



PSICOLOGIA ARGUMENTO

ISSN 0103-7013
Licenciado sob uma Licença Creative Commons



doi: 10.7213/psicol.argum.34.085.A004

Transtornos Mentais Comuns em trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: Prevalência e fatores associados

Common Mental Disorders in health professionals: prevalence and
associated factors

Mary Sandra Carlotto ^[a]

^[a] Psicóloga, Mestre em Saúde Coletiva e Doutora em Psicologia Social. Docente do curso de Psicologia e do PPG
– Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, São Leopoldo, RS - Brasil,
e-mail: mcarlotto@pesquisador.cnpq.br

Resumo

O estudo teve por objetivo identificar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em profissionais da saúde e verificar a existência de associações entre variáveis sociodemográficas e laborais. A amostra probabilística constituiu-se de 234 trabalhadores, distribuídos em 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de uma cidade da região metropolitana de Porto Alegre/RS - Brasil. Os instrumentos utilizados foram o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) e um questionário para o levantamento das variáveis sociodemográficas e laborais. Os resultados evidenciaram prevalência de TMC de 29,7%. Na análise realizada pelo teste qui-quadrado, somente as variáveis gênero feminino e ter vínculo de trabalho celetista associaram-se aos TMC. Os resultados apontam para a necessidade de intervenções diferenciadas que considerem questões de gênero e relações contratuais de trabalho.

Palavras-chave: Transtornos Mentais Comuns; Trabalhadores da saúde; Saúde do trabalhador.

Abstract

The study aimed to identify the prevalence of Common Mental Disorders (CMD) in health professionals and to find associations with sociodemographic and labor variables. The random sample consisted of 234 employees, distributed in n 24 basic health public unities located in a large city in the metropolitan area of Porto Alegre, RS, Brasil. The instruments used were the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) and a questionnaire to assess sociodemographic and occupational variables. The results showed a prevalence of 29.7% of CMD. In the analysis performed by chi-square, only female and not working for the state variables were associated with CMD. The results indicate the need for different interventions considering gender and employment relationships.

Keywords: Common Mental Disorders; health professionals; Health Worker.

Introdução

A Organização Mundial de Saúde estimou, a partir de resultados de um estudo multicêntrico, realizado em 2000, que 36% da população brasileira seria acometida por um tipo de transtorno mental em algum momento de sua vida (Fiorotti, Tomazelli & Malagris, 2009). No mundo, os transtornos mentais representam quatro das dez principais causas de incapacidade e afetam 25% da população em alguma fase da sua vida (Miranda, Carvalho, Fernandes, Silva & Sabino, 2009). No Brasil, no ano de 2011, de acordo com dados do Ministério da Previdência Social (2011), os transtornos mentais e comportamentais, segundo o Capítulo V da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), foram a terceira causa de concessão de auxílio-doença por incapacidade laboral. Verifica-se uma tendência de aumento, pois, em 2009, foram concedidos 169.739 auxílios; em 2010, 180.986; e, em 2011, 191.367.

Os quadros de sofrimento psíquico de natureza não psicótica, denominados de Transtornos Mentais Comuns (TMC), frequentemente, encontrados na população e unidades de saúde não psiquiátricas, incluem queixas de ansiedade, depressão, alterações de sono, fadiga e somatizações (Ludermir & Melo Filho, 2002). Sem configurar categoria diagnóstica, são expressões de sofrimento psíquico, por vezes, incapacitante, que requerem atenção e cuidados. Suas formas de apresentação abrangem desde queixas somáticas difusas, de irritabilidade, esquecimento, insônia, fadiga e dificuldade de concentração, até sintomas de ansiedade e depressão (Fiorotti, Tomazelli & Malagris, 2009).

