a análise de regressão de Poisson com estimativa robusta da variância, tendo sido incluídas na análise multivariada as variáveis que apresentaram valor de P menor que 0,25 nas análises bivariadas. Foi também utilizado Teste de Wald nos modelos múltiplos. A consistência interna dos instrumentos foi avaliada pelo Alpha de Cronbach por teste de confiabilidade e de variabilidade (desvio padrão ou 1º e 3º quartis), além de frequências absolutas e relativas, conforme o tipo de

variável.

A análise estatística foi realizada utilizando-se o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 21.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA-FILHO N. et al. Brazilian multicentre study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. **Br. J. Psych.** 1997;171:524-529.

AMAZARRAY, Mayte Raya. **Violência Psicológica e Assédio Moral no Trabalho Enquanto Expressões de Estratégias de Gestão.** Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

ARAÚJO, T.M.; CERQUEIRA, G.C. ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. **Ciênc. saúde coletiva**, 8(4):991-1003, 2003.

BAMPI, L.N.S.; GUILHEM, D., LIMA, D.D. Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL-BRIEF. **Rev. Bras. Epidemiol.** 2008; 11(1): 67-77.

BELIC, Karen et al. Psychosocial Factors: Review of the Empirical Data Among Men. **Occupational Medicine: State of the Art Reviews**, 2000; 15 (1): 24 – 46.

BLANC, P.D. Why quality of life should matter to occupational health researchers. **Occup. Environ. Med.**, 2004 Jul;61(7)571.

BONDE, J.P. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. **Occup. Environ. Med.** 2008;65:438–445.

BOWLING A.; BRAZIER, J. Quality of life in social science and medicine. **Soc. Sci. Med.** 1995;41(10):1337–8.

BREILH, J. **Epidemiologia: economia, política e saúde.** São Paulo: UNESP/Hucitec, 1991.

BURGEL, B.J.; GILLEN, M., WHITE, M.C. Work-related violence experienced by urban taxi drivers. **Am J Ind Med.** 2014 Dec; 57(12):1377-85.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Colet.**, 2000; 5(1): 163-77.

CAMPOS, M.O.; RODRIGUES, Neto J.F. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana Saúde Pública** 2008; 32(2): 232-40.

CARR, A.J.; THOMPSON, P.W.; KIRWAN, J.R. Quality of life measures. **Br. J. Rheumatol.**, 1996; 35(3): 275-81.

CODO, W. (2006). **Por uma psicologia do trabalho: ensaios recolhidos.** São Paulo. Casa do Psicólogo, 2006.

DA SILVA et al.; Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.** 2015; p.?

DEJOURS, C.; ABDOUCHELLI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho – contribuições da escola Dejouriana à análise de prazer, sofrimento e trabalho.** São Paulo: Atlas, 1994.

DELGADO, Manuel Edgardo Cifuentes. Condiciones laborales psicosociales decentes: cómo pasar de lo valórico a lo operacional. **Ciencia y Trabajo.** 6(14):162-173, oct.-dic. 2004.

DIDERICHSEN et al; Health Inequality - determinants and policies / **Scandinavian Journal of Public Health**, 2012; 40(Suppl 8): 12–105.

DSM-IV-TR-TM – **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** Editora: Artmed; Assunto: Medicina; Psiquiatria; Edição: 4; Ano: 2002.

EBRAHIM, S. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. **Soc. Sci. Med.** 1995;41(10):1383–94.

FACCHINI, L. A. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo de determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: Buschinelli J. T. **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo: Vozes. p. 178-86. 1993.

FERNANDES, Marcos Henrique; ROCHA, Vera Maria da. Impact of the psychosocial aspects of work on the quality of life of teacher. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 31, n. 1, p. 15-20, Mar. 2009.

FLECK, M.P.A. Avaliação de qualidade de vida. In: **Depressões em Medicina Interna e em outras condições médicas**. Atheneu: São Paulo, 2000; Primeira:33-43.

_____. et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários de saúde. **Rev. Saúde Pública**, 2002; 36(4): 431-8.

_____. et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. **Rev. Saúde Pública** 2000;34(2):178-83.

_____. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: **A avaliação de qualidade de vida. Guia para profissionais da saúde**. Artmed: Porto Alegre, 2008;Primeira:19-28.

FITZPATRICK, R. et al. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. **BMJ**. 1992;305 (6861):1074–7.

GIL LEE, S.; KIM, I.; KIM, D. Workplace violence and depressive symptomatology among police officer. **Occup. Environ. Med.** 2014 Jun;71 Suppl 1:A76.

GOMES, Jacqueline Ramos de Andrade Antunes, HARMANN, Edgar Merchan; GUTIERREZ, Maria Margarita Urdaneta. Application of the WHOQOL-BREF in a community segment as a subsidy for health promotion actions. **Rev. Bras. Epidemiol.**, abr-jun 2014; 495-516

GONG, Y et al. Prevalence of anxiety and depressive symptoms and related risk factors among physicians in China: a cross-sectional study. **PLoS One**. 2014 Jul; 22;9(7):e103242.

GORDIA, A.P.; QUADROS, T.M.B.; CAMPOS, W.; PETROSKI, E.L. Domínio físico da qualidade de vida entre adolescentes: associação com atividade física e sexo. **Rev. Salud Pub.** 2009; 11(1): 50-61.

GRANDO, M. K. et al. As cargas de trabalho em um Centro de Apoio Sócio-Educativo. **Online Braz. J.nurs.** v.5, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/12.pdf>> Acesso em: jan 2015.

GRECO, Patricia Bitencourt Toscani. **Distúrbios psíquicos menores em agentes socioeducadores dos Centros de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Maria. 2011.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C. BEATON,D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J. Clin. Epidemiol.** 1993;46(12):1417–32.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANISATION. Code of practice on workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon. Geneva, 2003 p.? Disponível em: <http://www.ilo.org/safework/info/standards-and-instruments/codes/WCMS_107705/lang-en/index.htm> Acesso em mai 2015.

JACQUES, M., CODO, W. **Saúde Mental & Trabalho.** Petrópolis: Vozes; 2002.

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

_____. et al. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. **J. Occup. Health Psychol.**,1998 Oct;3(4):322-55.

KESSLER, R.C. et al. Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. **Depress Anxiety** 2010; 27:351-64.

KIVIMÄKI, M.; VIRTANEN, M.; ELOVAINIO, M.; KOUVONEN,A.; VÄÄNÄNEN, A.; VAHTERA, J. Work stress in the etiology of coronary heart disease--a meta-analysis.

Scand. J. Work Environ. Health 2006; 32 (6): 431-42.

KONDA, S.; REICHARD, A.A.; TIESMAN, H.M. Occupational injuries among U.S. correctional officers, 1999-2008. **J. Safety Res.** 2012 Jul;43(3):181-6.

KRIEGER, N. A glossary for social epidemiology. **J. Epidemiol. Community Health**, 2001; 55: 693-700.

LANCMAN et al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública.** 2009;43(4):682-8.

LANDEIRO, Graziela Macedo Bastos et al. Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados SciELO. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, p. 4257-4266, Oct. 2011.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo, Hucitec, 1989.

_____.Saúde e trabalho os enfoques teóricos. In: Nunes E, editor. **As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas**. Brasília: OPAS; 1985. p. 255-276.

LEINO, T.; SELIN, R.; SUMMALA, H. VIRTANEN,M. Work-related violence against security guards--who is most at risk? **Ind Health.** 2011;49(2):143-50.

LERNER, D.J.; LEVINE, S.; MALSPEIS, S.; D'AGOSTINO, R.B. Job strain and health-related quality of life in a national sample. **Am. J. Public. Health.** 1994 October; 84(10): 1580–1585.

LIMA, A.F.B.S. **Qualidade de vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool**. Dissertação (mestrado). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.

LINDISTRÖN, Martin. Psychosocial work conditions,unemployment and self-reported

psychological health: a population-based study. **Occup. Med. (Lond)**. 2005 Oct;55(7):568-71.

LORANT et al. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. **Am J Epidemiol**. 2003 Jan 15;157(2):98-112.

MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 18, n. 3, p. 429-435, June 2010.

MARMOT, Michael G.; SIEGRIST, Johan; THEORELL, Töres; FENNEY, Amanda. 1999. Health and the Psychosocial Environment at Work. In: MARMOT, M.; WIKILKINSON R.G.; editores. **Social Determinants of Health**. New York: Oxford University Press. pp. 105 –31.

MASCARENHAS, Claudio Henrique Meira. Qualidade de vida em trabalhadores da área da saúde: uma revisão sistemática. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v. 14, n. 1 e 2, p. 72-81, dez. 2013

MASLACH, C.;SCHAUFELI, W., LEITER, M. **Job burnout**. **Annu. Rev. Psychol**. 2001;52:397–422.

MATTHEWS, Sharon; HERZTMAN, Clyde; OSTRY, Aleck; POWER, Chris. Gender, Work Roles and Psychosocial Work Characteristics as Determinants of Health. **Social Science Medicine**, 1998; 46 (11): 1417 – 24.

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

MEYER, Carolina et al. Qualidade de vida e estresse ocupacional em estudantes de medicina. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4,p. 489-498,Dec. 2012

MILANOVIC et al. Prevalence of depression symptoms and associated socio-demographic factors in primary health care patients. **Psychiatr Danub**. 2015 Mar;27(1):31-7.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciê. Saúde Colet.**, 2000; 5(1): 7-18.

NASERMOADDELI, A. et al. Associations between sense of coherence and psychological work characteristics with changes in quality of life in Japanese civil servants: a 1-year follow-up study. **Ind Health.** 2003 Jul;41(3):236-41.

NIEDHAMMER, I.; SULTAN-TAÏEB, H.; CHASTANG, J.F.; VERMEYLEN, G.; PARENT-THIRION, A. Fractions of cardiovascular diseases and mental disorders attributable to psychosocial work factors in 31 countries in Europe. **Int. Arch. Occup. Environ. Health.** 2014 May;87(4):403-11.

_____. et al. Occupational factors and subsequent major depressive and generalized anxiety disorders in the prospective French national SIP study. **BMC Public Health** 2015; 15:200.

_____. et al. Effortreward imbalance model and self-reported health: cross-sectional and prospective findings from the GAZEL cohort. **Soc. Sci. Med.** 2004; 58: 1531–41.

NIEUWENHUIJSEN, K.; BRUINVELS, D.; FRINGS-DRESEN, M. Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. **Occupational Medicine** 2010; 60:277–286.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10.** 2008.

PEREIRA, R.J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev. Psiq.**, 2006; 28(1): 27-38.

PETER, Richard; SIEGRIST, Johannes; HALLQVIST, Johannes; REUTERWALL, Cristina; THEORELL, Töres; SHEEP Study Group. 2002. Psychosocial work environment and myocardial infarction: improving risk estimation by combining two complementary job stress models in the SHEEP Study. **J. Epidemiol. Community Health**, 56: 294 – 300.

_____.; ALFREDDSON, Lars; HAMMAR, N; SIEGRIST, Johannes; THEORELL, Töres;

WESTERHOLM, P. High Effort, Low Reward, and Cardiovascular Risk Factors in Employed Swedish Men and Women: baseline results from the WOLF Study. **Journal Epidemiology Community Health**, 1998; 52: 540 – 547.

ROLDAN et al. Violence at work and its relationship with burnout, depression and anxiety in healthcare professionals of the emergency services. **Health.**; 2012. Vol.5, No.2, 193-199 (2013)

SATO, L. Saúde e controle no trabalho: feições de um antigo problema. In M. G. Jacques & W. Codo (Orgs.), **Saúde mental e trabalho: leituras**. Petrópolis: Vozes, 2002.

SECRETARIA DO TRABALHO E DA ASSISTENCIA SOCIAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2011. Available from <http://www.stds.rs.gov.br/conteudo.php?cod_menu=108> access on 27 Sep. 2013

SHEEP Study Group. 1998. Decision Latitude, Job Strain, and myocardial Infarction: a Study of Working Men in Stockholm. **American Journal of Public Health**, 88 (3): 382 – 388.

SIEGRIST, Johannes. Adverse health effects of high effort – low reward conditions at work. **J. Occup. Health. Psychol.**, 1996; 1: 27 – 43.

_____.Reducing social inequalities in health: work-related strategies. **Scand. J. Public. Health.**, 2002; 30: 49 – 53.

_____.Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. **J. Occup. Health. Psychol.** 1996;1:27–41.

SILVA, Amanda Aparecida et al. Health-related quality of life and working conditions among nursing providers. **Rev. Saúde Pública**, 2010 Aug; 44(4): 718-725.

SOARES, Luíza Mariana Brito. **Trabalho e Estresse – um Estudo com Agentes Socioeducativos**. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília. 2013.

SOUZA, Suerda Fortaleza de et al. Fatores psicossociais do trabalho e transtornos

mentais comuns em eletricitários. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 710-717, Aug. 2010 .

STANSFELD, S.; CANDY, B. Psychosocial work environment and mental health: a meta-analytic review. **Scand. J. Work. Environ. Health**. 2006; 32(6): 443-62.

_____.; CANDY, B. Psychosocial work environment and mental health--a meta-analytic review. **Scand. J. Work Environ. Health**. 2006 Dec;32(6):443-62.

_____. et al. Work Characteristics and Personal Social Support as Determinants of Subjective Well-Being. **PLOS One. Published**, November 19, 2013.

_____.; BOSMA, H.; HEMINGWAY, H.; MARMOT, M.G. Psychosocial characteristics and social support as predictors of SF-36 Health functioning: **The Whitehall II Study. Psy. Med.**, 1998; 60: 247–55.

_____.et al.. Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study. **Occup. Environ. Med.**, 1999; 302–7.

SUALTAN-TAÏEB, H.; LEJEUNE, C.; DRUMMOND, A.; NIEDHAMMER, I. Fractions of cardiovascular diseases, mental disorders and musculoskeletal disorders attributable to job strain. **Int. Arch. Occup. Environ. Health**. 2011; 84 (8): 911-25.

TAVARES, E.P.N. et al. O trabalho dos monitores na Febem. São Paulo : **FUNDACENTRO**, 2008. 84 p. : il.

TAKEI, E.H.; SCHIVOLETTO, S. Ansiedade. **Revista Brasileira de Medicina**, 2000; 7, v.57, p?.

TELES, Mariza Alves Barbosa et al. Psychosocial work conditions and quality of life among primary health care employees: a cross sectional study. **Health and Quality of Life Outcomes**, 2014; 12:72.

THEORELL, T. The demand-control-support model for studying health in relation to the work environment: an interactive model. In: ORTH-GOMER, K.; SCHENEIDERMAN,

editors. **Behavioral medicine approaches to cardiovascular disease**. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; p. 69-85, 1996.

_____. Working conditions and health. In: Berkman, L.; KAWACHI, I. editors. **Social epidemiology**. New York: Oxford University Press; 2000. p. 95-118.

_____.; KARASEK, Robert. A. 1996. Current Issues Relating to Psychosocial Job Strain and Cardiovascular Disease Research. **Journal of Occupational Health Psychology**, 1 (1): 9 – 26.

_____.; Tsutsumi, Akizumi, Hallquist, Johan, Reuterwall, Christina, Hogstedt, Christer, Fredlund, Peeter, Emlund, Nils, Johnson, Jeffrey V., & the SHEEP Study Group. (1998). Decision Latitude, Job Strain, and Myocardial Infarction: A Study of Working Men in Stockholm. **American Journal of Public Health**, Vol. 88, 382-388.

_____.; Alfredson, Lars; Westerholm, Peter; Falck, Bengt. 2000. Coping with unfair treatment at work – what is the relationship between coping and hypertension in middle-aged men and women? **Psychother Psychosom.**, 69: 86 – 94.

TIRONI, M. O. S. et al. Trabalho e síndrome da estafa profissional (Síndrome de Burnout) em médicos intensivistas de Salvador. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 55, n. 6, p. 656-662, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n6/09.pdf>>. Acesso em jun 2015.

TURNER, R.J.; WHEATON, B.; LLOYD, D.A. The epidemiology of social stress. **Am. Sociol. Rev.** 1995;60:104–125.

VICTORA, C. G.; HUTTLY, S. R.; FUCHS, S. C. & OLINTO, M. T. The hole of conceptual frameworks in epidemiological analysis: A hierarchical approach. **International Journal of Epidemiology** 1997; 26:224-227.

WEN-MIIN, Liang; HSIEN-KUO, Kuo. Effects of Workplace Conditions on Taiwanese Workers' Quality of Life. **Mid. Taiwan J. Med.**, 2002;7:206-14.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. New research shows workplace violence threatens health services. 2012. Disponível em:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/release37/en/index.html> Acesso em fev 2015.

8 RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo consistiu nas visitas aos locais de trabalho dos servidores e, após um período inicial de observações, entrevistas com trabalhadores e reuniões com diretores, seguiu-se com a aplicação dos questionários, que foram sendo respondidos pelos trabalhadores da instituição. A coleta foi realizada pelo mestrando e por mais uma pesquisadora treinada para essa finalidade. Por questão de logística, a coleta dos dados (aplicação e recolhimento dos questionários) iniciou pela sede administrativa, que se localiza no Campus Padre Cacique em Porto Alegre. A coleta dos dados nesse local durou 45 dias no período entre novembro e dezembro de 2014, com boa adesão dos participantes e fácil acesso aos locais de trabalho por parte dos pesquisadores. Foram realizadas diversas visitas à Sede Administrativa, onde os pesquisadores passavam pelos diferentes setores de trabalho, conversando com os trabalhadores em grupo ou individualmente, explicando os objetivos e embasamento da pesquisa e orientando o preenchimento dos questionários. Os questionários eram respondidos no momento da entrega ou em período livre do servidor, sendo entregues em mãos aos pesquisadores em nova passagem no local, quando, nesse momento, era destacado o TCLE do questionário. Após finalizar a coleta dos questionários na Sede Administrativa, os pesquisadores iniciaram as visitas para entrega dos questionários nas casas de internação estudadas (Comunidade Sócio-Educativa e Centro de Atendimento Sócio-Educativo POA 1), que localizam-se na Vila Cruzeiro em Porto Alegre.

As coletas nas casas de internação demandaram um esforço e tempo muito maior por parte dos pesquisadores. Inicialmente foram realizadas diversas reuniões com os diretores das casas, chefias de equipes, técnicos de diferentes áreas, de modo a contextualizar os propósitos da pesquisa e organizar a logística de visitas junto aos principais coordenadores dessas unidades da FASE. Era sabido de antemão – devido aos relatos informais de diversos servidores - que as pesquisas dentro das casas de internação enfrentavam muita resistência por parte dos servidores e geralmente contavam com baixa adesão. Nas conversas iniciais, foram relatadas diversas vezes

uma preocupação constante e uma desconfiança enorme entre os agentes socioeducadores de que os dados da pesquisa fossem vir a ser utilizados pela administração para aumentar o controle da gestão sobre seu trabalho e aplicar determinadas punições a alguns profissionais. Para buscar sensibilizar o trabalhador dessas casas sobre a relevância do tema da pesquisa e facilitar o acesso dos servidores aos questionários, foram utilizados diversos mecanismos ao longo do trabalho de campo. O período total de coleta nas casas de internação foi de 5 meses, entre dezembro de 2014 e abril de 2015.

Após as primeiras reuniões iniciais, ficou definido, a partir das conversas com os diretores e chefias, que o melhor período para entrega e recolhimento dos questionários nas casas seria nos horários de troca de plantões. Devido à diversidade de equipes e à divisão delas entre dias A e B, foram feitas visitas sequenciais e alternadas, de modo a abranger todas as equipes, de 3 a 4 vezes por semana nos períodos da manhã, tarde e noite. Os regimes de trabalho dos servidores das Casas de Internação eram divididos em 4 diferentes tipos: 12x36 diurno (turno de trabalho das 7 às 19h, com folga subsequente de 36h); 12x36 noturno (turno de trabalho das 19 às 7h, com folga subsequente de 36h); 30h semanais diurno, de segunda a sexta-feira no período da manhã (das 7 às 13h); e 40h semanais diurno, de segunda a sexta-feira entre 8 e 17h. Os 3 primeiros regimes eram exercidos pelos servidores com função de agente socioeducador e o regime de 40 horas era exercido pelos cargos técnicos (enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, recreacionistas, entre outros). Os trabalhadores eram abordados em grupos em áreas comuns, o questionário era entregue e era solicitada a entrega após o preenchimento, no mesmo dia ou em outro dia de visita.

Tal abordagem possibilitou o contato com vários trabalhadores das unidades, porém não suscitou uma boa adesão e participação dos servidores na pesquisa. Muitos trabalhadores relatavam descaso com a pesquisa, desconfiança quanto à utilização dos dados, falta de tempo para responder o questionário, entre outros motivos. Além disso, as unidades de internação são divididas em várias alas, com diferentes e pequenas equipes de trabalho (de 3 a 5 trabalhadores em cada equipe), as quais exerciam suas atividades em dias alternados, fato que dificulta o acesso a todos os profissionais. Tal entrave demandou novas reuniões com os diretores e líderes das casas para planejar

novamente a entrega dos questionários. Após novos encontros, os pesquisadores obtiveram liberação para ter entrada livre em todas as alas das unidades e áreas de repouso dos servidores, de modo que a entrega do questionário pudesse ser feita de forma individualizada, com uma abordagem mais próxima junto aos funcionários.

