



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**LAYLA BAPTISTA CAVALCANTE WRIGHT**

**SAÚDE MENTAL DE HOMENS TRABALHADORES DA SAÚDE EM MUNICÍPIOS**  
**BAIANOS**

**FEIRA DE SANTANA**

**2016**

**LAYLA BAPTISTA CAVALCANTE**

**SAÚDE MENTAL DE HOMENS TRABALHADORES DA SAÚDE EM MUNICÍPIOS  
BAIANOS**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva oferecido pelo Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito para obtenção título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Epidemiologia.

Linha de Pesquisa: Saúde, Trabalho e Ambiente.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maura Maria Guimarães de Almeida

**Co orientadora:** Prof Dr<sup>a</sup>.Jorgana Fernanda de Souza Soares

FEIRA DE SANTANA

2016

## Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

W934 Wright, Layla Baptista Cavalcante  
Saúde mental de homens trabalhadores da saúde em municípios  
baianos / Layla Baptista Cavalcante Wright. – Feira de Santana, 2016.  
104 f. : il.

Orientadora: Maura Maria Guimarães de Almeida.  
Coorientadora: Jorgana Fernanda de Souza Soares.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana,  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2016.

1. Trabalhadores da saúde. 2. Saúde mental. 3. Transtornos Mentais  
Comuns (TMC). I. Almeida, Maura Maria Guimarães de, orient. II.  
Soares, Jorgana Fernanda de Souza, coorient. III. Universidade Estadual  
de Feira de Santana. IV. Título.

CDU: 619.89(814.22)

LAYLA BAPTISTA CAVALCANTE WRIGHT

SAÚDE MENTAL DOS HOMENS TRABALHADORES DA SAÚDE EM MUNICÍPIOS  
BAHIANOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Epidemiologia.

Feira de Santana, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Orientadora: Prof.(a) Dra. Maura Maria Guimarães de Almeida

Universidade Estadual de Feira de Santana

---

1º Examinador: Prof.(o) Dr. Ailton da Silva Santos

Secretaria do Estado da Bahia/ Sesab

---

2ª Examinadora: Prof (a) Dra. Tânia Maria de Araújo

Universidade Estadual de Feira de Santana

## **DEDICATÓRIA**

A Deus, pois toda a força para a conclusão deste trabalho vem dele.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu querido e maravilhoso esposo Lucas, por toda a compreensão em todas as etapas deste processo, com certeza sem ele eu não conseguiria.

À minha família por tudo o que sou, minhas qualidades e defeitos são reflexos deles na minha vida.

À minha parceira de estudo, meu exemplo de determinação, força, foco e fé, Fernanda.

À tia Sônia de me acolheu e apoio nos momentos finais desta dissertação.

À minha orientadora Maura Maria por ser uma mulher admirável onde quem a conhece deseja ser como ela “quando crescer”. Obrigada por ser a primeira a acreditar em mim e pela oportunidade.

À minha co orientadora que sempre me forçou para que eu desse o meu melhor, mesmo no momento mais importante da sua vida, me acolheu, me orientou, incentivou, obrigada Jorgana Fernanda.

À professora Tânia por toda a sua experiência compartilhada.

A todos os meus colegas de turma, que durante esses dois anos encontramos um no outro o apoio que precisávamos.

À Paloma que sempre me apoiou nessa caminhada

Ao núcleo de pesquisa, NEPI que é sempre acolhedor, agradável e inspirador.

Ao programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

## RESUMO

A vida do homem de forma geral é transformada pelo trabalho, portanto é necessário identificar os seus reflexos na saúde do trabalhador. Para este estudo foram selecionados os trabalhadores da saúde com o objetivo de avaliar a saúde mental dos homens. Foi realizado estudo transversal para avaliar os fatores associados aos transtornos mentais comuns e etilismo em homens trabalhadores da saúde em municípios baianos, no ano de 2012. Foram entrevistados 675 trabalhadores utilizando um questionário composto por sete blocos referentes às características sociodemográficas, hábitos de vida, situação de trabalho, aspectos psicossociais do trabalho, satisfação, aspectos relacionados à saúde, atos de violência.. Para a suspeição de TMC, foi utilizado o instrumento de rastreamento *Self Reporting Questionnaire* SRQ-20. A prevalência global de TMC foi de 17,2%. Observou-se que a associação entre TMC e não estar satisfeito consigo mesmo, comprometimento excessivo com o trabalho e doenças do sistema nervoso. O teste CAGE foi utilizado para avaliação do consumo abusivo de álcool, que, através da estatística descritiva, mostrou que nesta população a prevalência de bebedor-problema foi de 11,2%, e foi mais prevalente entre as características como: faixa etária de 30 a 39 anos, ensino médio, casado, cor parda, realizar atividade de lazer, não praticar atividade física, não tabagista. Quanto as características do trabalho, as características mais prevalentes entre os bebedores-problema foram, entre os trabalhadores do setor administrativo, mais de seis anos de trabalho, concursado, trabalhar em uma carga horária de até 40horas, não possuíam todos os direitos trabalhistas, não possuíam outro trabalho. Os resultados desta pesquisa revelam características do trabalho que podem trazer o adoecimento ao homem trabalhador da saúde podendo então servir de suporte para reflexões acerca dos cuidados á esta população.

**Palavras-chave:** Trabalho em saúde, saúde mental; saúde do homem; alcoolismo

## ABSTRACT

Man's life in general is transformed by work, so it is necessary to identify his reflexes in the health of the worker. For this study, health workers were selected to evaluate the mental health of men. A cross-sectional study was carried out to evaluate the factors associated with common mental disorders and alcoholism in male health workers in Bahia municipalities in the year 2012. A total of 675 workers were interviewed using a questionnaire composed of seven blocks related to sociodemographic characteristics, life habits, Work, psychosocial aspects of work, satisfaction, health aspects, acts of violence .. For the suspicion of CMD, the Self Reporting Questionnaire SRQ-20 was used. The overall prevalence of CMD was 17.2%. It was observed that the association between CMD and not being satisfied with himself, excessive commitment to work and diseases of the nervous system. The CAGE test was used to evaluate alcohol abuse, which, through descriptive statistics, showed that in this population the prevalence of drinker-problem was 11.2%, and was more prevalent among the characteristics such as: age group of 30 To 39 years old, high school, married, brown, perform leisure activity, do not practice physical activity, non-smoker. As for the characteristics of the work, the most prevalent characteristics among problem drinkers were, among the administrative workers, more than six years of work, insolvency, work in a workload of up to 40 hours, did not have all the labor rights, not They had another job. The results of this research reveal characteristics of the work that can bring the sickness to the health worker, being able to serve as a support for reflections about the care of this population.

Palavras-chave: Health work, mental health; men's Health; Alcoholism

## LISTA DE TABELAS

### ARTIGO 1

Tabela 1 – Prevalência de Transtornos Mentais Comuns de acordo com as características sociodemográficas, hábitos de vida entre os homens trabalhadores da saúde de cinco municípios da Bahia no ano de 2012. ....	54
Tabela 2 – Prevalência de transtornos mentais comuns segundo características e aspectos psicossociais do trabalho em homens trabalhadores da saúde de cinco municípios da Bahia, no ano de 2012. ....	55
Tabela 3 – Prevalência de transtornos mentais comuns segundo avaliação do nível de satisfação e violência entre os trabalhadores da saúde de cinco municípios da Bahia, no ano de 2012....	56
Tabela 4 – Prevalência de transtornos mentais comuns segundo situação de saúde de homens trabalhadores da saúde de cinco municípios da Bahia, no ano de 2012.....	57
Tabela 5- Fatores associados aos transtornos mentais comuns em homens trabalhadores da saúde de cinco municípios da Bahia, no ano de 2012.....	58

### Artigo 2

Tabela 1 - Prevalência de provável etilismo segundo características sociodemográficas e hábitos de vida em homens trabalhadores da saúde na Bahia, 2012.....	71
Tabela 2 – Prevalência de provável etilismo segundo categoria profissional dos homens trabalhadores da saúde na Bahia, 2012.....	72
Tabela 3 - Prevalência de provável etilismo segundo características do trabalho dos homens trabalhadores da saúde na Bahia, 2012.....	72
Tabela 4 - Prevalência de provável etilismo e avaliação da satisfação dos homens trabalhadores da saúde na Bahia, 2012.....	73
Tabela 5 - Prevalência de provável etilista segundo situação de saúde entre os homens trabalhadores da saúde na Bahia, 2012.....	73

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> –Modelo teórico de análise de dados.....	36
--	----

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Curva Receiver Operating Characteristic do modelo final de regressão logística.....102

Gráfico 2 - Observação influentes no modelo final de regressão logística.....102

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>18</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>19</b>
3.1 A implicação do gênero na saúde do homem.....	19
3.2 O trabalho em saúde.....	25
3.6 Transtornos Mentais Comuns.....	33
3.7 Etilismo.....	37
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>39</b>
4.1 Tipo de estudo .....	39
4.2 Campo de estudo .....	39
4.3 População e planejamento amostral .....	40
4.3.1 Descrição dos procedimentos do estudo multicêntrico.....	40
4.3.2 Descrição dos procedimentos do estudo proposto .....	41
4.3.3 Procedimentos de pesquisa .....	41
4.4 Instrumento de coleta de dados .....	42
4.5 Variáveis de estudo.....	43
4.6 Análise dos dados .....	45
4.7 Aspectos éticos da pesquisa.....	46
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>47</b>
<b>ARTIGO 1 – Transtornos Mentais Comuns em homens trabalhadores da saúde....</b>	<b>47</b>
<b>ARTIGO 2 - Perfil dos trabalhadores bebedores-problemas de cinco municípios</b>	
<b>do estado da Bahia.....</b>	<b>66</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>80</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>81</b>
ANEXO 1: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	89
ANEXO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	103
APÊNDICE: Testes do modelo de regressão logística .....	104

## 1. INTRODUÇÃO

O trabalho no âmbito da saúde possui uma característica marcante se comparado a outros trabalhos, pois é um trabalho coletivo, sendo realizado por profissionais de saúde e de outros grupos de profissionais que se complementam a fim de prestar serviço ao usuário. O trabalhador de saúde não consegue sozinho concluir todo o trabalho de uma instituição de saúde, por isso, faz-se necessário um grupo de profissionais, sendo constituído por trabalhadores com nível superior técnicos e auxiliares (RIBEIRO, PIRES; BLANK, 2004).

O trabalho tem a capacidade de transformação da vida dos homens e é necessário encarar essa atividade humana em todas as suas facetas, atentando para a peculiaridade que é imposta no trabalho em saúde pois, ao mesmo tempo em que gera cuidado, permite que o cuidador elabore a sua forma de cuidar, transformando-o. Nesse sentido, faz-se necessário identificar se o processo de trabalho que produz saúde está favorecendo os profissionais a tornarem-se mais saudáveis, sujeitos atentos à sua própria condição e capazes de lutar por sua saúde, além da dos outros.

Os trabalhadores em saúde, assim como os demais, podem estar sujeitos à sobrecarga de trabalho (acúmulo de tarefas), carga horária de trabalho extensa ou ausência de trabalho, rapidez na realização da tarefa, fadiga por esforço físico e mudanças nos processos e na organização do trabalho que podem ser fatores determinantes de diversos agravos/patologias, entre elas os estados psicológicos que se caracterizam por transtornos de ajustamento, estresse até depressões graves e incapacitantes, que são influenciadas pelo contexto vivido pelo indivíduo e as formas de enfrentamento às experiências vivenciadas (VIRTANEN et al., 2003).

Atrelado às características do trabalho, outra questão que necessita ser abordada no estudo da saúde dos trabalhadores da saúde se refere ao gênero. Isto porque a estruturação da força de trabalho do setor saúde possui uma especificidade, pois é organizado em práticas de tratamento e de cuidado, portanto, fazendo uma divisão sexual do trabalho onde existe o mundo masculino e o feminino (ARAÚJO, ROTENBERG, 2011).

Atualmente o sexo masculino vêm ganhando evidência no aspecto relacionado ao cuidado com a sua saúde. Cresce a busca por um enfoque no cuidado à saúde dessa população visto que a característica marcante desse grupo é a sensação de invulnerabilidade, fazendo com que o indivíduo cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco. A isto se acresce o fato do homem ter medo que o médico descubra algo desfavorável em sua condição de saúde, pondo em risco sua crença de ser invulnerável (BADINTER, 1993). Esta situação ocorre porque os estereótipos de gênero estão intrínsecos desde os primórdios da civilização,

em nossa cultura patriarcal, resultando nas práticas cotidianas influenciadas por crenças e valores do que é ser masculino. Neste contexto, a doença, passa a ser considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição de gênero (BRAZ, 2004).

Para que a sua virilidade seja mantida, o homem busca menos o cuidado à sua saúde. Evidenciado por John Graunt, no século XVII, mostrando que os médicos atendiam duas vezes mais mulheres, embora os homens morressem mais do que elas. Este fato vem sendo constatado desde os primeiros estudos epidemiológicos, onde as maiores taxas de morbimortalidade eram no sexo masculino (ROTHMAN, 1996). Ainda hoje, os indicadores de saúde apontam, para a maior mortalidade masculina em todas as idades e para todas as causas além disto expectativa de vida ao nascer dos homens é sempre menor se comparada a das mulheres. Essa tendência pode ser justificada pela adoção masculina de hábitos de vida menos saudáveis do que as mulheres, tais como fumo, álcool, estresse e trabalho com repercussão significativa na sua saúde (BRASIL, 2009).

Neste escopo, talvez o homem trabalhador da saúde não seja diferente, possivelmente negando a patologia ou agravo à saúde, o que pode ser condicionado ou determinado pelo trabalho. Como já elucidado, o trabalho é fundamental para a manutenção da vida humana, pois possibilita a sobrevivência do próprio trabalhador e da sua família, portanto, ele deveria ser fonte de satisfação, mas pode influenciar negativamente à saúde dos profissionais, aumentando as doenças relacionadas ao trabalho e, dentre elas, aquelas que afetam a saúde mental (BRASIL, 2001).

A vida do trabalhador pode ser analisada considerando-se a forma como ele interage com o seu dia-a-dia. Percebe-se pessoas que a depender da situação de vida enfrentada, tendem a trabalhar em excesso e a se divertir muito pouco, outras obtêm posturas contrárias, passam os dias se divertindo, e existem aquelas que não conseguem realizar coisa alguma, denotando a subjetividade de cada sujeito no enfrentamento do seu cotidiano. Portanto, reconhece-se que o indivíduo deve equilibrar os momentos de trabalho e diversão, a fim de buscar equilíbrio psicológico, favorável ao não adoecimento (HELOANI & CAPITÃO, 2003).

O adoecimento, portanto, é um conjunto de sinais e sintomas que pode afetar todo o corpo ou somente uma parte dele. Para algumas doenças a sua etiologia, patologia, tratamento e prognóstico às vezes é conhecida e outras vezes não. A saúde mental é o estado de bem-estar onde o indivíduo é capaz de compreender as suas habilidades, encara o estresse que se apresenta na vida de forma normal, tem a sua capacidade de trabalho ativa e contribui com a sociedade. Portanto, não se define apenas por ausência da doença mental (WHO, 2001)

Portanto, no que se refere à saúde do trabalhador da saúde cabe destacar os transtornos Mentais Comuns (TMC) que envolvem sintomatologia não psicóticos, ansiedade, depressão e queixas somáticas que causam prejuízo nas atividades diárias de seus portadores (GOLDBERG e HUXLEY, 1992), os quais podem ter reflexos sociais, nas condições de vida e de trabalho. Apresentam como sintomas a insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração (COUTINHO; ALMEIDA FILHO; MARI, 1999). Os TMC afetam diretamente o trabalhador em seu ambiente de trabalho.

Da mesma forma, a saúde mental do homem é atingida, tornando-o vulnerável ao uso/abuso do consumo de álcool. Pois, o uso de forma inadequada do álcool contribui para o surgimento de mais de 200 doenças, incluindo as lesões por acidentes, tipos de cânceres, infecções a exemplo do HIV e os transtornos mentais. Em 2010, as três principais causas de adoecimento relacionadas ao álcool foram cirrose hepática, transtornos por uso de álcool (TUA) e violência interpessoal e os homens tendem a sofrer mais lesões e acidentes. A frequência de TUA nas Américas é relativamente alta quando comparada às demais regiões, sendo equivalente a 9% para homens (atrás apenas dos europeus) e 3,2% para as mulheres (maior que nas demais regiões do mundo) (PAHO, 2015).

A preocupação com o abuso do álcool pelos trabalhadores da saúde é relevante e envolve diferentes aspectos. Portanto, o diagnóstico e assistência de trabalhadores com uso problemático de álcool pelos serviços de saúde é de suma importância. Assim, a saúde mental do homem trabalhador da saúde precisa ser investigada, visto que existe uma lacuna a respeito dos dados que revelam de que forma esta população é afetada.

O cuidado com os trabalhadores da saúde se faz necessário a todo instante visto que caso não ocorra, implica em custos sociais como o afastamento do trabalho e o prejuízo na qualidade da assistência prestada, onde o produto do trabalho dos profissionais da saúde é o cuidado à saúde do outro, que perpassa por ações de prevenção de doenças e agravos, melhora da qualidade de vida da população, o que pode incorrer, muitas vezes, no trabalhador da saúde esquecer da sua saúde.

Nesse sentido, os transtornos mentais acometidos nos homens podem representar um importante problema de saúde pública, na especificidade de quem executa o cuidado humano, e por isso, o presente estudo fornecerá subsídios para a elaboração e a adoção de medidas de promoção e proteção à saúde dos trabalhadores da saúde, capazes de gerar bem-estar e de evitar o seu adoecimento. Pois como a tendência das políticas é de redução de custo, subtrai-se o amparo ao trabalhador podendo ampliar-se a ameaça do desemprego. São necessários estudos sobre a saúde mental do trabalhador focalizando os trabalhadores da saúde, para que haja

investimentos em programas de saúde que sejam capazes de subsidiar a prevenção desses agravos.

Considerando a necessidade de estudar a saúde mental dos trabalhadores da saúde sob o enfoque de gênero, emergiu a necessidade para a realização do presente trabalho. Diante do exposto, apresenta-se como problema de pesquisa: “Quais são os fatores associados à saúde mental de homens trabalhadores da saúde?”

O objetivo geral deste trabalho foi avaliar a saúde mental dos homens trabalhadores da saúde. Para responder ao objetivo geral desta dissertação foram elaborados dois manuscritos. O primeiro intitulado: Transtornos mentais comuns em homens trabalhadores da saúde, que objetivou: identificar fatores associados aos transtornos mentais comuns nos homens trabalhadores da saúde de cinco municípios baianos. O segundo denominado: Perfil dos trabalhadores da saúde bebedores-problemas de cinco municípios do estado da Bahia, teve como objetivo: descrever as condições de vida, trabalho e saúde dos prováveis etilistas homens trabalhadores da saúde da atenção básica e média complexidade.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Geral**

Avaliar a saúde mental dos homens trabalhadores da saúde da Bahia

### **2.2. Objetivos Específicos**

Estimar a prevalência de Transtornos mentais comuns e bebedores-problema entre homens trabalhadores da saúde na Bahia.

Verificar os fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns entre homens trabalhadores da saúde em municípios baianos.

Descrever as condições de vida, trabalho e saúde dos homens bebedores-problema trabalhadores da saúde da atenção básica e média complexidade

### **3. REFERENCIAL TEORICO**

O referencial teórico foi elaborado com o objetivo de contextualizar o tema do estudo. Assim sendo, esse tópico trará uma revisão de literatura sobre os temas: gênero e saúde, trabalho, trabalho em saúde e transtornos mentais comuns.

#### **3.1 A implicação do gênero na saúde do homem**

A masculinidade está atrelada ao papel de gênero, sendo símbolo para dar identidade ao homem, devendo ser seguida como prescrições para que se estabeleça e seja reconhecido como homem (Oliveira, 2004). O termo gênero é utilizado na língua portuguesa como uma categoria que dá referência através de uma divisão com nomes, baseada em características tais como sexo e associações psicológicas, separando o que é do feminino, do masculino e o neutro (FERREIRA, 1986). O termo “gênero” foi utilizado pelas feministas anglo-saxãs para caracterizar a organização social que se constrói baseada nos sexos biológicos. Com a influência da economia, política e a inspiração marxista, as reflexões foram direcionadas a busca pela construção cultural das diferenças sexuais (AQUINO, 2006). A relação de gênero é uma construção elaborada no ambiente social necessária à elaboração dos valores, comportamentos e a execução dos papéis esperados para homens e mulheres. Não se prende, portanto, apenas às características físicas do homem ou da mulher (MOREIRA, 2011), mas vêm para se opor ao determinismo biológico nas relações entre o sexo.

O estudo de gênero se dá a partir da relação das construções sociais baseadas nas diferenças inerentes ao sexo biológico e ao papel desenvolvido na sociedade e de como se dá as relações de poder em seu interior. As teorias que estudam o gênero apontam três modelos explicativos representados pelo patriarcado, marxismo e psicanálise. A origem do patriarcado estuda a subordinação das mulheres aos homens e a necessidade dos mesmos em dominá-las. A dominação masculina é definida como um resultado do desejo dos homens em ultrapassar a sua finalidade de reprodução da sua espécie. Porém, essa teoria foca na diferença biológica do corpo humano, ou seja, fora da construção sociocultural e não enfatiza a construção histórica do gênero em si (SCOTT, 1990).