Embora algumas investigações revelem que os TMC representam entre 20% e 40% de consultas de cuidados primários (Bhui et al., 2001; Goldberg & Huxley, 1992), estes, geralmente, não são o motivo principal de procura de atendimento médico (Fiorotti, Tomazelli & Malagris, 2009; Rodriguez-Lopez, 2016). Esses pacientes retornam ao serviço com frequência e são, muitas vezes, encaminhados para investigações desnecessárias, gerando tempo adicional de médicos e desperdício financeiro (Lazarus & Freeman, 2009). A prevalência de problemas de saúde mental nos cuidados primários de saúde é alta, especialmente a de TMC que acomete de forma importante países de baixa e média renda como o Brasil (Gonçalves et al., 2014)

Estudos realizados entre a população ocidental têm apontado uma variação de prevalência de 7% a 26% para os TMC (Lopes, Faerstein & Chor, 2003). Revisão sistemática da literatura de estudos brasileiros desenvolvidos entre 1997 a 2009, realizada por Santos e Siqueira (2010), identificou uma variação entre 20% e 56%, dependendo da população investigada. Especificamente em trabalhadores, o estudo encontrou uma variação entre 20,3% e 43,3%.

Estudos atuais revelam aumento no número de pessoas que adoecem e se afastam do trabalho pelos mais variados motivos de saúde, porém os Transtornos Mentais e do Comportamento têm sido prevalentes (Cunha, 2008) e se constituem uma das maiores causas de afastamento de longo prazo do trabalho (Knudsen, Harvey, Mykletun, & Øverland, 2013; Stansfeld, North, White & Marmot, 1995). Conquanto, inicialmente, não necessitem de tratamento psiquiátrico, causam grande impacto socioeconômico, principalmente, em razão dos dias perdidos de trabalho e aumento da procura nos serviços de saúde (Broadhead, Blazer, George & Tse, 1990; Goldberg & Huxley, 1992).

Na saúde pública, em consequência à crescente expectativa da sociedade por serviços de saúde de qualidade, é consenso que há necessidade de qualificação das estruturas e processos de atenção à saúde, no entanto um dos aspectos menos estudados na avaliação da qualidade da atenção diz respeito aos profissionais que atuam na rede básica, os quais são responsáveis pelo atendimento direto dos usuários de serviços, ou seja, – médicos, enfermeiros, dentistas, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, técnicos e auxiliares de saúde, agentes comunitários e administrativos (Tomasi et al., 2007). Estes profissionais desenvolvem suas atividades com um público que impõe cada vez mais demandas que necessitam de habilidades específicas, técnicas e interpessoais (Hernández, 2003). São exigidos no enfrentamento de questões técnicas e sociais, sem que disponham, contudo, dos recursos adequados. Além de sentirem-se obrigados a conviver com tais dificuldades, não raras vezes, são responsabilizados pelas mesmas (Borges, Argolo, & Baker, 2006).

As organizações de saúde são, por natureza, espaços sociais conflituosos nos quais a solidariedade e a coesão apresentam as mesmas fragilidades encontradas em outros ambientes de interação social. O conflito é ocasionado pelas diferenças de expectativas, objetivos e estratégias utilizadas para atingi-los por diferentes grupos e indivíduos (Farias & Vaitsman, 2002). São aspectos que, quando avaliados como estressores ocupacionais, passam a afetar diretamente o bem-estar do trabalhador com evidente repercussão na qualidade do atendimento prestado aos usuários do sistema de saúde. Estudos têm evidenciado que a rotina de trabalho, a demanda, a exigência, o controle, o processo de trabalho e as condições ambientais associam-se aos TMC (Gomes, Araújo e Santos, 2011; Kouvonen, Mänty, Lallukka, Lahelma, & Rahkonen, 2016; Santos & Siqueira, 2010).

Chiodi e Marziale (2006) destacam a importância do diagnóstico dos riscos ocupacionais para o planejamento de medidas preventivas visando à promoção da saúde dos trabalhadores nessa área da saúde. É, portanto, o interesse dos empregadores, governos e formuladores de políticas reduzir a incidência e prevalência de problemas de saúde mental no trabalho. Neste sentido, elaboram-se numerosos estudos com a intenção de identificar os fatores de trabalho que aumentam o risco de desenvolver problemas de saúde mental em funcionários (Hilton & Whiteford, 2010).

Diante do grande número de profissionais que atua nas unidades de saúde pública e da diversidade de fatores de riscos ocupacionais a que estão expostos, considera-se que estudos abordando o referido objeto de pesquisa devam ser incentivados com a finalidade de contribuir para a aquisição de conhecimentos que possam subsidiar melhorias nas condições de trabalho e para a elaboração de estratégias educativas direcionadas às organizações de trabalho e aos trabalhadores. E, nessa perspectiva, o presente estudo de delineamento epidemiológico observacional de corte transversal propõe-se a identificar a prevalência de TMC em profissionais de Unidades Básicas de Saúde e verificar a existência de associações entre variáveis sociodemográficas e laborais.