Essa nova abordagem possibilitou o contato com diversos trabalhadores que ainda não tinham conhecimento da pesquisa e puderam ter acesso e responder aos questionários. Nesse contato direto com os servidores em seus locais de trabalho, muitas vezes dentro das alas onde circulavam os jovens internados, foi possível uma maior aproximação aos agentes socioeducadores que exerciam suas atividades em locais que, inicialmente, eram de mais difícil acesso, e facilitou o contato a todos os trabalhadores das unidades estudadas da instituição. Dessa forma, foi possível abordar os trabalhadores individualmente e em pequenos grupos, de modo a explicar os objetivos da pesquisa e convidá-los a participar de forma voluntária, podendo atingir a grande parte da população em estudo.

As abordagens iniciais junto aos trabalhadores por diversas vezes suscitaram relatos sobre os processos de trabalho existentes nas práticas laborais dentro da instituição, tanto da sede administrativa como das casas de internação. O primeiro fato que chamou atenção nesses relatos foi o sentimento de ambivalência dos trabalhadores quanto ao papel do trabalho que exerciam. Alguns se demonstravam mais otimistas quanto à possibilidade de estarem participando de um processo, mesmo que árduo e muitas vezes frustrante, de ressocialização dos jovens, identificando em tal processo um reconhecimento pessoal pela sua prática; outros, no entanto, apresentavam-se muito pessimistas com o produto do próprio trabalho, demonstrando sentimentos de descrença sobre o verdadeiro papel de suas práticas laborais diárias. Mesmo assim, a grande maioria dos indivíduos que relatavam suas situações de trabalho, eximiam os adolescentes e jovens adultos de uma “culpa” pelas dificuldades cotidianas no trabalho, colocando a degradação das relações com colegas, as demandas e pressões institucionais e a falta de estrutura da instituição como os principais motivos de surgimento de sofrimento mental na FASE. O grande déficit de funcionários – que por vezes culminava na necessidade de trabalhar com as equipes reduzidas a menos da metade do necessário – assim como a dependência por parte de

vários trabalhadores da realização de horas extras para complementação do salário e manutenção de um bom padrão de vida eram frequentemente relatados. A infraestrutura precária, a falta de material e a falta de segurança e de condições de trabalho adequadas também eram motivos de queixas frequentes.

O trabalho de campo gerou, além de elementos que contribuíram para as questões de pesquisa abordadas neste mestrado, diversos novos questionamentos para estudos posteriores, com novas possibilidades para a manutenção de uma relação da instituição com a academia que vise a promover outras ações em saúde do trabalhador.

9 RESULTADOS

ARTIGO 1

ESTRESSE OCUPACIONAL EM TRABALHADORES DE UMA FUNDAÇÃO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO

Fernando Ribas Feijo⁸

Inaiara Kersting⁹

Cristiane Bündchen¹⁰

Paulo Antonio Barros Oliveira¹¹

RESUMO:

Palavras-chave: Estresse Ocupacional; Modelo Demanda-Control; Apoio Social; FASE.

OBJETIVOS

Tendo em vista que o trabalho nas Fundações de Atendimento Socioeducativo (FASE) pode ser fonte de adoecimento psíquico, este estudo objetivou descrever aspectos das condições de trabalho, avaliando o estresse laboral em diferentes funções na

⁸ Mestrando do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Médico do Trabalho do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. fernandofejomed@gmail.com

⁹ Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). ina.sm@terra.com.br

¹⁰ Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção – UFRGS; Técnica-Administrativa em Estatística da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. crisbundchen@gmail.com

¹¹ Doutor em Ergonomia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professor do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Professor do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da UFRGS. pbarros@ufrgs.br

instituição. Objetivou-se estimar as prevalências das demandas psicológicas, do controle sobre o trabalho e do apoio social – e combinações – comparando os trabalhadores que têm contato com jovens (das casas de internação) com os da sede administrativa. Buscou-se também avaliar os fatores envolvidos no processo de trabalho com os desfechos do Modelo Demanda-Controle (MDC), verificando suas associações com as variáveis do MDC.

MÉTODOS

Estudo transversal com amostra de 211 trabalhadores. Utilizaram-se um questionário de dados sociodemográficos e laborais e a Job Stress Scale para avaliação da dimensão psicossocial do trabalho, descrevendo as variáveis do MDC. Utilizou-se estatística descritiva para apresentação dos dados da amostra e testes t e qui-quadrado para comparação entre os grupos de trabalhadores. Regressão múltipla de Poisson com variância robusta e Teste de Wald foram utilizados para análise das diferenças de prevalências entre grupos e para controle de fatores de confusão

RESULTADOS

Trabalho de alta exigência esteve presente em 41,2% dos trabalhadores dos CASE e em 9,3% dos da Sede. Alta demanda psicológica esteve presente em 68,7 % nos CASE e em 34,9% na Sede Administrativa. Baixo controle sobre o trabalho e baixo apoio social estiveram presentes em 38% e 24,8% na Sede e 57,8% e 85,3% nos CASE, respectivamente. Todos os fatores estiveram associados aos desfechos do estresse nas análises bivariadas. Nas análises de regressão múltipla, a violência, o regime de trabalho, o contato com jovens e as horas extras foram os fatores mais fortemente associados.

CONCLUSÕES

Existe uma alta exposição a fatores psicossociais potencialmente danosos a saúde desta população, o que demanda intervenções nos processos de trabalho para diminuir o risco de adoecimento desses trabalhadores.

ABSTRACT

Keywords: Occupational Stress; Job Strain Model; Social Support; FASE.

OBJECTIVES

Working in a Socio-Educational Support Foundation (FASE) can be a predictor of mental disorders. Therefore, this study aimed to describe aspects of working conditions, assessing the occupational stress in different functions in the institution. We aimed to estimate the prevalence of psychological demands, job control and social support - and their combinations - comparing workers who have contact with young people on probation with those from administration sector in the company. We also attempted to evaluate factors involved in the work processes and Job-Demand-Control Model (MDC) outcomes, checking their associations with MDC variables.

METHODS

Cross-sectional study with a sample of 211 workers. Workers answered a questionnaire of socio-demographic and labour data and the Job Stress Scale for evaluation of psychosocial work dimension, describing the variables of the MDC. We used descriptive statistics to describe the sample data. T test and chi-square were used to compare groups of workers. Poisson multiple regression with robust variance and Wald's test were used to analyse differences in prevalences between groups and to control

confounders.

RESULTS

High demands were found in 41.2% of CASE workers and 9.3% of administrative workers. High psychological demands were found in 68.7% in CASE and 34.9% in the administrative employees. Low job control and low social support were found in 38% and 24.8% of administrative workers and 57.8% and 85.3% of CASE workers, respectively. All factors were associated with stress outcomes in the bivariate analysis. In the multiple regression analysis, violence, shift work, contact with young people on probation and extra-hours were the most strongly associated factors.

CONCLUSIONS

There is a high exposure to potentially harmful psychosocial factors in this population, which requires interventions in work processes to decrease the risk of illness in these workers.

1 INTRODUÇÃO

O trabalho nas Fundações de Atendimento Socioeducativo (FASE) tem se mostrado como possível fonte de adoecimento psíquico para os servidores dessas instituições. Alguns estudos relatam as precárias condições de trabalho às quais esses trabalhadores estão submetidos, dentre as quais se citam os ambientes de trabalho insalubres, o convívio com situações de violência, as longas jornadas de trabalho, a pressão e constante estado de alerta e a dificuldade de convivência entre colegas, entre outras (GRANDO, 2006; GRECO, 2011). Apesar disso, ainda são escassos os estudos com esse grupo de trabalhadores, especialmente em se tratando de estudos epidemiológicos que avaliem a dimensão psicossocial do trabalho desses profissionais.

O trabalho na FASE-RS divide-se entre as casas de atendimento aos adolescentes e jovens adultos em cumprimento de medida socioeducativa (CASE) e a Sede Administrativa (Sede) da instituição. A instituição, que é uma fundação pública do estado, tem atividades em sete Centros de Atendimento Socioeducativo (CASE) que se localizam na cidade de Porto Alegre, além de sete CASE em cidades do interior do estado do Rio Grande do Sul e casas de semiliberdade. Três diferentes regimes de trabalho coexistem na instituição, sendo eles: 8 horas diárias de segunda a sexta-feira; 12 horas de trabalho por 36 de descanso (12/36h) em regime de plantão alternado; e turno de 6 horas diárias, com possibilidade de plantão de 12 horas em final de semana para cumprimento da carga horária total.

A dimensão psicossocial do trabalho nessa instituição é de grande importância para a saúde do trabalhador, tendo em vista a natureza das atividades desenvolvidas. Essa dimensão envolve fatores relativos principalmente ao conteúdo e à organização do trabalho, os quais podem afetar, além do desempenho no trabalho, a saúde mental e física e o bem-estar dos trabalhadores. O estresse ocupacional vem sendo estudado como um dos grandes fatores envolvidos nas questões concernentes aos processos de trabalho, destacando-se o modelo demanda-controle (MDC) como proposta teórica referencial de grande relevância na avaliação do estresse nos processos coletivos da relação saúde-enfermidade no trabalho (ARAÚJO, 2003; ALVES, 2013).

O MDC, modelo bidimensional criado por Robert Karasek na década de 70, relaciona dois diferentes aspectos psicossociais no ambiente de trabalho: as demandas psicológicas e o controle sobre o trabalho por parte do trabalhador. Segundo seus pressupostos, que vêm em grande parte se confirmando na literatura científica da atualidade, altas demandas psicológicas e baixo controle do trabalhador sobre seu trabalho podem ser fatores geradores de desgaste mental e adoecimento psíquico (KARASEK e THEORELL, 1990). A partir da combinação entre dois níveis (alto e baixo) das demandas psicológicas e do controle sobre o trabalho, Karasek propõe quatro diferentes quadrantes de exposição ao estresse laboral, quais sejam: alta exigência, trabalho ativo, trabalho passivo, e baixa exigência. O quadrante de alta exigência (alta demanda psicológica e baixo controle) seria o mais nocivo à saúde, uma vez que representa um alto desgaste (*“job strain”*), podendo manifestar-se por situações de

adoecimento, como fadiga, ansiedade, depressão e sintomas físicos. O trabalho ativo (alta demanda psicológica e alto controle) estaria relacionado a desfechos psicológicos positivos, como o aprendizado, o crescimento pessoal, aliados a uma alta produtividade. O trabalho passivo (baixa demanda psicológica e baixo controle) também se manifestaria como fator nocivo a saúde, na medida em que pode gerar perda de habilidades e desinteresse. Já o trabalho de baixa exigência (baixa demanda psicológica e alto controle) configuraria o cenário mais confortável para o trabalhador, sendo menos gerador de estresse. Alguns fatores psicossociais do trabalho já vêm sendo identificados como fatores de risco para transtornos mentais comuns e outros desfechos de saúde mental através de revisões e metanálises de estudos prospectivos (BONDE, 2008; NETTERSTROM et al, 2008; NIEUWENHUIJSEN, 2008; SIEGRIST, 2008; STANSFELD & CANDY, 2006).

Uma terceira dimensão, a do apoio social, foi acrescentada ao modelo por Johnson em 1988, e relaciona-se aos níveis de interação social no trabalho, tanto com colegas como com chefias. Ela atua como modificadora de efeito, ou seja, quanto maior o apoio social, menor será a chance de o trabalhador apresentar consequências negativas a saúde (ALVES, 2004), já havendo evidência na literatura de que um baixo apoio social está associado à ocorrência de transtornos mentais comuns (STANSFELD & CANDY, 2006).

Diante dessa perspectiva, este trabalho buscou descrever a dimensão psicossocial do trabalho nesta fundação pública, avaliando as principais questões envolvidas no contexto de trabalho dos servidores. Analisou-se o estresse laboral entre os trabalhadores da FASE que exercem diferentes funções na instituição, estimando as prevalências das demandas psicológicas no trabalho, do controle sobre o trabalho e do apoio social que recebem – e suas combinações – comparando os grupos que têm contato direto com os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa (servidores das casas de internação) com os trabalhadores da sede administrativa. Além disso, buscou-se avaliar os fatores envolvidos no processo de trabalho com os desfechos propostos no MDC, verificando suas associações com as variáveis do Modelo Demanda-Controle.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de corte transversal, desenvolvido entre novembro de 2014 e abril de 2015. A população do estudo foi composta por 450 trabalhadores de três casas da FASE-RS, sendo uma delas a sede administrativa (n=216) e os outros dois Centros de Atendimento Socioeducativo que são casas de internação masculinas (n=234). Diante da impossibilidade de estudar todas as unidades da fundação, a escolha das casas a serem pesquisadas foi feita a partir de reuniões com grupos de trabalhadores, com o setor de pesquisa da FASE e com a direção da instituição, sob o critério de poder abranger as diferentes atividades e funções desenvolvidas no local.

O contato direto com os jovens em regime de internação foi a principal exposição avaliada e a sede administrativa foi considerada grupo controle para essa exposição. Inicialmente realizou-se procedimento de amostragem aleatória simples para estimativa de uma proporção de 19,2% (conforme prevalência de trabalho de alta exigência verificada por Greco (2011) em seu estudo com agentes socioeducadores) na população de 450 indivíduos, calculando a amostra em 157 trabalhadores. Entretanto, como este estudo buscou também comparar as prevalências de trabalho de alta exigência entre dois diferentes grupos de trabalhadores da instituição, procedeu-se o cálculo amostral para comparação de duas proporções. Como não havia outros estudos que estimassem tal medida nesta população, baseou-se em estudos com profissionais da educação para uma proporção de não expostos / expostos de 0,92, considerando prevalência máxima de trabalho de alta exigência de 29% (PEREIRA et al, 2014) entre os expostos e 11,25% (PORTO et al, 2006) para os não expostos, sendo calculada uma amostra de 163 indivíduos, sendo 85 expostos e 78 não expostos.

Os instrumentos utilizados na pesquisa para avaliação da exposição a fatores psicossociais no trabalho foram um questionário com questões sociodemográficas, de comportamentos relacionados à saúde, de características relativas à morbidade e de dados laborais, além da *Job Stress Scale (JSS)*, também conhecida como Escala Sueca Demanda-Controle-Apoio Social. Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido concordando com os aspectos envolvidos na

pesquisa. Os instrumentos para coleta de dados foram autopreenchidos, tendo a coleta sido desenvolvida por dois pesquisadores treinados. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS e pelo CONEP, estando registrada na Plataforma Brasil.

O estresse laboral foi avaliado através de quatro desfechos de interesse: demanda psicológica, controle sobre o trabalho, apoio social e modelo demanda-controle. Os três primeiros foram dicotomizados conforme a mediana e classificados em alto(a) e baixo(a). Os possíveis fatores de risco associados aos desfechos foram: contato direto com os jovens em regime de internação (CASE/Sede), exposição à violência autorreferida (Sim/Não), regime de trabalho (turno de 12 horas de trabalho com 36 horas de descanso/6 ou 8 horas de trabalho por dia), número excessivo de horas extras mensais (Acima de 60 horas/Até 60 horas), longo tempo de atuação (Acima de 12 anos/Até 12 anos) e a função (Agentes e técnicos dos CASE/Administrativos).

Utilizou-se estatística descritiva para apresentação dos resultados, através de frequências absolutas e relativas, para as variáveis categóricas, e de média e desvio-padrão, para as variáveis quantitativas. A normalidade foi verificada através do teste de Shapiro-Wilk. A comparação entre os grupos de trabalhadores da Sede e dos CASE foi realizada pelos testes Qui-quadrado e t de Student.

Foi calculada a razão de prevalência (RP) por meio do modelo de regressão de Poisson, com estimativa robusta da variância, como medida de associação, tanto nas análises bivariadas (brutas e ajustadas pelas covariáveis sociodemográficas), quanto nas múltiplas. O teste de Wald foi utilizado para testar a significância de cada variável do modelo. Para o modelo de regressão múltipla, consideraram-se inicialmente todos os fatores que apresentaram valores de $p < 0,25$ na análise bivariada. O procedimento a seguir foi a exclusão, de maneira individual, das variáveis que apresentassem valores críticos de p (valores maiores e não significativos). Esse procedimento foi repetido até que todas as variáveis restantes no modelo apresentassem valores de $p < 0,05$. Também foi calculado o Alpha de Cronbach geral e para cada uma das dimensões da JSS para avaliação da confiabilidade do questionário nesta amostra. Todas as análises foram realizadas no software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 21.

3 RESULTADOS

O número total de trabalhadores incluídos no estudo foi 211, sendo 109 (51,7%) da Sede Administrativa e 102 (48,3%) das Casas de Internação da FASE-RS. Todos os 211 trabalhadores responderam voluntariamente os instrumentos propostos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As informações sociodemográficas, de comportamentos relacionados à saúde e da característica relativa à morbidade da amostra foram descritas discriminadas por local de trabalho. As distribuições de sexo, relação conjugal, cor da pele autorreferida, prática de atividade física, uso abusivo de álcool, tabagismo e presença de doença crônica foram homogêneas entre os dois grupos. Os servidores dos CASE foram 3,24 anos, em média, mais velhos que os servidores da Sede. A maioria dos indivíduos amostrados tinha curso superior (55,9%), embora os trabalhadores da Sede tivessem escolaridade proporcionalmente maior. Os CASE apresentaram maior proporção de trabalhadores com 5 a 10 salários mínimos, enquanto a Sede de profissionais com 1 a 5 salários, conforme mostra a Tabela 1.

TABELA 1 – Características sociodemográficas, de comportamentos relacionados à saúde e de característica relativa à morbidade de acordo com local de trabalho

Variável	CASE n(%)	SEDE n(%)	Total n(%)	Valor p
Idade (anos)	44,49 ± 8,67	41,25 ± 11,64	42,83±10,4	0,024**
Gênero				0,466#
	Masculino	48 (44,0)	99 (46,9)	
	Feminino	61 (56,0)	112 (53,1)	
Escolaridade				0,008*
	Ensino Fundamental	3 (2,8)	4 (1,9)	
	Ensino Médio	14 (12,8)	43 (20,4)	
	Ensino Superior	61 (56,0)	118 (55,9)	
	Pos graduacao	31 (28,4)	46 (21,8)	

Situação conjugal					0,369 [#]
	Com companheiro	54 (53,5)	50 (46,3)	104 (49,8)	
	Sem companheiro	47 (46,5)	58 (53,7)	105 (50,2)	
Raça/Cor da pele					0,954 [#]
	Branca	72 (80,0)	83 (81,4)	155 (80,7)	
	Não branca	18 (20,0)	19(18,6)	37 (19,3)	
Renda					0,001 [¥]
	1 a 5 SM	23 (24,2)	53 (49,5)	76 (37,6)	
	5 a 10 SM	54 (56,8)	36 (33,6)	90 (44,6)	
	Mais de 10 SM	18 (18,9)	18 (16,8)	36 (17,8)	
Atividade física					0,480 [#]
	Não	48 (47,1)	45 (41,3)	93 (44,1)	
	Sim	54 (52,9)	64 (58,7)	118 (55,9)	
Uso abusivo de álcool					0,263 ^{###}
	Não	95 (95,0)	107 (98,2)	202 (96,7)	
	Sim	5 (5,0)	2 (1,8)	7 (3,3)	
Tabagismo					0,062 [#]
	Não	80 (78,4)	96 (88,9)	176 (83,8)	
	Sim	22 (22,6)	12 (11,1)	34 (16,2)	
Doenças crônicas					0,118 [#]
	Não	53 (54,1)	71 (65,7)	124 (60,2)	
	Sim	45 (45,9)	37 (34,3)	82 (39,8)	

[¶] Expresso em média \pm desvio-padrão; ^{**} Teste t; [¥] Teste Qui-quadrado de Pearson; [#] [†] este Qui-quadrado de Pearson com correção de continuidade; ^{###} Teste Exato de Fisher

Em relação às características laborais, os perfis dos dois grupos demonstraram-se distintos. Os trabalhadores dos CASE trabalhavam há mais tempo na instituição e faziam maior quantidade de horas extras mensais. O regime de trabalho de 82,4% (n=84) dos trabalhadores dos CASE foi em turno de trabalho de 12 horas, seguidas por 36 horas de descanso, enquanto 92,7% (n=102) dos trabalhadores da Sede trabalharam 8 horas diárias. A autonomia no trabalho autorreferida, bem como a motivação não se distribuíram de forma homogênea nos dois locais, sendo maiores as proporções na Sede que nos CASE. O trabalho foi considerado desgastante para 90,2% (n=92) dos trabalhadores dos CASE e para 45,8% (n=49) da Sede. Além disso, 91,1% (n=92) dos trabalhadores dos CASE já sofreram pelo menos algum tipo de

agressão no trabalho, seja verbal ou física, enquanto que na Sede essa prevalência foi de 24,3% (n=26). O trabalho prejudica ou já prejudicou a saúde e a vida pessoal de 87,1% (n=88) e 77,8% (n=77) dos trabalhadores dos CASE, respectivamente. Para os trabalhadores da Sede as respostas afirmativas para as mesmas perguntas foram de 44,4% (n=48) e 29,0% (n=31), respectivamente. Além disso, 61,4% (n=62) dos entrevistados dos CASE tiveram afastamento por doença originada no trabalho. Na Sede, este percentual foi de 27,8% (n=30). A análise descritiva completa é apresentada na Tabela 2.