A segunda teoria está ligada à tradição marxista e fundamenta as críticas feministas. Essa teoria busca uma explicação mais histórica para entender as diferenças de gênero e se preocupa em encontrar uma explicação material para essas diferenças e sua interação entre o patriarcado e o capitalismo. O gênero não possui seu próprio estatuto de análise, pois sempre é analisado com outras variáveis que influenciam nesse processo, como por exemplo o

capitalismo, onde as famílias são tratadas como produtos, e as mulheres subordinadas aos homens (SCOTT, 1995).

A terceira busca elucidar a relação entre a produção e a reprodução social da identidade de gênero, as quais são baseadas nas vivências cotidianas, com interesse nas primeiras etapas do desenvolvimento da criança. Existem duas escolas que estudam os processos pelos quais são criadas as identidades dos sujeitos subsidiada por esta teoria: a escola Anglo-Americana que enfatiza a influência da experiência concreta, o que a criança vê e ouve na relação do gênero e a escola Anglo-Saxônica, francesa, que sublinha o papel central da subjetividade, percepção, interpretação do que representa o gênero no cotidiano. Portanto para as duas escolas o conceito de gênero fica relacionado ao núcleo familiar e às experiências vividas no cotidiano doméstico. Desta forma nas disposições sociais em que os pais trabalham e as mães cuidam da maioria das tarefas do lar incluindo a criação dos filhos, impregna, portanto, uma exemplificação da organização da família, tornando o conceito de gênero conhecido desde criança (SCOTT, 1995). Por meio desses valores conhecidos desde a infância, homens e mulheres na fase adulta adotam determinados comportamentos e atitudes que conhecem como sendo mais condizentes com o esperado socialmente acerca do que venha a ser um homem ou uma mulher (FIGUEIREDO e SCHRAIBER, 2008).

Os estudos de gênero apontam os desafios de tornar-se homem, uma vez que o sexo masculino passa por mudanças para a construção da sua identidade e subjetividade, em todas as fases do seu desenvolvimento. O homem enfrenta perigos para o seu desenvolvimento que se dá desde a sua constituição biológica, física, psicológica e sociocultural (MONEY e EHRHART, 1982). Existe na sociedade um consenso de que os homens detêm um lugar de poder, devido a cultura patriarcal hegemônica, sempre alcançando os cargos melhor remunerados, são líderes políticos, os chefes das famílias. Este fato pode ser constatado quando analisamos a maneira de como é educado a criança do sexo masculino no qual são moldados comportamentos tais como, a defender as irmãs, enfrentar perigos, se sobressair nas exigências, buscar sempre alcançar melhores lugares. Para cada fase da vida o local de foco do destaque vai mudando e o homem deve ir buscando o seu espaço. Essa perspectiva esperada pelos homens molda o que as mulheres esperam deles, desta forma, deixa de lado o cuidado com os outros e com eles próprios. Este fato leva a confusão do que é a identidade pessoal e a identidade de gênero (INDA, 1996 apud BRAZ, 2005 p.).

Assim, na construção da identidade masculina, tem-se uma atitude esperada do homem, o qual deve ter moral que o torne digno, de bom caráter. Para isso tem a obrigação de ser mantenedor do lar, casado e com filhos, tendo o trabalho uma representação fundamental, por

lhe permitir o reconhecimento social esperado. Pois é só por meio deste, que ele consegue se apresentar socialmente e fazer valer seu papel de chefe de família ficando com a responsabilidade de manter, proteger e cuidar dela (FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2011).

Como exemplo podemos perceber no estudo de corte transversal, realizado por Muylaert (2015), onde, a figura da mulher é responsável pelo cuidado em 56,9% e o pai ocupa apenas 2,5% do cuidado. No sustento da família fica a responsabilidade para o homem em 20,3%. Portanto, para o gênero masculino a ausência de trabalho significa fracasso, pois este não é reconhecido na sociedade como um adulto responsável. Diante disso, o homem sofre na sua constituição psicológica, o que pode acarretar estresse, depressão, falta de identidade social e, talvez para alguns, junto com vários outros fatores, os insere na criminalidade, contribuindo para as estatísticas reveladoras de que o sexo masculino participa mais do que o feminino das várias formas de violência armada (BARKER, 2010).

Na criação do homem é permitido e até mesmo sugerido agir com violência na tentativa de se opor ao feminino em relação à sua fragilidade, na expressão de seus sentimentos. No processo de educação, o menino é instruído a rebater se sofrer violência, como também praticar esportes em que ela sempre esteja presente e é aceita, portanto, a imagem masculina está vinculada ao não ser mulher, e sim ser forte, capaz, protetor, violento, decidido e corajoso. Desta forma, as condutas impostas ao homem, se por um lado conformam o ideal do ser, por outro, implicam práticas que impedem a função conservadora do seu corpo. Outro exemplo do comportamento esperado pelo homem é sua atitude frente a dor pois esta representa um assunto de mulheres. O homem deve ignorá-la para que não venha a ser desmoralizado e ser comparado ao sexo feminino. Por isso essa conduta é imposta desde muito novos para que sejam capazes de suportar sem chorar suas dores físicas ou emocionais (BRAZ, 2005) e para serem provedores e protetores (WHO, 2000).

O corpo do homem sofre a influência da percepção de gênero imposta pela sociedade, porque dele se espera que tenha força física para a construção da sua masculinidade. A capacidade física está sendo ligada com a sua capacidade para trabalhar, classificando, portanto, alguns tipos de trabalho como mais específicos para o homem. O comportamento sexual sofre influência do imaginário social a respeito da masculinidade sugerindo ao homem a realização de práticas sexuais com várias parceiras, associando-o à ideia de uma vontade sexual impulsiva (FIGUEIREDO e SCHRAIBER, 2011).

Manter o esperado socialmente, na atualidade, para a masculinidade pode se tornar um grande fator de risco para a saúde dos homens. A sustentação da a imagem heroica exige um silenciamento dos sentimentos e emoções. Isto pode ser visto na dificuldade, em parte, de

procurar ajuda ou cuidados médicos, enfim, em ser assistido já que foram criados para assistir e prover. Pode se inferir tal fato pela baixa procura por consultas médicas, uma vez que, cabendo ao homem ser forte, o resultado disso, pode ser observado no descuido com o próprio corpo. Pedir ajuda quando não suporta mais, desaba-os diante da doença, especialmente quando a situação socioeconômica é desfavorável (PINHEIRO et al., 2002).

O homem costuma buscar o serviço de saúde quando a sua situação é grave, adentrando então pelas especialidades, ou um quadro clínico de morbidade já cronicado com repercussões biopsicossociais para sua qualidade de vida, além de onerar, significativamente, o Sistema Único de Saúde (SUS). A atenção básica que trabalha diretamente com a promoção da saúde e prevenção de doenças é sempre menos procurada, sob a alegação de que a ida ao posto ter que ser em horário de trabalho, visto o horário de funcionamento das unidades de saúde, acarretando em diminuição da acessibilidade desta população, que favorece uma situação de vulnerabilidade desses indivíduos (FONTES et al, 2011). Ainda existe a crença criada pelos homens, de que o ambiente da atenção básica seja um espaço para mulheres, visto que a equipe é tipicamente constituída por trabalhadoras do sexo feminino e mais frequentado por elas, acarretando-lhes, desconforto em frequentar esse espaço (XAVIER GOMES et. al., 2014), o que os tornam mais vulneráveis do que as mulheres aos agravos à saúde/doenças devido a não eliminação das exposições e ao diagnóstico tardio.

A vulnerabilidade dos homens está representada pela violência, uso abusivo de álcool e tabagismo, exposição a riscos com consequência nos indicadores de morbimortalidade (BRASIL, 2008). Em um estudo realizado em 2005 mostrou que as principais causas de internação entre a população masculina foram as doenças do trato respiratório, do aparelho circulatório, infecciosas, aparelho digestivo e lesões (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005). Destacando-se ainda os transtornos mentais de homens jovens e adultos, sobrecarregando significativamente a internação hospitalar no SUS, sendo a principal causa o uso abusivo de álcool (BRASIL, 2007).

O perfil de morbidade encontrado na população masculina sofre influência da faixa etária. Estudo epidemiológico realizado no ano de 2010 que analisou dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), demonstrou uma mudança em relação ao ano de 2005. Onde em 2010 percebeu-se a inclusão de algumas causas que levaram os homens a ser internados. A principal causa das internações hospitalares foram as lesões em geral, seguido de envenenamentos, posteriormente as doenças que acometem o aparelho digestivo, circulatório, infecciosas e parasitárias, respiratórias,

transtornos mentais e comportamentais e neoplasias. A principal causa de mortalidade nessa população na faixa etária de 20 a 59 anos foram as causas externas, doenças do aparelho circulatório, seguido de doenças do aparelho digestivo (SCHWARZ et. al. 2010).

A partir do momento em que ficou como responsabilidade do Estado a saúde, o corpo passou a ser visto como objeto, tendo o seu foco curá-lo ou aperfeiçoá-lo. Dessa forma os criminosos, loucos ou homossexuais receberam atenção pela possibilidade de representar um perigo para a sociedade; as mulheres por serem responsáveis pela reprodução, e por isso deveriam gerar crianças saudáveis (STOCKLE, 1993 apud CARRARA et al, 2009); e crianças ou velhos, por serem considerados mais suscetíveis (BRASIL, 2009). Essa classificação em grupos de risco favoreceu a focalização em determinados corpos, e conseqüentemente, outros permaneceram descobertos de atenção, como o que aconteceu com a população masculina (CARRARA et. al. 2009).

Em 1980, com a lei 8080/90 instituiu-se a saúde como um direito de todos e dever do estado, sendo esta operada por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir disso, o modelo de atenção à saúde passou por mudanças, principalmente a nível da atenção básica, sendo a porta de entrada para a atenção à saúde, na tentativa de fortalecer o Sistema, que possui como princípios a universalização, integralidade e equidade no acesso aos serviços de saúde. (FONTES et al, 2011).

Com o propósito de direcionar a atenção aos indivíduos do sexo masculino, com idade entre 20 a 59 anos, o Ministério da Saúde brasileiro formulou em 2008, a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem (PNAISH), instituída através da Portaria nº1.994, de 27 de agosto de 2009 (Brasil, 2009a) que possui como principal objetivo:

Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (Brasil, 2009b, p. 36).

A PNAISH é uma iniciativa que vem sendo destacada devido a sua relevância tendo o seu foco na saúde do homem, sendo esta uma proposta pioneira no cenário mundial, destacando-se como a primeira na América Latina e a segunda no continente americano, após o Canadá. A política traz como pontos que devem ser levados em consideração a perspectiva de gênero, a prevenção de doenças/agravos e a promoção da saúde, com grande ênfase no adoecimento, na saúde sexual e do aparelho reprodutivo como problema de saúde pública, entretanto atenta para a medicalização do corpo masculino (CARRARA et al, 2009), tornando-a questionável devido ao seu caráter prescritivo. Pois a mesma tem o foco no órgão reprodutor masculino.

Questiona-se o foco da atenção da política por expressar uma decisão política em detrimento do que realmente seja a necessidade sentida pelos homens, pois os mesmos não possuem o devido espaço de voz para decisões. Ainda existe a crença da vitimização e culpabilização relacionado ao gênero no que concerne ao cuidado com a doença, e esta se faz presente na política. A implantação da política no país é complexa pois necessita de reflexão constante sobre as suas bases éticas e políticas, afim de garantir possíveis reformulações para alcançar os seus objetivos de acordo com os princípios do SUS (MARTINS e MALAMUTT, 2013).

A organização dos serviços de saúde de forma geral e no campo da saúde sexual e reprodutiva estão voltadas para a atenção ligada ao sexo. A atenção básica, por exemplo, tem a sua atenção voltada para o público materno-infantil; o serviço é deficitário para outras especificidades das mulheres, excluindo o homem como intrínseco ao sistema. Refletindo assim no desinteresse dos homens ao buscar o serviço de saúde, e enxergando as mulheres como únicas responsáveis pelo papel de cuidar da saúde, tornando o fato como inerente a própria essência dos gêneros. Com a permanência dessa diferença, de nada adiantará insistir na queixa de que os homens não se cuidam, não participam (NASCIMENTO, 2005), porque não são estimulados a reconhecer os serviços de saúde enquanto cenário social a serem inseridos.

Nesse sentido, valorizar e dar visibilidade à diversidade dos sujeitos tem, por um lado, o apelo da atribuição do modelo de saúde e, por outro, a força da busca da superação dos estereótipos (NASCIMENTO, 1999). Contudo, os homens têm a necessidade de não se equiparar as mulheres e se manterem superiores na hierarquia social, perpetuando a sua resistência às políticas de saúde (CARRARA et al., 2009). Acresce-se, ainda, a penalização pela falta no trabalho para o comparecimento a uma consulta médica mesmo que esta lhe assegure o direito ao atestado médico. Para o comparecimento ao serviço de saúde para uma marcação de consulta, participação em grupos de promoção da saúde, busca de medicação e atividades relacionadas a prevenção de doenças e agravos, o atestado não é emitido, por isso o homem deixa de participar das atividades que lhes permitam a busca do cuidado, pois a sua falta ao trabalho não será abolida (KNAUTH et al., 2012).

Os resultados da política ainda que insignificantes já podem ser acompanhados. A população masculina que busca o serviço de saúde é caracterizada por homens trabalhadores e idosos. Os trabalhadores possuem a faixa etária de 30 a 50 anos, estão exercendo atividade remunerada possuindo pouco tempo para comparecer ao serviço, por isso representam a menor porção do atendimento. Os idosos fazem parte dos homens que buscam o serviço de saúde, pois estes já possuem alguma doença instalada, e necessitam de atendimento médico, de

acompanhamento ou medicamento. O fato de parcela importante da clientela masculina estar inserida formalmente no trabalho é apontado como uma das razões da baixa procura dos serviços de saúde pelos homens (KNAUTH, et al.,2012).

### **3.2 O trabalho em saúde**

O trabalho é inerente ao homem, tornando-o essencial. Faz-se através da relação do homem com a natureza permitindo assim transformá-la. Dessa forma, o homem transforma o ambiente a sua volta e o mesmo é transformado (MARX, 1996). A relação do sujeito-trabalho na Grécia Antiga possuía um significado diferente do que se vê hoje, especialmente no mundo ocidental. Nem mesmo existia em seu vocabulário a palavra trabalho. Existia apenas um vocábulo que se aplicava às atividades que exigiam esforço físico e toda a produção socialmente reconhecida. Além disso, de forma generalizada, o homem não tinha o sentimento de transformar a natureza, mas, sim, de se adaptar a ela e, igualmente, não existia a necessidade de ser reconhecido socialmente por sua produção (LOPES, 2009).

O trabalho permite distinguir o homem de outros animais, pois sua atividade não pode ser realizada por outro ser vivo, trazendo consigo a consciência da transformação, libertação e motivação para a vida. Por meio dele, obtêm-se um resultado concreto do que foi planejado anteriormente, após a conclusão do processo. O trabalho humano pode ser representado por duas dimensões: o trabalho abstrato e o concreto, sendo que no trabalho abstrato o trabalhador usa a sua força de trabalho para a realização do mesmo, já o trabalho concreto transforma a sua produção em bens, que pode ser transformado para a sua sobrevivência. Desenvolve assim a sua utilidade no desenvolvimento de capacidades físicas e mentais, tornando-o, portanto, muitas vezes gerador de satisfação e prazer (MARK, 2003). Dessa forma, os estudos realizados para compreender a sociedade e as relações sociais, desde o século XVII, têm o foco voltado para o trabalho, pois este desempenha papel fundamental nas relações cotidianas desenvolvidas pelo homem (FARIA e ARAÚJO, 2010). O trabalho é o motor da sociedade, sendo uma categoria de análise importante para analisar as relações sociais, de produção e o homem (MARX, 2003).

Antigamente, a maioria da população vivia na zona rural e a família era a unidade econômica básica (MINICUCCI, 2000). A revolução industrial trouxe mudanças no modo de trabalhar podendo ser observado através do trabalho coletivo a perda do controle do processo de produção pelos trabalhadores e a compra e venda da força de trabalho (MATOS e PIRES, 2006). O capitalista compra a força de trabalho dos trabalhadores, o qual recebe uma remuneração como a sua compensação pela atividade desenvolvida, garantindo-lhe assim a sua

subsistência e por outro lado torna insignificante a sua produção, transformando-o apenas em mercadoria, retirando o sentido subjetivo exercido pelo trabalho, gerando assim a sua alienação (MARX, 2003)

O processo de trabalho em sua etapa de construção necessita de elementos básicos para a sua completude, que são o objeto, instrumentos de trabalho, o produto resultante do trabalho em si. O objeto do trabalho representa qualquer material encontrado na natureza que potencialmente pode ser transformado, porém ainda não sofreu a ação do homem. O meio de trabalho constitui o instrumental que se insere entre o trabalhador e o objeto do trabalho, servindo como base para conduzir a sua atividade, podendo possuir propriedades mecânicas, físicas, químicas a fim de concretizar o ato. E o trabalho propriamente dito que se dá na transformação do objeto, da matéria prima em produto (MARX, 2003)

Para que a matéria prima se transforme em produto, o dono da fábrica necessita de mão de obra para a realização dessa transformação. Nesse processo o homem que oferece a sua mão de obra utiliza-se da sua força de trabalho ou capacidade para o trabalho e a vende. Força de trabalho ou capacidade para o trabalho é definida pelo conjunto de capacidades físicas e mentais do homem para a realização da sua produção. Na utilização da força do trabalho, o homem está realizando o ato do trabalho em si, vendo a sua força em ação, onde esta está sendo vendida, tornando-o trabalhador. Portanto existe uma interação do homem com a natureza pois juntamente com a sua mão de obra e os recursos naturais o homem muda o curso das coisas transformando em utilidades para a vida. Mudando tudo a sua volta e transformando-se internamente (MARX, 2013).

Para se compreender a nova forma de ser do trabalho, e a classe trabalhadora em nossos dias, é preciso partir de uma compreensão ampliada do que é trabalho. Ela é composta pela totalidade dos assalariados, homens e mulheres que sobrevivem da venda da sua força de trabalho, não se restringindo apenas aos trabalhos artesanais. Incluído o trabalho social, a totalidade do trabalho coletivo que vende sua força de trabalho como mercadoria em troca de salário (ANTUNES e ALVES 2004). O mercado de trabalho, hoje, incita dois comportamentos, a precarização das relações trabalhistas e a busca do ser profissional qualificado, onde o saber profissional é colocado em prática. Os postos de trabalho estão cada vez mais competitivos, onde o individualismo está mais presente (LOPES, 2009). Por isso, faz-se necessário compreender o trabalho nas suas vertentes, social e técnica, pois este é capaz de produzir coisas e estruturar a subjetividade das pessoas.

Por meio do exposto, apreende-se que o trabalho possui centralidade na vida humana, quer seja pelo aspecto simbólico, o ser no mundo reflete o trabalhador ou a sua significação

prática, representada pela garantia da reprodução da vida humana. Isto, possibilita apreender outros significados e significantes advindos do trabalho, os quais repercutem positiva ou negativamente na saúde do trabalhador.

Ao apreender a saúde como o bem estar biopsicossocial, reconhece-se ser necessário um conjunto de fatores interligados onde existam condições para a existência integral do indivíduo (LOPES, 2005), dentre eles o trabalho. O homem passa cerca de um terço das horas do dia trabalhando. Então, deve-se esperar que o trabalho satisfaça as necessidades físicas e emocionais, quer seja fora do trabalho, em torno do trabalho e por meio do trabalho exercido (MINICUCCI, 2000).

Os processos de trabalho necessitam ser apreendidos como determinantes do adoecimento na vida do trabalhador porque podem levá-lo a sofrer no seu ambiente de trabalho a depender de como se constituem as suas relações e as condições às quais é submetido. Essas condições podem ser analisadas levando em consideração os elementos mais próximos dos indivíduos e as mais distantes, dessa forma poderemos analisar as condições de acesso aos bens de serviço, e ainda as condições em que o indivíduo pode se permitir através do seu salário. Portanto, a inserção no mercado de trabalho nos permite analisar como o mesmo afeta o indivíduo (NASCIMENTO, NASCIMENTO 2002).

O segundo condicionante se refere as relações entre o indivíduo e o trabalho, como a jornada de trabalho, o tipo de contrato de trabalho (carteira assinada, prestação de serviços), salário, o horário de trabalho, a exigência de conhecimentos técnicos, programa de planos e carreira, controle sobre as atividades dos trabalhadores, folga, local para refeições e condições do ambiente de trabalho, existência de banheiros, disponibilidade de serviços médicos e acesso a alimentação são investigados como determinantes da qualidade de vida e condições de saúde do trabalhador. E ainda o terceiro condicionante, que permite analisar o processo de trabalho de cada categoria profissional em específico, permitindo assim conhecer o modo de trabalho de cada profissão (NASCIMENTO, NASCIMENTO 2002).

A Era Vargas trouxe para o Brasil a concretização das Leis do trabalho e com a Constituição de 1988 e seus desdobramentos, ocorreu a inserção de classes de trabalho em todos os países, bem como a adaptação a mudanças nas relações entre o capital e trabalho. Porém, após uma análise crítica do mundo atual, percebem-se perdas importantes no campo social, em relação há algumas décadas atrás, devido à retrocessos sociais importantes representados pela precarização do trabalho. Observa-se a continuidade da relação entre o capital e o trabalho, porém com mutações em sua existência, com a valorização do trabalhador (FRANCO, DRUCK, SILVA, 2010).