Método

Participantes

A população em estudo constituiu-se de 367 profissionais pertencentes ao quadro funcional, em 2010, que desenvolviam seu trabalho em 24 UBS, distribuídas em 18 bairros de uma cidade de grande porte do estado do Rio Grande do Sul. Destes, foram entrevistados 234 trabalhadores de acordo com o cálculo amostral que considerou um intervalo de confiança de 95%, margem de erro de 3%, tamanho de efeito de 0,5, assumindo-se como prevalência de TMC de 26% (Lopes et al., 2003) e 20% para possíveis perdas. O cálculo resultou em uma amostra de 225 participantes. O total da amostra constituiu-se de 234, pois, em uma das unidades, todos os profissionais optaram em responder ao instrumento em uma reunião de equipe.

Dos participantes, 28,6% são enfermeiros; 22,1%, técnicos de enfermagem; 13%, médicos; 7,8%, dentistas; 61,0%, psicólogos; e 22,5% têm outras profissões (agente comunitário de saúde, técnico de higiene bucal, técnico em nutrição e dietética, nutricionista, assistente social). A maioria dos participantes são mulheres (83%), solteiros, separados e viúvos (52,6%), com filhos (68,4%). A maior parcela dos profissionais trabalha com exclusividade na UBS (74,7%) com uma carga horária semanal entre 20 a 44 horas semanais (78,7%). Os participantes possuem uma média de idade de 39 anos (DP±10), têm, em média, 11 anos e 6 meses de experiência profissional (DP±9,3) e 6 anos e 8 meses de exercício profissional na unidade de saúde (DP±6,4).

Instrumentos

O instrumento respondido pelos participantes constituiu-se de duas seções:

1. Questionário autoaplicável composto por três questões acerca de dados sociodemográficos, como sexo, idade e situação conjugal (com companheiro ou sem companheiro); e seis questões de dados laborais; como formação, carga horária semanal, remunera-

ção (avaliada por Salários Mínimos nacional - SM), tempo de trabalho, tipo de vínculo (estatutário/concurso público ou celetista — Consolidação das Leis do Trabalho — CLT) e exclusividade de vínculo.

2. Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), instrumento que avalia a probabilidade de ocorrência de TMC, desenvolvido por Harding et al. (1980) e validado, no Brasil, por Mari (1986). O instrumento é composto de 20 itens que avaliam quatro grupos de sintomas (Humor Depressivo/Ansioso, Sintomas somáticos, Decréscimo de energia vital, Pensamentos depressivos) com escala de respostas dicotômicas (sim/não), para detecção de distúrbios psiquiátricos menores (ansiedade, depressão, reações psicossomáticas, irritação e cansaço mental). Cada resposta afirmativa pontua com o valor 1 para compor o escore final por meio do somatório destes valores. Os escores obtidos estão relacionados com a probabilidade de presença de transtorno não psicótico, variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade). O instrumento possui coeficiente alfa de Cronbach de 0,86. Embora apresente alta sensibilidade (83%) e especificidade (80%), trata-se de um instrumento para rastreamento, e não diagnóstico. Os pontos de corte são de 7/8 independente do sexo (Gonçalves, Stein & Kapczinski, 2008). Assim, as respostas que apresentaram valor igual ou superior a sete foram consideradas como indicadores de possível TMC.

Procedimentos de coleta de dados

Primeiramente, foi realizado um contato com a Secretaria da Saúde, quando se apresentou o objetivo do estudo a fim de obter a autorização e o apoio para a aplicação dos instrumentos. Após, foram contatadas as chefias da UBS para explanação dos objetivos e estruturação da logística de coleta de dados. Os instrumentos foram preenchidos no local de trabalho e recolhidos logo após a finalização do preenchimento. A aplicação foi realizada por quatro entrevistadores/alunos de um curso de psicologia, previamente treinados.