TABELA 2 - Características e situações laborais de acordo com o local de trabalho

Variável	CASE	SEDE	TOTAL	Valor p
Tempo de atuação				<0,001 [#]
Até 12 anos	32 (31,4)	73 (68,9)	105 (50,5)	
Mais de 12 anos	70 (68,6)	33 (31,1)	103 (49,5)	
Horas extra/mês				<0,001 [#]
Até 60 horas	39 (39,4)	101 (99,0)	140 (69,7)	
Mais de 60 horas	60 (60,6)	1 (1,0)	61 (30,3)	
Regime de trabalho				<0,001 [#]
Turno diário de 6h ou 8h	18 (17,6)	109 (100,0)	127 (60,2)	
12h de trabalho/36h de descanso	84 (82,4)	0 (0,0)	84 (39,8)	
Função				<0,001 [#]
Adm/outras	14 (13,7)	100 (91,7)	114 (54,0)	
Agente/Analista	88 (86,3)	9 (8,3)	97 (46,0)	
Trabalho com Autonomia				0,014 [#]
Não	47 (50,5)	31 (32,0)	78 (41,1)	
Sim	46 (49,5)	66 (68,0)	112 (58,9)	
Trabalho Desgastante				<0,001 [#]
Não	10 (9,8)	58 (54,2)	68 (32,5)	
Sim	92 (90,2)	49 (45,8)	141 (67,5)	
Trabalho com Motivação				<0,001 [#]
Não	48 (49,0)	25 (23,4)	73 (35,6)	
Sim	50 (51,0)	82 (76,6)	135 (64,4)	
Violência auto referida				<0,001 [*]
Não teve contato	9 (8,9)	81 (75,7)	90 (43,3)	
Apenas Verbal	44(43,6)	20 (18,7)	64 (30,8)	

	Verbal e física	48(47,5)	6(5,6)	54(26,0)	
Prejuízo da saúde devido ao trabalho					<0,001 [#]
	Não	13 (12,9)	60 (55,6)	73 (34,9)	
	Sim	88 (87,1)	48 (44,4)	136 (65,1)	
Prejuízo da vida pessoal devido ao trabalho					<0,001 [#]
	Não	22 (22,2)	76 (71,0)	98 (47,6)	
	Sim	77 (77,8)	31 (29,0)	108 (52,4)	
Afastamento por doença pessoal					0,019 [#]
	Não	42 (41,6)	63 (58,9)	105 (50,5)	
	Sim	59 (58,4)	44 (41,1)	103 (49,5)	
Afastamento por doença do trabalho					<0,001 [#]
	Não	39 (38,6)	78 (72,2)	117 (56,0)	
	Sim	62 (61,4)	30 (27,8)	92 (44,0)	

‡ Teste Qui-quadrado de Pearson; # Teste Qui-quadrado de Pearson com correção de continuidade; ### Teste Exato de Fisher

A consistência interna da JSS, avaliada pelo coeficiente Alpha de Cronbach, mostrou-se satisfatória para todas as dimensões avaliadas. O menor valor foi encontrado na avaliação geral da escala (0,655) e o maior no domínio referente ao Apoio Social (0,857). Os coeficientes encontrados nos domínios de demanda psicológica e controle sobre o trabalho foram 0,793 e 0,686, respectivamente.

Na análise dos quadrantes do MDC, observou-se que o alto desgaste representado pelo quadrante de alta exigência esteve presente em 41,2% (n=42) dos trabalhadores dos CASE, enquanto que na Sede essa prevalência é de 9,3% (n=10). A Sede obteve maiores prevalências de baixa exigência e trabalho passivo.

TABELA 3 – Prevalências de acordo com os quadrantes do MDC

Quadrante Demanda-Controle		Local [#]		Total n(%)
		CASE n(%)	SEDE n(%)	
BAIXA EXIGENCIA	Baixa Demanda Alto Controle	15 (14,7)	39 (36,1)	54 (25,7)
TRABALHO PASSIVO	Baixa Demanda Baixo Controle	17 (16,7)	31 (28,7)	48 (22,9)
TRABALHO ATIVO	Alta Demanda Alto Controle	28 (27,5)	28 (25,9)	56 (26,7)

ALTA EXIGENCIA	Alta Demanda Baixo Controle	42 (41,2)	10 (9,3)	52 (24,8)
Total		102	108	210

* Valor p <0,001 - Teste Qui-quadrado de Pearson

O trabalho com alta demanda psicológica esteve presente em 68,7 % (n=70) dos trabalhadores que exerciam suas atividades nas casas de internação, enquanto que em 34,9% (n=38) dos trabalhadores da Sede administrativa. Já o baixo controle sobre o trabalho e o baixo apoio social estiveram presentes em 38% (n=41) e 24,8% (n=27) dos servidores da Sede, enquanto nos CASE os percentuais foram de 57,8% (n=59) e 85,3% (n=87), respectivamente. Após ajustes por idade, escolaridade e renda, as razões de prevalência entre os grupos se mantiveram significativas e elevadas, onde os trabalhadores dos CASE apresentaram aproximadamente duas vezes maior prevalência de alta demanda psicológica, 56% mais prevalência de baixo controle sobre o trabalho, além de 3,64 vezes mais baixo apoio social, quando comparados com os trabalhadores da Sede. Os trabalhadores dos CASE também apresentaram pouco mais de 4,5 vezes maior prevalência da exposição psicossocial mais danosa (alta exigência) no trabalho que os trabalhadores da Sede (Tabela 4).

TABELA 4 – Associações entre local de trabalho e desfechos de estresse laboral

Desfechos	Local	n (%)	RP [§]	IC95%	RP [†]	IC95%
Alta demanda psicológica	CASE	70 (68,6)	1,97***	1,48-2,63	1,94***	1,43-2,63
	SEDE	38 (34,9)	1		1	
Baixo controle sobre o trabalho	CASE	59 (57,8)	1,52**	1,14-2,04	1,56**	1,14-2,12
	SEDE	41 (38,0)	1		1	
Baixo apoio social	CASE	87 (85,3)	3,44***	2,46-4,82	3,64***	2,53-5,22
	SEDE	27 (24,8)	1		1	
Alta exigência	CASE	42 (41,2)	4,45***	2,36-8,39	4,66***	2,40-9,03
	SEDE	10 (9,3)	1		1	

§ Razão de prevalência bruta; † Razão de prevalência ajustada por idade, escolaridade e renda; Teste de Wald: *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05

Foram encontradas associações de todos os fatores com todos os desfechos na etapa bivariada. Na avaliação bivariada, a exposição à violência autorreferida e o local

foram os fatores com maior razão de prevalências para a alta demanda psicológica. Na análise múltipla nenhum outro fator contribuiu de forma significativa para associação com a alta demanda psicológica, além do contato direto com jovens em regime de internação (Local). O baixo controle sobre o trabalho esteve associado com regime de trabalho de 12 horas contínuas e com a função de agente socioeducador ou técnico que tem contato com jovens. Na regressão múltipla, evidenciou-se que o regime de trabalho em questão aumenta em 87% a prevalência de baixo controle sobre o trabalho. O apoio social se mostrou fortemente associado com os fatores analisados, com destaque para as associações com os fatores relacionados ao contato direto com jovens em regime de internação e a exposição à violência autorreferida, que se mantiveram significativas na análise múltipla, sendo que o contato com os jovens e a exposição à violência aumentam 56% e 13% a prevalência de baixo apoio social, respectivamente. O quadrante mais danoso para o trabalhador, o trabalho com alta exigência, foi o desfecho mais afetado por todos os fatores, sobretudo pelo regime de trabalho de 12 horas, que aumentou em aproximadamente 5 vezes a ocorrência desse desfecho.

TABELA 5: Associação entre fatores e desfechos de estresse laboral

Fatores	Alta Demanda Psicológica				Baixo Controle sobre o Trabalho			
	RP [†]	IC95%	RP ^{††}	IC95%	RP [†]	IC95%	RP ^{††}	IC95%
Local - CASE	1,94 ^{***}	1,43-2,63	1,94 ^{***}	1,43-2,63	1,56 ^{**}	1,14-2,12	ns	
Violência - SIM	1,95 ^{***}	1,39-2,73	ns		1,64 ^{**}	1,17-2,29	ns	
Tempo atuação > 12anos	1,61 [*]	1,15-2,33	ns		1,58 [*]	1,04-2,40	ns	
Função – Agente/Analista	1,74 ^{***}	1,30-2,34	ns		1,79 ^{***}	1,30-2,47	ns	
Horas extras > 60 h	1,66 ^{***}	1,27-2,17	ns		1,33 ⁺	0,98-1,81	ns	
Regime trabalho – 12h	1,85 ^{***}	1,40-2,46	ns		1,87 ^{***}	1,38-2,55	1,87 ^{***}	1,38-2,55
Fatores	Baixo Apoio Social				Demanda-Controle: Alta Exigência			
	RP [†]	IC95%	RP ^{††}	IC95%	RP [†]	IC95%	RP ^{††}	IC95%
Local - CASE	3,64 ^{***}	2,53-5,22	2,46 ^{**}	1,56-3,87	4,66 ^{***}	2,10-6,86	ns	
Violência - SIM	3,44 ^{***}	2,27-5,22	1,88 ^{**}	1,13-3,12	4,71 ^{***}	2,26-9,83	ns	
Tempo atuação > 12anos	2,28 ^{***}	1,57-3,31	ns		3,12 ^{**}	1,36-7,14	ns	
Função – Agente	3,16 ^{***}	2,26-4,41	ns		4,77 ^{***}	2,44-9,12	ns	
Horas extras > 60h	2,20 ^{***}	1,72-2,81	ns		2,74 ^{***}	1,64-4,56	ns	
Regime trabalho – 12h	2,71 ^{***}	2,03-3,62	ns		4,94 ^{***}	2,71-9,03	4,94 ^{***}	2,71-9,03

[†] Modelagem bivariada, ajustada por idade, escolaridade e renda; ^{††} Modelagem múltipla, ajustada por idade, escolaridade e renda; Teste de Wald: *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05, + p < 0 25; ns = não significativa na etapa de regressão múltipla

Também foi construído um modelo utilizando as horas extras como variável contínua, no qual elas se mostraram significativas na etapa bivariada para demanda psicológica (RP 1,01, IC 1,01-1,01), baixo apoio social (RP 1,01, IC 1,00-1,01) e alta exigência (RP 1,01, IC 1,01-1,02). No modelo de regressão múltipla, a associação se manteve para demandas psicológicas, indicando que cada hora extra está associada a um aumento de 1% na prevalência de demanda psicológica e de trabalho com alta exigência.

4 DISCUSSÃO

Os resultados encontrados nesta pesquisa chamam bastante atenção para as questões concernentes à organização do trabalho na FASE. A instituição em estudo apresentou uma alta prevalência de altas demandas psicológicas no trabalho, baixo controle e baixo nível de apoio social entre seus trabalhadores. Na análise comparativa entre os trabalhadores das casas de internação com os da sede administrativa, as diferenças do padrão de estresse foram substanciais entre os dois grupos, deflagrando um padrão de alto desgaste preocupante no grupo que trabalha diretamente com os jovens em cumprimento de medida socioeducativa. Outros trabalhos, embora sob outra perspectiva, já têm citado as dificuldades impostas pelo contexto de trabalho dos agentes socioeducadores e seu potencial fator de risco para o adoecimento desses trabalhadores. (GRANDO, 2006; GRECO, 2011)

A prevalência de 41,2% de trabalho com alta exigência entre os trabalhadores dos CASE foi muito superior à encontrada em outros grupos de trabalhadores, como nos trabalhadores da educação básica (29%) (PEREIRA et al, 2014), professores da rede pública (15,7%) (PORTO et al, 2006) e 11,25% (REIS et al, 2005), trabalhadores da área de saúde mental (16,7%) (GOMES et al, 2011), trabalhadores de hospitais universitários (23,3%) (KAMINSKI, 2010), bancários (24,8%) (AMAZARRAY, 2010) ou bombeiros (21,2%) (LIMA, 2015). A prevalência geral de trabalho de alta exigência foi 24,8%.

A exposição à violência, o regime de trabalho em forma de plantão (12 horas de

trabalho por 36 horas de descanso) e o trabalho em contato com os jovens estiveram fortemente associados a uma alta prevalência de estresse laboral, colocando em risco a saúde mental e física dos trabalhadores expostos a essas condições, tendo em vista que os trabalhos com alto desgaste, altas demandas psicológicas e baixo controle têm se mostrado associados a ansiedade, depressão e distúrbios psíquicos menores. (BONDE, 2008; NETTERSTROM et al, 2008; NIEUWENHUIJSEN, 2008; SIEGRIST, 2008; STANSFELD & CANDY, 2006). O número de horas extras também esteve associado aos desfechos (exceto controle sobre o trabalho), indicando que pode influenciar no baixo apoio social e, principalmente, nas demandas psicológicas, influenciando também a variável alta exigência. O apoio social, que poderia atuar como “*buffer*” – atenuador – do desgaste produzido pelo estresse laboral (ALVES, 2013), demonstrou-se precário no grupo exposto às piores condições de trabalho na FASE (85,3% tinham baixo apoio social nas casas de internação). O trabalho em contato direto com os jovens – avaliado pelo local – e a exposição a situações de violência foram os fatores mais fortemente associados ao desfecho baixo apoio social. Tal fato pode ser um indicador de que tais exposições no trabalho tendem a influenciar negativamente as relações interpessoais e o convívio diário entre os trabalhadores da FASE, contribuindo para um processo de trabalho de pouca solidariedade entre os colegas no ambiente laboral. O local de atuação foi o fator mais fortemente associado à presença de altas demandas psicológicas, confirmando a hipótese de que trabalhar em contato com os jovens é um possível gerador de estresse ocupacional. Já o regime de trabalho em forma de plantão foi o fator mais fortemente associado com o baixo controle e com trabalho de alta exigência.

As limitações do estudo proposto precisam ser citadas. Em primeiro lugar, há que se destacar as inerentes a este tipo de estudo. O delineamento da pesquisa, de corte transversal, não possibilita avaliar temporalmente os eventos (ROTHMAN, GREENLAND & LASH, 2011), uma vez que tanto o desfecho como a exposição são avaliados em um mesmo momento do tempo, prejudicando a possibilidade de inferência causal entre as duas variáveis em estudo. Não foi possível quantificar temporalmente a exposição à violência e às horas extras, por exemplo. Entretanto, os fatores de exposição avaliados nesse grupo de trabalhadores, devido às características

dessas carreiras públicas, mantêm um determinado padrão, não possuindo grande variação ao longo do tempo. O trabalho em contato com os jovens mantém-se como condição essencial do trabalho – para aqueles que exercem suas atividades nas casas de internação – desde que o indivíduo começa a trabalhar na instituição. Tais características citadas reduzem a probabilidade de haver causalidade reversa entre as associações estudadas (SANTANA & CUNHA, 2013). A amostra foi representativa para as três casas da FASE que constituíram a população do estudo, porém não pode ser considerada representativa de todas as diferentes casas de atendimento aos jovens da instituição, já que cada local pode estar submetido a particularidades específicas de seus processos de trabalho. A casa de atendimento feminina e as casas de regime de semiliberdade, por exemplo, não foram avaliadas na presente pesquisa.

Mesmo assim, os achados sobre a exposição a fatores psicossociais do trabalho na instituição foram relevantes. A invisibilidade do trabalho desses servidores no âmbito da saúde pública pode acabar por colocá-los em uma situação de vulnerabilidade no âmbito ocupacional, que se ilustra nos elevados índices de estresse laboral dessa instituição. Como fundação pública pertencente ao estado do Rio Grande do Sul, cabe aos órgãos estatais pertinentes atentar para o alto desgaste ocupacional destes trabalhadores e investir em ações preventivas em saúde do trabalhador, a partir de uma perspectiva que trabalhe no âmbito coletivo da organização do trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Alves Márcia Guimarães de Mello; HÖKERBERG, Yara H. M.; FAERSTEIN, Eduardo. Tendências e diversidade na utilização empírica do Modelo Demanda-Controle de Karasek (estresse no trabalho): uma revisão sistemática. **Rev. bras. epidemiol.** vol.16 no.1 São Paulo Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141590X2013000100125&script=sci_arttext&tlng=es> Acesso em: fev 2015.

AMAZARRAY, Mayte Raya. **Violência Psicológica e Assédio Moral no Trabalho Enquanto Expressões de Estratégias de Gestão**. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Abril de 2010.

ARAÚJO, T M; CERQUEIRA, G. C., ARAÚJO, E. **Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle**. Ciênc. saúde coletiva, 8(4):991-1003, 2003.

BONDE, J. P. **Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence**. Occup Environ Med. 2008;65(7):438–45.

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, supl.1, p.211-230 jan./jun. 2011.

GRANDO, M. K. et al. As cargas de trabalho em um Centro de Apoio Sócio-Educativo. **Online Braz. J.nurs.** v.5, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/12.pdf>.> Acesso em: jan 2015.

GRECO, Patricia Bitencourt Toscani. **Distúrbios psíquicos menores em agentes socioeducadores dos Centros de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Maria. 2011.

KAMINSKI, Margot Lettnin. **Uso de psicofármacos em trabalhadores de hospitais universitários de Pelotas/RS: prevalência e fatores associados**. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica de Pelotas Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento. Pelotas, setembro de 2010.

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

LIMA, Eduardo de Paula; ASSUNÇÃO, Ada Ávila, BARRETO, Sandhi Maria. Prevalência de depressão em bombeiros **Cad. Saúde Pública**. vol.31 no.4 Rio de Janeiro Apr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000400733>. Acesso em: maio 2015.

NETTERSTROM, B. et al. The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression. **Epidemiol Rev.** 2008;30:118–32.

NIEUWENHUIJSEN, K.; BRUINVELS, D.; FRINGS-DRESEN, M. **Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review.** *Occup Med (Lond).* 2010;60(4):277–86.

PEREIRA, Erico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; PELEGRINI, Andreia; MEYER, Carolina et al. Estresse Relacionado ao Trabalho em Professores de Educação Básica. **Ciencia & Trabajo.** Ano 16. Número 51. Septiembre / Diciembre 2014. 206-210.

PORTO, L.A.; CARVALHO, F.M.; OLIVEIRA N.F. et al. Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. **Rev. Saúde Pública.** 2006;40(5):818-26.

REIS, Eduardo José Farias Borges dos et al . Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro , v. 21, n. 5, p. 1480-1490, Oct. 2005 .

ROTHMAN, K.; GREENLAND, S.; LASH, T. & cols. **Epidemiologia moderna.** 3 ed. São Paulo: Art Med. 2011.

SANTANA & CUNHA. Estudos Transversais. In: ALMEIDA Filho N.; BARETTO, M. L. **Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos e aplicações.** – [Reimpr.] Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.

SIEGRIST, J. **Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies.** *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2008;258 Suppl 5:115–9.

STANSFELD, S.; CANDY B. **Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review.** *Scand J Work Environ Health.* 2006;32(6):443–62.

ARTIGO 2

ESTRESSE OCUPACIONAL E SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM TRABALHADORES DE UMA FUNDAÇÃO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO

Fernando Ribas Feijo¹²

Inaiara Kersting¹³

Cristiane Bündchen¹⁴

Paulo Antonio Barros Oliveira¹⁵

RESUMO

Palavras-chave: Estresse Ocupacional; Ansiedade; Depressão; FASE.

OBJETIVO

Tendo em vista a elevada prevalência de transtornos mentais em trabalhadores da FASE, este estudo objetivou investigar a prevalência e os níveis de depressão e ansiedade e sua relação com o estresse ocupacional nessa instituição pública.

MÉTODO

¹² Mestrando do curso de pós-graduação em Saúde Coletiva – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Médico do Trabalho do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. fernandofejomed@gmail.com

¹³ Mestranda do curso de pós-graduação em Saúde Coletiva – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). ina.sm@terra.com.br

¹⁴ Mestranda do curso de pós-graduação em Engenharia de Produção – UFRGS; Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. crisbundchen@gmail.com

¹⁵ Doutor em Ergonomia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Professor do curso de pós-graduação em Saúde Coletiva – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Professor do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da UFRGS. pbarros@ufrgs.br

Estudo transversal, com uma amostra 214 trabalhadores da FASE-RS. Foi utilizada a Job Stress Scale para avaliação da exposição a fatores psicossociais do trabalho e estresse ocupacional através do modelo demanda-controle-apoio social (DCS). Para os desfechos de saúde mental, utilizaram-se os Inventários de Beck para Ansiedade e Depressão em suas versões validadas no Brasil. O Teste T e o Qui-quadrado foram realizados para avaliação dos fatores e covariáveis nas análises bivariadas. Os modelos de regressão múltipla por regressão de Poisson com variância robusta e Teste de Wald foram utilizados para estimar as razões de prevalência (RP) e a significância de cada fator do modelo.

RESULTADOS

Os trabalhadores das casas de internação apresentaram piores índices de estresse laboral e maiores prevalências e níveis de depressão e ansiedade. Os servidores com trabalho enquadrado como de alta exigência apresentaram maior prevalência de sintomas de ansiedade e depressão. O trabalho de alta exigência esteve associado a sintomas de depressão (RP=2,36) e de ansiedade (RP=2,10), mesmo após o controle de covariáveis. O baixo apoio social esteve associado a uma maior prevalência de sintomas depressivos e ansiosos.

CONCLUSÕES

Os achados ratificam os pressupostos do modelo demanda-controle (MDC), demonstrando que os aspectos do estresse ocupacional estão associados piores desfechos de saúde mental. O apoio social atuou como modificador do efeito do estresse nesta amostra de trabalhadores. É importante que as intervenções nos processos de trabalho da instituição se deem no âmbito da organização, com ênfase no apoio social, de modo a prevenir e promover a saúde mental desses trabalhadores.

1 INTRODUÇÃO

Existem evidências na literatura científica de que as condições de trabalho adversas podem levar ao desenvolvimento de sintomas de ansiedade e depressão em trabalhadores (KARASEK & THEORELL, 1990; TURNER et al, 1995; SIEGRIST, 1996; MASLACH et al, 2001). A identificação dos possíveis agentes geradores de ansiedade e depressão no ambiente de trabalho, seguida de intervenções apropriadas, podem ter implicações clínicas e econômicas benéficas nas populações de trabalhadores (SANNE et al, 2005).