As mudanças ocorridas nos estatutos de trabalhadores tentam encobrir a relação maléfica entre o capital e o trabalho, desgastando a relação entre o trabalhador e o empregador. A regulação social do trabalho, ou seja, direitos trabalhistas conquistados, está se perdendo, pois o trabalho precário tem sido tratado de forma banal, tornando-o normal a ponto de sem perceber, ser aceito, banalizando portanto a injustiça social e favorecendo a violência no trabalho (principalmente, a violência psicológica), caracterizando o trabalho como patogênico. A precarização tornou-se uma característica central do trabalho e das suas relações nos dias de hoje, apresentando-se de diversas formas (FRANCO, DRUCK, SILVA, 2010).

As formas de relações no trabalho e do trabalho “contratos de objetivos, a avaliação individualizada do desempenho, a concorrência entre os agentes e a precarização das formas de emprego,” (DEJOURS, 2004), torna os sujeitos competitivos na busca do seu espaço alcançando à destruição das solidariedades. Essas práticas têm alcançado um resultado negativo na vida dos trabalhadores, percebido por meio do isolamento do indivíduo, falta de confiança e solidão, acarretando aumento das patologias mentais já reconhecidas como resultantes do trabalho e surgimento de novas, como por exemplo, de casos mais graves como os suicídios no local do trabalho, a violência, sobrecarga e assédio (DEJOURS, 2004), o que pode culminar no adoecimento do trabalhador

O adoecimento do trabalhador está pode está relacionado não só as condições questões biológicas, no qual a análise da doença se dá a partir da tríade agente-hospedeiro-ambiente, e sim levando em conta o processo social. As condições do desgaste e posteriormente ao adoecimento se darão a partir da condicionante pessoal em que se revelará a sua plasticidade, representada pela adaptação constituída por processos fisiologicamente normais. Esta permitirá que o indivíduo, ao passar por determinadas situações retornem ao seu estado anterior, preservando assim a sua sobrevivência e não acontecendo de o indivíduo ser acometido pelo adoecimento (LAURELL e NORIEGA, 1989).

Na relação do adoecimento no trabalho, ressaltam-se as cargas de trabalho, que se podem correlacionar-se diretamente do ambiente de trabalho com o corpo do trabalhador, causando processos de adaptação que podem levar ao desgaste, que é entendido como a perda do potencial psíquico e corporal (LAURELL e NORIEGA, 1989). Estudar as cargas de trabalho a que esse trabalhador é submetido leva a observar o impacto do processo de trabalho, tanto do objeto e da tecnologia de trabalho, como da sua organização e divisão, sobre a saúde do trabalhador e avaliar o nível de desgaste. Carga de trabalho é um conjunto de exposições pelas quais o trabalhador está exposto em seu cotidiano. As cargas de trabalho podem ser definidas

como exigências ou demandas psicobiológicas do processo de trabalho, levando ao desgaste do trabalhador (FACCHINI 1993; LAURELL e NORIEGA, 1989).

A origem das cargas de trabalho em que os trabalhadores são submetidos podem ser: físicas, que está relacionada os aspectos do ambiente de trabalho, as químicas referentes aos compostos químicos a que os trabalhadores são expostos em seu ambiente de trabalho, cargas orgânicas são derivadas dos processos biológicos em que esse trabalhador está em contato no seu processo de trabalho, cargas mecânicas são as tecnologias, operações e manutenção, aos materiais soltos no ambiente do trabalho que pode levar em risco à sua integridade biopsicosocial, cargas fisiológicas estão relacionada à ergonomia do trabalhador e cargas psíquicas são características que estão relacionadas às condições de trabalho em que esse trabalhador está submetido (FACCHINI, 1993). As condições de trabalho a que são submetidos os trabalhadores podem torna-los susceptíveis às manifestações psicopatológicas de sofrimento mesmo em uma pessoa habitualmente equilibrada, portanto deve ser levado em consideração. Essas condições são: longa duração do trabalho, trabalho considerado tedioso, muito leve ou muito pesado, que exige uso da inteligência, trabalho que requer muita concentração, ou ainda um ciclo de trabalho muito longo. Deve ser considerado o regime alimentar, relações sociais, atividades de lazer, relação conjugal e da sobrecarga de responsabilidade familiar, para que seja feita a análise do sofrimento psicológico em que esse indivíduo possa estar submetido (FRIEDMANN e NAVILLE, 1973).

O trabalhador tem a necessidade de contribuir, no dia-a-dia do trabalho, com suas experiências, crenças e valores. Quando este não consegue, o trabalho gera sofrimento e situações desagradáveis, impedindo-o de transformar suas ações em prazer. A contribuição fornecida pelo trabalhador no seu processo de trabalho possibilita transformar o ambiente de trabalho de sofrimento para um momento de prazer. Não existe neutralização do trabalho no sentido da saúde mental da pessoa, pois este pode levar ou ao desenvolvimento de senso crítico, criatividade e conseqüentemente ao prazer, ou acarretará bloqueio do pensamento inteligente, do pensar e ao sofrimento patológico (DEJOURS, 2004).

Portanto, faz-se necessário focar na relação do trabalhador com o objeto do seu trabalho a fim de, garantir novas competências, incentivar a criatividade, a reflexão, envolvimento afetivo, e até mesmo o cuidado com a sua própria saúde no ato de trabalhar. Em outras palavras, a saúde mental do trabalhador passa, então, a ser necessidade da organização em que ele trabalha para alcançar seus objetivos (BORGES et al., 2002) pois, o trabalho pode levar o indivíduo ao sofrimento, este podendo estar relacionado ao processo de adoecimento pois nele está impresso a sua capacidade de se confrontar a sua identidade no ato da realização do

trabalho, se o trabalhador tem a capacidade de superar esse sofrimento, este não se transformará em patológico e sim em superação, onde o indivíduo consegue proteger a sua subjetividade (DEJOURS, 2004).

A possibilidade/impossibilidade do trabalhador em controlar suas condições gerais de vida e trabalho está relacionada com o nível de consciência que possui e com a organização da sua categoria ocupacional. Todo o trabalho, conforme o exposto, pode acarretar doenças e/ou agravos à saúde dos trabalhadores, o que ocorre também no trabalho em saúde. Após a constituição de 1988, a sociedade brasileira passou a ter o direito universal à saúde, portanto, o trabalho em saúde pauta-se no que ela deve oferecer, que é o ato de cuidar da vida a fim de que esse direito à saúde seja garantido. Tornando o cuidado, em geral, e do outro, a alma da produção da saúde. E, assim, torna-se o objetivo central do trabalho em saúde, a satisfação das necessidades dos usuários manifestadas de modo individual ou coletivo, as quais representam demandas pelas ações de cuidado. Assim, a finalidade das práticas de saúde deve ser encarada como produção social da vida e da sua defesa (MERHY e FRANCO, 2006). O objeto do trabalho em saúde é representado por indivíduos ou populações, doentes ou não, expostos ou sadios que estejam precisando de tratamento, cuidado ou prevenção de doenças ou agravos (PIRES, 2000).

Outra característica peculiar do trabalho em saúde pode ser encontrada na forma do trabalho pois o trabalhador não trabalha com material palpável e a conclusão do serviço se dá no momento da sua realização. Por isso o trabalho em saúde é peculiar aos demais, pois no seu processo não há distinção entre produto e processo que o produz. É fundamental para a conservação da vida e se enquadra na categoria de setor de serviço, onde a produção não é material, gerando um resultado não material, e conclui-se no momento da sua prática (PIRES, 2000).

O trabalho em saúde tem como peculiaridade o fato de que a sua conclusão se dá no ato da sua realização, no qual são colocados em prática, as técnicas, aprendizagens, saberes e conhecimentos, para alcançar o objetivo pretendido. Tornando o trabalho em saúde peculiar, pois o modo de operar do trabalhador varia de acordo com a sua autonomia para desenvolver as suas atividades e colocar em prática a organização das ferramentas utilizadas no trabalho de acordo com, os conhecimentos da sua profissão os dados obtidos e para a garantia de boas medidas clínicas e tratamento (MERHY, 2002).

O trabalho em saúde se dá através da intersubjetividade, pois para a sua realização é necessário um conjunto de habilidades. Para a sua execução três tipos de tecnologias são necessárias: as tecnologias duras representadas pelos roteiros, protocolos, máquinas e

equipamentos utilizados para a realização do trabalho, as chamadas leve-duras, referentes aos saberes inerentes a categoria profissional que estão relacionadas aos modos como esse trabalhador realiza a sua parcela no processo de trabalho, tendo como base sua construção pessoal, suas crenças e valores; e as tecnologias leves, caracterizadas como as relações desenvolvidas pelo trabalhador no processo de prestação de serviço ao usuário, compreendendo falas e escutas, tornando o profissional responsável pelo usuário a fim de manter o vínculo deste ao serviço de saúde (FARIA e ARAÚJO, 2010).

O trabalho em saúde, possui caráter coletivo, sendo realizado por uma equipe multiprofissional de saúde que desenvolve diversas atividades indispensáveis para a organização e manutenção da instituição de saúde, no qual cada profissional é responsável por uma parte do trabalho, um complementando o trabalho do outro (RIBEIRO, PIRES, BLANK, 2004). Desta forma, entende-se que no processo de trabalho em saúde está intrínseca a interação dos sujeitos, portanto, um trabalhador sozinho é incapaz de pôr em prática todas as ações em saúde, pois o seu trabalho é realizado a partir da interação com o usuário e demais componentes da equipe de saúde (MERHY, 2002).

O processo de trabalho em saúde tem por finalidade uma ação terapêutica, tendo o cuidado como o produto primordial do trabalho (CECCIM, 2005; FARIA, 2010). Nos processos de trabalho em geral, os trabalhadores são transformados pelo seu trabalho e pelos resultados alcançados por sua realização. Isso também é constatado pelo tipo de trabalho exercido pelos trabalhadores da saúde, que se classifica na prestação de serviços, onde a interação entre o profissional e o usuário favorece o restabelecimento da saúde (FARIA, 2009). Os profissionais de saúde possuem um processo de trabalho bastante característico, pois para a sua execução, faz-se necessária a junção dos saberes e práticas dos profissionais, e o compromisso com a coletividade, o conhecimento do processo de adoecimento e determinantes da saúde (TOMASI et al., 2007).

Dessa forma, o processo de trabalho torna-se um momento único de suma importância para a formação da subjetividade desse usuário e cliente. O profissional deve ter consciência da implicação que o seu trabalho apresenta. Se por um lado, o foco da atenção está na subjetividade do usuário, por outro, a subjetividade do trabalhador se forma, pois o trabalho em saúde tem como objeto principal a produção de sujeitos, e esta está diretamente ligado as duas partes, tanto o usuário como o profissional. Como exemplo disto tem-se a educação em saúde onde o profissional se encarrega da formação do usuário e o mesmo muitas vezes é surpreendido na troca de informação (FARIA, 2009).

Desse modo, pode-se caracterizar o trabalho em saúde como partícipe de um mundo complexo, enérgico, criativo, pois faz-se necessário do trabalhador essas habilidades para pôr em prática o trabalho prescrito que está cotidianamente indo de encontro com o trabalho real. É necessário entender que o trabalho prescrito e o trabalho real se fazem presentes no âmbito da saúde (DEJOURS, 1993). Para a execução do trabalho em saúde faz-se necessário infringir alguns protocolos, flexibilização das normas, uso da personalidade colocada por cada trabalhador no ato da sua realização, que pode ser executado em conjunto com a equipe ou por sua capacidade de julgar o que é melhor para a realização da sua tarefa, implica na diferenciação do trabalho real do prescrito. No trabalho em saúde, portanto, tudo o que está pré-determinado como conduta a ser adotada diante do problema do usuário se caracteriza como trabalho prescrito (normas, tempo gasto na operação, modo de utilizar ferramentas) e o trabalho desenvolvido diante das ferramentas, ambiente para a realização, necessidade de cada usuário é chamado de trabalho real, que algumas vezes são práticas que estão longe de serem o ideal esperado para a sua execução (FARIA e ARAÚJO, 2010). A falta de infraestrutura, de ergonomia e de proteção contra doenças e agravos conseqüentemente o excesso de burocracia, relações verticalizadas e o contato constante com o sofrimento do outro, torna a relação do trabalhador com o usuário patológica e levando o sofrimento e o adoecimento no trabalho (BROTO e ARAÚJO, 2012)

Na prática do cuidado, os trabalhadores da saúde estão expostos a riscos oriundos do desenvolvimento de funções assistenciais diretas e indiretas, prestação de cuidados diretamente a pacientes e à organização do trabalho (RIBEIRO; SHIMIZU, 2007). Por vivenciar a prática do cuidado no seu cotidiano, são os profissionais da saúde que estão constantemente expostos a riscos de acidentes de trabalho, especialmente nos ambientes hospitalares devido à proximidade física e contato com material biológico (SOARES, 2011), bem como na atenção básica e média complexidade.

Destaca-se que, entre os trabalhadores da saúde, os estudos se concentram mais frequentemente na categoria dos profissionais de enfermagem que desempenham suas atividades em espaços físicos, iluminação e ventilação inadequada, tendo que desenvolver suas tarefas com falta de material, contando com o improvisado, expostos ao prolongamento da jornada de trabalho e em turnos alternados, recursos humanos insuficientes para a demanda do trabalho, manipulação de material infectado e procedimentos invasivos (FERRAZ et al., 2015).

Dentre todos os fatores a que os trabalhadores da área da saúde estão expostos, pode-se dizer que um dos pontos de maior importância para que o adoecimento aconteça é a quantidade insuficiente de trabalhadores nos setores de trabalho, o que impõe o aumento do ritmo e da

carga de trabalho favorecendo a ocorrência do agravo à saúde do trabalhador durante a execução da sua atividade laboral (SARQUIS; FELLI, 2009).

Para que o trabalhador venha reconhecer seu ambiente de trabalho como seguro, confortável e realizar suas atividades laborais é necessário que o ambiente em que este trabalhador se insere, apresente condições favoráveis, sob o ponto de vista físico, biológico, químico, as condições de higiene, de segurança, e as características ergonômicas do posto de trabalho (DEJOURS, 1992).

O perfil de morbidade dos trabalhadores da região Nordeste constatado no estudo, encontrou, 42% dos profissionais de saúde referindo problemas de saúde, como, doenças do aparelho circulatório (26%), do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo 13% e doenças do aparelho digestivo (15%) de acordo com a Classificação Internacional de Doenças 10a Revisão (CID-10) (TOMASI et. al. 2008). Em um estudo realizados com médicos residentes em Salvador mostrou que dentre as principais queixas de saúde relacionadas à saúde, 54,1% referiram cansaço mental, 37,5% sonolência, 30,8% esquecimento, 28,4% insônia e 11,7% sofrimento psíquico. Foi apresentado que 6,9% dos homens forma considerados bebedores-problema (NASCIMENTO et. al., 2006)

### **3.3 Transtornos Mentais Comuns**

A Organização Mundial da Saúde reconhece que os profissionais de saúde estão sujeitos à fatores de riscos ocupacionais, e diversos tipos de adoecimento dentre eles, os transtornos mentais que se tornam incapacitantes, trazendo prejuízos à população e aos serviços de saúde. Os transtornos mentais comuns (TMC) abrangem sintomas de ansiedade e depressão, atinge 25% da população em algum período da vida, possuem uma representatividade expressiva no que se refere às causas de incapacidade no mundo, estando na quarta colocação entre as dez principais. Corresponde a uma carga global de doenças de 12% com expectativa de aumento para 15% em 2020 (ROMBALDI et al., 2010).

Os transtornos mentais consistem em uma variedade de agravos à saúde que acomete à população em geral, principalmente os profissionais de saúde, estes que apresentam as prevalências mais elevadas quando comparadas ao restante da população (TENNANT, 2001). Possui sintomas como queixas somáticas inespecíficas, irritabilidade, insônia, nervosismo, dores de cabeça, fadiga, esquecimento e falta de concentração (GOLDBERG; HUXLEY, 1992). Esses transtornos não se enquadram nas definições diagnósticas de depressão e/ou ansiedade

propostos pela Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID 10) e pelo Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais – Quarta Edição (DSM IV), sendo considerados menos graves que os mesmos.

Contudo, não devem ser negligenciados pelos profissionais de saúde, uma vez que os sintomas, além de implicarem em sofrimento, são incapacitantes, e por isso podem representar altas despesas de cunho social e econômico, levando o indivíduo a se ausentar do trabalho, e a aumentar a procura pelos serviços de saúde (MARAGNO et al., 2006). Porém, no Brasil a formação dos profissionais de saúde em relação aos transtornos mentais comuns ainda é pouco aprofundada pois se dá mais atenção aos transtornos mentais mais graves (LIMA et al., 2008). O diagnóstico dos transtornos mentais comuns é difícil de ser realizado pois a gravidade dos sintomas é leve, passando a serem despercebidos. Somente os casos graves são diagnosticados mais facilmente (USTUN 1998) e encaminhados para os serviços especializados, como hospitais psiquiátricos (LIMA et. al., 2008).

Nos últimos anos muitos pesquisadores têm-se proposto a estudar e revelar as prevalências de TMC entre as populações de grandes centros urbanos. Estes estudos demonstram, no Brasil, que a prevalência de TMC variou entre 17,0% e 35,0% nos inquiridos com população adulta de centros urbanos. Esse agravo tem apresentado associação com faixa etária acima de 30 anos, baixa escolaridade, baixa renda, co-morbidades, situações de trabalho informal e desemprego, prática religiosa (LUDERMIR; MELO-FILHO, 2002; MARAGNO et al., 2006; ROCHA et al., 2010). Alguns destes não podem ser modificados, como idade (GAZALLE et. al 2004) e sexo, enquanto os outros são passíveis de modificações, de maneira individual e/ou coletiva (COSTA, 2005).

Entre populações específicas, como no caso dos trabalhadores, as prevalências de TMC variam entre 16% e 42,6%. Todos os estudos encontraram associação positiva com o trabalho. (SOUZA et al., 2010; BRAGA, CARVALHO e BINDER 2010; CORDEIRO, ARAÚJO e ALMEIDA, 2011; DILÉLIO et al., 2012; PEREIRA 2013). Sendo também associado à pouca instabilidade no emprego, repetitividade nas atividades desenvolvidas e a baixa autonomia no local de trabalho, características estas que estão difundidas na literatura como característica do trabalho em saúde. (TENNANT, 2001)

As frequências de TMC sofrem alteração de acordo com o local de trabalho. No estudo realizado com as trabalhadoras de enfermagem em setor hospitalar, a prevalência encontrada para TMC foi de 33,3% (ARAÚJO et al., 2003). Entre os setores do serviço de saúde, a prevalência variou entre 23,4% a 26,3% entre os médicos do setor de emergência da UTI e as enfermeiras do setor de emergência, respectivamente (CABANA et al., 2007; PINHO e

ARAÚJO, 2007). Na atenção primária a prevalência encontrada (42,6%) foi maior que no atendimento hospitalar (BRAGA, CARVALHO e BINDER, 2010) podendo ser justificado pelo modelo assistencialista de atendimento empregado nesse setor, onde observa-se como característica predominante do trabalho uma limitada autonomia, o acúmulo de atividades realizadas pelo trabalhador (FELICIANO, KOVACS E SARINHO 2010).

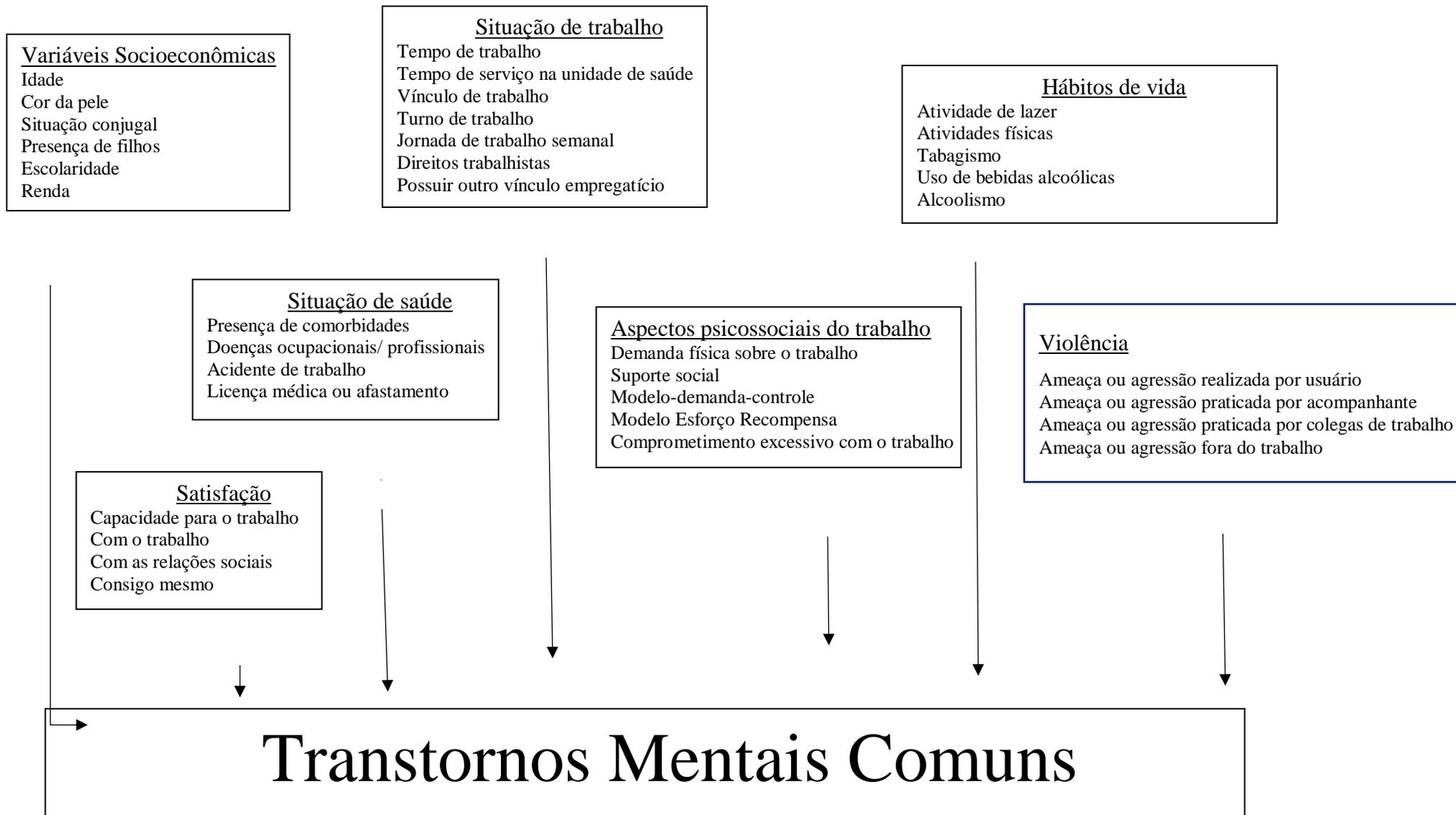
Para que se possa suspeitar de transtornos mentais comuns em países em desenvolvimento, a Organização Mundial de Saúde (OMS) patrocinou a elaboração do instrumento de pesquisa Self-Reporting Questionnaire (SRQ). O SRQ destina-se à detecção de sintomas, ou seja, sugere suspeição (presença/ ausência) de TMC, mas não discrimina um diagnóstico específico. Por este caráter de triagem, é bastante adequado para estudos de populações, sendo muito útil para uma primeira classificação de possíveis casos e não casos. Possui 20 questões dicotômicas (sim/não) que avaliam sintomas depressivos, somáticos, neuróticos e de ansiedade que ocorreram nos últimos 30 dias. As vantagens do SRQ-20 são: objetividade e simplicidade das questões, fácil compreensão e interpretação rápida. Entretanto, esse instrumento não fornece diagnóstico de TMC, porém indica sua suspeição (BEUSENBERG; ORLEY, 1999)

Mesmo os TMC tendo grande impacto e atingindo parte significativa da população os investimentos de saúde nessa área estão abaixo do esperado representando apenas, 1% (OMS, 2002). Essa situação pode ser justificada devido à falta de informação sobre a saúde mental da população, gerando uma atenção deficiente, despreparada, tanto no que se refere à oferta de serviços quanto à elaboração de políticas de proteção e promoção à saúde (ROCHA, et. al. 2010).