Procedimentos de análise de dados

O Banco de Dados foi digitado e, posteriormente, analisado em pacote estatístico. Primeiramente, foram realizadas análises descritivas de caráter exploratório com o intuito de avaliar casos omissos, identificação de extremos e possíveis erros de digitação. A análise dos dados foi realizada através do escore dicotômico do SRQ-20, tendo sido adotados, neste estudo, os pontos de corte de 7/8, independente do sexo, utilizados por Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008). Para verificação de associação entre TMC e as variáveis socio-demográficas e laborais, foi utilizado o teste qui-quadrado (nível de significância de 5%).

Considerações éticas

Depois de esclarecido aos sujeitos que se tratava de uma pesquisa sem quaisquer efeitos avaliativos individuais e/ou institucionais e que as respostas e dados referentes aos resultados da pesquisa restariam anônimos e confidenciais, foi solicitado que os trabalhadores assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme legislação do Ministério da Saúde (1997), Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O presente projeto de pesquisa possui aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Luterana do Brasil.

Resultados

Na tabela 1, apresenta-se a análise por grupos de sintomas, de acordo com as questões do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Verifica-se que os sintomas mais prevalentes foram os *Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)*, seguido pelo *Dorme mal*; e os menos prevalentes foram *Tem tido a ideia de acabar com a vida* e *Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo*.

Tabela 1. Frequência de sintomas por grupos de acordo com afirmativas positivas.

Grupo de sintomas	Sim	
	n	%
<i>Humor Depressivo/Ansioso</i>		
Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	141	61,0
Assusta-se com facilidade	68	29,6
Tem se sentido triste ultimamente	93	40,1
Tem chorado mais do que de costume	58	25,0
<i>Sintomas somáticos</i>		
Tem dores de cabeça frequentes	113	48,7
Dorme mal	126	54,3
Tem sensações desagradáveis no estômago	93	40,3
Tem má digestão	85	37,0
Tem falta de apetite	42	18,1
Tem tremores nas mãos	49	21,1
<i>Decréscimo de energia vital</i>		
Cansa-se com facilidade	88	37,9
Tem dificuldade em tomar decisões	53	22,6
Tem dificuldades para realizar com satisfação as atividades diárias	93	40,3
Seu trabalho é penoso	43	18,5
Sente-se cansado(a) o tempo todo	75	32,3
Tem dificuldade de pensar com clareza	71	30,6
<i>Pensamentos depressivos</i>		
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida	35	15,1
Tem perdido o interesse pelas coisas	55	23,7
Tem tido a ideia de acabar com a vida	25	10,8
Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo	29	12,5

No que concerne à prevalência de TMC na população estudada, os resultados evidenciaram prevalência de 29,7% de TMC (n=69). Quanto à associação entre TMC e variáveis sociodemográficas e laborais, constatou-se associação significativa com as variáveis sexo e tipo de vínculo (Tabela 2).

Tabela 2 – Relação entre TMC e variáveis sociodemográficas e laborais

Variáveis		Sem TMC		Com TMC		<i>p</i>
		n	%	n	%	
Sexo	Masculino	32	82,1	7	17,9	0,05*
	Feminino	129	68,3	60	31,7	
Idade	16 a 30	41	25,9	19	28,4	0,43
	31 a 49	87	55,1	40	59,7	
	50 a 63	30	19,0	8	11,9	
Companheiro	Não	47	70,1	20	29,9	0,49
	Sim	102	68,9	46	31,1	
Filhos	Não	51	31,3	23	33,3	0,43
	Sim	112	68,7	46	66,7	
Tempo de trabalho	Até 5 anos	46	29,5	25	37,3	0,16
	5 de 10 anos	75	48,1	34	50,7	
	Mais de 10	35	22,4	8	11,9	
Carga horária	Até 30 horas	34	21,7	123	78,3	0,34
	31 a 44	12	18,2	54	81,8	
Tipo de vínculo	Estatutário	67	44,7	83	55,3	0,03*
	Contrato/CLT	18	30,0	42	70,0	
Remuneração	Até 3 SM	56	35,9	27	39,9	0,89
	3 a 6 SM	50	32,1	21	30,4	
	Mais de 6 SM	50	32,1	21	30,4	

* $p < 0,05$

Discussão

A prevalência de TMC obtida no presente estudo foi de 29,7%, revelando-se superior à variação de 7% a 26% encontrada entre a população ocidental (Lopes et al., 2003). Quando comparada a mesma categoria funcional, profissionais da saúde, o percentual identificado no presente estudo é mais elevado que o referido em investigação realizada por Tomasi et al. (2008), em que trabalhadores de saúde de UBS das regiões Sul e Nordeste do Brasil indicaram prevalência de 16% e de estudo realizado por Moreira et al., (2016) em profissionais da saúde de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul cuja prevalência foi de 19,7%. O percentual encontrado no presente estudo foi inferior à prevalência de casos (43,3%) identificados em agentes comunitários de UBS do município de São Paulo (Silva & Menezes, 2008), assim como no tocante à prevalência encontrada (42,6%) em

trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP), pesquisa realizada por Braga, Carvalho e Binder (2010).