Estudos da década de 1990 citam alguns dos transtornos mentais mais prevalentes do mundo na época, estando entre eles a depressão (10,4%) e a ansiedade (7,9%) (JACQUES, 2001). Um estudo brasileiro multicêntrico, que pesquisou os transtornos mentais em algumas capitais do país (Brasília, São Paulo e Porto Alegre), destacou os transtornos de ansiedade, de depressão e os estados fóbicos como alguns dos de maior relevância. Na cidade de Porto Alegre, evidenciaram-se as seguintes prevalências de distúrbios mentais: estados fóbicos, 14,1%, estados depressivos, 10,2%, transtornos de ansiedade, 9,6% e abuso e dependência do álcool, 9,2% (ALMEIDA-FILHO et al, 1997).

Em estudos internacionais mais recentes, as prevalências de ansiedade e depressão em nível populacional apresentaram grande variabilidade, indo de 2,2% no Japão, até 8,6% nos Estados Unidos e 10,4% no Brasil, sendo esses dois últimos os países com maiores prevalências gerais de Transtorno Depressivo Maior entre os pesquisados. No Brasil, a prevalência de depressão foi maior em indivíduos em idade produtiva, chegando a 10,9 % em pessoas com 18 a 34 anos de idade e 11,8% em indivíduos com 35 a 49 anos (KESSLER et al, 2010). A ansiedade e a depressão continuam, hoje em dia, demonstrando-se como as maiores proporções de diagnósticos de saúde mental relacionados ao trabalho (CARDER et al, 2009). Entretanto, a ansiedade ainda é menos estudada que a depressão, sendo necessárias mais informações sobre os transtornos ansiosos (NIEDHAMMER, 2015).

Dessa forma, devido às elevadas prevalências de depressão e ansiedade na relação com o trabalho, esses desfechos são um importante aspecto a ser avaliado na saúde ocupacional, já que acarretam altos custos sociais e de saúde, com importante impacto no absenteísmo, presenteísmo, entre outros fatores, como o desempenho do indivíduo no trabalho (KESSLER et al, 2006; BIRNBAUM et al, 2010). Por esses motivos, conhecer os riscos ocupacionais para transtornos mentais é fundamental.

Alguns fatores psicossociais do trabalho já vêm sendo identificados como fatores de risco para transtornos mentais comuns e para outros desfechos de saúde mental através de revisões e metanálises de estudos prospectivos (BONDE, 2008; NETTERSTROM et al, 2008; NIEUWENHUIJSEN et al, 2010; SIEGRIST, 2008; STANSFELD & CANDY, 2006). Grande parte desses estudos tem se limitado a fatores conhecidos ou clássicos, relacionados ao desgaste no trabalho e aos modelos de desequilíbrio esforço-recompensa (KARASEK et al, 2008; SIEGRIST et al, 2004). Ainda, essas revisões e metanálises demonstraram que o risco para desfechos de saúde mental, especialmente a depressão, podem aumentar com altas demandas psicológicas, baixa latitude de decisão sobre o trabalho, combinação de altas demandas e baixo controle (*job strain*), baixo apoio social e com a combinação de alto esforço e baixa recompensa (modelo de desequilíbrio esforço-recompensa). Por outro lado, a literatura ainda é escassa no que se refere a outros fatores não contemplados por esses dois modelos – chamados pela literatura de fatores emergentes – havendo uma necessidade de explorar os fatores psicossociais do ambiente de trabalho de forma mais abrangente.

As altas demandas, baixo controle e baixo suporte social, tanto individualmente, mas principalmente combinados, são fatores de risco para ansiedade e depressão, sendo o apoio social o fator mais fortemente associado com tais desfechos em mulheres, por exemplo. Conhecer os fatores psicossociais do ambiente de trabalho pode identificar trabalhadores em risco e servir de base para um redesenho dos processos de trabalho (SANNE et al, 2005).

A exposição à violência no trabalho é outro fator que vem sendo identificado como possível desencadeador de desfechos de saúde mental. Alguns grupos de

trabalhadores como agentes penitenciários, policiais e motoristas de táxi têm sido citados na literatura como profissões de risco para tal exposição (KONDA et al, 2008; LEE et al, 2014; BURGEL et al, 2014). O grupo de trabalhadores da área da saúde também tem sido considerado com alta exposição à violência, fator de risco o qual esteve associado a sofrimento psíquico e transtornos de depressão e ansiedade em diversos estudos com esses profissionais (DA SILVA et al, 2015; LANCMAN, 2009; ROLDAN et al, 2012). Em médicos chineses, a exposição à violência e a conflitos no trabalho significou uma Razão de Chances (*Odds Ratio, OR*) para a prevalência de ansiedade de 2,36 (entre os que responderam estarem expostos a essas condições “algumas vezes”) e 6,72 (entre os que responderam estarem “frequentemente” expostos). Para o desfecho de depressão, o OR foi de 1,73 e 3,95, respectivamente (GONG, Y. et al, 2014).

Já em estudo populacional, realizado com mais de nove mil trabalhadores sul-coreanos evidenciaram-se incidências de ansiedade e depressão decorrentes do trabalho de 4,5% e 3,5%, respectivamente, com incidência de violência de 1,8%. Os modelos ajustados para fatores pessoais e outros riscos ocupacionais, mostraram a violência fortemente associada à ansiedade e depressão relacionadas ao trabalho, com OR de 4,07 (IC: 2,62-6,34) e 4,60 (IC: 2,92-7,25), respectivamente (CHOI, 2010).

Outro trabalho realizado com 7.476 oficiais de polícia, que investigou a relação entre violência no trabalho e sintomas depressivos, identificou uma alta prevalência de tais sintomas entre os trabalhadores (35,5%). A exposição crônica à violência esteve associada à depressão mesmo após o ajuste para covariáveis (OR= 2,01, IC95%; 1.80-2.25), assim como o trabalho em regime de plantão (OR=1.20, IC95; 1.02-1.41) (LEE, KIM & KIM, 2014).

Uma pesquisa brasileira que avaliou a distribuição dos afastamentos segundo os capítulos da CID 10 (Classificação Internacional de Doenças, versão 10) entre servidores públicos do estado de Santa Catarina revelou que os principais motivos de afastamento laboral entre os trabalhadores foram transtornos mentais e comportamentais (correspondendo a 25,30% do total), doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (20,54%), fatores que influenciam o estado de

saúde e o contato com os serviços de saúde (15,16%), lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (10,31%) e doenças do aparelho circulatório (6,57%) (CUNHA, BLANK & BOING, 2009).

Para o presente estudo, devido à escassez de pesquisas científicas que orientem ações de prevenção e promoção à saúde destes trabalhadores, objetivou-se investigar um grupo de funcionários públicos da FASE-RS, cujos processos de trabalho baseiam-se no desenvolvimento de atividades socioeducativas. Um estudo prévio, que avaliou a saúde mental de agentes socioeducadores do Rio Grande do Sul, identificou prevalência de transtornos mentais comuns de 50,1% entre esses trabalhadores. Além disso, existem relatos de que as condições de trabalho às quais os profissionais das Fundações de Atendimento Socioeducativo estão submetidos são precárias, incluindo ambientes insalubres, déficit de pessoal, longas jornadas de trabalho, convívio com violência e dificuldade de convivência entre colegas de trabalho (GRANDO, 2006; GRECO, 2011). A instituição consiste nas casas de atendimento aos adolescentes e jovens adultos em cumprimento de medida socioeducativa e na Sede Administrativa (Sede) da instituição, que é uma fundação pública do estado. Suas atividades são desenvolvidas nos sete Centros de Atendimento Socioeducativo (CASE) de Porto Alegre e em sete CASE do interior do Rio Grande do Sul, além das casas de regime de semiliberdade.

Avaliaram-se os trabalhadores que realizam atividades administrativas e os trabalhadores que têm contato direto com jovens em cumprimento de medida socioeducativa em seu cotidiano. Buscou-se investigar as associações das dimensões psicossociais do trabalho através do modelo demanda-controle com os desfechos de ansiedade e depressão. Além das demandas psicológicas, do controle sobre o trabalho e do apoio social e suas combinações (em especial o trabalho de alta exigência), também foram avaliados alguns aspectos laborais como o contato com jovens, o cumprimento de horas extras e a exposição à violência no trabalho, investigando se esses fatores estariam associados a um aumento na prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade, controlando as possíveis variáveis confundidoras. Por fim, pesquisou-se se o apoio social poderia influenciar nas associações entre os fatores psicossociais e os desfechos de saúde mental.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de corte transversal, desenvolvido entre novembro de 2014 e abril de 2015. A população do estudo foi composta por 450 trabalhadores de três casas da FASE-RS, sendo uma delas a sede administrativa (n=216) e os outros dois Centros de Atendimento Socioeducativo que são casas de internação masculinas (n=234). Diante da impossibilidade de estudar todas as unidades da fundação, a escolha das casas a serem pesquisadas foi feita a partir de reuniões com grupos de trabalhadores, com o setor de pesquisa da FASE e com a direção da instituição, sob o critério de poder abranger as diferentes atividades e funções desenvolvidas nos locais.

A amostra consistiu em dois grupos de trabalhadores da instituição, sendo um os trabalhadores em contato direto com os jovens em regime de internação e o outro os da sede administrativa, que foi o grupo controle para avaliar a exposição ao contato com jovens em cumprimento de medida socioeducativa. O cálculo inicial da amostra por amostragem aleatória simples para uma frequência esperada de 50% - de forma a superestimar a amostra - na população do estudo (450 indivíduos), com significância de 5%, foi de 207 pessoas no total. Para comparação dos dois diferentes grupos de trabalhadores que foram estudados, a proporção não expostos / expostos foi 1,05, com base nos achados de Greco (2011) que identificou alta demanda psicológica em 48,8% de servidores da FASE e baixa demanda em 51,2. Foi utilizado procedimento de amostragem para comparação de duas proporções através do programa Epi Info 7, para um nível de confiança de 95%, um poder de estudo de 80%, uma prevalência de depressão de 10% nos não expostos (conforme prevalência estimada de depressão na população geral) (KESSLER et al, 2010), e uma razão de prevalência esperada de 2,5. O número total de indivíduos calculados para a amostra foi de 201, sendo 103 não expostos e 98 expostos. Todos os trabalhadores das três unidades selecionadas foram convidados a participar da pesquisa. Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido concordando com os aspectos envolvidos na pesquisa. Os instrumentos para coleta de dados foram auto preenchidos, tendo a coleta sido desenvolvida por dois pesquisadores treinados. A pesquisa foi aprovada pelo

Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS e pelo CONEP, estando registrada na Plataforma Brasil.

Os aspectos profissionais do trabalho, o contato com jovens em medida socioeducativa e a exposição à violência foram mensurados através do questionário de dados laborais, desenvolvido especificamente para esta pesquisa. Os aspectos psicossociais foram mensurados através da Job Stress Scale (JSS), também conhecida como Escala Sueca Demanda-Control-Apoio Social, onde os domínios (demanda psicológica, controle sobre o trabalho e apoio social) foram obtidos por meio da soma dos pontos atribuídos a cada uma das perguntas relacionadas a eles. Após esse procedimento, foi feita a dicotomização do score da demanda psicológica (alta e baixa), do controle sobre o trabalho (alto e baixo) e do apoio social (alto e baixo), adotando-se a mediana como ponto de corte. A exposição ao estresse foi avaliada via construção de quatro quadrantes, combinando alta e baixa demanda psicológica com alto e baixo controle, refletindo as seguintes situações de trabalho do modelo demanda-control: baixa exigência (combinação de baixa demanda e alto controle), trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle) e alta exigência (alta demanda e baixo controle). Essa exposição foi avaliada de forma bruta, ajustada por covariáveis e estratificada pelo apoio social, a fim de avaliar se havia modificação de efeito.

Os desfechos de ansiedade e depressão foram avaliados através de dois instrumentos: (i) Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II) – questionário de auto avaliação composto por 21 itens, referentes a como o sujeito vem se sentindo na última semana, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3 e (ii) Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) – inventário também composto de 21 itens, no qual a soma dos scores obtidos para cada item resulta em um score total que varia de 0 a 63 pontos. Foram adotados dois pontos de corte para os dois instrumentos: (i) scores acima de 10 para detectar presença de sintomas depressivos e presença de sintomas ansiosos e (ii) scores acima de 19 para detectar score sugestivo de transtorno depressivo maior e transtorno de ansiedade, conforme sugerido nos estudos que validaram as escalas no Brasil, para aumentar sua sensibilidade e especificidade aos

desfechos (CUNHA, 2001; GOMES-OLIVEIRA et al, 2012).

As variáveis analisadas foram categorizadas em quatro variáveis de desfecho (presença de sintomas depressivos e de escore sugestivo de transtorno depressivo maior; presença de sintomas ansiosos e de transtorno de ansiedade), oito variáveis preditoras (aspectos psicossociais - demanda psicológica; controle sobre o trabalho; apoio social – um aspecto profissional – horas extras – e exposições – contato com jovens em medidas socioeducativas; exposição à violência no trabalho autorreferida; exposição ao estresse laboral), uma variável modificadora de efeito (apoio social) e 12 possíveis variáveis de ajuste (idade, em anos; gênero; situação conjugal; escolaridade; renda familiar; prática de atividade física; hábito de fumar; uso abusivo de álcool; doença crônica preexistente; tempo de atuação na fundação, em anos; função; regime de trabalho).

Tanto as análises relacionadas aos desfechos de depressão quanto aos de ansiedade foram ajustadas pela covariáveis referentes ao regime de trabalho, função do trabalhador e tempo de atuação na FASE, a fim de controlar o possível confundimento decorrente da falta de comparabilidade entre expostos e não expostos aos fatores de risco. As demais covariáveis citadas anteriormente que se mostraram associadas de forma significativa aos desfechos de depressão e ansiedade, bem como às exposições (via testes Qui-Quadrado, testes t ou Mann-Whitney) também foram incluídas no ajuste das estimativas de risco, sendo elas: doença crônica preexistente; hábito de fumar; e idade para a presença de sintomas ansiosos.

Foi calculada a razão de prevalência (RP) por meio do modelo de regressão de Poisson, com estimativa robusta da variância, como medida de associação. O teste de Wald foi utilizado para testar a significância de cada fator do modelo. Todas as análises foram realizadas no software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 21. A significância estatística adotada foi de 5%.

3 RESULTADOS

As informações sociodemográficas, de comportamentos relacionados à saúde e da característica relativa à morbidade da amostra foram descritas discriminadas por local de trabalho. Os grupos foram homogêneos quanto às distribuições por sexo, situação conjugal, cor da pele autorreferida, prática de atividade física, uso abusivo de álcool e presença de doença crônica. Os servidores dos CASE foram 3,18 anos, em média, mais velhos que os servidores da Sede e apresentavam maior ocorrência de tabagismo. A maioria dos participantes tinha curso superior (56,1%), embora os trabalhadores da Sede tivessem escolaridade proporcionalmente maior. Os CASE apresentaram maior proporção de trabalhadores com 5 a 10 salários mínimos, enquanto a Sede de profissionais com 1 a 5 salários, conforme mostra a Tabela 1.

TABELA 1 – Características sociodemográficas, de comportamentos relacionados à saúde e de característica relativa à morbidade de acordo com local de trabalho

Variável	CASE n(%)	SEDE n(%)	Total n(%)	Valor p
¶ Idade (anos)	44,43 ± 8,77	41,25 ± 11,64	42,83±10,4	0,027**
Gênero				0,508 [#]
Masculino	52 (50,0)	49 (44,5)	101 (47,2)	
Feminino	52 (50,0)	61 (55,5)	113 (52,8)	
Escolaridade				0,012 [‡]
Ensino Fundamental	1 (1,0)	3 (2,7)	4 (1,9)	
Ensino Médio	29 (27,9)	15 (13,6)	44 (20,6)	
Ensino Superior	59 (56,7)	61 (55,5)	120 (56,1)	
Pós-graduado	15 (14,4)	31 (28,2)	46 (21,5)	
Situação conjugal				0,338 [#]
Com companheiro	55 (53,4)	50 (45,9)	105 (49,5)	
Sem companheiro	48 (46,6)	59 (54,1)	107 (50,5)	
Raça/Cor da pele				0,862 [#]
Branca	73 (79,3)	83 (81,4)	156 (80,4)	
Não branca	19 (20,7)	19(18,6)	38 (19,6)	
Renda				<0,001 [‡]
1 a 5 SM	23 (23,7)	54 (50,0)	77 (37,6)	

	5 a 10 SM	56 (57,7)	36 (33,3)	92 (44,9)	
	Mais de 10 SM	18 (18,6)	18 (16,7)	36 (17,6)	
Atividade física					0,521 [#]
	Não	49 (47,1)	46 (41,8)	95 (44,4)	
	Sim	55 (52,9)	64 (58,2)	119 (55,6)	
Uso abusivo de álcool					0,486 ^{###}
	Não	97 (95,1)	107 (97,3)	204 (96,2)	
	Sim	5 (4,9)	3 (2,7)	8 (3,8)	
Tabagismo					0,045 [#]
	Não	81 (77,9)	97 (89,0)	178 (83,6)	
	Sim	23 (22,1)	12 (11,0)	35 (16,4)	
Doenças crônicas					0,101 [#]
	Não	54 (54,0)	72 (66,1)	126 (60,3)	
	Sim	46 (46,0)	37 (33,9)	83 (39,7)	

[†] Expresso em média \pm desvio-padrão; ^{**} Teste t; ^{*} Teste Qui-quadrado de Pearson; [#] Teste Qui-quadrado de Pearson com correção de continuidade; ^{###} Teste Exato de Fisher

Em relação às características laborais, os perfis dos dois grupos demonstraram-se distintos. Os trabalhadores dos CASE trabalhavam há mais tempo na instituição e faziam maior quantidade de horas extras mensais. O regime de trabalho de 82,7% (n=86) dos trabalhadores dos CASE foi em turno de trabalho de 12 horas, seguidas por 36 horas de descanso, enquanto 100% (n=110) dos trabalhadores da Sede trabalharam 6 ou 8 horas diárias. A autonomia no trabalho autorreferida, bem como a motivação para o trabalho não se distribuíram de forma homogênea nos dois locais, sendo maiores suas proporções na Sede que nos CASE. O trabalho foi autorreferido como desgastante em 90,4% (n=94) dos trabalhadores dos CASE e 46,3% (n=50) dos da Sede. Além disso, 91,3% (n=94) dos trabalhadores dos CASE já sofreram pelo menos algum tipo de agressão no trabalho, seja verbal ou física, enquanto que na Sede essa prevalência foi de 24,1% (n=26). O trabalho prejudica ou já prejudicou a saúde de 87,4% (n=90) e a vida pessoal de 78,2% (n=79) dos trabalhadores dos CASE. Entre os trabalhadores da Sede, as respostas afirmativas para as mesmas perguntas foram de 45,0% (n=49) e 29,6% (n=32), respectivamente. Além disso, 61,2% (n=63) dos entrevistados dos CASE referiram afastamento por doença originada no trabalho. Na

Sede, esse percentual foi de 28,4% (n=31).

Os grupos também apresentaram diferenças quanto aos fatores psicossociais do trabalho e quanto às prevalências e níveis de ansiedade e depressão. Os CASE demonstraram-se um ambiente com maior demanda psicológica, menor controle sobre o trabalho e menor apoio social, além apresentarem maiores escores de depressão e ansiedade que a Sede.