### **3.4 Modelo preditivo**

O modelo teórico-conceitual preditivo (figura 1) elaborado a partir do suporte da literatura onde buscou as variáveis que estiveram associadas aos TMC em homens e em trabalhadores da saúde. Após seleção essas variáveis foram dispostas em blocos, a fim de encontrar as devidas associações.

**Figura 1** - Modelo teórico-conceitual para análise em blocos.



### 3.5 Etilismo

Atualmente o álcool faz parte do cotidiano, como um fenômeno social, mas constituiu-se também como importante problema de saúde pública (VARGAS, OLIVEIRA e ARAÚJO, 2009). Pois o mesmo está sempre presente no cotidiano de comemorações, principalmente, para o sexo masculino. Porém se utilizado de forma abusiva, o álcool pode se tornar um problema.

Alcoolismo refere-se à cronicidade no modo de consumo de bebidas alcoólicas, que se caracteriza por descontrole na ingestão, ou quando o consumo se dá de forma levar a intoxicação do indivíduo. Segundo a OMS, a síndrome de dependência do álcool é um dos problemas relacionados ao trabalho. Para a Sociedade Americana das Dependências, em 1990, o alcoolismo foi caracterizado como uma doença crônica primária que sofre influência, nas suas manifestações, pelos fatores genéticos, psicossociais e ambientais, sendo muitas vezes, uma doença pode levar ao óbito. O padrão do consumo de bebida alcoólica se apresenta de forma contínua ou periódica e faz com que o indivíduo não pense com clareza, fazendo com que o mesmo tenha um comportamento de negação, frente ao agravo, isto é, o alcoolista não reconhece o seu consumo abusivo (BRASIL, 2001)

O consumo abusivo se torna cada vez mais presente, trazendo preocupação, uma vez que se estima que seja responsável por 3,2% das mortes em todo o mundo (PEIXOTO et al., 2010). A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) divulgou, em julho de 2015, o relatório “Status do consumo de álcool nas Américas”, que examinou os padrões e consequências do uso de álcool nos 36 países da região. Revelando dados de 2010 a 2012, corresponde a um primeiro desdobramento do relatório lançado em 2014 pela OMS, que tem objetivo de reduzir o consumo nocivo do álcool em 10% até o ano de 2025. Concluindo que se fazem necessárias novas pesquisas para que se tenha dados consistentes sobre o abuso do álcool, pois os dados oficiais não são de qualidade, tornando-se principal fator limitante dos levantamentos sobre o álcool.

Estudos realizados no Brasil revelam uma prevalência de etilismo na população geral de 11,2%, sendo maior para o sexo masculino (17,1%), e nas regiões norte e nordeste do País (GALDUROZ e CAETANO, 2004).

O etilismo afeta o indivíduo a nível social e em sua saúde. A nível social não possui uma causalidade direta reconhecida, mas sabe-se o quanto esta fica afetada, pois o álcool traz para o indivíduo, muitas vezes, uma forma de socialização, entrosamento e diversão, porém a prática desse hábito muitas vezes acarreta alto custo social, favorecendo a ocorrência de vandalismo, violência, destruição do ambiente familiar e profissional, problemas financeiros e escolares. Com relação a saúde sabe-se que o álcool é fator de risco para doenças e morte como

câncer bucal e orofaríngeo, câncer esofágico, câncer hepático, depressão unipolar e outras desordens psiquiátricas relacionadas ao consumo do álcool, epilepsia, hipertensão arterial, isquemia miocárdica, doença cérebro-vascular, diabetes, cirrose hepática, acidentes com veículos e máquinas automotoras, quedas, intoxicações, danos auto-infligidos e homicídios (MELONI e LARANJEIRA, 2004).

Entre os homens, a mortalidade devido ao álcool está em terceiro lugar enquanto causa *mortis*. Ao comparar os anos de 1990 e 2010, percebe-se que houve um aumento na mortalidade por esta causa de 23%, dentre estas ocorridas nas faixas etárias de 30 a 59 anos, onde o indivíduo é bastante produtivo, tanto na vida pessoal, acadêmica e profissional. Assim, o álcool, certamente, contribui fortemente na etiologia e manutenção de vários problemas sociais, econômicos e de saúde enfrentados em nosso país (GALDUROZ e CAETANO, 2004).

O álcool afeta negativamente o ambiente profissional trazendo instabilidade para o emprego, risco aumentado para acidentes de trabalho, diminuição no ritmo de trabalho, prejuízo na acuidade visual, sonolência, torpor, pois o mesmo exerce efeito depressivo sobre o sistema nervoso. Dados do II Levantamento Nacional de Alcool e Drogas revelaram que 8% dos entrevistados admitiu o efeito prejudicial do uso de álcool no seu trabalho, enquanto 4,9% informaram já ter perdido o emprego devido ao seu consumo (LARANJEIRA, 2014).

Se por um lado o consumo de álcool impacta no trabalho, por outro, existem fatores no ambiente de trabalho que levam o indivíduo a consumir a bebida alcoólica. Exemplo disso é o estresse: quanto mais estressante for o trabalho, onde haja maior responsabilidade, maior poderá ser o uso de álcool e, conseqüentemente, os transtornos a ele relacionados. Porém, no caso do trabalhador identificado com possível problema com o álcool este não correrá o risco de ficar desempregado, visto que há leis que o apoiem, porém se o trabalhador não aceitar o tratamento médico ou psicológico para a sua recuperação o mesmo não ficará mais acobertado pela lei.

## **4.METODOLOGIA**

Este estudo representa um recorte do projeto multicêntrico “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia” realizado pelo Núcleo de Epidemiologia e pelo Núcleo de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), em parceria com a Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB), Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) e da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF).

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, exploratório, de corte transversal. O estudo tipo seccional, possui como “característica essencial a observação de cada indivíduo em uma única oportunidade” (MEDRONHO et al, 2006, p. 125-126). Este estudo consiste em um corte no fluxo histórico do evento, em que a exposição e o desfecho são observados simultaneamente, o que permite a estimativa de suas prevalências. Assim, informa o que está acontecendo no momento da coleta dos dados, indicando se há associação entre exposição e evento naquele momento, e possuindo limites como a impossibilidade de identificar a causalidade, por não atender ao critério de sequência temporal, viés de prevalência, pois os pacientes curados ou falecidos não se apresentam nos casos, não determina incidência dos casos, a interpretação sofre deturpações por fatores de confundimento (PEREIRA, 2008). Os estudos seccionais possuem como vantagem ter baixo custo, alto potencial descritivo e simplicidade analítica (ROUQUAYROL, 2003).

### **4.2 Campo de estudo**

O estudo foi realizado em cinco municípios do Estado da Bahia: Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus, Itabuna, Jequié e no Distrito Sanitário do Centro Histórico de Salvador.

Feira de Santana tinha uma população estimada de 561.459 habitantes em 2010 (IBGE, 2010). A rede básica de saúde do município era constituída por 76 Unidades de Saúde da Família (USF), comportando 83 Equipes de Saúde da Família (ESF) (cobertura de 59,6% da

população); oito equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). A Rede de Média Complexidade era constituída por seis policlínicas e 12 serviços de referência.

Santo Antônio de Jesus possuía 90.949 habitantes em 2010 (IBGE, 2010). A rede básica de saúde era constituída por 21 ESF lotadas em 19 USF (cobertura de 83,9%); duas UBS com duas equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A rede de média complexidade era composta por dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); uma Policlínica; um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Itabuna possuía 204.668 habitantes em 2010 (IBGE, 2010). A rede básica de saúde era composta por 23 ESF lotadas em 16 USF (45,0% de cobertura populacional) e 10 UBS. A rede de média complexidade era constituída por um CAPS Álcool e Drogas; um CAPS infantil; um CAPS II; dois Centros de Referência; um CEREST; um Centro de Prevenção em Oncologia; um Centro de Referência em Doenças de Anemia Falciforme; um Centro de Reabilitação e Desenvolvimento Humano; um Centro de Referência de Hipertensão Arterial e Diabetes; um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); uma Policlínica; um Programa Ótico para a Infância; e um Centro de Referência em Saúde do Idoso.

Jequié possuía 143.143 habitantes em 2010 (IBGE, 2010). A rede básica de saúde era composta por 24 ESF alocadas em 15 USF (61,9% de cobertura) e quatro UBS. A rede de média complexidade era composta por um ambulatório de Saúde Mental; um CEREST; um Núcleo Municipal de Prevenção e Reabilitação; um CEO; um Centro de Referência em Saúde Sexual; dois CAPS.

O Distrito Sanitário do Centro Histórico de Salvador tinha 69.088 habitantes em 2012 (SALVADOR, 2012). A Rede Básica era composta por duas USF em que estavam alocadas quatro ESF (23,2% de cobertura) e por seis UBS. A rede de média complexidade era constituída por um CEO e um CAPS.

### **4.3 População e planejamento amostral**

O planejamento da amostra para o estudo proposto levou em consideração o estudo multicêntrico.

#### **4.3.1 Descrição dos procedimentos do estudo multicêntrico**

Para a definição da população de estudo foi realizado levantamento prévio da estruturação e força de trabalho dos serviços junto às Secretarias Municipais de Saúde dos municípios constituintes do campo de estudo. Delimitou-se o número e tipo de serviços de saúde disponíveis, número de trabalhadores e suas respectivas ocupações, bem como a área geográfica em que cada serviço se localizava. A população do estudo multicêntrico foi de 6.191 trabalhadores da saúde, os quais desenvolviam suas atividades na rede de atenção básica e de média complexidade dos municípios investigados que estavam em pleno exercício das suas atividades. As categorias profissionais foram: agente Comunitário de Saúde, técnico de nível superior, técnico de nível médio, enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, odontólogo, vigilante. De posse dessas informações, procedeu-se à seleção aleatória dos profissionais para comporem a amostra do estudo.

#### **4.3.2 Descrição dos procedimentos de amostra do estudo proposto**

Devido à indisponibilidade da informação sobre o número de trabalhadores por sexo realizou-se uma projeção considerando a proporção de homens trabalhadores da saúde de 28,4% (Barbosa, 2012) o que resultou em uma população de aproximadamente 1758 trabalhadores para análise no estudo proposto.

Realizou-se estimativa amostral para o número total de trabalhadores da saúde, considerando a fórmula para população finita. A definição da prevalência do evento de interesse, empregado para a estimativa da amostra, ocorreu por meio de revisão da literatura considerando-se o desfecho investigado, ou seja, os transtornos mentais comuns.

Considerando a prevalência do evento de interesse (20,3%), em virtude da semelhança da população estudada, ou seja, trabalhadores homens (SOUZA et. al, 2010) nível de significância de 5%, erro absoluto de 3%, a amostra foi estimada em 493 trabalhadores. Acrescentou-se 20% para perdas/recusas (n= 98), o que resultou na amostra de 591 trabalhadores do sexo masculino.

#### **4.3.3 Procedimentos de pesquisa**

Foi realizado estudo piloto numa cidade baiana com 30 trabalhadores de saúde para avaliar o questionário. Os pesquisadores foram treinados para o trabalho de campo, a fim de padronizar a abordagem dos indivíduos na coleta dos dados e o preenchimento do questionário pelos entrevistadores, sendo respeitados os princípios éticos.

A coleta de dados ocorreu no ano de 2012. O procedimento de coleta envolveu uma explicação inicial sobre a pesquisa, o sigilo dos dados e sua utilização exclusiva para os fins do estudo. Após a explicação, o trabalhador foi questionado sobre a disponibilidade de tempo para responder os instrumentos. Caso as condições fossem aceitas, o participante lia e assinava o termo de consentimento livre-esclarecido (TCLE) (ANEXO 2) em duas vias, sendo uma cópia para o pesquisador e outra para o participante.

A aplicação do instrumento de coleta aconteceu de duas maneiras: por meio do autopreenchimento e entrevista. Na primeira, os participantes com escolaridade de nível superior respondiam ao questionário e na segunda, foi realizada uma entrevista para preenchimento do questionário com os trabalhadores de menor escolaridade por entrevistadores previamente treinados

#### **4.4.1 Instrumento de coleta de dados**

O instrumento de coleta de dados do projeto multicêntrico (ANEXO 1) foi um questionário, construído por meio da revisão da literatura e constituído por oito blocos que incluem informações sobre: características sociodemográficas - Bloco I; informações gerais sobre o trabalho - Bloco II; informações gerais sobre o ambiente de trabalho - Bloco III; características psicossociais do trabalho - Bloco IV; atividades domésticas e hábitos de vida - Bloco V; capacidade para o trabalho - Bloco VI; aspectos relacionados à saúde do trabalhador - Bloco VII; e vitimização - Bloco VIII.

Para alcançar os objetivos propostos por este subprojeto os blocos utilizados serão:

– Características sociodemográficas: idade; existência de filhos; situação conjugal; escolaridade e cor da pele autorreferida.

– Caracterização do emprego: cargo exercido; tempo de trabalho na ocupação; vínculo de trabalho; tempo de trabalho no serviço público; tempo de trabalho na unidade; capacitação para o trabalho; educação continuada; vínculo de trabalho; compatibilidade entre as atividades com o cargo exercido; turno de trabalho no serviço; jornada real de trabalho; direitos trabalhistas (13º salário; folgas; férias remuneradas; 1/3 adicional de férias); trabalho em outro local; jornada total de trabalho semanal.

– Atividades domésticas e hábitos de vida: realização e frequência de atividades de lazer; frequência de atividades físicas; tabagismo; etilismo e grau de dependência alcoólica (medido por questões adaptadas do CAGE); Sobrecarga doméstica.

– Estado de saúde: autorreferida; diagnóstico médico para doenças envolvendo os vários sistemas orgânicos; queixas de saúde; absenteísmo; acidentes de trabalho; SRQ-20.

– Vitimização – segurança pessoal; ameaça no trabalho, agressão no trabalho, acidente de trabalho, acidente ou ameaça fora do ambiente do trabalho, vítima de acidente de trânsito.

## **4.5 Variáveis do Estudo**

### **4.5.1 Variável desfecho**

#### Artigo 1

Transtornos Mentais Comuns. A variável desfecho deste estudo é a suspeição de TMC, obtida por meio da sumarização das variáveis do SRQ-20 dicotomizada em sim e não. Para esta dicotomização será empregado o ponto de corte de cinco respostas positivas, considerado portanto, suspeitos de TMC do sexo masculino (SANTOS, ARAÚJO E OLIVEIRA, 2009). Onde, TMCDIC 0 = não; 1 = sim

#### Artigo 2

Provável etilista. A variável desfecho é bebedores-problema, avaliado pelo CAGE, que é utilizado como teste de triagem para detecção de abuso no consumo de bebida alcoólica. Refere-se a um questionário padronizado, composto por quatro perguntas: 1) Alguma vez sentiu que deveria diminuir ou parar de beber? (Cut down?); 2) As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber? (Annoying by criticism?); 3) Sente-se culpado pela maneira que costuma beber? (Guiltier about drinking?); 4) Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo e a ressaca? (Eye-opener drink?). A variável foi construída através do somatório das respostas positivas dicotomizada, tendo como ponto de corte de duas ou mais respostas (BARBOSA, et. al. 2012). CAGEDIC 0 = não; 1 = sim

### **4.5.2 Variáveis de exposição**

#### Artigo 1

A escolha das variáveis de exposição considerou os achados da literatura sobre TMC, que apresenta associação com gênero, classe social, condições de vida e trabalho (LUDERMIR;

MELO-FILHO, 2002; PATEL; KLEINMAN, 2003; LUDERMIR, 2008). Assim sendo, as variáveis utilizadas nesse estudo serão: as variáveis sociodemográficas, as variáveis relativas ao trabalho e as variáveis relacionadas aos hábitos de vida.

As variáveis do bloco sociodemográficas foram idade, onde a mesma foi categorizada em até 40 anos = 0 e acima de 40 anos = 1; Situação conjugal foi casado/união estável = 0 e solteiro/divorciado/viúvo = 1; Escolaridade, nível superior/mestrado/doutorado = 0 e nível médio completo/nível técnico = 1; Renda, mais de 03 salários mínimos = 0 e até 03 salários mínimos = 1; Raça cor da pele, branco = 0 e pretos, pardos e outros = 1.

As variáveis do bloco satisfação foram satisfeito com o trabalho, sim = 0 e não = 1; qualidade de vida, sim = 0 e não = 1; Satisfeito com a capacidade para o trabalho, sim = 0 e não = 1; Satisfeito consigo mesmo, sim = 0 e não = 1; Satisfeito com as relações pessoais, sim = 0 e não = 1.

As variáveis do bloco de Situação de saúde foram sumarizadas de acordo com o cid 10 e após dicotomizadas em Doenças infecciosas e parasitárias (Tuberculose e hepatite), não = 0 e sim = 1; Doenças endócrinas (diabetes, obesidade e dislipidemia), não = 0 e sim = 1; Doenças respiratórias (rinite, sinusite e asma) não = 0 e sim = 1, Doenças do Aparelho Circulatório (hipertensão, infarto do miocárdio, angina, insuficiência cardíaca e varizes), não = 0 e sim = 1; Doenças digestivas (gastrite e úlcera), não = 0 e sim = 1; Doenças de pele e do tecido subcutâneo (alergia e eczema), não = 0 e sim = 1, Doenças do aparelho genitourinário (doenças dos rins e infecção urinária), não = 0 e sim = 1; Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (artrite, reumatismo, lombalgia, hérnia de disco, LER/DORT), não = 0 e sim = 1; Doença do sistema nervoso (distúrbios do sono), não = 0 e sim = 1.

As variáveis do bloco de situação do trabalho foram tempo de trabalho 0 a 5 anos = 0 e > de 6 anos = 1; Tempo na unidade, 0 a 5 anos = 0 e > de 6 anos = 1; Tipo de vínculo Efetivo concursado = 0 e Trabalho precarizado = 1; Turno de trabalho, 1 turno = 0 e 2 turno/ plantão = 1, Jornada de trabalho, até 40 horas = 0 e mais de 40 horas = 1; Direitos trabalhista, sim = 0 e não = 1; Outro trabalho, não = 0 e sim = 1.

As variáveis de hábitos de vida foram atividade de lazer, sim = 0 e não = 1; Atividade física, sim = 0 e não = 1; Fuma, não = 0 e sim = 1; Bebe, não = 0 e sim = 1; Bebedor problema foi construída a partir da sumarização de 4 variáveis, e dicotomizada com o ponto de corte de 2 ou mais respostas positivas onde, não = 0 e sim = 1.

O bloco aspectos psicossociais do trabalho foi constituído pelas variáveis Modelo Demanda Controle constituída pela sumarização de 4 variáveis baixa exigência = 0, trabalho ativo = 2, trabalho

passivo = 3, alta exigência = 4; Apoio social, alto = 0 e baixo = 1; ERI, equilíbrio = 0 e desequilíbrio = 1; Comprometimento excessivo, ausência = 0 e presença = 1.