Com relação à maior prevalência de TMC em mulheres, a literatura tem sido persistente nos resultados que identificam as mulheres com prevalência mais elevada de ansiedade e depressão (Carlotto, Barcinski, & Fonseca, 2015; Ludermir, 2008.), sendo esta, geralmente, duas a três vezes maior do que em homens (Carlotto, Amazarray, Taborda, & Chinazzo, 2011; Costa et al., 2002; Lima, Soares & Mari, 1999; Gomes et al., 2011).

Homens e mulheres partilham de muitas condições de trabalho e de vida similares. No entanto há situações concretas de gênero que estabelecem diferenças nos processos de enfermidade. Os papéis e comportamentos sociais desempenhados constituem-se em diferenças e são claramente diferenciados por elas. Para as mulheres, a combinação de trabalho e responsabilidades familiares pode exercer fortes pressões ao ponto de provocar efeitos desfavoráveis para sua saúde física e mental. As mulheres, ao assumirem a construção social do papel de privilegiar o cuidado do outro e não cuidado de si, passam a apresentar ansiedades, frustrações, angústias relacionadas à vida e ao trabalho, podendo ocorrer adoecimento, principalmente os transtornos mentais (Batista Carlotto, Coutinho, Nobre & Augusto, 2009).

A maneira como as mulheres lidam com os fatores estressores também pode ser uma das explicações para o resultado obtido, pois, de acordo com Mirvis, Graney, Ingram, Tang e Kilpatrick (2006), o modo como uma pessoa vivencia o estresse e as estratégias de enfrentamento utilizadas estão, entre outros fatores, na base do desenvolvimento de adoecimento. As estratégias utilizadas apresentam variações de acordo com o contexto cultural (Heppner, 2008) e são ativadas na medida em que o estressor atua desfavoravelmente sobre o bem-estar subjetivo da pessoa (Leipold & Greve, 2009). As relações do indivíduo com o trabalho influenciam sua saúde e, dependendo de seu nível de envolvimento com o trabalho, impõem adaptações ao estilo de vida e mecanismos de enfrentamento que podem interferir em sua saúde mental (Silva, Melo, Griep & Rotemberg, 2008).

Piko (2001) refere existirem diferenças nos estilos de enfrentamento a situações estressantes entre homens e mulheres, estando essa questão relacionada ao processo de socialização. Homens têm evidenciado maior utilização de estratégias focadas no problema, ou seja, agem diretamente sobre o estressor. Por sua vez, as mulheres, geralmente, utilizam estratégias focadas na emoção, sendo estas consideradas mais relacionadas a problemas de saúde (Keogh & Herdenfeldt, 2002; Rosenfield & Mouzon, 2013). Deve-se, todavia, considerar alguns aspectos importantes nesse resultado, tendo em vista a chance de ocorrer casos de falso-negativos entre participantes homens devido a questões culturais, pois estes costumam associar doença à fraqueza. Assim, tendem a expressar menos suas ansiedades e sentimentos do que as mulheres (Mari & Williams, 1986; Marín-León, Oliveira, Barros, Dalgalarondo & Botega, 2007). Revisão sistemática de literatura realizada por Santos e Siqueira (2010) aponta que mulheres teriam maior facilidade de identificar seus sintomas e admiti-los.