TABELA 2 - Características e situações laborais, de ansiedade e depressão de acordo com o local de trabalho

Variáveis	CASE n(%)	SEDE n(%)	TOTAL n(%)	Valor p
Tempo de atuação (anos)				<0,001 [#]
Até 12 anos	33 (31,7)	73 (68,2)	106 (50,2)	
Mais de 12 anos	71 (68,3)	34 (31,8)	105 (49,8)	
Horas extra/mês				<0,001 [#]
Até 60 horas	40 (39,6)	102 (99,0)	142 (69,6)	
Mais de 60 horas	61 (60,4)	1 (1,0)	62 (30,4)	
Regime de trabalho				<0,001 [#]
Turno diário de 6h ou 8h	18 (17,3)	110 (100,0)	128 (59,8)	
12h de trabalho/36h de descanso	86 (82,7)	0 (0,0)	86 (40,2)	
Função				<0,001 [#]
Adm/outras	14 (13,5)	101 (91,8)	115(53,7)	
Agente/Analista	90 (86,5)	9 (8,2)	99 (46,3)	
Não possui autonomia no trabalho	48 (50,5)	32 (32,7)	80 (41,5)	0,018 [#]
Considera o trabalho desgastante	94 (90,4)	50 (46,3)	144 (67,9)	<0,001 [#]
Não sente motivação para ir trabalhar	48 (48,0)	25 (23,1)	73 (35,1)	<0,001 [#]
Sofreu pelo menos um tipo de violência (verbal/física)	94 (91,3)	26 (24,1)	120 (56,9)	<0,001 [¥]
Prejuízo da saúde devido ao trabalho	90 (87,4)	49 (45,0)	139 (65,6)	<0,001 [#]
Prejuízo da vida pessoal devido ao trabalho	79 (78,2)	32 (29,6)	111 (53,1)	<0,001 [#]
Afastamento por doença pessoal	60 (58,3)	44 (40,7)	104 (49,3)	0,016 [#]
Afastamento por doença do trabalho	63 (61,2)	31 (28,4)	94 (44,3)	<0,001 [#]

¶¶ Demanda psicológica	15,0 [13-17]	12,0 [10-14]	14,0 [11-16]	<0,001 ^ε
¶¶ Controle sobre o trabalho	16,0 [14-18]	18,0 [15-20]	17,0 [14-19]	0,001 ^ε
¶¶ Apoio social	16,0 [14-18]	21,0 [19-23]	18,0 [16-21]	<0,001 ^ε

¶¶ Expresso em mediana [25%-75%]; * Teste Qui-quadrado de Pearson; # Teste Qui-quadrado de Pearson com correção de continuidade; ## Teste Exato de Fisher; ^ε Teste de Mann-Whitney

TABELA 3 –Fatores psicossociais, de ansiedade e depressão de acordo com o local de trabalho

Variáveis	trabalho		RP (IC95%)	Valor p
	CASE n(%)	SEDE n(%)		
Alta demanda psicológica	70 (68,6)	38 (34,9)	1,97 (1,48-2,63)	<0,001 [#]
Baixo controle sobre o trabalho	59 (57,8)	41 (38,0)	1,52 (1,14-2,04)	0,005 [#]
Baixo apoio social	87 (85,3)	27 (24,8)	3,44 (2,46-4,82)	<0,001 [#]
¶¶ BDI-II - escore total	11,0 [5-18]	7,5 [3-14]	-	0,021 ^ε
¶¶ BAI - escore total	9,0 [3-16,75]	4,0 [1-11]	-	0,001 ^ε
Presença de Sintomas Depressivos	54 (51,9)	41 (37,3)	1,39 (1,03-1,89)	0,033
Escore Sugestivo de Transtorno Depressivo Maior	23 (22,1)	13 (11,8)	1,87 (1,00-3,50)	0,049
Presença de Sintomas Ansiosos	47 (45,2)	29 (26,9)	1,68 (1,16-2,45)	0,007
Transtorno de Ansiedade	16 (15,4)	10 (9,3)	1,66 (0,79-3,49)	0,180

¶¶ Expresso em mediana [25%-75%]; ^ε Teste de Mann-Whitney

Na análise bruta, foram encontradas associações significativas de todas as exposições com a presença de sintomas depressivos, porém quando realizados os ajustes pelas covariáveis, as exposições que se mantiveram associadas foram exposição à violência (RP=1,93) e alta demanda psicológica (RP=1,61). O escore sugestivo de transtorno depressivo maior se mostrou associado a todas as exposições, exceto baixo controle sobre o trabalho, sem o ajuste pelas covariáveis. Após ajustes, estas associações não se mantiveram significativas. Comportamento similar foi observado para a presença de sintomas ansiosos. O transtorno de ansiedade mostrou-se associado somente à exposição à violência (RP=3,03) e, após os ajustes pelas covariáveis, a razão de prevalências deixou de ser significativa.

TABELA 4 – Associações ajustadas entre exposições e desfechos de ansiedade e depressão

Exposições	Desfechos de depressão							
	Presença de Sintomas Depressivos				Escore Sugestivo de Transtorno Depressivo Maior			
	RP [§]	IC95%	RP ^{††}	IC95%	RP [§]	IC95%	RP ^{††}	IC95%
Alta demanda psicológica	1,79**	1,28-2,50	1,61**	1,14-2,27	2,38*	1,21-4,72	1,52	0,75-3,08
Baixo controle sobre o trabalho	1,43*	1,05-1,95	1,38	0,99-1,91	0,93	0,50-1,70	0,84	0,45-1,54
Baixo apoio social	1,76**	1,25-2,48	1,37	0,91-2,08	2,87**	1,37-6,03	1,61	0,65-4,01
Local	1,39*	1,03-1,89	0,79	0,38-1,61	1,87*	1,00-3,50	0,89	0,21-3,84
Contato com violência	1,88***	1,32-2,68	1,93*	1,17-3,20	3,03**	1,39-6,63	2,72	0,77-9,62
Horas extras	1,43*	1,06-1,93	1,11	0,76-1,61	2,04*	1,11-3,72	1,41	0,69-2,91
Exposições	Desfechos de ansiedade							
	Presença de Sintomas Ansiosos				Transtorno de Ansiedade			
	RP [§]	IC95%	RP ^{††}	IC95%	RP [§]	IC95%	RP ^{††}	IC95%
Alta demanda psicológica	1,78**	1,20-2,63	1,48	0,98-2,22	1,51	0,72-3,17	1,05	0,51-2,16
Baixo controle sobre o trabalho	1,19	0,83-1,71	1,09	0,75-1,59	1,10	0,54-2,26	1,09	0,50-2,36
Baixo apoio social	1,68*	1,13-2,50	1,09	0,68-1,74	1,15	0,55-2,38	0,53	0,20-1,36
Local	1,68**	1,16-2,45	0,52	0,17-1,59	1,66	0,79-3,49	0,55	0,06-5,06
Contato com violência	2,40***	1,52-3,77	1,78	0,93-3,42	3,03*	1,18-7,75	2,49	0,58-10,61
Horas extras	1,77**	1,26-2,50	1,26	0,82-1,95	1,41	0,68-2,93	0,95	0,39-2,30

§ Razão de prevalência bruta; † Razão de prevalência ajustada por covariáveis; Teste de Wald: *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05;

A presença de sintomas depressivos foi 79% maior entre os trabalhadores do quadrante de trabalho ativo do que em trabalhadores com baixa exigência (RP=1,79). Esta diferença é ainda mais acentuada entre os trabalhadores com alta exigência, quando comparados aos trabalhadores com baixa exigência (RP=2,55). Após ajustes pelas covariáveis as razões de prevalência permaneceram significativas. Já a presença de escore sugestivo de transtorno depressivo maior esteve menos presente entre os trabalhadores com trabalho passivo (8,3%) e mais presente entre aqueles com trabalho ativo (23,2%),

contudo essa razão de prevalência de 2,79 maior não foi significativa nem após ajuste pelas covariáveis. Os sintomas ansiosos e o transtorno de ansiedade também se mostraram menos prevalentes entre os trabalhadores com trabalho passivo, 18,8% e 6,3%, respectivamente. Em contrapartida, foram mais prevalentes entre os trabalhadores com alta exigência, com prevalências de 57,7% e 19,2%, respectivamente. Embora as razões de prevalências encontradas nos dois desfechos fossem iguais (RP=3,08), ela se mostrou significativa apenas para a presença de sintomas ansiosos e se manteve após ajuste pelas covariáveis.

TABELA 5 – Associações entre modelo demanda-controle e desfechos de ansiedade e depressão e efeito do apoio social

Desfechos	MDC				Apoio Social			
	Quadrantes	%	RP ^S	RP ^T	%	RP ^{T+}	%	RP ^{T-}
Presença de Sintomas Depressivos	Baixa Exigência ^a	25,9	1	1	21,6	1	35,3	1
	Trabalho Passivo	37,5	1,45 (0,81-2,58)	1,55 (0,88-2,73)	34,6	1,66 (0,74-3,74)	40,9	1,57 (0,74-3,32)
	Trabalho Ativo	46,4	1,79 [~] (1,05-3,05)	1,76 [~] (1,04-2,95)	33,3	1,50 (0,69-3,19)	56,3	2,38 [~] (1,24-4,60)
	Alta Exigência	65,4	2,55 ^{**} (1,54-4,13)	2,35 ^{***} (1,40-3,95)	55,6	2,20 (0,82-5,95)	67,4	2,76 ^{**} (1,41-5,40)
Escore Sugestivo de Transtorno Depressivo Maior	Baixa Exigência	11,1	1,33 (0,40-4,44)	1,17 (0,36-3,80)	8,1	2,27 (0,25-20,44)	17,6	0,98 (0,25-3,84)
	Trabalho Passivo ^a	8,3	1	1	3,8	1	13,6	1
	Trabalho Ativo	23,2	2,79 (0,97-7,98)	1,79 (0,64-5,10)	16,7	3,74 (0,41-34,28)	28,1	1,17 (0,38-3,64)
	Alta Exigência	23,1	2,77 (0,96-8,00)	1,48 (0,50-4,28)	0,0	0,00	27,9	1,25 (0,44-3,51)
Presença de Sintomas Ansiosos	Baixa Exigência	31,5	1,68 (0,83-3,41)	1,39 (0,67-2,88)	29,7	1,21 (0,47-3,12)	35,3	1,40 (0,45-4,49)
	Trabalho Passivo ^a	18,8	1	1	19,2	1	18,2	1
	Trabalho Ativo	33,9	1,81 (0,91-3,62)	1,52 (0,78-3,03)	29,2	1,14 (0,40-3,27)	37,5	2,34 (0,83-6,59)
	Alta Exigência	57,7	3,08 ^{**} (1,63-5,80)	2,10 ^{**} (1,08-4,06)	22,2	0,68 (0,13-3,53)	65,1	3,30 [~] (1,22-8,87)

	Baixa Exigência	13,0	2,07 (0,57-7,58)	1,75 (0,48-6,40)	16,2	3,03 (0,36-25,77)	5,9	0,41 (0,05-3,35)
Transtorno de Ansiedade	Trabalho Passivo ^a	6,3	1	1	3,8	1	9,1	1
	Trabalho Ativo	10,7	1,71 (0,45-6,49)	1,13 (0,29-4,33)	8,3	1,39 (0,16-11,75)	12,5	0,88 (0,16-4,86)
	Alta Exigência	19,2	3,08 (0,90-10,52)	1,91 (0,50-7,27)	22,2	2,40 (0,11-50,06)	18,6	1,57 (0,32-7,65)

[§] Razão de prevalência bruta; [†] Razão de prevalência ajustada por covariáveis; ^{†+} Razão de prevalência ajustada por covariáveis - estrato de alto apoio social; ^{†-} Razão de prevalência ajustada por covariáveis – estrato de baixo apoio social; ^a Categoria de referência; Teste de Wald: *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05

4 DISCUSSÃO

A prevalência geral de sintomatologia de depressão e ansiedade foi alta em toda a amostra estudada, com destaque para os trabalhadores que exercem suas atividades nas casas de internação, tendo contato diário com jovens em cumprimento de medida socioeducativa. Mais da metade (51,9%) dos trabalhadores dos CASE apresentaram sintomatologia de depressão relevante (escores maiores que 10). Essa prevalência é superior a encontrada em outros grupos de trabalhadores, como oficiais de polícia (35,5%) (LEE, KIM & KIM, 2014), operários de indústria automotiva (35,4%) (EDIMANSYAH et al, 2008), técnicos de enfermagem de CTI (28,4%) (VARGAS & DIAS, 2011), profissionais da saúde da atenção primária (36,3%) (DA SILVA et al, 2015), entre outros.

A prevalência de escore sugestivo de Depressão Maior foi de 11,8% entre os trabalhadores da sede administrativa, proporção semelhante à encontrada na população em geral (ALMEIDA-FILHO et al, 1997; KESSLER, 2010). Nos CASE, essa prevalência foi aproximadamente duas vezes maior (22,1%), deflagrando uma importante diferença dessa condição de saúde mental entre as duas casas. É possível traçar um paralelo da realidade do trabalho dos servidores das casas de internação, que trabalham em contato direto com jovens em conflito com a lei, com alguns achados de estudos internacionais. A literatura demonstra que existe uma tendência entre estar exposto a “trabalhar com pessoas” com o surgimento de depressão e ansiedade (WIECLAW et al, 2008). Soma-se a isso a questão da

exposição à violência, que também vem se demonstrando associada ao desenvolvimento de ansiedade e depressão. (CHOI, 2010; DA SILVA et al, 2015; GONG, Y. et al, 2014; LANCMAN, 2009; LEE, KIM & KIM, 2014; ROLDAN et al, 2012)

O elevado número de horas extras realizadas pelos profissionais das casas de internação também chama atenção. É sugerido na literatura recente que existe uma relação entre horas extras e longas jornadas de trabalho com sintomas de ansiedade e depressão (VIRTANEN et al, 2011). Entretanto, nessa amostra, o papel das horas extras e do local de trabalho, após ajustes, demonstrou-se isoladamente menos importante do que outros fatores da organização do trabalho na associação com depressão e ansiedade.

Este estudo, ainda, confirmou a hipótese de que a organização do trabalho está associada a desfechos de saúde mental entre os trabalhadores do grupo pesquisado. Os resultados corroboram os achados de diversos estudos internacionais, identificando que as demandas psicológicas no trabalho e a exposição à violência laboral podem cumprir um papel importante na ocorrência de sintomas de saúde mental em trabalhadores (BONDE, 2008; CHOI, 2010; NETTERSTROM et al, 2008; NIEUWENHUIJSEN, 2008; SANNE et al, 2005; SIEGRIST, 2008; STANSFELD & CANDY, 2006).

As demandas psicológicas e a exposição à violência estiveram associadas a sintomas depressivos isoladamente, mesmo após o controle das covariáveis. Além disso, todos os fatores, em maior ou menor grau, estiveram associados a sintomas depressivos e ansiosos (exceto o controle sobre o trabalho para o desfecho sintomas de ansiedade) nas análises bivariadas.

A relação da exposição a fatores psicossociais do trabalho – conforme os quadrantes do modelo demanda-controle – com os desfechos de saúde mental vai ao encontro dos achados presentes na literatura mundial, corroborando os pressupostos de Karasek e deflagrando que o trabalho de alta exigência – perpassando aspectos da organização do trabalho – pode ser um fator de risco importante para sintomas de depressão e ansiedade (BONDE, 2008; NETTERSTROM et al, 2008; NIEUWENHUIJSEN, 2008; SANNE et al, 2005; SIEGRIST, 2008; STANSFELD & CANDY, 2006). Na instituição estudada, tanto o trabalho ativo como o trabalho de alta exigência estiveram associados a sintomas depressivos, mesmo no modelo ajustado, enquanto apenas o trabalho de alta exigência esteve associado aos sintomas ansiosos.

Em relação aos escores sugestivos de transtorno de depressão e ansiedade, as medidas de associação não foram estatisticamente significativas após o controle de fatores de confusão, embora se demonstre uma diferença na comparação entre os quadrantes. O tamanho da amostra pesquisada pode ter sido insuficiente para identificar diferenças na comparação da proporção dos desfechos estudados entre os dois grupos, no que se refere a transtornos de ansiedade ou depressão maior.

Por fim, este trabalho demonstrou que o apoio social é, nesta amostra, modificador do efeito dos desfechos. O ambiente com alto apoio social ameniza os efeitos da alta exigência e do trabalho ativo no que concerne os sintomas depressivos. Quanto aos sintomas de ansiedade, o alto apoio ameniza o efeito da alta exigência sobre o trabalho passivo e a falta de apoio social aumenta a RP entre alta exigência e trabalho passivo, bem como trabalhos ativo e passivo. Tal fato indica que intervenções na organização do trabalho no âmbito do apoio social podem ser fundamentais para a prevenção e promoção da saúde entre os trabalhadores da FASE. Grande parte das vezes, intervenções que melhorem o apoio social no trabalho são mais viáveis e efetivas do que intervir nas demandas psicológicas laborais. (DOLLARD et al, 2000)

Algumas limitações do estudo devem ser consideradas. No delineamento de corte transversal, utilizado para esta pesquisa, a avaliação temporal dos eventos fica prejudicada (ROTHMAN, GREENLAND & LASH, 2011), pois tanto o desfecho como a exposição são avaliados em um mesmo momento do tempo, reduzindo a possibilidade de inferência causal entre as duas variáveis em estudo. Não foi possível quantificar temporalmente a exposição aos fatores psicossociais. Entretanto, tendo em vista que os trabalhadores em estudo são funcionários públicos, com pouca troca de recursos humanos, e com pouca variabilidade nos processos de trabalho ao longo dos anos, é possível supor que os fatores de exposição avaliados, mantêm um determinado padrão, minimizando o viés da variação das condições ao longo do tempo. O trabalho em contato com os jovens mantém-se como condição essencial do trabalho – para aqueles que exercem suas atividades nas casas de internação – desde que o indivíduo começa a trabalhar na instituição. Tais características citadas reduzem a probabilidade de haver causalidade reversa entre as associações estudadas (SANTANA & CUNHA, 2013), sendo tal inferência – de que as condições de trabalho influenciam na depressão e

ansiedade – plausível. Cita-se ainda que os resultados dialogam com achados de outros estudos longitudinais internacionais de grande porte (BONDE, 2008; NETTERSTROM et al, 2008; NIEUWENHUIJSEN et al, 2010; SIEGRIST, 2008; STANSFELD & CANDY, 2006) A amostra foi representativa para as três casas da FASE que constituíram a população do estudo, porém não pode ser considerada representativa de todas as diferentes casas de atendimento aos jovens da instituição, já que cada local pode estar submetido a particularidades específicas de seus processos de trabalho. A casa de atendimento feminina e as casas de regime de semiliberdade, por exemplo, não foram avaliadas na presente pesquisa.

É fundamental para os trabalhadores da FASE que as intervenções de prevenção e promoção da saúde ocorram no âmbito da organização do trabalho, tanto para preservar a saúde desses funcionários públicos, como para dar suporte à grande proporção de trabalhadores que já se encontra com algum nível de adoecimento psiquiátrico, manifestado pelas elevadas prevalências de sintomatologia de ansiedade e depressão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J.; COUTINHO, E.; FRANCA, J.; FERNANDES, J.; ANDREOLI, S. et al. Brazilian multicentre study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. **British Journal of Psychiatry** 171: 524-529, 1997.

BIRNBAUM, H.G.; KESSLER, R.C.; KELLEY, D.; BEN-HAMADI, R.; JOISH, V.N.; GREENBERG, P.E. Employer burden of mild, moderate, and severe major depressive disorder: mental health services utilization and costs, and work performance. **Depress Anxiety**. 2010;27(1):78–89.

BONDE, J.P. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. **Occup. Environ. Med.** 2008;65(7):438–45.

BURGEL, B.J.; GILLEN, M.; WHITE, M.C. Work-related violence experienced by urban taxi drivers. **Am. J. Ind. Med.** 2014 Dec; 57(12):1377-85.

CARDER, Melanie; TURNER, Susan; MCNAMEE, Roseanne; AGIUS, Raymond. Work-related mental ill-health and 'stress' in the UK (2002–05). **Occupational Medicine** 2009;59:539–544.

CHOI, E.S.; JUNG, H.S.; KIM, S.H.; PARK, H. The influence of workplace violence on work-related anxiety and depression experience among Korean employee. **J. Korean Acad. Nurs.** 2010 Oct;40(5):650-61.

CUNHA, J.A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001

CUNHA, J. B.; Blank V.L.G.; BOING, A. F. Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995-2005). **Revista Brasileira de Epidemiologia** , v. 12, p. 226-36, 2009.

DA SILVA et al. Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil.; **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.** 2015.

DOLLARD, M. F., WINEFIELD, H. R., WINEFIELD, A. H. and de JONGE, J., Psychosocial job strain and productivity in human service workers: A test of the demand-control-support model. **Journal of Occupational and Organizational Psychology**. 2000; 73: 501–510.

EDIMANSYAH, B.A; RUSLI, B.N.; NAING, L. Et al. Self-perceived depression, anxiety, stress and their relationships with psychosocial job factor in mae automotive assembly workers. **Ind. Health**. 2008 Jan; 46(1):90-100

GIL LEE, S.; KIM, I.; KIM, D. Workplace violence and depressive symptomatology among police officer. **Occup. Environ. Med.** 2014 Jun;71 Suppl 1:A76.

EDIMANSYAH, B.A; RUSLI, B.N.; NAING, L. Et al. Self-perceived depression, anxiety, stress and their relationships with psychosocial job factor in mae automotive assembly workers. *Ind. Health.* 2008 Jan; 46(1):90-100

GOMES-OLIVEIRA, Marcio Henrique et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 34, n. 4, p. 389-394, Dec. 2012.

GRANDO, M. K. et al. As cargas de trabalho em um Centro de Apoio Sócio-Educativo. **Online Braz. J.nurs.** v.5, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v34n1/12.pdf>.> Acesso em: jan 2015.

GRECO, Patricia Bitencourt Toscani. **Distúrbios psíquicos menores em agentes socioeducadores dos Centros de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Maria. 2011.

JACQUES, M., W., C. **Saúde Mental & Trabalho.** Petrópolis: Vozes; 2002.

KARASEK, R.; Theorell T. **Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life.** New York: Basic Books Inc., 1990.

_____.; BRISSON, C.; KAWAKAMI, N.; HOUTMAN, I.; BONGERS, P.; AMICK, B. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. **J. Occup. Health Psychol.** 1998;3(4):322–55.

KESSLER, R.C.; BIRNBAUM, H.G.; SHAHLY, V.; BROMET, E.; HWANG, I.; MC LAUGHLIN; K., A. et al. Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. **Depress Anxiety** 2010; 27:351-64.

_____.; AKISKAL, H.S.; AMES, M.; BIRNBAUM, H.; GREENBERG, P. et al. Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. **Am. J. Psychiatry.** 2006;163(9):1561–8.

KONDA, S.; REICHARD, A.A.; TIESMAN, H.M. Occupational injuries among U.S. correctional officers, 1999-2008. **J. Safety Res.** 2012; Jul;43(3):181-6.

LANCMAN et al.; Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família.; **Rev Saúde Pública** 2009;43(4):682-8

LEE, Sang Gil; KIM, Inah; KIM, Daeho. Workplace violence and depressive symptomatology among police officer. **Occup. Environ. Med.** 2014;71:A76.

MASLACH, C., SCHAUFELI, W.; LEITER, M. Job burnout. **Annual Review of Psychology** 2001;52:397–422.

NETTERSTROM, B.; CONRAD, N.; BECH, P.; FINK P.; OLSEN, O.; RUGULIES, R. et al. The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression. **Epidemiol Rev.** 2008;30:118–32.

NIEDHAMMER, Isabelle; MALARD, Lucile; CHASTANG, Jean-François. Occupational factors and subsequent major depressive and generalized anxiety disorders in the prospective French national SIP study. **BMC Public Health** 2015, 15:200.