#### Artigo 2

As variáveis de exposição foram as características sociodemográficas (idade, escolaridade, raça, situação conjugal), hábitos de vida (atividade de lazer, atividade física, tabagismo) características do trabalho (tempo de trabalho, tipo de vínculo, jornada de trabalho, direitos trabalhistas, turno de trabalho, outro trabalho), satisfação (com o trabalho, capacidade para o trabalho, consigo mesmo, relações pessoais) situação de saúde (licença-médica, doença ocupacional, acidente de trabalho).

### 4.6 Análise dos dados

#### Artigo 1:

Os dados foram apresentados por meio da estatística descritiva, empregando frequências absolutas e relativas (proporções) referentes à caracterização da população de estudo.

Foi estimada a prevalência de TMC entre os trabalhadores. Foi realizada análise bivariada entre perfil sociodemográfico, condições de trabalho, hábitos de vida, violência em homens trabalhadores da saúde e TMC. A medida de associação estimada foi a razão de prevalência. Para a inferência estatística foi empregado intervalos de confiança de 95%, o teste chi-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher para aquelas associações onde o valor esperado foi menor que 5. Para a análise multivariada foi empregada a regressão logística. O nível de significância estatística foi de 5%, com finalidade exploratória.

A regressão logística adotou o procedimento *backward* que consiste em testar o modelo com todas as variáveis e, selecionado após a análise as variáveis que apresentaram o valor de  $p \geq 0,05$ . O modelo completo incluiu as variáveis sociodemográficas (idade, renda, escolaridade, situação conjugal, cor da pele,), hábitos de vida (etilismo, tabagismo, participação em atividades de lazer, tempo suficiente para o lazer, atividades domésticas e sobrecarga doméstica), aspectos relacionados ao trabalho (Qual o cargo; Tempo de serviço; Vínculo de trabalho; Turno de trabalho; Jornada de trabalho; Direitos trabalhistas; Possui outro vínculo empregatício), Estado de saúde autorreferida; (diagnóstico médico para doenças envolvendo os vários sistemas orgânicos; queixas de saúde; absenteísmo; acidentes de trabalho) e Vitimização

(segurança pessoal; ameaça no trabalho, agressão no trabalho, acidente de trabalho, acidente ou ameaça fora do ambiente do trabalho, vítima de acidente de trânsito)

Em função da regressão logística ter sido desenvolvida para uso em estudos de caso-controle, produzindo medidas de OR e não de RP, não tem sido recomendado o uso de estimativas de OR, obtidas na regressão logística, para estudo de efeitos de elevada frequência. Assim, a Razão de Prevalência e seus respectivos intervalos de confiança foram obtidos por meio da Regressão de Poisson pelo método de variância robusta.

A análise dos dados será feita com o auxílio do software *Statistical Package for the Social Sciences*(SPSS) versão 17.0 e para a realização da análise multivariada foi utilizado o *STATA for Windows*.

#### Artigo 2:

Foi realizada a análise descritiva através da distribuição de frequências absolutas e relativas das características sociodemográficas, do trabalho, situação de saúde e satisfação de acordo com a variável desfecho. A digitação e análise dos dados foi feita com o auxílio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0.

### **4.8 Aspectos éticos da pesquisa**

O projeto de pesquisa multicêntrico foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana sob o protocolo nº 081/2009 (ANEXO 3). Todas as etapas deste estudo atenderam Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa com seres humanos.

Os entrevistadores foram treinados e orientados sobre os procedimentos éticos a serem seguidos, resguardando todos os direitos dos indivíduos entrevistados. Aos indivíduos elegíveis para o estudo, foi solicitada a concordância formal em participar da pesquisa. O entrevistado era informado acerca dos objetivos do estudo, e a concordância em participar foi formalizada por meio da assinatura do TCLE, previsto na Resolução 466/12 do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

A pesquisa não implicou em riscos diretos sobre a saúde dos trabalhadores a serem estudados. O indivíduo pôde interromper sua participação no momento em que desejou ou na ocorrência de qualquer desconforto. A confidencialidade dos dados fornecidos para a presente pesquisa foi assegurada. A pesquisadora se comprometeu a utilizar as informações obtidas exclusivamente para atender aos objetivos do estudo. Foi solicitada a autorização por meio de

ofício para utilização do banco de dados à Professora Dra. Tânia Maria de Araújo, coordenadora da pesquisa e do Núcleo de Epidemiologia.

## 5.0 RESULTADOS

### 5.1 Artigo 1 – Transtornos Mentais Comuns em homens trabalhadores da saúde em cinco municípios da Bahia.

Layla Baptista Cavalcante Wright

Resumo: Os transtornos mentais comuns (TMC) são agravos prevalentes entre a população dos trabalhadores da saúde, que traz prejuízos ao próprio trabalhador e ao serviço de saúde. Foi realizado um estudo transversal, com o objetivo de verificar os fatores associados aos transtornos mentais comuns em homens trabalhadores de cinco municípios baianos, no ano de 2012. Foram entrevistados 675 trabalhadores utilizando um questionário composto por sete blocos referentes às características sociodemográficas, hábitos de vida, situação de trabalho, aspectos psicossociais do trabalho, satisfação, aspectos relacionados à saúde, atos de violência. Foi empregada a análise multivariada em blocos. Calcularam-se as razões de prevalência e seus respectivos intervalos a 95% de confiança. A prevalência global de TMC foi de 17,2%. Estiveram associados aos TMC: não estar satisfeito consigo mesmo (RP: 2,55; IC 95%: 1,11-5,89), doenças do sistema nervoso (RP: 4,48; IC 95%: 1,72-11,67), e comprometimento excessivo com o trabalho (RP: 2,61; IC: 1,32-5,15). Os resultados desta pesquisa demonstra como as características referente ao gênero influencia a vida do indivíduo, levando ao adoecimento.

Descritores: saúde mental; saúde do homem; trabalhadores da saúde

Abstract: The common mental disorders (CMD) are a prevalent injury among the population of health workers, which brings damages to health workers and to the health service. A transversal study was done with the objective to check the factors associated to common mental disorders in male workers of five cities in Bahia, in 2012. 675 workers were interviewed with a questionnaire with seven blocks which referred to sociodemographic characteristics, life habits, work situation, psychosocial aspects of work, satisfaction, aspects related to health, violent acts. A multivariate analysis was done in blocks. Prevailing ratio was calculated and their respective intervals at 95% confidence. The global prevalence of CMD was 17,2%. Associated to CMD were: not being satisfied with oneself (RP:2,55; IC 95%: 1,11-5,89), nervous system illnesses (RP: 4,48; IC 95%: 1,72-11,67) and excessive commitment to work (RP: 2,61; IC 95%: 1,32-5,15). The results of this research lead to a change in personal life and how one faces work, so to reduce illnesses by CMD.

Keywords: Mental health; men's Health; health worker

## Introdução

Os indicadores de saúde apontam para a maior mortalidade masculina em todas as idades e causas, além disto a sua expectativa de vida ao nascer é menor se comparada à das mulheres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013; BRASIL, 2009). Em 2010, a probabilidade de o homem morrer em todas as faixas etárias era 4,5 vezes maior do que a mulher, essa tendência estava associada às mortes por causas externas, em particular as violentas (IBGE, 2010).

Adicionalmente, os homens sofrem mais de doenças crônicas e incapacidade de longa duração. Essas situações desfavoráveis aos homens estão relacionadas ao fato deles não buscarem, como as mulheres, os serviços de saúde, apresentando uma baixa adesão às atividades de prevenção e promoção da saúde (TILICO, et. al. 2015). Também possuem hábitos de vida menos saudáveis, tais como consumo de fumo e álcool, e maior exposição às atividades perigosas, com maior risco de violência. Essas condições têm repercussão significativa na sua saúde, o que os torna mais susceptíveis ao adoecimento e morte precoce (BRASIL 2009; IBGE, 2010).

No Brasil no ano de 2002, as principais causas de internação entre a população masculina foram as doenças do trato respiratório, do aparelho circulatório, infecciosas, do aparelho digestivo e lesões causadas por acidentes (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005). Destacando-se, ainda, os transtornos mentais entre homens jovens e adultos, sobrecarregando significativamente a rede hospitalar no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009), e são responsáveis por 11,3% das internações (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

Dentre os transtornos mentais que acometem a população tem-se os transtornos mentais comuns (TMC), os quais apresentam sintomas que abrangem ansiedade e depressão, além de queixas somáticas inespecíficas, irritabilidade, insônia, nervosismo, dores de cabeça, fadiga, esquecimento e falta de concentração, trazendo, portanto, ao indivíduo sofrimento e incapacidades (GOLDBERG; HUXLEY, 1992).

Estima-se que cerca de 25% da população em algum período da vida sofrerá com TMC, com potencial incapacidade para o trabalho. Os transtornos mentais comuns são importantes em função de ocupar quarta colocação considerando as dez maiores doenças incapacitantes (ROMBALDI et. al. 2010). Por isso podem acarretar custos de cunho social e econômico, levando o indivíduo a se ausentar do trabalho e aumentar a procura pelos serviços de saúde (MARAGNO et al., 2006).

O trabalho proporciona ao homem acesso às suas aspirações e desejos (BRAGA, et al., 2008), porém se o mesmo ocorre sob forma inadequada pode gerar o adoecimento, como, por

exemplo, os TMC, para o qual se reconhece a sua associação positiva com as condições de trabalho (RODRIGUES et. al. 2014; SERVO 2006). Na particularidade do trabalho em saúde estas condições desfavoráveis se revelam por meio da falta de materiais e equipamentos, relações conflituosas na equipe e com o usuário/acompanhante, sobrecarga de trabalho, rapidez na realização de tarefas, condição precária do ambiente de trabalho, precarização dos contratos de trabalho (BROTO e DALBELLO-ARAÚJO, 2012).

Apesar da importância social e econômica dos TMC e da sua reconhecida associação com o trabalho, existe poucos estudos que avaliam a saúde mental dos homens trabalhadores da saúde, visto que esta é uma população em maior vulnerabilidade por poder congrega em si as dificuldades de diagnóstico de um agravo à saúde inerentes ao gênero e os referentes aos dos trabalhadores da saúde de modo geral, os quais negligenciam o seu autocuidado. Assim o objetivo do estudo é verificar os fatores associados aos transtornos mentais comuns em homens trabalhadores de cinco municípios baianos.

### **Metodologia**

Trata-se de um estudo de corte transversal exploratório, realizado em 2012 com homens trabalhadores da saúde da Atenção Básica e de Média Complexidade do Distrito Sanitário do Centro Histórico de Salvador, Feira de Santana, Itabuna, Jequié e Santo Antônio de Jesus, o qual representa um recorte do projeto multicêntrico “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia”, realizado em parceria com cinco universidades na Bahia. UEFS, UESB, UESC, UNIVASF.

O planejamento amostral levou em consideração o estudo multicêntrico. Devido à indisponibilidade da informação sobre o número de trabalhadores da saúde por sexo nos municípios supracitados, realizou-se uma projeção considerando a proporção de homens trabalhadores da saúde de 28,4% (BARBOSA, 2012) e a população total de trabalhadores da saúde na Atenção Básica e de Média Complexidade nos municípios supracitados de 6.191, o que resultou em uma população de aproximadamente 1.759 trabalhadores.

Na estimativa amostral, empregou-se a fórmula para população finita. Considerou-se o número projetado de homens trabalhadores da saúde (N= 1.759), prevalência de TMC de 20,3% (SOUZA et. al, 2010), nível de confiança de 95% e erro absoluto de 3%, o que resultou em 493 trabalhadores. Acrescentou-se 20% para perdas/recusas (n= 98), o que resultou na amostra de 591 trabalhadores do sexo masculino.

Como instrumento de coleta de dados utilizou-se um questionário, construído com base em revisão da literatura e constituído por oito blocos que incluíram informações sobre características sociodemográficas, caracterização do trabalho, atividades domésticas e hábitos de vida, estado de saúde, violência – segurança pessoal.

A aplicação do instrumento de coleta foi realizada por meio de entrevista entre os trabalhadores com escolaridade até o ensino médio completo e entre os trabalhadores de nível superior o questionário foi auto aplicado.

A variável desfecho do estudo foi suspeição de Transtornos Mentais Comuns (TMC). Para mensurar TMC utilizou-se o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Como ponto de corte adotou-se escore de cinco ou mais respostas positivas (SANTOS, ARAÚJO E OLIVEIRA, 2009) dentre o total das 20 questões que constituem o instrumento.

As variáveis exposição analisadas são as sociodemográficas, situação de trabalho, situação de saúde, satisfação, aspectos psicossociais do trabalho e hábitos de vida. As variáveis foram categorizadas com base na revisão da literatura e agrupadas em blocos.

As variáveis do bloco sociodemográficas foram idade (até 40 e acima de 40 anos), situação conjugal (casado/união estável e solteiro/divorciado/viúvo), escolaridade, (nível superior/mestrado/doutorado e nível médio completo/nível técnico), renda, (mais de 03 salários mínimos e até 03 salários mínimos), raça cor da pele (branco e pretos, pardos e outros). O segundo bloco foi composto por variáveis dos hábitos de vida como prática de atividade de lazer, atividade física, fuma, bebe, (todas mensuradas em escala dicotômicas: sim/não). Bebedor-problema foi avaliada pelo CAGE, considerando-se consumo abusivo de álcool de 2 ou mais respostas positivas (BARBOSA, et. al. 2012). O terceiro bloco foi composto pelas variáveis que caracterizaram a situação de trabalho, compreendendo tempo de trabalho na profissão (0 a 5 anos e > de 6 anos), tempo na unidade, (0 a 5 anos e > de 6 anos), tipo de vínculo (efetivo concursado e trabalho precarizado), turno de trabalho, (1 turno e 2 turno/plantão), jornada de trabalho, (até 40 horas e mais de 40 horas), direitos trabalhista construída através do somatório de quatro variáveis (direito a folgas, direito à férias e direito a adicional de férias), (não/sim) outro trabalho, (não/sim).

O quarto bloco foi formado pelos aspectos psicossociais do trabalho, avaliado pelo modelo demanda controle, avaliado através do *Job Content Questionnaire* (JCQ) onde foram construídas quatro categorias de trabalho. A partir das dimensões de demanda e controle sobre o próprio trabalho, construiu-se quatro categorias de trabalho: baixa exigência, trabalho ativo, trabalho passivo e alta exigência. Foram também analisadas, apoio social, composto pelo apoio dos colegas de trabalho e dos supervisores, após dicotomizado pela mediana em alto apoio e

baixo apoio, *Effort-Reward Imbalance Model* – ERI composta pela fórmula  $ER = \text{esforço} / (\text{recompensa} \times 0,5454)$  o resultado foi dicotomizado em equilíbrio e desequilíbrio, comprometimento excessivo, dicotomizado pela mediana em ausência comprometimento excessivo e presença de comprometimento excessivo.

O quinto bloco foi constituído pelas variáveis satisfação com o trabalho, sim e não, satisfeito com a capacidade para o trabalho, sim e não, satisfeito consigo mesmo, sim e não, satisfeito com as relações pessoais, sim e não

As variáveis do bloco de violência foram constituídas por quatro variáveis dentre elas, ameaça ou agressão praticada por usuário, por acompanhante, por colegas de trabalho, fora do trabalho.

As variáveis do bloco de situação de saúde foi constituído pelas variáveis de comorbidade autorreferida agrupado segundo cid-10 pela sumarização das variáveis e após dicotomizado em sim e não doenças Infecciosas e parasitárias (Tuberculose e hepatite), doenças endócrinas, nutricionais e Metabólicas (diabetes, obesidade e dislipidemia), doenças do aparelho circulatório (hipertensão, infarto do miocárdio, angina, insuficiência cardíaca e varizes), doenças do Aparelho Respiratório (rinite, sinusite e asma), doenças do Aparelho digestivo (gastrite e úlcera), doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo (alergia e eczema), doenças do Aparelho Geniturinário (doenças dos rins e infecção urinária), doenças do Sistema Nervoso (distúrbios do sono), doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (artrite, reumatismo, lombalgia, hérnia de disco, LER/DORT).

Os dados foram apresentados por meio da estatística descritiva, empregando frequências absolutas e relativas (proporções) para a caracterização da população de estudo. Para a análise multivariada empregou-se a análise em blocos. Foi realizada a análise bivariada a fim de selecionar as variáveis para entrada no modelo multivariado intrablocos considerando o nível de significância de 25% no Teste chi-quadrado de Pearson ou exato de Fisher.

Para a entrada no modelo interblocos considerou-se o nível de significância de 17% Permaneceram no modelo final as variáveis associadas ao desfecho ao nível de significância de 5%.

Como TMC não foi um evento raro na amostra do estudo, e a medida de associação fornecida pela regressão logística ser a *Odds ratio*, incorre-se no risco de superestimativa da mesma. Assim, a razão de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança foram obtidos por meio da Regressão de Poisson pelo método de variância robusta.

Para atestar a adequação do modelo aos dados realizou-se o teste Hosmer e Lemeshow goodness of fit, demonstrando a sua adequação ( $p = 0,58$ ), elaborou-se a curva ROC a qual

demonstrou adequado poder de discriminação com área de 0,76 (apêndice 1). Foi realizada a análise de observações extremas e se as mesmas ofereciam influência aos dados, não sendo as mesmas observadas (apêndice 2).

A digitação e análise dos dados foi feita com o auxílio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0 e para a realização da análise multivariada foi utilizado o *STATA for Windows*.

O projeto de pesquisa multicêntrico foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana sob o protocolo nº 081/2009. Os entrevistadores foram treinados e orientados sobre os procedimentos éticos a serem seguidos, resguardando-se todos os direitos dos indivíduos entrevistados. Aos indivíduos elegíveis para o estudo, a concordância foi formalizada por meio da assinatura do TCLE.

## **Resultados**

O estudo contou com a participação de 675 trabalhadores do sexo masculino. Destes 58,6% com idade de até 40 anos, 58,7 % casados ou em união estável, 31,5% tinham nível superior e 29,8% dos trabalhadores informaram ter renda de mais de três salários mínimos. Quanto a cor da pele, 75,3% era preta, pardos e outros (Tabela 1).

Quanto aos hábitos de vida, 71,3% praticavam atividade física, 89,2% realizavam alguma atividade de lazer, 76,7% participavam das atividades domésticas, 23% faziam uso do tabaco e 59,4% faziam uso de bebida alcoólica, destes 11,3% foram considerados bebedores problemas (Tabela 1).

Tabela 1 – Prevalência de Transtornos Mentais Comuns de acordo com as características sociodemográficas, hábitos de vida entre os homens trabalhadores da saúde de cinco municípios da Bahia no ano de 2012.

Variáveis	Prevalência de Transtornos mentais Comuns		
	n	%	%
<b>Idade* (N =672)</b>			
Até 40 anos	396	58,9	15,8
Acima de 40 anos	276	41,1	6,7
<b>Situação conjugal* (N = 669)</b>			
Casado/União estável	393	58,7	9,2
Solteiro/divorciado/viúvo	276	41,3	15,6
<b>Escolaridade*(N = 661)</b>			
Nível Superior/Mestrado/Doutorado	209	31,6	7,5
Nível Médio completo/Nível Técnico	452	68,4	13,8
<b>Renda (N = 547)</b>			
Mais de 03 salários mínimos	163	29,8	10,1
Até 03 salários mínimos	384	70,2	14,2
<b>Raça cor da pele (N = 668)</b>			
Branco	165	24,7	10,6
Pretos, pardos e outros	503	75,3	12,4
<b>Filhos* (N = 670)</b>			
Não	242	36,1	16,3
Sim	428	63,9	9,7
<b>Atividade de lazer* (N = 669)</b>			
Sim	597	89,2	10,8
Não	72	10,8	23,5
<b>Atividade física* (N = 663)r</b>			
Sim	473	71,3	8,5
Não	190	28,7	13,9
<b>Fuma (N = 655)</b>			
Não	500	76,3	12,2
Sim	155	23,7	12,1
<b>Bebe (N = 620)</b>			
Não	252	40,6	11,3
Sim	368	59,4	12
<b>Bebedor problema 1* (N = 400)</b>			
Não	355	88,8	11,3
Sim	45	11,3	15,9

I avaliado pelo CAGE

\*Associação estatisticamente significativa ( $p < 0,25$ )

Com relação aos aspectos relacionados ao trabalho 54,8% tinham mais de seis anos de trabalho, 62,6% tinham menos de seis anos de trabalho na unidade de saúde, 67,8% dos trabalhadores eram concursados, 73,6% possuíam dois turnos de trabalho ou tinham regime de plantão 95,3% dos trabalhadores apresentaram carga horária até 40 horas, 70,1% não tinham

todos os direitos trabalhistas garantidos, 67,1% referiam ter outro trabalho, 27,6% estavam em trabalho ativo, 52,7% referiram ter alto apoio social, 59,9% dos trabalhadores estavam em desequilíbrio entre os esforços e recompensas no trabalho e 58,5% relataram ausência de comprometimento excessivo com o trabalho.

Tabela 2 – Prevalência de transtornos mentais comuns segundo características e aspectos psicossociais do trabalho em homens trabalhadores da saúde de cinco municípios da Bahia, no ano de 2012.