Verifica-se que o tipo de vínculo do trabalhador, no estudo, o contratado celetista sem estabilidade no trabalho, assinala maior prevalência de TMC. O tipo de contrato de trabalho pode ter repercussões importantes na estruturação de riscos à saúde dos trabalhadores e na oferta e qualidade dos serviços prestados. O tipo de vínculo de trabalho estabelecido pode ser um importante fator de estresse, gerando insegurança no trabalho, pontuam Gomes et al. (2011). Estudo realizado pelos autores, com trabalhadores de Centros de

Atenção Psicossocial, identificou elevado percentual de trabalhadores insatisfeitos com seu vínculo empregatício (contratado não efetivo via concurso público), sugerindo que esta situação pode ser uma das explicações para a rotatividade de pessoal, dificuldade de formação de vínculo com a organização e usuários. A existência de dois tipos de vínculos nas instituições investigadas acentua o caráter transitório da relação de trabalho, o que, especialmente nas organizações públicas, contrasta com o caráter estável que distingue o vínculo de servidor que continua a vigorar para a outra parte dos trabalhadores. O convívio dessas diferentes formas de contrato gera tensões, latentes ou manifestas, produzindo uma hierarquia entre os “estáveis” e os “contratados” (Farias & Vaitsman, 2002). Tal situação propicia a comparação entre salários, benefícios e possibilidades de ascensão profissional, aspectos diferenciados entre os trabalhadores.

Estudo realizado com trabalhadores do Programa de Saúde da Família (PSF), por Medeiros et al. (2010), refere que a estabilidade de vínculo trabalhista oficial, no caso a carteira assinada, é valorizada pelo profissional, pelas garantias que representa, dessa maneira, favorecendo a permanência, no entanto, o principal fator de permanência relatado foi a estabilidade proporcionada pelo concurso público.

Tais diferenças podem explicar a prevalência de TMC identificada no presente estudo, em trabalhadores celetistas, tendo em vista que estes profissionais, ao realizarem o mesmo tipo de atividade, desenvolvam sentimentos de iniquidade e injustiça organizacional, sentimentos preditores desse distúrbio (Elovainio, Kivimäk & Vahtera, 2002; Kivimäki, Elovainio, Vahtera & Ferrie, 2003).

Conclusão

Os resultados revelaram maior prevalência de TMC em mulheres e trabalhadores celetistas. Mulheres devido a questões culturais e formas de lidar com os estressores ocupacionais; e o contrato de trabalho celetista em razão do valor social dado à estabilidade funcional. O estudo contribuiu para confirmar a desigualdade de gênero no adoecimento por TMC e instigar novos estudos para aprofundar a relação dos TMC conforme o tipo de vínculo empregatício.

A identificação do perfil de adoecimento das populações é importante para o planejamento e a elaboração de políticas públicas (Borrell & Artazcoz, 2008). Neste sentido, é necessário organizar intervenções diferenciadas para homens e mulheres, dessa maneira, considerando as questões culturais de gênero. Também se sugere a construção de políticas de contratação igualitária para os trabalhadores de UBS, considerando a equidade de funções e responsabilidades.

Como forças desta investigação, pode-se citar sua capacidade de generalização para a população em estudo (amostra probabilística), a utilização de instrumento validado (adequadas propriedades psicométricas) e autorrespondido (redução do viés de informação). Quanto às limitações do estudo, deve-se apontar sua natureza transversal (não estabelece causalidade), o “efeito do trabalhador sadio”, questão peculiar em estudos transversais em epidemiologia que, muitas vezes, exclui o possível doente (McMichael, 1976). Essa é uma situação que pode subestimar o tamanho dos riscos identificados, porque os mais afetados não conseguem manter-se no emprego, afastando-se geralmente por licenças para tratamento de saúde. Por fim, ressalta-se a devida cautela em relação aos resultados obtidos, pois estes são decorrentes de organizações de trabalho localizadas em uma região específica do sul do Brasil, não sendo, portanto, passíveis de generalizações. Conquanto a discussão tenha explorado aspectos comuns às UBS, as organizações de trabalho possuem algumas especificidades e intensidades diferenciadas.