NIEUWENHUIJSEN, K.; BRUINVELS, D.; FRINGS-DRESEN, M. Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. **Occup. Med. (Lond).** 2010;60(4):277–86.

ROLDAN et al. Violence at work and its relationship with burnout, depression and anxiety in healthcare professionals of the emergency services.; **Health.**; 2012. Vol.5, No.2, 193-199 (2013).

SANNE, B.; MYKLETUN, A.; DAHL, A.A.; MOEN, B.E.; TELL, G.S. Testing the Job demand-control-support model with anxiety and depression as outcomes: the Hordaland Health Study. **Occup. Med. (Lond).** 2005;55(6):463-73.

SANTANA & CUNHA. Estudos Transversais. In: ALMEIDA Filho N.; BARETTO, M. L. **Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos e aplicações.** – [Reimpr.] Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.

SIEGRIST, J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. **J Occup Health Psychol** 1996;1:27–41.

SIEGRIST, J. Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies. **Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.** 2008;258 Suppl 5:115–9.

_____; STARKE, D.; CHANDOLA, T.; GODIN, I.; MARMOT, M.; NIEDHAMMER, I. et al. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. **Soc. Sci. Med.** 2004;58(8):1483–99.

STANSFELD, S.A.; SHIPLEY, M.J.; HEAD, J.; FURHRER, R. Repeated Job Strain and the Risk of Depression: Longitudinal Analyses From the Whitehall II Study. **American Journal of Public Health.** 2012;102(12):2360-2366.

_____; CANDY, B. Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. **Scandinavian Journal of Work and Environmental Health.** 2006;32(6):443–62.

TURNER R.J.; WHEATON B.; LLOYD D.A. The epidemiology of social stress. **Am. Sociol. Rev.** 1995;60:104–125.

VARGAS, Divane de; DIAS, Ana Paula Vieira. Prevalência de depressão em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva: estudo em hospitais de uma cidade do noroeste do Estado São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 19(5):[09 telas] set.-out. 2011.

VIRTANEN, M; FERRIE, J.E., SINGH-MANOUX, A., et al. Long working hours and symptoms of anxiety and depression: a 5-year follow-up of the Whitehall II study. **Psychological Medicine.** 2011:1-10.

WIECLAW, J.; AGERBO,E.; MORTENSEN, P.B.; BURR, H.; TUCHSEN, F.; BONDE, J.P. Psychosocial working conditions and the risk of depression and anxiety disorders in the Danish workforce. **BMC Public Health.** 2008 Aug 7;8:280. doi: 10.1186/1471-2458-8-280.

ARTIGO 3

ESTRESSE OCUPACIONAL, SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA EM TRABALHADORES DE UMA FUNDAÇÃO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO

Fernando Ribas Feijó¹⁶

Inaiara Kersting¹⁷

Cristiane Bündchen¹⁸

Paulo Antonio Barros Oliveira¹⁹

RESUMO

Palavras-chave: Estresse Ocupacional; Saúde Mental; Qualidade de Vida.

OBJETIVO

Investigar o impacto dos aspectos psicossociais do ambiente laboral sobre a qualidade de vida dos trabalhadores de uma Fundação de Atendimento Socioeducativo.

MÉTODO

Pesquisa descritiva de corte transversal, tendo como amostra 208 servidores públicos

¹⁶ Mestrando do curso de pós-graduação em Saúde Coletiva – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Médico do Trabalho do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. fernandofejomed@gmail.com

¹⁷ Mestranda do curso de pós-graduação em Saúde Coletiva – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). ina.sm@terra.com.br

¹⁸ Mestranda do curso de pós-graduação em Engenharia de Produção – UFRGS; Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. crisbundchen@gmail.com

¹⁹ Doutor em Ergonomia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Professor do curso de pós-graduação em Saúde Coletiva – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Professor do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da UFRGS. pbarros@ufrgs.br

da FASE. Foram utilizados a Job Stress Scale, para avaliação das demandas psicológicas, controle sobre o trabalho e apoio social no trabalho através do modelo demanda-controle-apoio social, e o WHOQOL abreviado, para avaliação da qualidade de vida dos trabalhadores da instituição.

RESULTADOS

Na avaliação geral da qualidade de vida, os domínios físico, das relações sociais e de meio ambiente foram os que apresentaram menores escores médios. O trabalho de alta exigência esteve associado com piores escores em todos os domínios de qualidade de vida. As demandas psicológicas e o baixo apoio social estiveram fortemente associados a piores escores de qualidade de vida em todos os domínios. A sintomatologia clinicamente relevante para ansiedade e depressão, assim como os escores sugestivos de transtorno depressivo maior e transtorno de ansiedade estiveram fortemente associados a menores escores de qualidade de vida entre os trabalhadores estudados ($p < 0,001$).

CONCLUSÕES

Os fatores psicossociais do trabalho estão associados a piores escores de qualidade de vida. Os trabalhadores com trabalho caracterizado como de alta exigência apresentaram um maior comprometimento nos domínios da qualidade de vida. Além disso, a depressão e a ansiedade pioram os escores da qualidade de vida em todos os domínios, sendo necessário maior investimento em políticas de promoção da saúde, com foco na organização do trabalho e no suporte psicológico desses trabalhadores.

1 INTRODUÇÃO

O surgimento do estudo da qualidade de vida como um desfecho de saúde decorre, a partir do século XX, da busca por indicadores sociais mais abrangentes, (FLECK, 2008). A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto do sistema cultural e de valores em que ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1995). Já para Minayo et al., a qualidade de vida está relacionada à satisfação de necessidades elementares da vida humana, dentre as quais acesso à água potável, alimentação, educação, saúde, trabalho, habitação e lazer, elementos essenciais ao bem-estar e a realização individual e coletiva (MINAYO, HARTZ & BUSS, 2000).

Devido à mudança no perfil de morbimortalidade das populações ao longo das últimas décadas, com um aumento na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, vem se buscando retirar o enfoque curativo das abordagens em saúde, cultivando-se a perspectiva de "melhoria da vida" dos indivíduos (BOWLING & BRAZIER, 1995; EBRAHIM, 1995). Diversos instrumentos foram desenvolvidos para avaliação da qualidade de vida, entretanto a maioria deles buscava avaliar o impacto de condições patológicas, abordando aspectos negativos da saúde. O World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), desenvolvido pela OMS, surge em uma perspectiva de aliar aspectos negativos e positivos na avaliação da qualidade de vida (CARR et al., 1996).

Nesse contexto, o interesse pelo estudo da qualidade de vida nas populações tem crescido nas últimas décadas. Entretanto, na área da saúde do trabalhador, estudos que avaliem as relações entre trabalho e qualidade de vida são escassos. A literatura recente tem sugerido a necessidade de abordar esse tópico no contexto das atividades laborais (BLANC, 2004; LANDEIRO, 2011).

Alguns grupos populacionais como idosos, adolescentes, pacientes com transtornos mentais, dependentes químicos ou pessoas com doenças graves vêm demonstrando a importância da abordagem da qualidade de vida no âmbito da ciência,

atuando como desfecho que possibilite direcionar intervenções para as reais necessidades das pessoas (FLECK et al, 2002; PEREIRA et al, 2006; GORDIA et al, 2009; LIMA, 2001; BAMPI, GUILHEM & LIMA, 2008).

Na saúde do trabalhador, alguns estudos recentes têm evidenciado a importância dos fatores psicossociais do trabalho no bem-estar subjetivo dos trabalhadores, tendo esses fatores efeito independente no bem-estar dos indivíduos. Indo ao encontro da abordagem conceitual sobre qualidade de vida proposta pela Organização Mundial da Saúde, Stansfeld et al sugerem a necessidade da organização do trabalho se basear na melhoria dos seus aspectos positivos e não apenas nos fatores negativos das condições laborais (STANSFELD et al., 2013).

Condições psicossociais adversas no trabalho vêm sendo associadas à qualidade de vida, dentre as quais o desequilíbrio esforço-recompensa (SILVA & BARRETO, 2012; TELES et al, 2014) e o trabalho de alta exigência – a partir do modelo demanda-controle – (LERNER et al, 1994; SILVA & BARRETO, 2012; FERNANDES & ROCHA et al, 2009). Alguns grupos de trabalhadores têm se destacado nas pesquisas científicas sobre qualidade de vida, dentre os quais os funcionários públicos em geral (NASERMOADDELI et al, 2003), os bancários (SILVA & BARRETO, 2012), os professores (FERNANDES & ROCHA et al, 2009) e os profissionais da área da saúde (SILVA et al, 2010; MASCARENHAS et al, 2013).

Um estudo com 1.726 trabalhadores cadastrados no sistema de seguridade social de Taiwan identificou correlações significativas entre condições de trabalho (com atenção especial para as situações laborais geradoras de estresse e ansiedade) e qualidade de vida. Tais condições estavam correlacionadas a piores escores de qualidade de vida em todos os domínios avaliados (físico, psicológico, social e ambiental) (LIANG & KUO, 2002).

Dentro dessa perspectiva, atenta-se para o trabalho nas Fundações de Atendimento Socioeducativo (FASE), que tem se demonstrado como possível fonte de adoecimento psíquico. As precárias condições de trabalho como ambientes insalubres, convívio com violência, longas jornadas de trabalho, pressão e dificuldades de convivência entre colegas vêm sendo relatadas por alguns estudos recentes (GRANDO, 2006; GRECO, 2011). Além disso, já foi evidenciada uma alta prevalência de

transtornos mentais comuns (acima de 50%) entre agentes socioeducadores. Mesmo assim, pesquisas com esse grupo de profissionais são escassas. O trabalho na FASE-RS divide-se entre as casas de atendimento aos adolescentes e jovens adultos em cumprimento de medida socioeducativa e a Sede Administrativa (Sede) da instituição, que é uma fundação pública do estado. Suas atividades são desenvolvidas nos sete Centros de Atendimento Socioeducativo (CASE) de Porto Alegre e em sete CASE do interior do Rio Grande do Sul, além das casas de semiliberdade.

Considerando a avaliação da qualidade de vida como um instrumento em prol da promoção da saúde (BUSS, 2000; CAMPOS & RODRIGUES NETO, 2008), este estudo objetivou investigar a exposição a fatores psicossociais do trabalho e sua relação com a qualidade de vida dos trabalhadores da FASE, observando também possíveis correlações entre a sintomatologia de depressão e ansiedade e a qualidade de vida subjetiva.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de corte transversal, desenvolvido entre novembro de 2014 e abril de 2015. A população do estudo foi composta por 450 trabalhadores de três casas da FASE-RS, sendo uma delas a sede administrativa (n=216) e os outros dois Centros de Atendimento Socioeducativo que são casas de internação masculinas (n=234). Diante da impossibilidade de estudar todas as unidades da fundação, a escolha das casas deu-se a partir do critério da possibilidade em abranger as diferentes atividades e funções desenvolvidas na instituição.

A amostra consistiu em 208 indivíduos de dois grupos de trabalhadores da FASE, sendo um os que têm contato direto com os jovens em regime de internação e o outro os da sede administrativa. Foi utilizado procedimento de amostragem para comparação de duas médias através do programa Epi Info 7, para um nível de confiança de 95%, um poder de estudo de 80%, um desvio padrão estimado para os escores de qualidade de vida de 17,0 e uma diferença a ser detectada de 6,0 pontos entre os grupos a serem comparados, conforme evidenciado em estudo prévio que avaliou a qualidade de vida

entre professores (FERNANDES & ROCHA, 2009). O número de sujeitos para amostra em cada grupo foi calculado em 99 trabalhadores, totalizando 198 indivíduos no total. Todos os trabalhadores das três unidades selecionadas foram convidados a participar da pesquisa. Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido concordando com os aspectos envolvidos na pesquisa. Os instrumentos para coleta de dados foram auto preenchidos, tendo a coleta sido desenvolvida por dois pesquisadores treinados. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS e pelo CONEP, estando registrada na Plataforma Brasil.

Os aspectos psicossociais do trabalho foram mensurados através da Job Stress Scale (JSS), também conhecida como Escala Sueca Demanda-Controle-Apoio Social, onde os domínios (demanda psicológica, controle sobre o trabalho e apoio social) foram obtidos por meio da soma dos pontos atribuídos a cada uma das perguntas relacionadas a eles. Após esse procedimento, os escores da demanda psicológica (alta e baixa), do controle sobre o trabalho (alto e baixo) e do apoio social (alto e baixo) foram dicotomizados, adotando-se a mediana como ponto de corte. A exposição ao estresse foi avaliada mediante a construção de quadrantes, combinando alta e baixa demanda psicológica com alto e baixo controle sobre o trabalho, refletindo as seguintes situações de trabalho do modelo demanda-controle: baixa exigência (combinação de baixa demanda e alto controle), trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle) e alta exigência (alta demanda e baixo controle).

A qualidade de vida foi mensurada através do WHOQOL abreviado, instrumento desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS), estruturado em quatro diferentes domínios que avaliam aspectos físicos, bem estar psicológico, relações sociais e o meio ambiente, a partir de 26 perguntas propostas (FLECK et al, 2000). As respostas às questões foram dadas numa escala com um único intervalo de 0 (zero) a 5 (cinco) e os escores finais de cada domínio foram calculados por uma sintaxe, que considera as respostas de cada questão que compõem o domínio, numa escala de 4 a 20 e posteriormente padronizados em uma escala de 0 a 100.

Os desfechos de ansiedade e depressão foram avaliados através de dois

instrumentos: (i) Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II) – questionário de autoavaliação composto por 21 itens, referentes a como o sujeito vem se sentindo na última semana, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3 e (ii) Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) – inventário também composto de 21 itens onde a soma dos escores obtidos para cada item resulta em um escore total que varia de 0 a 63 pontos. Foram adotados dois pontos de corte para os dois instrumentos: (i) escores acima de 10 para detectar presença de sintomas depressivos e presença de sintomas ansiosos e (ii) escores acima de 19 para detectar escore sugestivo de transtorno depressivo maior e transtorno de ansiedade.

As associações entre as características sociodemográficas, de comportamentos relacionados à saúde, de morbidade, de situações laborais, psicossociais, de ansiedade, de depressão e dos domínios de qualidade de vida com o local de trabalho foram verificadas através de testes Qui-Quadrado ou teste t de Student. Análises de variância (ANOVA) com teste *post-hoc* de Tukey e testes t de Student foram utilizados para avaliar a qualidade de vida de acordo com os quadrantes do modelo demanda-controle e com os fatores psicossociais, respectivamente. Também foram realizadas correlações de Pearson dos escores de cada domínio de qualidade de vida com os escores de depressão e de ansiedade. Posteriormente, a qualidade de vida de acordo com o modelo demanda-controle e com os fatores psicossociais do trabalho foi reavaliada, uma vez controlados os efeitos da ansiedade e da depressão através de análises de covariância (ANCOVA). Os resultados foram exibidos em gráficos de médias com um desvio padrão, ou tabulados em média, desvio-padrão, frequência absoluta e percentual. Todas as análises foram realizadas no software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 21 e a significância estatística adotada foi de 5%.

3 RESULTADOS

As informações sociodemográficas, de comportamentos relacionados à saúde e da característica relativa à morbidade da amostra foram descritas discriminadas por

local de trabalho. Os grupos foram homogêneos quanto às distribuições por gênero, situação conjugal, cor da pele autorreferida, prática de atividade física, uso abusivo de álcool, tabagismo e presença de doença crônica. Os servidores nos CASE foram 3,18 anos, em média, mais velhos que os servidores da Sede. A maioria dos indivíduos da amostra tinha curso superior (55,8%), embora os trabalhadores da Sede tivessem escolaridade proporcionalmente maior. Os CASE apresentaram maior proporção de trabalhadores com 5 a 10 salários mínimos, enquanto a Sede de profissionais com 1 a 5 salários, conforme mostra a Tabela 1.

TABELA 1 – Características sociodemográficas, de comportamentos relacionados à saúde e de característica relativa à morbidade de acordo com local de trabalho

Variável	CASE n(%)	SEDE n(%)	Total n(%)	Valor p
¶ Idade (anos)	44,43 ± 8,78	41,25 ± 11,64	42,83±10,4	0,028**
Gênero				0,427#
Masculino	50 (50,5)	48 (44,0)	98 (47,1)	
Feminino	49 (49,5)	61 (56,0)	110 (52,9)	
Escolaridade				0,006‡
Ensino Fundamental	1 (1,0)	3 (2,8)	4 (1,9)	
Ensino Médio	29 (29,3)	14 (12,8)	43 (20,7)	
Ensino Superior	55 (55,6)	61 (56,0)	116 (55,8)	
Pós-graduado	14 (14,1)	31 (28,4)	45 (21,6)	
Situação conjugal				0,371#
Com companheiro	52 (53,1)	50 (45,9)	102 (49,3)	
Sem companheiro	46 (46,9)	59 (54,1)	105 (50,7)	
Raça/Cor da pele				0,894#
Branca	70 (79,5)	83 (81,4)	153 (80,5)	
Não branca	18 (20,5)	19(18,6)	37 (19,5)	
Renda				0,001‡
1 a 5 SM	23 (25,0)	53 (49,5)	76 (38,2)	
5 a 10 SM	53 (57,6)	36 (33,6)	89 (44,7)	
Mais de 10 SM	16 (17,4)	18 (16,8)	34 (17,1)	
Atividade física				0,448#
Não	47 (47,5)	45 (41,3)	92 (44,2)	

Uso abusivo de álcool	Sim	52 (52,5)	64 (58,7)	116 (55,8)	0,258 ^{###}
	Não	92 (94,8)	107 (98,2)	199 (96,6)	
Tabagismo	Sim	5 (5,2)	2 (1,8)	7 (3,4)	0,073 [#]
	Não	78 (78,8)	96 (88,9)	174 (84,1)	
Doença crônica	Sim	21 (21,2)	12 (11,1)	33 (15,9)	0,145 [#]
	Não	52 (54,7)	71 (65,7)	123 (60,6)	
	Sim	43 (45,3)	37 (34,3)	80 (39,4)	

[¶] Expresso em média \pm desvio-padrão; ^{**}Teste t; [¥] Teste Qui-quadrado de Pearson; [#] Teste Qui-quadrado de Pearson com correção de continuidade; ^{###} Teste Exato de Fisher

Em relação às características laborais, os perfis dos dois grupos demonstraram-se distintos. Os trabalhadores dos CASE trabalhavam há mais tempo na instituição e faziam maior quantidade de horas extras mensais. O regime de trabalho de 81,8% (n=81) dos trabalhadores dos CASE foi em turno de trabalho de 12 horas, seguidas por 36 horas de descanso, enquanto 100% (n=109) dos trabalhadores da Sede trabalhavam 6 ou 8 horas diárias. A autonomia no trabalho autorreferida, bem como a motivação para o trabalho não se distribuíram de forma homogênea nos dois locais, sendo maiores suas proporções na Sede, comparadas aos CASE. O trabalho é considerado desgastante para 90,9% (n=90) dos trabalhadores dos CASE e para 45,8% (n=49) dos da Sede. Além disso, 90,8% (n=89) dos trabalhadores dos CASE já sofreram pelo menos algum tipo de agressão no trabalho, seja verbal ou física, enquanto na Sede essa prevalência foi de 24,3% (n=26). O trabalho prejudica ou já prejudicou a saúde e a vida pessoal de 86,7% (n=85) e 78,1% (n=75) dos trabalhadores dos CASE, respectivamente. Para os trabalhadores da Sede as respostas afirmativas para as mesmas perguntas foram de 44,4% (n=48) e 29,0% (n=31), respectivamente. Além disso, 60,2% (n=59) dos entrevistados dos CASE tiveram afastamento por doença originada no trabalho. Na Sede este percentual foi de 27,8% (n=30).

TABELA 2 - Características e situações laborais de acordo com o local de trabalho

Variáveis	CASE n(%)	SEDE n(%)	TOTAL n(%)	Valor p
Tempo de atuação (anos)				<0,001 [#]
Até 12 anos	32 (32,3)	73 (67,0)	105 (50,5)	
Mais de 12 anos	67 (67,7)	36 (33,0)	103 (49,5)	
Horas extra/mês				<0,001 [#]
Até 60 horas	37 (38,5)	99 (99,0)	136 (69,4)	
Mais de 60 horas	59 (61,5)	1 (1,0)	60 (30,6)	
Regime de trabalho				<0,001 [#]
Turno diário de 6h ou 8h	18 (18,2)	109 (100,0)	127 (61,1)	
12h de trabalho/36h de descanso	81 (81,8)	0 (0,0)	81 (38,9)	
Função				<0,001 [#]
Adm/outras	14 (14,1)	100 (91,7)	114 (54,8)	
Agente/Analista	85 (85,9)	9 (8,3)	94 (45,2)	
Não possui autonomia no trabalho	46 (51,1)	31 (32,0)	77 (41,2)	0,012 [#]
Considera o trabalho desgastante	90 (90,9)	49 (45,8)	139 (67,5)	<0,001 [#]
Não sente motivação para ir trabalhar	46 (48,4)	25 (23,4)	71 (35,1)	<0,001 [#]
Sofreu pelo menos um tipo de violência (verbal/física)	89 (90,8)	26 (24,3)	115 (56,1)	<0,001 [¥]
Prejuízo da saúde devido ao trabalho	85 (86,7)	48 (44,4)	133 (64,6)	<0,001 [#]
Prejuízo da vida pessoal devido ao trabalho	75 (78,1)	31 (29,0)	106 (52,2)	<0,001 [#]
Afastamento por doença pessoal	56 (57,1)	44 (41,1)	100 (48,8)	0,031 [#]
Afastamento por doença do trabalho	59 (60,2)	30 (27,8)	89 (43,2)	<0,001 [#]

¥ Teste Qui-quadrado de Pearson; # Teste Qui-quadrado de Pearson com correção de continuidade; ### Teste Exato de Fisher;

O trabalho com alta demanda psicológica esteve presente em 68,7% (n=68) dos trabalhadores que exerciam suas atividades nas casas de internação e em 34,9% (n=38) dos trabalhadores da Sede administrativa. Já o baixo controle sobre o trabalho e o baixo apoio social estiveram presentes em 38% (n=41) e 24,8% (n=27) dos servidores da Sede, enquanto nos CASE os percentuais foram de 56,6% (n=56) e 84,8% (n=84), respectivamente. O alto desgaste representado pelo quadrante de alta exigência esteve presente em 40,4% (n=40) dos trabalhadores dos CASE, enquanto que na Sede essa

prevalência foi de 9,3% (n=10). Os CASE apresentaram escores médios significativamente superiores aos trabalhadores da Sede nas avaliações de ansiedade e depressão. Também houve diferença significativa na prevalência de sintomas de ansiedade e depressão e na prevalência de escore sugestivo de transtorno depressivo.