<i>Variáveis</i>	Prevalência de Transtornos Mentais Comuns		
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>%</i>
<b>Tempo de trabalho* (N = 653)</b>			
Até 5 anos	298	45,2	19,1
> de 6 anos	368	54,8	15,5
<b>Tempo na unidade* (N = 647)</b>			
Até 5 anos	417	62,6	16,5
> de 6 anos	249	37,4	17,6
<b>Tipo de vínculo (N = 663)</b>			
Efetivo concursado	379	57,2	13,6
Contrato de trabalho	284	42,8	10,1
<b>Turno de trabalho* (N = 557)</b>			
1 turno	147	26,4	9
2 turno/ plantão	410	73,6	12,2
<b>Jornada de trabalho* (N = 576)</b>			
até 40 horas	549	95,3	12,4
mais de 40 horas	27	4,7	18,5
<b>Direitos trabalhista* (N = 659)</b>			
Sim	197	29,9	14,1
Não	462	70,1	11,3
<b>Outra atividade remunerada (N = 639)</b>			
Não	429	67,1	14,8
Sim	210	32,9	7,8
<b>Modelo Demanda Controle* (N = 636)</b>			
Baixa exigência	165	25,9	11,7
Trabalho ativo	170	26,7	10,8
Trabalho passivo	165	25,9	7,5
Alta exigência	136	21,4	20
<b>Apoio social* (N = 594)</b>			
Alto	313	52,7	12
Baixo	281	47,3	14,7
<b>Modelo Esforço – Recompensa (ERI)* (N = 548)</b>			
Equilíbrio	220	40,1	6,5
Desequilíbrio	328	59,9	15,2
<b>Comprometimento excessivo com o trabalho* (N 672)</b>			
Ausência	393	58,5	5,5
Presença	279	41,5	21,2

\*Associação estatisticamente significante (p < 0,25)

Os trabalhadores referiam satisfação com a sua capacidade para o trabalho, consigo mesmo e as relações pessoais, (72,6%, 74,9%, 85,0% e 85,2 respectivamente). Dentre os trabalhadores, 61,9% não sofreram ameaça ou agressão praticada por usuário, 71,1% não sofreram ameaça ou agressão praticada por acompanhante, 88,4% não sofreram ameaça ou agressão praticada por colegas de trabalho e 87,9% não sofreu ameaça ou agressão fora do ambiente de trabalho (Tabela 3).

Tabela 3 – Prevalência de transtornos mentais comuns segundo avaliação do nível de satisfação e violência entre os trabalhadores da saúde de cinco municípios da Bahia, no ano de 2012.

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	Prevalência de Transtornos Mentais Comuns
			sim %
<b>Satisfeito com o trabalho* (N 671)</b>			
Sim	487	72,6	9,2
Não	184	27,4	19,8
<b>Satisfeito com a capacidade para o trabalho* (N 669)</b>			
Sim	501	74,9	8,4
Não	168	25,1	23,5
<b>Satisfeito consigo mesmo* (N 668)</b>			
Sim	569	85,2	9,0
Não	99	14,8	29,9
<b>Satisfeito com as relações pessoais* (N 668)</b>			
Sim	568	85	9,7
Não	100	15	25,8
<b>Sofreu ameaça ou agressão por usuário* (N 664)</b>			
Não	411	61,9	10,1
Sim	253	38,1	14,3
<b>Sofreu ameaça ou agressão por acompanhante* (N 664)</b>			
Não	472	71,1	10,7
Sim	192	28,9	14,8
<b>Sofre ameaça ou agressão por colegas de trabalho* (N 663)</b>			
Não	586	88,4	11,3
Sim	77	11,6	16,0
<b>Sofre ameaça ou agressão fora do trabalho* (N 667)</b>			
Não	586	87,9	10,0
Sim	81	12,1	25,3

\*Associação estatisticamente significante ( $p < 0,25$ )

Dentre as comorbidades autorreferidas 98,6% não tinham doenças infecciosas, 94,7% doenças urinárias, 79,8% doenças endócrinas, 80,2% doenças respiratórias, 87,8% doenças digestivas, 88,7% doenças de pele, 76,8% doenças osteomusculares, 88,9% doenças

neurológicas. As doenças ocupacionais atingiram 6,1% dos trabalhadores e 24,6% apresentaram licença médica (tabela 4).

Tabela 4 – Prevalência de transtornos mentais comuns segundo situação de saúde de homens trabalhadores da saúde de cinco municípios da Bahia, no ano de 2012.

<i>Variáveis</i>	Prevalência de transtornos mentais comuns		
	<i>n</i>	<i>%</i>	Sim <i>%</i>
<b>Licença médica (N 667)</b>			
Não	503	75,4	12,4
Sim	164	24,6	11,3
<b>Doença ocupacional* (N 668)</b>			
Não	627	93,9	10,8
Sim	41	6,1	31,7
<b>Doenças infecciosas (N 657)</b>			
Não	648	98,6	12,1
Sim	9	1,4	22,2
<b>Doenças endócrinas* (N 654)</b>			
Não	522	79,8	10,7
Sim	132	20,2	18,3
<b>Doenças respiratórias* (N 655)</b>			
Não	525	80,2	10,9
Sim	130	19,8	18,1
<b>Doenças digestivas* (N 656)</b>			
Não	576	87,8	11,7
Sim	80	12,2	16,9
<b>Doenças de pele* (N 657)</b>			
Não	583	88,7	11,4
Sim	74	11,3	19,2
<b>Doenças urinárias (N 655)</b>			
Não	620	94,7	11,8
Sim	35	5,3	20,6
<b>Doenças osteomusculares* (N 654)</b>			
Não	502	76,8	11,3
Sim	152	23,2	15,6
<b>Doenças Neurológicas* (N 641)</b>			
Não	584	88,9	9,6
Sim	73	11,1	34,3

\*Associação estatisticamente significante ( $p < 0,25$ ) na análise intrablocos

A prevalência global de TMC foi de 17,2%. No modelo final, as variáveis associadas estatisticamente aos TMC foram não estar satisfeito consigo (RP: 2,55; IC 95%: 1,11-5,89), doenças do sistema nervoso (RP: 4,48; IC 95%: 1,72-11,67) e comprometimento excessivo com o trabalho (RP: 2,61; IC: 1,32-5,15) (Tabela 5).

Tabela 5- Fatores associados aos transtornos mentais comuns em homens trabalhadores da saúde da Bahia, no ano de 2012.

<u>Variáveis</u>	<u>Intrablocos</u>		<u>Interblocos</u>		<u>Modelo Final</u>	
	<u>OR</u>	<u>IC 95%</u>	<u>OR</u>	<u>IC 95%</u>	<u>RP</u>	<u>IC 95%</u>
<b><u>Sociodemográficas</u></b>						
Idade*	0,56	0,98-2,60	0,88	0,35-2,26	----	----
Situação conjugal	0,81	0,50-1,33	----	----	----	----
Escolaridade*	1,60	0,49-1,43	2,53	0,81-7,94	----	----
Filhos	0,55	0,33-0,92	-----	----	----	----
<b><u>Hábitos de vida</u></b>						
Atividade de lazer	1,21	0,50-2,95	----	----	----	----
Atividade física	1,35	0,73-2,48	----	----	----	----
Bebedor-problema*	1,33	0,99-1,78	1,30	0,37-4,55	----	----
<b><u>Situação de trabalho</u></b>						
Tempo de trabalho	0,79	0,44-1,41	0,47	0,19-1,16	----	----
Jornada de trabalho*	2,50	0,75-8,27	1,07	0,96-11	----	----
Direitos trabalhistas	1,12	0,61-2,06	0,40	0,13-1,18	----	----
<b><u>Aspectos psicossociais do trabalho</u></b>						
Modelo Demanda Controle/ Trabalho ativo*	0,35	0,15-0,79	----	----	----	----
Apoio social*	1,24	0,69-2,25	0,48	0,17-1,34	----	----
ERI	1,77	0,86-3,64	----	----	----	----
Comprometimento excessivo com o trabalho*	5,43	2,74-10,72	6,72	2,30-19,62	2,07	1,43-3,00
<b><u>Satisfação</u></b>						
Satisfeito com o trabalho	1,53	0,95-2,47	----	----	----	----
Satisfeito capacidade para o trabalho*	1,95	1,19-3,21	1,38	0,62-3,07	----	----
Satisfeito consigo mesmo*	2,44	1,38-4,32	4,06	1,66-9,96	2,28	1,59-3,25
Satisfeito com as relações pessoais	1,23	0,69-2,20	----	----	----	----
<b><u>Violência</u></b>						
Ameaça ou agressão praticada por usuário	1,38	0,78-2,42	----	----	----	----
Ameaça ou agressão praticada por acompanhante	1,16	0,64-2,07	-----	----	----	----
Ameaça ou agressão praticada por colegas de trabalho	1,41	0,77-2,59	-----	----	----	----
Ameaça ou agressão fora do trabalho*	2,49	1,45-4,28	1,37	0,50-3,77	----	----
<b><u>Situação de saúde</u></b>						
Doença ocupacional	2,77	1,31-5,85	----	----	----	----
Doenças endócrinas	1,08	0,63-1,85	---	----	----	----
Doenças respiratórias*	1,64	0,98-2,75	1,37	0,51-3,70	----	----
Doenças digestivas*	1,71	0,93-3,13	1,78	0,61-5,18	----	----
Doenças de pele*	1,26	0,66-2,40	1,25	0,40-3,90	----	----
Doenças osteomusculares*	0,82	0,47-1,41	0,48	0,17-1,37	----	----
Doenças neurológicas*	4,24	2,36-7,62	6,18	2,08-18,30	2,07	1,43-3,00

\*Associação estatisticamente significativa ( $p < 0,17$ ) na análise interblocos

## Discussão

A prevalência de TMC no presente estudo foi semelhante ao encontrado em estudos realizados com trabalhadores da saúde da atenção primária na região Sul e nordeste do país (GOMES, ARAÚJO e SANTOS, 2011; DILELIO, et. al. 2012). É possível que, essa prevalência esteja subestimada, considerando que, o homem não verbaliza a sua necessidade de saúde, por entender que este ato demonstra fraqueza (FIGUEIREDO, 2005). Isso decorre devido à construção da identidade masculina, na qual existe a imposição de um estereótipo atitudinal esperado do homem, devendo ter moral que o torne digno, de bom caráter. Para isso tem a obrigação de ser mantenedor do lar, casado e com filhos, tendo o trabalho uma função fundamental, por lhe permitir o desempenho da função socialmente esperada (FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2011). No presente estudo, o homem busca no trabalho o esperado socialmente, levando o mesmo, muitas vezes a comprometer-se em demasia.

O comprometimento excessivo com o trabalho expressa um conjunto de atitudes, comportamentos e emoções que refletem esforço excessivo combinado com forte desejo de ser aprovado e estimado (HASSELHORN e PETER, 2004). Implica para o trabalhador em uma intensificação do trabalho, submissão à organização, expondo-o a situações de maior carga estressora (GARAY, 1997). A junção desses fatores contribui negativamente para a vida dos trabalhadores, influenciando a sua saúde e qualidade de vida (BORGES et al., 2004). Comprometer-se excessivamente com o trabalho traz ao indivíduo um gasto de energia maior para que o trabalho aconteça, o que pode levá-lo ao adoecimento, visto que os mesmos buscam uma melhora constante na realização dos seus feitos, alcançando resultados, qualidade e reconhecimento e envolvimento muitas vezes excessivo, podendo acarretar adoecimento em (LACMAN e JARDIM, 2004).

O trabalhador tem a necessidade de contribuir no dia-a-dia do trabalho com suas experiências, crenças e valores. Quando este não consegue, o trabalho passa a gerar sofrimento e situações desagradáveis, impedindo-o de transformar suas ações em prazer. A contribuição fornecida pelo trabalhador no seu processo de trabalho possibilita transformar o ambiente de trabalho de sofrimento para um momento de prazer. Não existe neutralização do trabalho no sentido da saúde mental da pessoa, pois este pode levar ou ao desenvolvimento de senso crítico,

criatividade e conseqüentemente ao prazer, ou acarretará bloqueio do pensamento inteligente, do pensar e sofrimento patológico (DEJOURS, 2004).

O trabalho perde então o seu valor e pode acarretar adoecimento pois preocupa-se em acumular valores, aprendizados, experiência, um bom currículo, sobrevivência (HELOANI e CAPITAO, 2003). O não reconhecimento aos esforços realizados pelo trabalhador pode gerar nele frustração, manifestada por meio de ansiedade ou episódios depressivos menores, os quais podem caracterizar os TMC. Além do possível não reconhecimento, na visão da masculinidade hegemônica, onde o homem detém o poder sobre tudo à sua volta, sendo o ideal de crença que o homem seja invulnerável e o mesmo adote comportamento que traz risco à sua saúde (FIGUEIREDO, 2005).

A insatisfação consigo mesmo pode ocorrer devido à não adaptação do trabalhador às exigências do trabalho e das relações pessoais. Trabalhadores que necessitam se adaptar a exigências do mercado de trabalho, moldar-se à postura dos colegas, resolver as demandas no serviço quando não o fazem podem se tornar insatisfeitos com seu próprio desempenho e adoecer em decorrência disso (FARIA, BARBOZA e DOMINGOS, 2005). Cada indivíduo tem a sua capacidade de enfrentar as situações do dia a dia, que, uma vez excedida pode desencadear insatisfação consigo mesmo, por não atender as expectativas geradas sobre seu desempenho diante da vida (FARIA, BARBOZA e DOMINGOS, 2005). A insatisfação consigo mesmo faz com que o indivíduo se desestime a buscar o seu objetivo, gerando assim ansiedade e medo (FARIA, BARBOZA e DOMINGOS, 2005). Também pode contribuir para a insatisfação consigo mesmo o fato de que o homem deve ser o invulnerável às doenças, indestrutível e forte tanto física quanto psiquicamente e para corresponder ao ideário existe esforço interno muito grande e, desta forma, torna-se insatisfeito quando não alcança o seu objetivo, o que lhe gera sofrimento e o torna mais susceptível aos transtornos mentais.

No presente estudo, as doenças do sistema nervoso forem representadas por distúrbio do sono, que comprometem várias áreas da vida do indivíduo, além de influenciar na qualidade de vida, visto que o sono é responsável por diversas funções do corpo humano (MULLER e GUIMARÃES, 2007). O distúrbio do sono se caracteriza pelo ritmo anormal do sono, sonolência excessiva ou insônia, que leva o indivíduo a abster-se no trabalho, aumenta o número de internações hospitalares, o risco de acidentes e distúrbios mentais (OHAYON & SMIRNE, 2002).

Estudo realizado, com a população atendida pelo programa saúde da família de Minas Gerais, mostrou que o distúrbio do sono esteve mais presente entre os homens com transtorno mental do que entre as mulheres, revelando, assim, que a abordagem no tratamento e acompanhamento quanto ao gênero deve ser levada em consideração. Esse dado aponta para a problemática distinta em função do sexo que requer atendimentos e encaminhamentos diferenciados, assim como a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre diferenças entre grupos da população-alvo (BANDEIRA, FREITAS e FILHO, 2007). É comprovado na literatura que as alterações do sono estão presentes na maioria dos transtornos psiquiátricos (LUCCHESI et. al. 2005; LOAYZA et. al. 2001). A análise da associação entre distúrbio do sono e transtornos mentais é complexa, pois não se sabe quem é a causa ou o efeito (KRYSTAL, 2012). A questão do sono entre homens trabalhadores da saúde pode estar atrelada à construção do gênero, no qual o homem é o provedor da família e à característica de baixa remuneração dos trabalhadores da saúde.

Os resultados do presente estudo devem ser analisados com parcimônia devido aos limites inerentes ao desenho de corte transversal empregado. A relação exposição-doença em uma dada população ou amostra, em um momento particular, fornecendo um retrato de como as variáveis estão relacionadas naquele momento. Por isso, esse tipo de estudo não estabelece nexos causais e apenas aponta a associação entre as variáveis estudadas (RODRIGUES et. al., 2014). Desta forma, não se pode dizer que existe relação causal entre os fatores que estiveram associados aos TMC no presente estudo, por não ser possível afirmar que ocorreram antes do agravo.

Outra possível limitação desse tipo de estudo é o viés da prevalência. Devido ao estudo ser um recorte no tempo, pessoas curadas ou que eram portadoras dos TMC e evoluíram à óbito ou se curaram não são incluídas na casuística de TMC. Também existe a possibilidade de ocorrência do efeito do trabalhador sadio, uma vez que, os TMC podem causar absenteísmo, a pesquisa pode ter não avaliado os indivíduos estivessem afastados das suas atividades devido a esse agravo (FARIA, BARBOZA e DOMINGOS, 2004) ou outros. Desta forma pode ocorrer de o indivíduo não estar presente no trabalho nas tentativas realizadas para a coleta de dados.

No tocante à saúde, os homens, muitas vezes, negam a existência de dor ou sofrimento, de vulnerabilidades, para reforçar a ideia de força do masculino demarcando a diferenciação com o feminino. Estudos mostram que os homens referem menos o que acontecem com a sua

saúde (VERBRUGGE e WINGARD, 1987), e assim, o número de casos suspeitos de TMC pode estar subestimado.

### **Considerações finais**

Os fatores associados aos transtornos mentais comuns nos homens trabalhadores da saúde foram comprometimento excessivo com o trabalho, doença do sistema nervoso e satisfação consigo mesmo. Esses resultados poderão ser empregados na criação/execução de programas de saúde dos trabalhadores com enfoque de gênero, pautados na Política de Atenção Integral à Saúde dos Homens, o que deverá impactar na melhoria das suas condições de saúde e, conseqüentemente, na qualidade da assistência à saúde prestada.

Um estudo com os homens requer uma busca minuciosa em relação à sua saúde visto que devido aos estereótipos de gênero existentes, o homem nega-se a busca ao cuidado com a sua saúde, portanto nega-se à ela, dificultando a pesquisa quando esta é autorreferida por não relatar a situação real de sua saúde. Neste caso pode-se analisar utilizando testes onde o indivíduo não precise responder verbalmente a respeito da sua saúde.

Devido ao limite imposto pelo corte no tempo inerente ao desenho de estudo epidemiológico empregado, recomenda-se a realização de estudos longitudinais para estabelecer as causas dos transtornos mentais comuns em trabalhadores da saúde.

## Referencias:

- BANDEIRA, M. FREITAS, L. C. FILHO, J.G.T.C. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do programa saúde da família. **J Bras Psiquiatr**, 56(1): 41-47, 2007
- BARBOSA, B. G. et. al. Trabalho e saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Rev. bras. Saúde ocup.** São Paulo, 37 (126): 306-315, 2012
- BORGES, M. E. S. Trabalho e gestão de si – para além dos “recursos humanos”. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 2004, vol. 7, pp. 41-49
- BRAGA LC *et al.* Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência e saúde coletiva**, 2010.
- BRASIL: TÁBUA COMPLETA DE MORTALIDADE – 2010. Rio de Janeiro, 2011.  
<http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2010/notastecnicas.pdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da saúde; 2009
- BROTTO, T C DE A.; ARAUJO, D. M. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador?. **RBSO**, v. 37, n. 126, p. 290-305, 2012.
- DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 27-34, 2004.
- DILELIO, AS et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 3, Mar. 2012.
- FARIA, A. C. de; BARBOSA, D. B; DOMINGOS, N. A. M. Absenteísmo por transtornos mentais na enfermagem no período de 1995 a 2004. **Arq Ciênc Saúde** 2005 jan-mar;12(1):14-20
- FIGUEIREDO, W. Assitência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(1):105-109, 2005
- FIGUEIREDO, W dos S; SCHRAIBER, L B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, jan. 2011 . Disponível em  
<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700025&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700025&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 20 nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700025>.
- GARAY, A.B.S. As diferentes faces do processo de qualificação: algumas medidas esquecidas. **Revista de administração**, São Paulo v. 32, n.3, p 52-61, julho/setembro 1997.

- GOMES, D. J; ARAUJO. 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
- GOLDBERG, D. P.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Routledge. 1992. 194p.
- HASSELHORN H. M. e PETER R. Effort–Reward Imbalance among Nurses in Stable Countries and in Countries in Transition. **INT J OCCUP ENVIRON HEALTH** 2004; 10: 401–408
- HELOANI, J. R; CAPITAO, C. GRACIA. Saúde mental e psicologia do trabalho. **SÃO PAULO EM PERSPECTIVA**, 17(2): 102-108, 2003
- KRYSTAL, A.D. Psychiatric disorders and sleep. **Neurol Clin**. 2012 Nov; 30(4): 1389–1413.
- LACMAN, S. JARDIM, T.A. O impacto da organização do trabalho na saúde mental; um estudo em psicodinâmica do trabalho. **Rev. Ter. Ocup**. Univ. São Paulo, v. 15, n. 2, p. 82-9, maio/ago., 2004
- LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. de M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, mar., 2005.
- LOAYZA, M. P. Association between mental health screening by self-report questionnaire and insomnia in medical students. **Arq Neuropsiquiatr** 2001;59(2-A
- LUDEMIR, A. B. Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho. **J Bras Psiquiatr** 54(3): 198-204, 2005
- LUCCHESI, L. M. et. al. O sono em transtornos psiquiátrico. **Rev Bras Psiquiatr**. 2005;27(Supl I):27-32
- MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(8):1639-1648, ago., 2006.
- MULLER, M. R; GUIMARÃES, S. S. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. **Estudos de Psicologia**. Campinas. 24(4) 519-528 outubro - dezembro 2007
- OHAYON, M..M., e SMIRNE, S. Prevalence and consequences of insomnia disorders in the general population of Italy. *Sleep Medicine*, 3 (2), 115-120. 2002.
- RODRIGUES, et. al. 2014. Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia. *Rev Bras Enferm*. 2014 mar-abr; 67(2): 296-301
- ROMBALDI, A. J. et al. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. **Rev. bras. epidemiol**, v. 13, n. 4, p. 620-629, 2010.

SANTOS, K. O. B., ARAUJO, T. M, OLIVEIRA, N. F. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(1):214-222, jan, 2009

SILVA LS, BARRETO SM. Adaptação transcultural para o português brasileiro da escala effort-reward imbalance: um estudo com trabalhadores de banco. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(1):32-6.