Referências

- Batista, J. B. V., Carlotto, M. S., Coutinho, A. S., Nobre N. F. D., & Augusto, L. G. S. (2009). Saúde do Professor do Ensino Fundamental: diferença de Gênero. *Revista de Saúde Coletiva da UEFS*, XVII, 657-674.
- Braga, L. C. de, Carvalho, L. R. de, & Binder, M. C. P. (2010). Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(1), 1585-1596.
- Bhui, K. et al. (2001). Racial/ethnic discrimination and common mental disorders among workers: findings from the empiric study of ethnic minority groups in the United Kingdom. *American Journal of Public Health*, 95(3), 496-501.
- Borges, L. O., Argolo, J. C. T., & Baker, M. C. S. (2006). Os valores organizacionais e a Síndrome de Burnout: dois momentos em uma maternidade pública. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(1), 34-43.
- Borrell, C., & Artazcoz, L. (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 82(3), 241-249.
- Brasil. Ministério da Previdência Social – MPS (2011). Anuário Estatístico da Previdência Social. Brasília: DIE/DATAPREV. http://www.mpas.gov.br/arquivos/office/1_121023-162858-947.pdf
- Broadhead, W. E., Blazer, D. G., George, L. K., & Tse, C. K. (1990). Depression, disability and days lost from work. *JAMA*, 264(19), 2524-2528.
- Carlotto, M. S., Amazzarav, M. R., Taborda, L., & Chinazzo, I. R. (2011). Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em trabalhadores: uma análise na perspectiva de gênero. *Cadernos Saúde Coletiva (UFRJ)*, 19, 172-178.
- Carlotto, M. S., Barcinski, M., & Fonseca, R. (2015). Transtornos mentais comuns e associação com variáveis sociodemográficas e estressores ocupacionais: uma análise de gênero. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(3), 1006-1026.
- Chiodi, M. B., & Marziale, M. H. P. (2006). Riscos ocupacionais para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: revisão bibliográfica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(2), 212-217.
- Costa, J. S. D. et al. (2001). Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 5(2), 164-173.
- Cunha, J. C. C. B. (2008). A análise estatística dos afastamentos por problemas de saúde de servidores públicos: ferramenta para a gestão da área de saúde de servidores públicos. Acesso em 17 de Novembro de 2009, em <http://www.consad.org.br/sites/1500/1504/00000053.pdf>

- Elovainio, M., Kivimäk M. & Vahtera, J. (2002). Organizational justice: evidence of a new psychosocial predictor of health. *American Journal of Public Health*, 92, 105-108.
- Farias, L. O., & Vaitsman, J. (2002). Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(5),1229-1241.
- Fiorotti, C., Tomazelli, J., & Malagris, L. (2009). Transtornos mentais comuns em pacientes hipertensos: estudo em unidade de atenção primária à saúde no Rio de Janeiro. *Revista APS*, 12(3), 318-327.
- Goldberg, D., & Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: a bio-social model*. London: Tavistock.
- Gonçalves, D. M., Stein, A. T., & Kapczinski, F. (2008). Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 380-390,
- Gonçalves, D. M., & Kapczinski, F. (2008). Mental disorders in a community assisted by the Family Health Program. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(7), 1641-1650.
- Gonçalves, D. A., Mari, J. de J., Bower, P., Gask, L., Dowrick, C., Tófoli, L. F., Campos, M. Portugal, F. B., Ballester, D., & Fortes, S. (2014). Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(3), 623-632.
- Gomes, D. de J., Araújo, T. M. de, & Santos, K. O. B (2011). Condições de trabalho e de saúde de trabalhadores em saúde mental em Feira de Santana, Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 35(1), 211-230.
- Harding, T. W., de Arango, M. V., Baltazar, J., Climent, C. E, Ibrahim, H. H, Ladrido-Ignacio L, Murthy, R. S., & Wig, N. N. (1980). Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four development countries. *Psychological Medicine*, 10(2), 231-241.
- Heppner, P. P. (2008). The conceptualization and measurement of applied problem solving and coping: from stages to dimensions to the almost forgotten cultural context. *American Psychologist*, 63(8), 805 - 816.
- Hernandez, J. R. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(2), 103-110.
- Hilton, M. F., & Whiteford, H. A. (2010). Interacting with the public as a risk factor for employee psychological distress, *BMC Public Health*, 10, 435 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/435>
- Keogh, E., & Herdenfeldt, M. (2002). Gender, coping and the perception of pain. *Pain*, 97(3), 195-201.