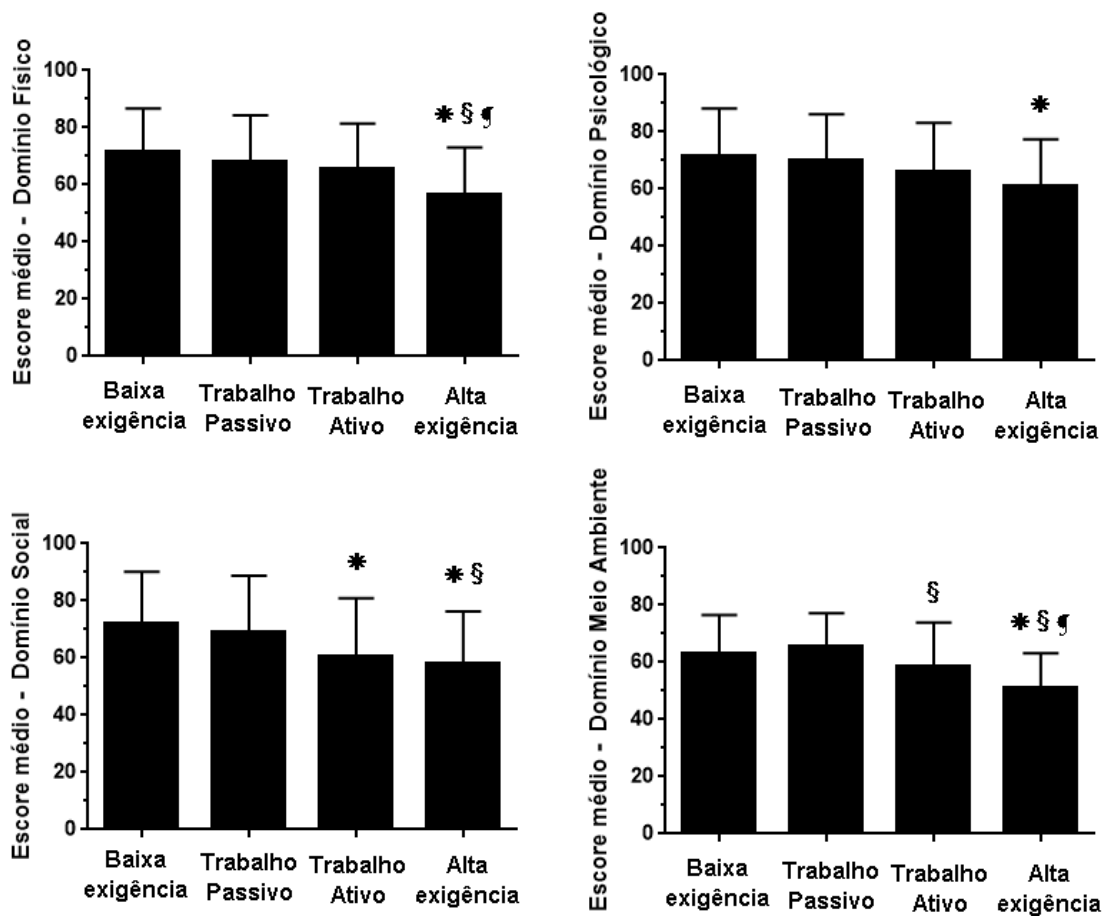
TABELA 3 – Características psicossociais, de ansiedade e depressão de acordo com o local de trabalho

Variáveis	CASE n(%)	SEDE n(%)	Total	Valor p
Alta demanda psicológica	68 (68,7)	38 (34,9)	106 (51,0)	<0,001 [#]
Baixo controle sobre o trabalho	56 (56,6)	41 (38,0)	97 (46,9)	0,011 [#]
Baixo apoio social	84 (84,8)	27 (24,8)	111 (53,4)	<0,001 [#]
Alta Exigência	40 (40,4)	10 (9,3)	50 (24,2)	<0,001 [¥]
¶ BDI - escore total	12,67 ± 10,42	9,47 ± 8,75	10,99 ± 9,69	0,018 ^{**}
¶ BAI - escore total	11,00 ± 10,23	7,24 ± 8,30	9,04 ± 9,44	0,004 ^{**}
Presença de Sintomas Depressivos	50 (50,5)	40 (36,7)	90 (43,3)	0,062 [#]
Escore Sugestivo de Transtorno Depressivo Maior	22 (22,2)	12 (11,0)	34 (16,3)	0,046 [#]
Presença de Sintomas Ansiosos	44 (44,4)	29 (26,9)	73 (35,5)	0,012 [#]
Transtorno de Ansiedade	15 (15,2)	10 (9,3)	25 (12,1)	0,277 [#]
¶ Domínio físico - escore total	61,94 ± 17,32	68,61 ± 15,54	65,44 ± 16,71	0,004 ^{**}
¶ Domínio psicológico - escore total	65,38 ± 16,47	68,69 ± 17,45	67,07 ± 17,04	0,149 ^{**}
¶ Domínio social - escore total	61,78 ± 18,52	67,66 ± 20,78	64,86 ± 19,91	0,033 ^{**}
¶ Domínio meio ambiente - escore total	56,34 ± 14,01	62,41 ± 14,00	59,53 ± 14,30	0,002 ^{**}

¶ Expresso em média ± desvio-padrão; **Teste t; ¥ Teste Qui-quadrado de Pearson; # Teste Qui-quadrado de Pearson com correção de continuidade;

Foram encontradas diferenças significativas dos escores médios nos quatro domínios de qualidade de vida quanto ao estresse laboral avaliado pelo modelo

demanda-controle. Os trabalhadores com alta exigência apresentaram escores do domínio físico inferiores aos dos trabalhadores com trabalho ativo ($56,64 \pm 16,41$ vs $65,31 \pm 16,13$, respectivamente), trabalho passivo ($56,64 \pm 16,41$ vs $68,24 \pm 16,01$, respectivamente) e também daqueles com baixa exigência ($56,64 \pm 16,41$ vs $71,30 \pm 15,29$, respectivamente). Os trabalhadores com alta exigência também apresentaram escores de bem-estar psicológico significativamente inferiores aos dos trabalhadores com baixa exigência ($61,08 \pm 16,27$ vs $71,37 \pm 16,80$, respectivamente). No âmbito das relações sociais, os escores dos trabalhadores com alta exigência foram inferiores aos escores dos trabalhadores com trabalho passivo ($57,83 \pm 18,47$ vs $68,97 \pm 19,79$, respectivamente) e com baixa exigência ($57,83 \pm 18,47$ vs $72,07 \pm 18,04$, respectivamente). Além disso, os trabalhadores com trabalho ativo também apresentaram escores inferiores àqueles com baixa exigência ($60,57 \pm 20,38$ vs $72,07 \pm 18,04$, respectivamente). De forma análoga ao domínio físico, os trabalhadores com alta exigência apresentaram escores do domínio ambiental inferiores aos escores dos trabalhadores com trabalho ativo ($51,19 \pm 11,91$ vs $58,37 \pm 15,58$, respectivamente), trabalho passivo ($51,19 \pm 11,91$ vs $65,36 \pm 11,83$, respectivamente) e com baixa exigência ($51,19 \pm 11,91$ vs $63,14 \pm 13,44$, respectivamente). Os trabalhadores com trabalho ativo também apresentaram escores inferiores àqueles com trabalho passivo ($58,37 \pm 15,58$ vs $65,36 \pm 11,83$, respectivamente).



Teste post-hoc de Tukey: * Difere significativamente da Baixa exigência; § Difere significativamente do Trabalho passivo; ¶ Difere significativamente do Trabalho ativo

Figura 1: Escore médio de qualidade de vida conforme modelo demanda-controle

Foram encontradas correlações fortes significativas dos escores de depressão com os escores dos domínios psicológico ($r = -0,773$; $p < 0,001$) e físico ($r = -0,716$; $p < 0,001$) e moderadas com os escores dos domínios social ($r = -0,595$; $p < 0,001$) e meio ambiente ($r = -0,591$; $p < 0,001$). Os escores de ansiedade também estiveram correlacionados com os domínios físico ($r = -0,633$; $p < 0,001$), psicológico ($r = -0,567$; $p < 0,001$), ambiental ($r = -0,479$; $p < 0,001$) e social ($r = -0,407$; $p < 0,001$). Essas correlações negativas indicam que o aumento dos escores depressivos e ansiosos acompanha a diminuição dos escores de qualidade de vida.

Diante da correlação existente de ansiedade e depressão com piores índices de qualidade de vida, buscou-se analisar o impacto que o estresse laboral teria na qualidade de vida de forma independente das condições de saúde mental, controlando-

se essas variáveis. A tabela 4 apresenta os escores médios de qualidade de vida quanto ao estresse laboral após o controle da ansiedade e da depressão. Não foram mais encontradas diferenças significativas nos domínios físico e bem-estar psicológico, contudo os escores do domínio social dos trabalhadores com trabalho ativo ou de alta exigência continuaram sendo inferiores aos dos trabalhadores com baixa exigência e trabalho passivo. No domínio ambiental, as relações permaneceram existindo, com os trabalhadores do quadrante alta exigência apresentando escores inferiores aos dos trabalhadores com trabalho ativo, trabalho passivo e com baixa exigência. Os trabalhadores com trabalho ativo também apresentaram escores inferiores àqueles com trabalho passivo.

TABELA 4: Escore médio de qualidade de vida conforme modelo demanda-controle, controlando depressão e ansiedade

	Físico	Psicológico	Social	Meio Ambiente
Baixa Exigência	68,03 ± 11,20	67,55 ± 11,06	68,80 ^a ± 16,08	60,90 ^{ab} ± 11,29
Trabalho Passivo	65,04 ± 11,31	67,70 ± 10,96	67,13 ^a ± 15,94	64,10 ^a ± 11,19
Trabalho Ativo	66,13 ± 11,07	66,72 ± 10,93	61,37 ^b ± 15,90	58,93 ^b ± 11,16
Alta Exigência	62,25 ± 11,45	66,18 ± 11,14	62,19 ^b ± 16,20	54,17 ^c ± 11,37
Valor p	0,077	0,894	0,049	<0,001

Média±Desvio Padrão. Médias seguidas de letras iguais não diferem entre si (Teste post-hoc de Tukey)

Os escores médios dos quatro domínios de qualidade de vida foram significativamente inferiores nos trabalhadores submetidos a altas demandas psicológicas, bem como naqueles com baixo apoio social. Os trabalhadores com baixo controle sobre o trabalho apresentaram menor escore de qualidade de vida no domínio físico. Após controlar os efeitos de ansiedade e depressão, as altas demandas psicológicas e o baixo apoio social continuaram apresentando escores menores apenas nos domínios social e ambiental.

TABELA 5: Escore médio de qualidade de vida conforme fatores psicossociais

	Domínios de qualidade de vida			
	Físico	Psicológico	Social	Meio ambiente
Demanda psicológica				
Alta	61,22 ± 16,75	63,56 ± 16,96	59,28 ± 19,46	54,98 ± 14,36
Baixa	69,82 ± 15,56	70,71 ± 16,41	70,67 ± 18,75	64,25 ± 12,67
Valor p	<0,001	0,002	<0,001*	<0,001*
Controle sobre o trabalho				
Baixo	62,26 ± 17,15	65,34 ± 16,77	63,23 ± 19,83	58,05 ± 13,79
Alto	68,25 ± 15,94	68,52 ± 17,26	66,21 ± 20,03	60,71 ± 14,70
Valor p	0,010*	0,181	0,284	0,183
Apoio Social				
Baixo	61,29 ± 16,19	63,55 ± 17,23	59,91 ± 18,24	55,52 ± 13,95
Alto	70,18 ± 16,09	71,09 ± 15,97	70,53 ± 20,31	64,11 ± 13,34
Valor p	<0,001	0,001	<0,001*	<0,001*

* Valor de p <0,05 após controle para depressão e ansiedade

4 DISCUSSÃO

O domínio com piores escores na qualidade de vida entre os trabalhadores estudados foi o de meio ambiente, seguido pelos domínios físico e de relações sociais. Estudos prévios com professores evidenciaram que os domínios físico e ambiental apresentaram os piores escores entre os pesquisados (FERNANDES & ROCHA, 2009; PENTEADO & PEREIRA, 2007). Um estudo com policiais civis de Porto Alegre revelou piores índices no domínio ambiental, deflagrando também um gradiente de piora da qualidade de vida de acordo com o tempo de profissão, estando os trabalhadores com mais de 10 anos na função com escores baixos em todos os domínios, especialmente no físico e ambiental. (WAGNER et al, 2012). Da mesma forma, estudo com policiais civis do Rio de Janeiro demonstrou piores escores de qualidade de vida no domínio ambiental entre aqueles trabalhadores (ANDRADE, SOUSA & MINAYO, 2009).

Os aspectos psicossociais do trabalho e sua relação com qualidade de vida são menos estudados em saúde do trabalhador. Neste trabalho foram encontradas evidências de piores escores de qualidade de vida dos trabalhadores com altas demandas psicológicas e com baixo apoio social nos quatro domínios analisados. Os trabalhadores com baixo controle sobre o trabalho também apresentaram piores

escores de qualidade de vida no domínio físico.

As correlações significativas encontradas de ansiedade e depressão com piores índices de qualidade de vida têm sido citadas por diversos estudos (BRENES, 2007), inclusive entre trabalhadores (RUSLI et al, 2008), especialmente no que se refere aos sintomas depressivos, que podem ter um impacto negativo importante na qualidade de vida (ROCHA & FLECK, 2010). Mesmo após o controle para ansiedade e depressão como confundidores do impacto dos fatores laborais psicossociais na qualidade de vida, os trabalhadores com altas demandas psicológicas e com baixo apoio social continuaram apresentando menores escores de qualidade de vida nos domínios social e ambiental. Tal fato indica a necessidade de intervir na questão do apoio social no trabalho, inclusive porque o apoio social esteve precário em toda a amostra, principalmente nos trabalhadores dos CASE (85% com baixo apoio social). Intervenções na organização do trabalho no âmbito do apoio social parecem ser fundamentais para a promoção da saúde entre os trabalhadores da FASE, podendo impactar na melhoria da qualidade de vida dos servidores. Grande parte das vezes, intervenções que melhorem o apoio social no trabalho são mais viáveis e efetivas do que intervir nas demandas psicológicas laborais, tentando reduzi-las (DOLLARD et al, 2000).

Quanto ao estresse laboral, estudos encontraram associações relevantes entre trabalho de alta exigência e pior qualidade de vida (FERNANDES & ROCHA, 2009). Na amostra estudada, o trabalho de alta exigência segundo os quadrantes do MDC apresentou escores de qualidade de vida significativamente inferiores em todos os domínios, seguido pelo trabalho ativo, que apresentou escores inferiores significativos nos domínios social e ambiental. Todavia, após o controle das variáveis confundidoras de ansiedade e depressão, constatou-se que neste grupo de trabalhadores, o desgaste provocado pelo estresse laboral impacta de forma direta nos domínios social e ambiental, enquanto a ansiedade e a depressão impactam negativamente em todos os domínios da qualidade de vida, com maior magnitude nos domínios físico e psíquico.

As limitações do estudo devem ser consideradas. No delineamento de corte transversal, utilizado para esta pesquisa, a avaliação temporal dos eventos fica prejudicada (ROTHMAN, GREENLAND & LASH, 2011), pois tanto o desfecho como a

exposição são avaliados em um mesmo momento do tempo, reduzindo a possibilidade de inferência causal entre as variáveis pesquisadas. Não foi possível quantificar temporalmente a exposição ao estresse laboral e possíveis variações nos escores de qualidade de vida ao longo do tempo. No entanto, os trabalhadores pesquisados são servidores de uma fundação pública que tem pouca variação nos processos de trabalho ao longo dos anos, o que indica que a exposição aos fatores psicossociais avaliados mantém certa estabilidade ao longo do tempo, minimizando o viés da variação dessas condições. O trabalho em contato com os jovens mantém-se como condição essencial do trabalho – para aqueles que exercem suas atividades nas casas de internação – desde que o indivíduo começa a trabalhar na instituição. Da mesma forma, a natureza do trabalho na sede administrativa mantém-se semelhante ao longo do tempo. Tais características citadas reduzem a probabilidade de haver causalidade reversa nas correlações e associações estudadas (SANTANA & CUNHA, 2013), sendo plausível inferir que o estresse laboral na FASE influencia a qualidade de vida desses trabalhadores, tanto direta – domínios social e ambiental – como indiretamente – em todos os domínios – através de seu reflexo na sintomatologia de ansiedade e depressão. Cita-se ainda que os resultados dialogam com achados de outros estudos internacionais (RUSLI et al, 2008).

A amostra foi representativa para as três unidades da FASE que constituíram a população do estudo, porém não pode ser considerada representativa de todas as diferentes casas de atendimento aos jovens da instituição, já que cada local pode estar submetido a particularidades específicas de seus processos de trabalho. A casa de atendimento feminina e as casas de regime de semiliberdade, por exemplo, não foram avaliadas na presente pesquisa.

Além das medidas de intervenção nas condições de trabalho e no estresse laboral, como forma de prevenir e promover a saúde desse grupo de trabalhadores, um suporte de atendimento psicológico e psiquiátrico poderia ter efeito benéfico para a melhoria da qualidade de vida, tendo em vista que a depressão e a ansiedade estiveram fortemente associadas a piores escores de qualidade de vida. O adequado suporte, acolhimento e tratamento dos funcionários que já estão em condição de sofrimento psíquico exacerbado, seja pela presença de sintomatologia de ansiedade e

depressão em condição pré-patológica, seja na condição de transtorno depressivo ou ansioso estabelecido, são fundamentais para que se busque uma melhora da qualidade de vida e da percepção dos indivíduos sobre sua saúde, fato que pode impactar positivamente em todo contexto de trabalho da instituição e contribuir para que os servidores da FASE estejam em condições saudáveis para trabalhar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Edson Ribeiro; SOUSA, Edinilsa Ramos de.; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Intervenção visando a auto-estima e qualidade de vida dos policiais civis do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2009, vol.14, n.1, pp. 275-285. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100034>. Acesso em mai de 2015.

BAMPI, L.N.S; Guilhem D, Lima DD. Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL-BRIEF. **Rev. Bras. Epidemiol.** 2008; 11(1): 67-77.

BLANC, P.D. Why quality of life should matter to occupational health researchers. **Occup. Environ. Med.** 2004 Jul;61(7)571.

BOWLING, A.; BRAZIER, J. Quality of life in social science and medicine. **Soc. Sci. Med.** 1995;41(10):1337-8.

BRENES, G. A. Anxiety, Depression, and Quality of Life in Primary Care Patients. **Prim Care Companion J Clin Psychiatry.** 2007; 9(6): 437-443.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Colet.** 2000; 5(1): 163-77.

CAMPOS, M.O., RODRIGUES, Neto J.F. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Rev. Baiana Saúde Pública** 2008; 32(2): 232-40.

CARR, A.J.; THOMPSON, P.W.; KIRWAN, J.R. Quality of life measures. **Br. J. Rheumatol.** 1996; 35(3): 275-81.

DOLLARD, M. F., WINEFIELD, H. R., WINEFIELD, A. H. and de JONGE, J., Psychosocial job strain and productivity in human service workers: A test of the demand-control-support model. **Journal of Occupational and Organizational Psychology.** 2000; 73: 501-510.

EBRAHIM, S. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. **Soc. Sci. Med.** 1995;41(10):1383-94.

FERNANDES, Marcos Henrique; ROCHA, Vera Maria da. Impact of the psychosocial aspects of work on the quality of life of teachers. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 31, n. 1, p. 15-20, Mar. 2009 .

FLECK, M.P.A. **A avaliação de qualidade de vida – guia para profissionais da saúde.** Porto Alegre: Artmed; 2008.

_____. et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social

em cuidados primários de saúde. **Rev Saúde Pública** 2002; 36(4): 431-8.

GORDIA, A.P.; QUADROS, T.M.B.; CAMPOS, W.; PETROSKI, E.L. Domínio físico da qualidade de vida entre adolescentes: associação com atividade física e sexo. **Rev. Salud Pub.** 2009; 11(1): 50-61.

LANDEIRO, Graziela Macedo Bastos et al. Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados SciELO. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 10, p. 4257-4266, Oct. 2011.

LERNER, D.J; LEVINE, S.; MALSPEIS, S.; D'AGOSTINO, R.B. Job strain and health-related quality of life in a national sample. **Am. J. Public Health.** 1994 October; 84(10): 1580–1585.

LIMA, A.F.B.S. **Qualidade de vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool.** Dissertação de mestrado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.