SOUZA, S. F. de et al. Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitários. **Rev. Saúde Pública**, SãoPaulo, v. 44, n. 4, Aug. 2010 .

SERVO, MLS. Implantação de um hospital geral e o caminhar da coordenação do serviço de enfermagem: stress, coping e burnout. *Sicientibus*. 2006(34):7-24.

VERBRUGGE LM & WINGARD DL 1987. Sex differentials in health and mortality. *Women & Health*, 12(2):103-145.

## 5.2 Artigo 2 – Perfil dos trabalhadores da saúde bebedores problemas de cinco municípios do estado da Bahia.

Layla Baptista Cavalcante Wright

**Resumo:** O álcool se faz presente em vários tipos de ambientes sociais, porém o seu uso indiscriminado traz prejuízos à saúde, ao convívio familiar e ao trabalho. O presente estudo tem como objetivo estimar a prevalência de bebedores problemas e descrever as condições de vida, trabalho e saúde dos bebedores problema homens trabalhadores da saúde da atenção básica e média complexidade, em homens trabalhadores da saúde na Bahia no ano de 2012. Trata-se de um estudo transversal descritivo. Para análise dos dados, empregou-se estatística descritiva. A prevalência de bebedores problema foi de 11,3%, onde os mesmos estavam na faixa etária de 30 a 39 anos (28,9%), tinham ensino médio (55,8%), eram casados (44,4%), cor parda (62,2%), realizavam atividade de lazer, não praticavam atividade física (58,2%), e eram não tabagistas (66,7%). Em relação as características do trabalho, eram agentes comunitário de saúde (28,9%), com mais de seis anos de trabalho (60%), concursados (56,8%), trabalhavam até 40 horas/semanais (97,4%), não possuíam todos os direitos trabalhistas (61,4%), não tinham outro trabalho (73,6%), eram satisfeitos com o trabalho (80,0%), satisfeitos com a capacidade para o trabalho (65,9%), satisfeitos consigo mesmos (77,3%), satisfeitos com as relações pessoais (86,4%), não apresentaram licença médica (72,7%), não tinham doença ocupacional (91,1%), não se envolveram em acidente de trabalho (97,8%). O etilismo interfere negativamente em muitos aspectos da vida do indivíduo, sendo importante diagnosticar precocemente os prováveis etilistas, a fim de intervir para diminuir os efeitos deletérios que o álcool produz.

**Descritores:** alcoolismo; saúde do homem; pessoal da saúde

**Abstract:** Alcohol is present in many social environments, but its indiscriminate use brings damage to family life and to work. The present study has as an objective to describe life, labor and health conditions of the probable alcoholic male health workers of the basic attention and medium complexity. This is a descriptive transversal study. To analyze the data, one used descriptive statistics. The prevalence of probable alcoholics was 11,3%, were in the age group of 30-39 years old (28,9%), had middle school (55,8%), were married (44,4%), dark skin (62,2%), had leisure, did not do physical activities (58,2%), and didn't smoke (66,7%). As for labor characteristics, they were health community agents (28,9%), with more than six years of work (60,0%), public official admittance (56,8%), worked 40h/week (97,4%), did not have all labor rights (61,4%), had no other work (73,6%), were satisfied with their work (80,0%), satisfied with their capacity to work (65,9%), satisfied with themselves (77,3%), satisfied with personal relations (86,4%), had no medical leave (72,7%), had no occupational illness (91,1%), were not involved in labor accidents (97,8%). Alcoholism interferes negatively in many aspects of the individual's life, being important do diagnose prematurely the probable alcoholics, so to interfere to reduce the harmful effects that alcohol produces.

**Keywords:** alcoholism; men's Health; health personnel

### Introdução:

Atualmente, na sociedade, o álcool tem uma grande popularidade, fazendo-se presente no cotidiano de festas, comemorações e em atividades de lazer por favorecer o estabelecimento de

relações pessoais e agregação de grupos. Sabe-se também que o seu consumo moderado traz efeito protetor para algumas doenças, como, por exemplo, recomenda-se uma taça de vinho tinto ao dia, prevenindo assim cardiopatias (COSTA et. al 2004). Porém, o consumo abusivo do álcool traz inúmeras consequências negativas para a saúde do indivíduo (COSTA, 2004), sendo considerado uma das principais causas de mortalidade, pois o mesmo aumenta a ocorrência de algumas doenças, tais como cirrose hepática, diabetes, hipertensão arterial, cardíacas, do aparelho digestório, depressão e estresse ou como causa de morte por fatores externos como acidentes, brigas, quedas, atropelamentos, entre outros (GUIMARÃES e GRUBITS, 2007)

Por ser estigmatizante, a detecção do etilismo é difícil para os profissionais de saúde, uma vez que os pacientes têm dificuldade em assumir o seu problema, principalmente por ser um agravo que acomete mais a população masculina. Com a ausência de se preocupação com sua saúde e por conta disso, não procura os serviços de saúde, preferindo buscar o apoio em farmácias, onde rapidamente são atendidos (FIGUEIREDO, 2005). Aliado a isso, possui motivações específicas para a ingestão de bebida alcóolica, visto que na construção social da subjetividade masculina, o negar o álcool não está em cogitação. Assim, beber moderadamente é totalmente aceito pela sociedade, enquanto que a ingestão descontrolada é uma postura excluída, levando em conta que os consumidores de álcool têm suas vontades anuladas, podendo levá-los ao alcoolismo e a estarem submetidos a todos os seus efeitos nocivos (LIMA-RODRIGUES, et. al. 2015). A Organização Mundial da Saúde estima que cerca de dois bilhões de pessoas no mundo consumam bebida alcóolica e 76,3 milhões de indivíduos apresentam enfermidades relacionadas ao seu uso. A prevalência global de consumo de álcool no Brasil varia entre 51% e 71.5% (FILIZOLA, 2008). O consumo de álcool em excesso foi de 25,5% no ano de 2006, a 65,9% no ano de 2011, em 2013 foi de 21,6% (MALTA et. al. 2011; BRITES e ABREU, 2014; GARCIA e FREITAS, 2015).

O consumo em excesso do álcool, provável etilismo, afeta negativamente a saúde, as relações interpessoais e o trabalho do bebedor. Na particularidade do trabalho, o mesmo apresenta consequências para o trabalhador e o processo que desenvolve. O trabalhador tem o seu desempenho diminuído, o que pode leva-lo ao desemprego. No que tange ao processo de trabalho, afeta a estrutura organizacional do ambiente, dificultando assim a sua continuidade. Por outro lado, o etilismo pode representar uma fuga do sofrimento possivelmente gerado no ambiente de trabalho devido às suas condições organizacionais (BRITES e ABREU, 2014).

O trabalho em saúde possui uma característica peculiar, que é a sua realização em equipe, no qual existe a obrigatoriedade de interação entre as diversas formações dos trabalhadores que a constitui, com ideias diferentes em busca de um único objetivo. Além do desafio de ouvir e ser ouvido dentro da equipe, os trabalhadores necessitam lidar cotidianamente com a grande demanda, a pressão por produtividade e a obrigatoriedade de estabelecer o vínculo com a comunidade atendida. Muitas vezes a equipe não consegue ajustar o seu processo de trabalho, não organiza a demanda espontânea, e a comunidade se torna um obstáculo para a continuidade do serviço, podendo acarretar em sofrimento psíquico para seus membros (FARIA, WERNECK e SANTOS, 2009).

O que determina se o sofrimento gerado no trabalho terá ou não consequências individuais é a capacidade de cada um lidar com as situações do seu cotidiano e quando o mesmo não se adapta, pode haver o surgimento de doenças ou agravos à saúde, como o etilismo, o qual pode não ser totalmente associado ao trabalho, porém o mesmo tem papel fundamental para a sua manifestação (BORSOI, 2007) Apesar do etilismo ser um importante problema de Saúde Pública que afeta os trabalhadores pouco se conhece sobre este agravo entre os trabalhadores da saúde. Estudos que tem como objeto o etilismo entre trabalhadores da saúde, geralmente incluem na análise os sexos masculino e feminino concomitantemente (BARBOSA et. al. 2012), impossibilitando assim que se conheça as particularidades entre os homens trabalhadores da saúde. Essas informações poderão nortear ações de prevenção direcionadas aos homens trabalhadores da saúde por meio do entendimento à demanda exigida para o atendimento, acompanhamento e tratamento por parte dos serviços de saúde a essa população, bem como auxiliar aos gestores de saúde a atentar para as necessidades de saúde dos trabalhadores da saúde homens para que se qualifique o trabalho. Com base nisso, o presente estudo tem como objetivo estimar a prevalência de provável etilismo e descrever as condições de vida, trabalho e saúde dos prováveis etilistas homens trabalhadores da saúde da atenção básica e média complexidade, em homes trabalhadores da saúde na Bahia no ano de 2012.

#### Metodologia:

Trata-se de um estudo transversal descritivo, recorte do projeto: “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia”. A população do estudo é composta por trabalhadores do sexo masculino da atenção básica e média complexidade de cinco municípios da Bahia: Distrito Sanitário do Centro Histórico de Salvador, Feira de Santana, Itabuna, Jequié e Santo Antônio de Jesus.

Devido à indisponibilidade da informação sobre o número de trabalhadores da saúde por sexo nos municípios supracitados, realizou-se uma projeção considerando a proporção de homens trabalhadores da saúde de 28,4% (BARBOSA, 2012) e a população total de trabalhadores da saúde na Atenção Básica e Média Complexidade nos municípios supracitados de 6.191, totalizando uma população de 1759 trabalhadores.

Na estimativa amostral, empregou-se a fórmula para população finita. Considerou-se o número projetado de homens trabalhadores da saúde (N=1.759), prevalência de consumo abusivo de álcool de 5,8% (SOBRINHO et. al. 2006), nível de confiança de 95% e erro absoluto de 3%, o que resultou em 211 trabalhadores. Acrescentou-se 20% para perdas/recusas (n= 42,2), o que resultou na amostra de 254 trabalhadores.

Os dados foram coletados através de um questionário aplicado no local de trabalho para os trabalhadores de nível médio entre os trabalhadores de nível superior o questionário foi auto preenchido. As coletas foram realizadas em períodos distintos em cada município e ocorreram no ano de 2012. Seguindo as normas e recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de saúde, os indivíduos aceitaram participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

A variável desfecho é provável etilista, avaliado pelo CAGE, que é utilizado como teste de triagem para detecção de abuso no consumo de bebida alcoólica. Refere-se a um questionário padronizado, composto por quatro perguntas: 1) Alguma vez sentiu que deveria diminuir ou parar de beber? (Cut down?); 2) As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber? (Annoying by criticism?); 3) Sente-se culpado pela maneira que costuma beber? (Guiltier about drinking?); 4) Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo e a ressaca? (Eye-opener drink?). A variável foi construída através do somatório das respostas positivas icotomizada, tendo como ponto de corte de duas ou mais respostas (BARBOSA, et. al. 2012).

As variáveis de exposição foram as características sociodemográficas (idade, escolaridade, raça, situação conjugal), hábitos de vida (atividade de lazer, atividade física, tabagismo) características do trabalho (tempo de trabalho, tipo de vínculo, jornada de trabalho, direitos trabalhistas, turno de trabalho, outro trabalho), satisfação (com o trabalho, capacidade para o trabalho, consigo mesmo, relações pessoais) situação de saúde (licença-médica, doença ocupacional, acidente de trabalho).

A análise descritiva foi feita através da distribuição de frequências absolutas e relativas das características sociodemográficas, do trabalho, satisfação de acordo com a variável desfecho. A digitação e análise dos dados foi feita com o auxílio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0.

O projeto de pesquisa multicêntrico foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana sob o protocolo nº 081/2009. Os entrevistadores foram treinados e orientados sobre os procedimentos éticos a serem seguidos, resguardando todos os direitos dos indivíduos entrevistados.

### Resultados:

Foram entrevistados 675 trabalhadores do sexo masculino. Destes, 35,5% tinham de 30 a 39 anos, 36,7% possuíam segundo grau completo, 44,1% eram casados, 52,4% se declararam de cor parda. Quanto aos hábitos de vida, 90,2% realizavam atividade e lazer, 41,4% realizavam atividade física e 27,7% eram fumantes. (Tabela 1)

O teste do CAGE foi preenchido por 400 trabalhadores, a prevalência global de provável etilista foi de 11,3%. Destes, 28,9% estavam na faixa etária de 30 a 39 anos, 55,8% possuíam ensino médio completo, 44,1% eram casados, 62,2% tinham cor parda. A prevalência foi maior entre aqueles que realizavam atividade de lazer (88,6%), não praticavam atividade física (51,2%) e que não fumavam (66,7%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Percentual de bebedores problema segundo características sociodemográficas e hábitos de vida em homens trabalhadores da saúde na Bahia, 2012.

Variável	n (%)	Provável etilista	
		Sim (%)	Não (%)
<i>Sociodemográficas</i>			
<b>Idade (N= 400)</b>			
18 a 29	87(21,8)	9 (20,0)	78 (22,0)
30 a 39	142 (35,5)	13 (28,9)	129 (36,3)
40 a 49	73 (28,3)	12 (26,7)	61 (17,2)
50 a 59	61 (15,3)	7 (15,6)	54 (15,2)
Acima de 60	37 (9,3)	4 (8,9)	33 (9,3)
<b>Escolaridade (N= 392)</b>			
Ensino fundamental incompleto/completo	24 (6,1)	6 (14)	18 (5,2)
Ensino médio	144 (36,7)	24 (55,8)	120 (34,4)
Técnico	36 (9,2)	5 (11,6)	31 (8,9)
Superior incompleto/ completo	107 (27,3)	7 (16,3)	100 (28,7)
Especialização/ Mestrado/ doutorado	81 (20,7)	1 (2,3)	80 (22,9)
<b>Situação conjugal (N= 399)</b>			
Solteiro	141 (35,3)	125 (35,3)	16 (35,6)
Casado	176 (44,1)	156 (44,1)	156 (44,1)
União consensual	57 (14,3)	50 (15,6)	50 (14,1)
Viúvo	1 (3,0)	0 (0,0)	1 (3,0)
Divorciado	24 (6,0)	2 (4,4)	22 (6,2)
<b>Cor da pele (N= 397)</b>			
Branca	77 (19,4)	7 (15,6)	70 (19,9)
Amarela	3 (8,0)	0 (0,0)	3 (9,0)
Parda	208 (52,4)	28 (62,2)	180 (51,1)
Indígena	7 (1,8)	2 (4,4)	5 (1,4)
Preta	94 (23,7)	8 (17,8)	86 (24,4)
Não sabe	8 (2,0)	0 (0,0)	8 (2,3)
<i>Hábitos de vida</i>			
<b>Prática de atividade de lazer (N= 397)</b>			
Sim	358 (90,2)	39 (88,6)	319 (90,4)
Não	39 (9,8)	5 (11,4)	34 (9,6)
<b>Prática de atividade física (N= 370)</b>			
Sim	153 (41,4)	28 (48,8)	196 (59,6)
Não	217 (58,6)	22 (51,2)	131 (40,1)
<b>Tabagismo (N= 391)</b>			
Sim	108 (27,6)	14 (33,3)	14 (33,3)
Não	283 (72,4)	28 (66,7)	28 (66,7)

A categoria profissional com maior prevalência de provável etilista foi a de agente comunitário de saúde (30,7%) seguida por agente administrativo (21,1%) e de serviços gerais (13,3%). Para médicos e técnicos de nível médio não houve registro de provável etilista (Tabela 2).

Tabela 2 – Percentual de bebedores problema segundo categoria profissional dos homens trabalhadores da saúde na Bahia, 2012.

Categoria profissional	n (%)	Provável etilista	
		Sim (%)	Não (%)
Administrativo	85 (21,1)	13 (28,9)	72 (20,4)
Agente de serviço de saúde/ Agente comunitário de saúde	122 (30,7)	15 (33,3)	107 (30,3)
Técnico de nível superior	20 (5,0)	2 (4,4)	18 (5,1)
Técnico de nível médio	15 (3,8)	0 (0,0)	15 (4,2)
Serviços gerais	23 (5,8)	6 (13,3)	17 (4,8)
Enfermeiro/ Técnico de enfermagem	29 (7,3)	1 (2,2)	28 (7,9)
Médico	46 (11,6)	0 (0,0)	46 (13,0)
Odontólogo	18 (4,5)	2 (4,4)	16 (4,5)
Vigilante	25 (6,3)	5 (11,1)	20 (5,7)
Outros	15 (3,8)	1 (2,2)	14 (4,0)

Quanto as características do trabalho, 60,0% dos bebedores problema tinham mais de seis anos de trabalho, 56,8% eram concursados ou CLT, 81,1% trabalhavam em dois turnos ou em regime de plantão, 97,4% tinham jornada de trabalho de até 40 horas, 61,4% não tinham todos os direitos trabalhistas garantidos e 73,6% não possuíam outro trabalho. (Tabela 3)

Tabela 3 - Percentual de bebedores problema segundo características do trabalho dos homens trabalhadores da saúde na Bahia, 2012.

Variável	n (%)	Provável etilista	
		Sim (%)	Não (%)
<b>Tempo de trabalho (N= 400)</b>			
0 a 5 anos	182 (45,5)	18 (40,8)	164 (46,2)
> de 6 anos	218 (54,5)	27 (60)	191(53,8)
<b>Tipo de vínculo (N= 393)</b>			
Concursado ou CLT	225 (57,3)	25 (56,8)	200 (57,3)
Sem contrato de trabalho	168 (42,7)	19 (43,2)	149 (42,7)
<b>Turno de trabalho (N= 335)</b>			
Um turno	232 (69,3)	7 (18,9)	96 (32,2)
2 turnos/ plantão	103 (30,7)	30 (81,1)	202 (67,8)
<b>Jornada de trabalho (N= 330)</b>			
Até 40 horas	318 (96,4)	37 (97,4)	281 (96,2)
Mais de 40 horas	12 (3,6)	1 2,6	11 (3,8)
<b>Direitos trabalhista (N= 394)</b>			
Sim	118 (29,9)	17 (38,6)	101 (28,9)
Não	276 (70,1)	27 (61,4)	249 (71,6)
<b>Outro trabalho (N= 384)</b>			
Não	247 (64,3)	33 (73,6)	214 (63,1)
Sim	137 (35,7)	12 (26,7)	121 (36,9)

Dentre os bebedores problema, 80,0% estavam satisfeitos com o trabalho, 65,9% estavam satisfeitos com a sua capacidade para o trabalho, 77,3% estavam satisfeitos consigo mesmo e 86,5% estavam satisfeitos com as suas relações pessoais. (Tabela 5)

Tabela 4 - Percentual de bebedores problema e avaliação da satisfação dos homens trabalhadores da saúde na Bahia, 2012.

Variável	Provável etilista		
	n (%)	Sim (%)	Não (%)
<b>Satisfação</b>			
Com o trabalho (N=399)			
Sim	286 (71,7)	36 (80)	250 (70,6)
Não	113 (28,3)	9 (20)	104 (29,9)
Capacidade para o trabalho (N= 398)			
Sim	290 (72,9)	29 (65,9)	261 (73,7)
Não	108 (27,1)	15 (34,1)	93 (26,3)
Consigo mesmo (N= 398)			
Sim	335 (84,2)	34 (77,3)	301(85,3)
Não	63 (15,8)	10 (22,7)	53 (15,0)
Relações pessoais (N= 398)			
Sim	331 (83,2)	38 (86,4)	293 (82,8)
Não	67 (16,8)	6 (13,6)	61 (17,2)

A licença médica foi apresentada por 12% dos bebedores problema, 17,4% destes tinham doença ocupacional e 5,6% sofreram acidente de trabalho (Tabela 6)

Tabela 5 - Percentual de bebedores problema segundo situação de saúde entre os homens trabalhadores da saúde na Bahia, 2012.

Variáveis	n %	Provável etilista	
		Sim (%)	Não (%)
<b>Licença médica (N 395)</b>			
Não	295 (74,7)	32 (72,7)	263 (74,9)
Sim	100 (25,3)	12 (27,3)	88 (25,1)
<b>Doença ocupacional (N 397)</b>			
Não	374 (94,2)	41 (91,1)	333 (94,6)
Sim	23 (5,8)	4 (8,9)	19 (5,4)
<b>Acidente de trabalho (N396)</b>			
Não	382 (96,5)	44 (97,8)	338 (96,3)
Sim	14 (3,5)	1 (2,2)	13 (3,7)

### Discussão:

No presente estudo, a prevalência de bebedores problema foi menor do que a encontrada em estudo realizado com a população atendida no hospital universitário de Cajuru em Curitiba no Paraná, que encontrou a prevalência de 35,82% (FILHO et. al. 2001), porém quando comparado as prevalências entre trabalhadores da saúde em outros estudos ela se mostrou elevada (SOBRINHO et. al. 2006; BARBOSA et. al. 2012; RODRIGUES et. al. 2014; SOUZA et. al. 2011). Os trabalhadores em saúde estão constantemente em contato com informações acerca dos efeitos nocivos do álcool, são eles que muitas vezes orientam a população no combate a este agravo, talvez que entre eles, a prevalência seja menor do que na população geral. Alguns estudos com os trabalhadores da saúde, não estratificam o provável etilismo de acordo com o sexo, por isso a sua frequência menor, pois a prevalência do agravo entre as mulheres ainda é menor do que entre os homens.