- Kivimäki, M., Elovainio, J., Vahtera, & Ferrie, J. E. (2003). Organisational justice and health of employees: prospective cohort study. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 27-34.
- Kouvonen, A., Mänty, M., Lallukka, T., Lahelma, E., & , Rahkonen, O. (2016). Changes in psychosocial and physical working conditions and common mental disorders. *The European Journal of Public Health*, 26(3), 458-463.
- Knudsen, A. K., Harvey, S. B., Mykletun, A., Øverland, S. (2013). Common mental disorders and long-term sickness absence in a general working population. The Hordaland Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127, 287-97.
- Lazarus, R., & Freeman, M. (2009). Primary-level mental health care for common mental disorder in resource-poor settings: models & practice - A literature review. Sexual violence research initiative. Pretoria: Ford Foundation.
- Leipold, B. & Greve, W. (2009). Resilience - A conceptual bridge between coping and development. *European Psychologist*, 14(1), 40-50.
- Lima, M. S., Soares, B. G. O., & Mari, J. J. (1999). Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26(5), 225-235.
- Lopes, C. S., Faerstein, E., & Chor, D. (2003). Eventos de vida produtores de estresse e Transtornos Mentais Comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(6), 1713-1720.
- Ludermir A. B., & Melo Filho, D. A. (2002). Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Revista de Saúde Pública*, 36(2), 213-221.
- Ludermir, A. B., & Lewis G. (2005). Is there a gender difference on the association between informal work and common mental disorders? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(8), 622-627.
- Ludermir, A. B. (2008). Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. *Physis*, 18(3), 451-467.
- McMichael, A. J. (1976). Standardized mortality ratios and the healthy worker effect: scratching beneath the surface. *Journal of Occupational Medicine*, 18(3), 165-168.
- Miranda, F. A. N., Carvalho, G. R. P, Fernandes, R L., Silva, M. B., & Sabino, M. G. G. (2009). Saúde Mental, trabalho e aposentadoria: focalizando a alienação mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 711-716.
- Mari, J. J. (1986). A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in primary care in city of São Paulo. *British Journal of Psychology*, 148, 23-26.
- Marín-León, L., Oliveira, H. B., Barros, M. B. A, Dalgalarrrondo P., & Botega, N. J. (2007). Social inequality and common mental disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(3), 250-253.
- Moreira, I. J. B. et al. (2016). Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um muni-

- cípio do Rio Grande do Sul, RS. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 11(38), 1-12.
- Medeiros, C. R. G. et al. (2010). A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(1), 1521-1531.
- Mari, J. J., & Williams, P. (1986). Misclassification by psychiatric screening questionnaires. *Journal of Chronic Diseases*, 39(5), 371-377.
- Mirvis, D. M., Graney, M. J., Ingram, L., Tang, J., & Kilpatrick, A. O. (2006). Burnout and psychological stress among deans of colleges of medicine: a national study. *Journal of Health and Human Services Administration*, 29(1), 4-25.
- Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução CNS 196/196. 1997.
- Rodriguez-Lopez, M. et al. (2016). Perfil del paciente hiperfrecuentador y su asociación con el trastorno ansioso depresivo en servicios de atención primaria de Cali, Colombia. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(3), 478-488.
- Santos, É. G. dos, & Siqueira, M. M. de. (2010). Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 238-246.
- Silva, A. T. C. da, & Menezes, P. R. (2008). Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 42(5), 921-929.
- Silva, J. L. L., Melo, E. C. P., Griep, R. H., & Rotemberg, L. (2008). Estresse, trabalho e ambiente: prevalência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores de enfermagem de um hospital federal no município do Rio de Janeiro. In: Semana científica da escola de enfermagem Aurora de Afonso Costa, 15, Niterói, RJ. Anais eletrônicos... Niterói: UFF. Disponível em: <www.uff.br/anaissegerenf/premio/texto%20uff.semana.pdf>. Acesso em: 21 out. 2012.
- Stansfeld, S. A., North, F. M., White, I., & Marmot, M. G. (1995). Work characteristics and psychiatric disorder in civil servants in London. *Journal Epidemiology Community Health*, 49, 48-53.
- Piko, B. (2001). Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *The Psychological Record*, 51, 223-235.
- Rosenfield, S., & Mouzon, D. (2013). Gender and Mental Health. In C. S. Aneshensel, J. C. Phelan & A. Bierman (Eds.), *Handbook of the Sociology of Mental Health* (pp.227-294). New York: Springer.
- Tomasi, E. et al. (2007). Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 10(1), 66-74.

Tomasi, E. et al. (2008). Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 193-201.

Recebido / Received: 10/03/2013

Aprovado / Approved: 10/05/2014