MASCARENHAS, Claudio Henrique Meira et al. **Qualidade De Vida Em Trabalhadores Da Área De Saúde: Uma Revisão Sistemática.** Revista Espaço para a Saúde. Londrina, PR, v. 14, nº. 1 e 2, p. 72-81, dez. 2013. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.uel.br%2Frevistas%2Fuel%2Findex.php%2Fespacoparasaude%2Farticle%2Fdownload%2F9974%2Fpdf_5&ei=qZ3KU7nJFKTKsATJmoDQBw&usg=AFQjCNFkHtWQNqGNxE8Bsyn3xauqCF3Z1Q&bvm=bv.71198958,d.cWc>. Acesso em: mar de 2015.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. Saúde Colet.** 2000; 5(1): 7-18.

NASERMOADDELI, A.; SEKINE, M.; HAMANISHI, S.; KAGAMIMORI, S. Associations between sense of coherence and psychological work characteristics with changes in quality of life in Japanese civil servants: a 1-year follow-up study. **Ind. Health.** 2003 Jul;41(3):236-41.

PENTEADO, R.Z.; PEREIRA, I.M. Quality of life and vocal health of teachers. **Rev Saude Publica.** 2007;41(2):236-43.

PEREIRA, R.J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev Psiq** 2006; 28(1): 27-38.

ROCHA, Neusa Sica da; FLECK, Marcelo P.. Evaluation of quality of life in adults with chronic health conditions: the role of depressive symptoms. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 32, n. 2, p. 119-124, June 2010 .

RUSLI, B.N.; EDIMANSYAH, B.A.; NAING, L. Working conditions, self-perceived stress, anxiety, depression and quality of life: a structural equation modelling approach. **BMC Public Health**. 2008 Feb 6;8:48.

SANTANA & CUNHA. Estudos Transversais. In: ALMEIDA Filho N.; BARETTO, M. L. **Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos e aplicações**. – [Reimpr.] Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.

SILVA, Amanda Aparecida et al. Health-related quality of life and working conditions among nursing providers. **Rev. Saúde Pública**, Aug 2010, vol.44, no.4, p.718-725.

STEPHEN, A. et al. Work Characteristics and Personal Social Support as Determinants of Subjective Well-Being. **PLOS One**. **Published**: November 19, 2013.

TELES, Mariza Alves Barbosa et al.. Psychosocial work conditions and quality of life among primary health care employees: a cross sectional study. **Health and Quality of Life Outcomes** 2014; 12:72

The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med.** 1995;41:1403-10.

WAGNER, L.C. et al. Saúde mental e qualidade de vida de policiais civis da região metropolitana de Porto Alegre. **Rev. Bras. Med. Trab.**2012;10(2):64-71.

WEN-MIIN, Liang; HSIEN-WEN, Kuo. Effects of Workplace Conditions on Taiwanese Workers' Quality of Life. **Mid. Taiwan J. Med.** 2002;7:206-14.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho de mestrado pôde, abrangendo diferentes locais e funções desempenhadas na Fundação de Atendimento Sócio-Educativo do Estado do Rio Grande do Sul (FASE-RS), descrever o grau de estresse ocupacional e o desgaste mental a que os trabalhadores da instituição estão submetidos em seu cotidiano. Foi possível também descrever as prevalências de ansiedade e depressão na amostra estudada e os níveis de qualidade de vida desses trabalhadores. Identificaram-se alguns aspectos do trabalho da Fundação que são potenciais focos de intervenção para políticas e ações em saúde do trabalhador na FASE-RS.

Os resultados encontrados nesta pesquisa chamam bastante atenção para as questões concernentes à organização do trabalho na FASE. As altas demandas psicológicas no trabalho, a baixa autonomia do trabalhador sobre o seu trabalho e o baixo nível de apoio social entre os servidores foram marcantes no grupo de trabalhadores estudado, especialmente entre os profissionais das casas de internação.

A exposição à violência, o regime de trabalho em forma de plantão e o trabalho em contato com os jovens estiveram fortemente associados a uma alta prevalência de estresse laboral, identificando esses fatores como importantes focos de ação de prevenção e promoção da saúde. O elevado número de horas extras realizadas pelos trabalhadores da FASE-RS também é um aspecto que necessita ser abordado na instituição. O apoio social no trabalho, que pode atuar como atenuador do desgaste produzido pelo estresse laboral, é outra dimensão que demanda intervenções nas práticas laborais e merece atenção especial. Desenvolver processos laborais que busquem reestabelecer o caráter coletivo do trabalho e propiciem melhorias nas relações interpessoais entre os trabalhadores é de fundamental importância para que a exposição ao estresse não degrade o ambiente laboral na FASE.

A invisibilidade do trabalho desses servidores no âmbito da saúde pública pode acabar por colocá-los em uma situação de vulnerabilidade ocupacional, que se ilustra nos elevados índices de estresse laboral, depressão, ansiedade e baixa qualidade de vida entre os trabalhadores da instituição. Dessa forma, o trabalho apresentado nesta

dissertação chama atenção para esse grupo de trabalhadores no âmbito da saúde coletiva.

A prevalência de depressão e ansiedade foi alta em toda a amostra estudada, com destaque para os trabalhadores que exercem suas atividades nas casas de internação, tendo contato diário com jovens em cumprimento de medida socioeducativa. Mais da metade dos trabalhadores dos CASE apresentaram sintomatologia de depressão relevante, sendo esse índice maior do que o encontrado em diversos outros grupos de trabalhadores descritos na literatura. A prevalência de escores sugestivos de depressão clinicamente significativa foi cerca de duas vezes maior nas casas de internação, comparada à da sede administrativa e à população em geral. Além disso, a depressão e a ansiedade estiveram fortemente associadas a piores escores de qualidade de vida.

Por fim, este estudo confirmou a hipótese de que a organização do trabalho está associada a desfechos de saúde mental entre os trabalhadores do grupo pesquisado. Os resultados corroboram achados de diversos estudos nacionais e internacionais, identificando o papel do estresse na ocorrência de sintomas de saúde mental em trabalhadores, podendo impactar fortemente na qualidade de vida das pessoas. A exposição ao estresse ocupacional como possível preditor de qualidade de vida também é um outro aspecto muito interessante discutido neste trabalho, merecendo mais atenção para pesquisas futuras.

É fundamental para os trabalhadores da FASE que as intervenções de prevenção e promoção da saúde se dêem no âmbito da organização do trabalho, tanto para preservar os servidores saudáveis, como para dar suporte à grande proporção de trabalhadores que já enfrenta um grau elevado de comprometimento da saúde mental, fato evidenciado nas elevadas prevalências de sintomatologia de ansiedade e depressão.

Além das medidas de intervenção nas condições de trabalho e no estresse laboral, como forma de prevenir e promover a saúde, um suporte de atendimento psicológico e psiquiátrico pode trazer benefícios para a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores, sendo responsabilidade da instituição e do Estado prover atendimento de saúde adequado aos funcionários públicos que exercem suas atividades na FASE.

11 CRONOGRAMA REALIZADO PARA A PESQUISA

	AGO 2013 DEZ 2013	JAN 2014 FEV 2014	MAR 2014 ABR 2014	MAI 2014 JUN 2014	JUL 2014 AGO 2014	SET 2014 OUT 2014	NOV 2014 DEZ 2014	JAN 2015 FEV 2015	MAR 2015 ABR 2015	MAI 2015 JUN 2015	JUN 2015 JUL 2015
Revisão da Literatura	X	X									
Elaboração e digitalização do Projeto de Pesquisa			X	X	X						
Submissão do projeto ao PG-UFRGS, Comitê de Ética e ajustes						X	X				
Aplicação dos instrumentos BAI, BDI, WHOQOL-BREF							X	X	X		
Análise dos resultados									X	X	
Redação dos Artigos										X	X
Disseminação dos resultados											X

O cronograma previsto para a pesquisa foi executado após o projeto ser APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP.

12 ANEXOS

ANEXO 1



PROGRAMA DE POS-GRADUACAO EM SAÚDE COLETIVA MESTRADO ACADEMICO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: SINTOMAS DE ANSIEDADE, DEPRESSAO E QUALIDADE DE VIDA DE FUNCIONARIOS PUBLICOS DE UMA FUNDACAO DE ATENDIMENTO SOCIO-EDUCATIVO DO RIO GRANDE DO SUL

COORDENAÇÃO: Prof. Dr. Paulo Antonio Barros de Oliveira

1. NATUREZA DA PESQUISA: Esta é uma pesquisa que tem como finalidade investigar alguns aspectos da saúde mental e da qualidade de vida dos trabalhadores da FASE-RS. Este projeto foi aprovado por Comissão de Pesquisa da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS.
2. PARTICIPANTES DA PESQUISA: Participarão desta pesquisa em torno de 350 trabalhadores da FASE.
3. ENVOLVIMENTO NA PESQUISA: Ao participar deste estudo você preencherá um questionário em uma sala junto ao seu local de trabalho, onde seja conveniente e você se sinta confortável. É previsto em torno de vinte minutos para o preenchimento do questionário. Você tem a liberdade de se recusar a participar e tem a liberdade de desistir de participar em qualquer momento que decida sem qualquer prejuízo. No entanto, solicitamos sua colaboração para que possamos obter melhores resultados da pesquisa. Sempre que você queira mais informações sobre este estudo pode entrar em contato com Centro de Documentação, Pesquisa e Formação em Saúde e Trabalho – CEDOP/UFRGS, pelo telefone (51) 3308-5291 ou com o CEP/UFRGS pelo telefone (51) 3308-3738.
4. SOBRE O QUESTIONÁRIO: Serão solicitadas algumas informações básicas e perguntas de escolha simples para serem assinaladas.

5. RISCOS E DESCONFORTO: a participação nesta pesquisa não traz complicações legais de nenhuma ordem e os procedimentos utilizados obedecem aos critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à sua dignidade, portanto os riscos de qualquer natureza em participar na pesquisa são mínimos.

6. CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações coletadas nesta investigação são estritamente confidenciais. Acima de tudo interessam os dados coletivos e não aspectos particulares de cada entrevistado. Os questionários serão identificados apenas por número, não permitindo a identificação do respondente, e ficarão armazenados em sala do grupo de pesquisa pelo período de 10 anos.

7. BENEFÍCIOS: Ao participar desta pesquisa, você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que futuramente os resultados deste estudo sejam usados em benefício de todos os trabalhadores da FASE-RS e de outros funcionários públicos.

8. PAGAMENTO: Você não terá nenhum tipo de despesa por participar deste estudo, bem como não receberá nenhum tipo de pagamento por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para que participe desta pesquisa. Para tanto, preencha os itens que se seguem:

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, aceito participar desta pesquisa.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Assinatura do Coordenador da Pesquisa: _____

ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E LABORAIS

Data: _____ / _____ / _____

Idade: _____ Sexo: () feminino () masculino Cor: () negra () parda () branca ()
outra

Estado civil: () solteiro () casado () união estável () viúvo () divorciado () separado () outro.
Qual? _____

Qual a sua função/profissão na FASE: _____

Escolaridade: () Ensino Fundamental () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo
() Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo () Pós-graduado

Renda mensal familiar: () 1 a 2 salários mínimos () 3 a 5 salários mínimos () 5 a 10 salários
mínimos

() 10 a 15 salários mínimos () Mais de 15 salários mínimos

Anos de trabalho na FASE: _____ Local em que atua- () CSE () POA-1 () Sede
Administrativa

Você tem autonomia sobre as suas atividades do trabalho- () sim () não

Seu trabalho é desgastante- () sim () não

Seu trabalho lhe dá motivação- () sim () não

Seu relacionamento com colegas é- () ótimo () bom () regular () ruim

A estrutura física do seu local de trabalho é- () ótima () boa () regular () ruim

Já sofreu ameaça verbal- () sim () não

Já sofreu agressão física- () sim () não

Sente que o trabalho na FASE prejudica ou já prejudicou sua saúde em algum momento- () sim ()
não

Já pensou em se exonerar por esse motivo- () sim () não

Sente que o trabalho na FASE prejudica ou já prejudicou sua vida pessoal em algum momento- ()
sim () não

Já esteve afastado do trabalho por motivo de doença pessoal- () sim () não

Já esteve afastado por doença originada no trabalho- () sim () não

Trabalha em média quantas horas por semana no total? _____

Qual seu regime de trabalho? () 12 horas trabalho/ 36 horas de descanso

- Turno diário de 6 horas
- Turno diário de 8 horas
- Outro. Qual? _____

Realiza quantas horas extras em média por mês? _____

Pratica atividade física- sim não Qual?_____ Quantas vezes/semana-

Tem alguma doença crônica- não sim Qual-_____

Toma algum remédio continuamente/faz algum tratamento continuo- não sim Qual-

Já fizeste tratamento psicológico ou psiquiátrico- não sim, mas não faço mais sim e faço atualmente

Já teve alguma internação psiquiátrica ou por problemas de saúde mental- não sim - Quantas vezes: _____

Fuma- não sim Quantos cigarros/ dia?- ____ Há quanto tempo?- ____ anos

Faz uso abusivo de bebida alcoólica com frequência- não sim Há quanto tempo- ____ anos

Já fez ou faz uso frequente de outras drogas- não sim Qual- ____ Por quanto tempo- ____ anos

ANEXO 3 – JOB STRESS SCALE

A seguir, vamos fazer algumas perguntas sobre características de seu trabalho.

1) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?

1 Frequentemente 2 As vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nunca

2) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?

1 Frequentemente 2 As vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nunca

3) Seu trabalho exige demais de você?

1 Frequentemente 2 As vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nunca

4) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?

1 Frequentemente 2 As vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nunca

5) O seu trabalho costuma lhe apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

1 Frequentemente 2 As vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nunca

6) Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?

1 Frequentemente 2 As vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nunca

7) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?

1 Frequentemente 2 As vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nunca

8) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?

1 Frequentemente 2 As vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nunca

9) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?

1 Frequentemente 2 As vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nunca

10) Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?

1 Frequentemente 2 As vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nunca

11) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?

1 Frequentemente 2 As vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nunca

A seguir, por favor, responda até que ponto você concorda ou discorda das seguintes afirmações a respeito de seu ambiente de trabalho.

12) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.

1 Concordo totalmente 2 Concordo mais que discordo 3 Discordo mais que concordo
4 Discordo totalmente

13) No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.

1 Concordo totalmente 2 Concordo mais que discordo 3 Discordo mais que concordo
4 Discordo totalmente

14) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.

1 Concordo totalmente 2 Concordo mais que discordo 3 Discordo mais que concordo
4 Discordo totalmente

15) Se eu não estiver num bom dia, meus colegas me compreendem.

1 Concordo totalmente 2 Concordo mais que discordo 3 Discordo mais que concordo
4 Discordo totalmente

16) No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.

1 Concordo totalmente 2 Concordo mais que discordo 3 Discordo mais que concordo
4 Discordo totalmente

17) Eu gosto de trabalhar com meus colegas.

1 Concordo totalmente 2 Concordo mais que discordo 3 Discordo mais que concordo
4 Discordo totalmente

ANEXO 4 - BDI-II

Instruções:

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Por favor, leia cada uma delas cuidadosamente. Depois, escolha uma frase de cada grupo, a que melhor descreva o modo como você tem se sentido nas **duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje**. Faça um círculo em volta do número (0,1,2,ou 3), correspondente à afirmação escolhida em cada grupo. Se mais de uma afirmação em um grupo lhe parecer igualmente apropriada, escolha a de número mais alto neste grupo. Verifique se não marcou mais de uma afirmação por grupo, incluindo o item 16 (Alterações no padrão de sono) e o item 18 (Alterações de apetite).

<p>1. Tristeza 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste grande parte do tempo. 2 Estou triste o tempo todo. 3 Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2. Pessimismo 0 Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro. 1 Eu me sinto mais desanimado(a) a respeito do meu futuro do que de costume. 2 Não espero que as coisas dêem certo para mim. 3 Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.</p> <p>3. Fracasso passado 0 Não me sinto um(a) fracassado(a). 1 Tenho fracassado mais do que deveria. 2 Quando penso no passado vejo muitos fracassos. 3 Sinto que como pessoa sou um fracasso total.</p> <p>4. Perda de prazer 0 Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas de que eu gosto. 1 Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir. 2 Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar. 3 Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar.</p> <p>5. Sentimentos de culpa 0 Não me sinto particularmente culpado(a). 1 Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou que deveria ter feito. 2 Eu me sinto culpado(a) a maior parte do tempo. 3 Eu me sinto culpado(a) o tempo todo.</p>	<p>6. Sentimentos de punição 0 Não sinto que estou sendo punido(a). 1 Sinto que posso ser punido(a). 2 Eu acho que serei punido(a). 3 Sinto que estou sendo punido(a).</p> <p>7. Auto-estima 0 Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a). 1 Perdi a confiança em mim mesmo(a). 2 Estou desapontado(a) comigo mesmo(a). 3 Não gosto de mim.</p> <p>8. Autocrítica 0 Não me critico nem me culpo mais do que o habitual. 1 Estou sendo mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que costumava ser. 2 Eu me critico por todos os meus erros. 3 Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.</p> <p>9. Pensamentos ou desejos suicidas 0 Não tenho nenhum pensamento de me matar. 1 Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10. Choro 0 Não choro mais do que chorava antes. 1 Choro mais agora do que costumava chorar. 2 Choro por qualquer coisinha. 3 Sinto vontade de chorar, mas não consigo.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Subtotal página 1 CONTINUA NO VERSO

11. Agitação

- 0 Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.
- 1 Eu me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.
- 2 Eu me sinto tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado(a).
- 3 Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.

12. Perda de interesse

- 0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades.
- 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar.
- 2 Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas.
- 3 É difícil me interessar por alguma coisa.

13. Indecisão

- 0 Tomo minhas decisões tão bem quanto antes.
- 1 Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes.
- 2 Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões agora do que antes.
- 3 Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão.

14. Desvalorização

- 0 Não me sinto sem valor.
- 1 Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes.
- 2 Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas.
- 3 Eu me sinto completamente sem valor.

15. Falta de energia

- 0 Tenho tanta energia hoje como sempre tive.
- 1 Tenho menos energia do que costumava ter.
- 2 Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.
- 3 Não tenho energia suficiente para nada.

16. Alterações no padrão de sono

- 0 Não percebi nenhuma mudança no meu sono.
- 1a Durmo um pouco mais do que o habitual.
- 1b Durmo um pouco menos do que o habitual.
- 2a Durmo muito mais do que o habitual.
- 2b Durmo muito menos do que o habitual.
- 3a Durmo a maior parte do dia.
- 3b Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.

17. Irritabilidade

- 0 Não estou mais irritado(a) do que o habitual.
- 1 Estou mais irritado(a) do que o habitual.
- 2 Estou muito mais irritado(a) do que o habitual.
- 3 Fico irritado(a) o tempo todo.

18. Alterações de apetite

- 0 Não percebi nenhuma mudança no meu apetite.
- 1a Meu apetite está um pouco menor do que o habitual.
- 1b Meu apetite está um pouco maior do que o habitual.
- 2a Meu apetite está muito menor do que antes.
- 2b Meu apetite está muito maior do que antes.
- 3a Não tenho nenhum apetite.
- 3b Quero comer o tempo todo.

19. Dificuldade de concentração

- 0 Posso me concentrar tão bem quanto antes.
- 1 Não posso me concentrar tão bem como habitualmente.
- 2 É muito difícil para mim manter a concentração em alguma coisa por muito tempo.
- 3 Eu acho que não consigo me concentrar em nada.

20. Cansaço ou fadiga

- 0 Não estou mais cansado(a) ou fadigado(a) do que o habitual.
- 1 Fico cansado(a) ou fadigado(a) mais facilmente do que o habitual.
- 2 Eu me sinto muito cansado(a) ou fadigado(a) para fazer muitas das coisas que costumava fazer.
- 3 Eu me sinto muito cansado(a) ou fadigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.

21. Perda de interesse por sexo

- 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
- 1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar.
- 2 Estou muito menos interessado(a) em sexo agora.
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Subtotal página 2

Subtotal página 1

Pontuação total

ANEXO 5 – BAI

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
Dormência ou formigamento				
Sensação de calor				
Tremores nas pernas				
Incapaz de relaxar				
Medo que aconteça o pior				
Atordoado ou tonto				
Palpitação ou aceleração do coração				
Sem equilíbrio				
Aterrorizado				
Nervoso				
Sensação de sufocação				
Tremores nas mãos				
Trêmulo				
Medo de perder o controle				
Dificuldade de respirar				
Medo de morrer				
Assustado				
Indigestão ou desconforto no abdômen				
Sensação de desmaio				
Rosto afogueado				
Suor (não devido ao calor)				

ANEXO 6 - WHOQOL-bref – Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

	nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente

3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
--	--	------------	------	------------------	-----	-----------

15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero,	1	2	3	4	5

	ansiedade, depressão?					
--	--------------------------	--	--	--	--	--

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 7 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA JUSTIÇA
E DOS DIREITOS HUMANOS
FUNDAÇÃO DE ATENDIMENTO SÓCIO-EDUCATIVO



AUTORIZAÇÃO

A Presidência da Fundação de Atendimento Sócio-Educativo do Rio Grande do Sul (FASE-RS) declara conhecer o teor da proposta de pesquisa **“Sintomas de ansiedade e depressão e qualidade de vida de funcionários públicos de Fundação do Estado do Rio Grande do Sul”**, apresentada por Fernando Ribas Feijó, estudante do Programa de Pós Graduação do Curso de Saúde Coletiva da UFRGS, e autoriza sua realização, de acordo com a proposta apresentada.

Porto Alegre, 4 de agosto de 2014


Joêiza Mesquita Andrade Pires

Presidente