A prevalência global de bebedores problema é considerada alta, talvez devido à ideia de que o álcool é um instrumento de socialização, mostrando-se como um hábito com o qual é possível ao homem mostrar o seu nível social, através do tipo de bebida ingerida. Além disso, o álcool pode representar uma ferramenta para demonstração da masculinidade, uma vez que é desejável aos homens, aprender a controlar os efeitos do álcool em seu organismo (REYES et. al. 1999)

Com relação a faixa etária a distribuição de bebedores problema foi similar ao estudo realizado com a população geral da Ilha do Governador na cidade do Rio de Janeiro, cuja prevalência foi maior na faixa etária entre 30 a 49 anos (ALMEIDA e COUTINHO, 1993). A população ser afetada por este agravo nesta faixa etária é um fato preocupante, pois espera-se que a mesma seja de maior produtividade, o que pode causar prejuízos sociais diretos e indiretos. Desta forma, o trabalho necessita ser realizado em ambiente e clima que favoreçam o estabelecimento de estratégias defensivas sejam individuais ou coletivas. Além disso, o homem possui uma aceitação social do consumo do álcool mais precoce, fazendo com que o prejuízo se torne crescente. Isso decorre devido às atitudes e crenças de que o álcool agrega valor positivo, portanto, o ato de beber está sempre ligado à masculinidade, força e resistência.

Realizar atividades de lazer e não fumar teve menor prevalência de bebedores problema entre os homens trabalhadores da saúde, o que difere de outros estudos, com a população em geral (CHAIEB e CASTELLARIN, 1998), talvez porque os trabalhadores da saúde devido ao conhecimento que possuem tenham menor adesão ao que tem sido objeto de ações preventivas por parte do estado. Por outro lado, não praticar atividade física foi mais comum entre os

prováveis etilistas, pois hábitos saudáveis afastam os indivíduos da utilização do álcool. (PITANGA, 2002).

Estudo realizado com trabalhadores atendidos em um Serviço de Saúde do Trabalhador de uma universidade pública, na cidade do Rio de Janeiro, Região Sudeste do Brasil em 2011, encontrou maior prevalência de consumo abusivo de álcool no grupo de trabalho administrativo (BRITES e ABREU, 2014), assim como também ocorreu no presente estudo. Cabe salientar aqui que as maiores prevalências entre os agentes comunitários de saúde e vigilantes, podem ser justificados pela falta de prestígio que os cargos detêm, a impossibilidade de crescimento dentro do setor de trabalho, levando assim ao sofrimento mental, buscando no álcool uma forma de alívio da tensão sofrida.

No que se refere ao tempo de trabalho e carga horária, estes mostram o envolvimento do trabalhador com o trabalho, sugerindo, portanto, que quanto mais tempo dedicado às atividades laborais maior é a propensão ao desgaste e conseqüentemente aumento da busca por uma fuga que pode levar o indivíduo a se tornar etilista (BRITES e ABREU, 2014).

A satisfação com o trabalho está relacionada com o envolvimento do trabalhador em sua atividade, com a sua experiência e a garantia de direitos trabalhistas (REISDORFER, BUCHELE e BOING, 2012). No presente estudo a maior prevalência de provável etilista foi entre os que estão satisfeitos com o trabalho e com a capacidade para o trabalho. O uso do álcool afeta a atividade do trabalho pois o trabalhador pode chegar ao serviço ainda com os efeitos nocivos do álcool em seu organismo, podendo comprometer a capacidade do indivíduo em realizar determinadas tarefas.

Os acidentes de trabalho, segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), de 20% a 25% ocorrem envolvendo pessoas que estavam sob o efeito do álcool ou outras drogas. Além disso, os prejuízos do uso de álcool no ambiente de trabalho acarretam custos enormes para a economia do país.

A maior frequência de licença médica entre os prováveis etilistas pode ser um efeito no agravamento, embora nesse estudo, não se possa afirmar tal associação, no Brasil, há evidências de que os problemas ocupacionais (aumento do número de licenças médicas, queda no rendimento no trabalho e aposentadoria precoce) estão relacionados com o uso abusivo de álcool. O consumo do álcool constitui, junto com o tabaco, as práticas de uso de drogas legais mais importantes no país (CRUZ e FERREIRA, 2001).

Resultados de estudos transversais devem ser analisados com cautela pois os mesmos possuem limites.

Um deles que pode ter ocorrido no presente estudo é o viés de prevalência, porque não entram na casuística as pessoas que foram curadas. Assim, não se tem ideia da real magnitude do agravo.

Em estudos onde a saúde do trabalhador é investigada, deve-se sempre levar em consideração o efeito do trabalhador sadio, ou seja, só se encontram nos ambientes de trabalho, passíveis de participar das pesquisas, aqueles trabalhadores saudáveis. Ao considerar que o etilismo pode levar ao absenteísmo o indivíduo pode sofrer desta doença e não estar presente para responder a entrevista, estando, portanto, excluído.

Estudos com indivíduos do sexo masculino são passíveis de sofrer a influência do gênero, pois é esperado socialmente que o homem negue a sua vulnerabilidade, podendo assim, minimizar sinais e sintomas dos agravos à sua saúde, mascarando-os agravos à sua saúde. Além disso, permeia na sociedade a ideia de que o álcool diminui a tensão, favorece o aprimoramento da sexualidade e ainda aumenta a agressividade ou o envolvimento em situações violentas, sendo, portanto, o seu consumo favorecedor ao comportamento do gênero masculino esperado (FACHINI e FURTADO, 2012).

#### Conclusão:

A prevalência de provável etilismo entre os homens trabalhadores da saúde na Bahia foi de 11,3%. Entre os prováveis etilistas, as características mais comuns dos indivíduos foram: faixa etária de 30 a 39 anos, ensino médio, casado, cor parda, realizar atividade de lazer, não praticar atividade física, não tabagista. Quanto as características do trabalho, os trabalhadores do setor administrativo tiveram a maior prevalência de provável etilismo, mais de seis anos de trabalho, concursado, trabalhar em uma carga horária de até 40 horas, não possuíam todos os direitos trabalhistas, não possuíam outro trabalho.

Faz-se necessário, para que se aprofunde as informações sobre provável etilista trabalhador da saúde, uma pesquisa que permita identificar a frequência do consumo do álcool, tipo de bebida e volume ingeridos, bem como, os fatores associados ao etilismo afim de que favoreçam a realização de ações de saúde pública eficazes. A elaboração de estudos longitudinais, trará informações sobre o modo de consumo dos trabalhadores, bem como os efeitos do álcool na vida dos mesmos, podendo estabelecer uma relação causal. Ainda, faz-se necessário em estudos com o gênero masculino a tentativa de diminuir as perguntas autorreferidas sobre o seu estado de saúde, utilizando outros mecanismos para reduzir a

subnotificação dos agravos a saúde nesta população, visto que os homens, não costumam os seus problemas de saúde.

Para a redução do consumo de álcool, não só entre os homens trabalhadores da saúde, faz-se necessário maior empenho dos atores da Saúde Pública, afim de que os atributos inerentes à invulnerabilidade do gênero masculino sejam desconstruídos. Além disso, é requerido que a publicidade sobre os possíveis benefícios que o álcool proporciona ao indivíduo seja diminuída em detrimento aos malefícios. Assim, é essencial a intensificação de campanhas que desestimulem o seu uso por meio da ênfase no seu potencial degradante da vida do indivíduo e de suas famílias/relações sociais, o aumento dos impostos e conseqüentemente do custo da bebida alcoólica, criação de espaços para entretenimento, onde o álcool não seja fator preponderante para a diversão entre outros aspectos.

**Referencias:**

ALMEIDA, L. M; COUTINHO, E. DA S. F. Prevalência de consumo de bebidas alcoolicas em uma região metropolitana do Brasil. *Rev. Saúde pública*, 27(1): 23-9, 1993.

BARBOSA, B. G. et. al. Trabalho e saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Rev. bras. Saúde ocup.** São Paulo, 37 (126): 306-315, 2012

BARBOSA, R E C; ASSUNCAO, Ada Ávila; ARAUJO, Tânia Maria de. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores do setor saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, ago. 2012.

BORSOI, I. C. F. Da relação entre o trabalho e saúde e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. *Psicologia & Sociedade*; 19, Edição Especial 1: 103-111, 2007

BRITES, R. M. R. e ABREU, M. M. A. Padrão de consumo de bebida alcoolica entre os trabalhadores e perfil socioeconômico. **Acta Paul Enferm.** 2014; 27(2):93-9

CHAIEB, J. A. CASTELLARIN, C. Associação entre tabalgismo-alcoolismo: introdução às grandes dependências humanas. *Rev. Saúde pública*, 32 (3): 246-54, 1998

COSTA, J. S. D. Da. et. al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudos de base populacional. **Rev. Saúde pública** 2004; 38(2): 284 - 91

FACHINI, A. FURTADO, E. F. Uso de Álcool e Expectativas do Beber entre Universitários: Uma Análise das Diferenças entre os Sexos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** Out-Dez 2013, Vol. 29 n. 4, pp. 421-428.

FARIA, M. H; WERNECK, M. SANTOS, M. A. **Processo de trabalho em saúde.** 2ª ed. Belo Horizonte, 2009.

FIGUEIREDO, W. Assitência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(1):105-109, 2005

FILIZOLA et. al Alcoolismo no Nordeste do Brasil – Prevalência e perfil sociodemográfico dos afetados. **J Bras Psiquiatr.** 2008;57(4):227-232

GARCIA, P. L; FREITAS, L. R. SANTANA DE. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 227 Brasília, 24(2): 227-237, abr-jun 2015

GUIMARÃES, L. A. M. GRUBITS, S. Alcoolismo e violência em etnias brasileiras: uma visão crítica da situação brasileira. **Psicologia & Sociedade**; 19 (1): 45-51; jan/abr. 2007

LARANJEIRA, R. PINSKY, I. ZALESKI, M. CAETANO, R. I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007

MALTA, D. C. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(3):2011-2022, 2011.

PITANGA, F. J. G. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Rev. Bras. Ciên. E Mov.** Brasília v.10 n. 3 p 49-54 julho 2002.

REISDORFER E, BÜCHELE F, PIRES RO, BOING AF. Prevalence and associated factors with alcohol use disorders among adults: a population-based study in southern Brazil. *Rev Bras Epidemiol.* 2012; 15(3):582-94

RODRIGUES, et. al. 2014. Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia. *Rev Bras Enferm.* 2014 mar-abr; 67(2): 296-301

SOBRINHO, N. L C. et. al. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(1):131-140, jan, 2006

SOUZA, M. N. M. Trabalho e saúde dos profissionais de enfermagem de um hospital especializado de Feira de Santana, Bahia. *Rev. Bahiana de Saúde pública.* v.35, supl.1, p.38-54 jan./jun. 2011

## CONCLUSÃO

O presente trabalho revelou de grande relevância, pois nos mostra os fatores associados aos transtornos mentais comuns em homens trabalhadores da saúde, bem como de que forma se comportam, estão distribuídos, revelando o perfil dos bebedores problemas dentre os homens trabalhadores da saúde.

Os fatores associados aos homens trabalhadores da saúde foram, comprometimento excessivo com o trabalho, distúrbio do sono e satisfação consigo mesmo mostrou-se uma característica protetora para os TMC em homens.

Faz-se portanto, necessidade de realização de novos estudos de forma que se busque conhecer mais a respeito desta população que por conta da sua construção social pode não se permitir conhecê-la mais a fundo.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T M et. al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p 149-177.

AQUINO, MLE. Gênero e saúde: perfil e tendência da produção científica no Brasil. **Rev. Saúde Pública** 2006; 40(N esp); 121-32

ANTUNES, R; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educação e Sociedade**, v. 25, n. 87, p. 335-351, 2004

ARAUJO, TM; ROTENBERG, L. **Relações de Gênero no Trabalho em Saúde: a divisão sexual do trabalho e a saúde dos trabalhadores**. In: Assunção. AA; Brito, J. (org.). *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011. Cap.6, p. 131-150

BADINTER, E (1993). **XY: sobre a identidade masculina**. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira

BARBOSA, R E C; ASSUNCAO, Ada Ávila; ARAUJO, Tânia Maria de. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores do setor saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, ago. 2012 .

Disponível em

<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2012000800015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012000800015&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 30 set. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102311X2012000800015>

BARKER, G. Trabalho não é tudo mas é quase tudo: Homens, Desemprego e Justiça Social em políticas públicas. **Homens e masculinidades: práticas de intimidade e políticas públicas**. Medrado, Lyra, Azevedo e Brasilino (org.) 2010

BEUSENBERG, M.; ORLEY, J. **A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ)**. Geneva: Division of Mental Health - World Health Organization, 1994. 80 p.

BORGES, L.O. *et al.* A Síndrome de Burnout os Valores Organizacionais: Um Estudo Comparativo em Hospitais Universitários. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2002, 15(1), pp. 189-200

BRAGA LC *et al.* Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência e saúde coletiva**, 2010.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, mar. 2005. Disponível em

<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232005000100016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000100016&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 19 out. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S141381232005000100016>

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da saúde; 2009.

BROTTO, T C DE A.; ARAUJO, D. M. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador?. **RBSO**, v. 37, n. 126, p. 290-305, 2012.

CABANA, M. C. F. L. et. al. Transtornos Mentais Comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v 56, n. 1, p. 33-40, 2007.

CARRARA S, RUSSO JA, FARO L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis**2009; 19(3): 659-678.

CASSEL, J. Anepidemiological perspective ofpsychosocialfactors in diseaseetiology. **American Journalof Medicine**. 64:1.040-1.043. 1974.

CECCIM, R B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.

COSTA, A.G.; LUDERMIR, A.B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(1):73-79, jan-fev, 2005.

COUTINHO, E.S.F.; ALMEIDA FILHO, N.; MARI, J.J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. **Rev. Psiq. Clím.** 1999; 26(5).

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 27-34, 2004.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudos de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez-Oboé, 1992.

DILELIO, AS et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 3, Mar. 2012.

Facchini, L.A. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo de determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: BUSCHINELLI J.T.P., ROCHA L.E. & RIGOTTO R.M. (orgs.). **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo: VOZES, 1993. p: 178-186.

FARIA, H P de et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2009.

FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde e sociedade**, v. 19, n. 2, p. 429-439, 2010.

FEIRA DE SANTANA. Prefeitura Municipal – Secretaria de Saúde. **Relatório Anual de Gestão da Atenção Básica**. Feira de Santana, 2008. 149p.

FIGUEIREDO, W dos S; SCHRAIBER, L B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, jan. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700025&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700025&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 20 nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700025>.

FONTES, W. D. de et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta paul enferm**, v. 24, n. 3, p. 430-33, 2011. Giatti L & Barreto SM. Situação no mercado de trabalho e saúde. *Ver. Saúde Pública*, 40 (1): 99 – 106, 2006.

FRIEDMANN, G; NAVILLE, P. **Tratado de sociologia do trabalho**. São Paulo: Cultrix, p. 19-44, 1973.

GAZALLE, F K et al. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 365-71, 2004.

GOLDBERG, D. P.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Routledge. 1992. 194p.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

Laurell, A. C., & Noriega, M. *Processo de produção e saúde. Trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Cebes – Hucitec, 1989

INDA N 1996. Gênero masculino, número singular, pp. 212-240. In M Burin & ED Bleichmar (comps.). *Gênero, psicoanálisis, subjetividad*. Paidós, Buenos Aires. Apud BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, mar. 2005. Disponível em <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232005000100016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000100016&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 19 out. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S141381232005000100016>

JANSEN, K et al. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil Mental common disorders and quality of life in young adulthoods: a population-based sample. **Cad. saúde pública**, v. 27, n. 3, p. 440-448, 2011.

KNAUTH, D R; COUTO, M T; FIGUEIREDO, W. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Cien Saude Colet**, v. 17, n. 10, p. 2617-2626, 2012.

LACAZ, F A de C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007.

LAURELL, A.C. & Noriega, M. **Processo de produção e saúde - Trabalho e desgaste operário**. São Paulo: HUCITEC, 1989. p: 21-59; 99-144.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. de M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, mar., 2005.

LIMA MS, SOARES BGO, MARI JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. **Rev. Psi. Clín.** 1999;26(5):225-35.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(5):1595-1601, set-out, 2005

LOPES, Marcia Cavalcanti Raposo. Subjetividade e trabalho na sociedade contemporânea. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 7, n. 1, p. 91-113, 2009.

LUIZAGA, CTM; GOTLIEB, SLD. Mortalidade masculina em três capitais brasileiras, 1979 a 2007. **Rev. bras. Epidemiol.** [Online].2013, vol.16, n.1[citado 2014-08-21], PP. 87-99

LUDERMIR, A. B. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 451-467, 2008.

LUDERMIR AB & MELO FILHO DA de. Saúde mental, condições de vida e estrutura ocupacional. **Rev. Saúde Pública** ;36(2):213-21, 2002.

MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(8):1639-1648, ago., 2006.

MARK K. O capital – crítica da economia política. v. I. São Paulo: Nova Cultural; Coleção Os economistas 1996. 496p

MARTINS, Alberto Mesaque; MALAMUT, Bernardo Salles. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 2, p. 429-440, 2013.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 3, p. 508-14, 2006.

MEDRONHO, R.A.; CARVALHO, D. M. de. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006. 493p.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, 2006. 278-284p. epsjv.fiocruz.br.

MERHY, E. E.; **Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo**; São Paulo, Hucitec, 2002.

MONEY, John; EHRHARDT, Anke A. Man and woman, boy and girl: Differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity. 1972.

MOREIRA, Juliana Kelly Pinto et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. **J Bras Psiquiatr**, v. 60, n. 3, p. 221-6, 2011.

OLIVEIRA, P.P. A construção social da masculinidade. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2004

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança**. Lisboa; 2002.

PINHEIRO S.P. et al. 2002. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** 7(4):687-707.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e pratica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, c1995. 596 p.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Rev. Bras. Enferm.** 2000; 53:251-63.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n. 2, Apr. 2004 .

ROCHA, S. V.; ALMEIDA, M. M. G.; ARAÚJO, T. M.; VIRTUOSO-JÚNIOR, J. S. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 4, p. 630-640, 2010.

ROMBALDI, A. J. et al. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. **Rev. bras. epidemiol**, v. 13, n. 4, p. 620-629, 2010.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI/Guanabara Koogan, 2003. Cap.6, p. 149-177.

RUTTER, Michael; MADGE, Nicola. Cycles of Disadvantage: a review of research, London **Heinemann**, 1976. 413p.

PINHO, P. S.; ARAÚJO, T. M. Trabalho de enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 15, n. 3, p. 329-336, 2007.

SAÚDE EM DIA 2003. *Homem corre mais risco de morrer jovem do que mulher*. Disponível em <<http://www.terra.com.br/saude/emdia/2002/07/24/000.htm>>. Acesso em 01/09/2014

VIRTANEN, P., LIUKKONEN, V., VAHTERA, J. et al. Health inequalities in the workforce: the labour market core-periphery structure. **Int J Epidemiol, England**, v. 32, n. 6, p. 1.015-1.021, 2003.

SCOTT J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, 16 (2): 5-22, 1990.

SELIGMANN-SILVA E. Desgaste mental no trabalho dominado. Rio de Janeiro: Cortez Editora, 1994.

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, Aug. 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000400015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400015&lng=en&nrm=iso)>. acesso 30 Sept. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000400015>

STOCKLE, V. Is Sex to Gender as Race is to Ethnicity? In: DEL VALLE, T. (Ed.). *Gendered Anthropology*. London: Routledge, 1993 apud CARRARA S, RUSSO JA, FARO L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis**2009; 19(3): 659-678.

SCHWARZ E et al Política de saúde do homem. *Rev Saúde Pública* 2012;46(Supl):108-116

TOMASI, Elaine et al. Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS. **Rev Bras Epidemiol**2007; 10(1): 66-74.

TOMASI, Elaine et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 1suppl, p. 193-201, 2008.

XAVIER-GOMES, Ludmila Mourão. Tendência das publicações envolvendo a saúde do homem na assistência prestada pelos serviços de saúde. **Renome**, [S.l.], v. 3, n. 2, p. pág 144-161, jan. 2015. Disponível em: <<http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/73/58>>. Acesso em: 21 Mar. 2015.

WHO 2000. What about boys? A literature review on the health and development of adolescent boy. World Health Organization, Washington. Disponível em [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/fch\\_cah\\_00\\_7/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_00_7/en/)> Acesso em 19/10/2014

## **ANEXOS**

**ANEXOS – ANEXO 1**

Início:	horas	Min
Final:	horas	Min

**Número do  
Questionário**

**PROFISSIONAIS DA SAÚDE****PESQUISA SOBRE CONDIÇÕES DE SAÚDE E TRABALHO.**

Este questionário é individual e confidencial. Por favor, é fundamental que você responda a todas as perguntas, pois a ausência de uma resposta pode invalidar sua avaliação. Suas respostas deverão refletir sua realidade, como você entende e vivencia seu trabalho. Assim, solicitamos que não troque idéias com os colegas antes de responder este questionário.

**BLOCO I – IDENTIFICAÇÃO GERAL**  
**INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS**

1. Sexo: 1 ( ) Feminino 0 ( ) Masculino	2. Idade: _____anos	3. Tem filhos? 1 ( )sim 0 ( ) não Quantos filhos: _____
4. Situação conjugal: 1 ( ) Solteiro (a) 2 ( ) Casado(a) 3 ( ) União consensual, união estável 4 ( ) Viúvo/a 5 ( ) Divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a)		
5. Na escola, qual o último nível de ensino e a última série /grau que concluiu? 1 ( ) Ensino fundamental – Última série concluída: _____ série.		

Ensino Médio – Série: 2( ) 1º ano    3( ) 2º ano    4( ) 3º ano

Técnico 5( ) **Qual curso?** [ANOTAR] \_\_\_\_\_

Ensino Superior 6( ) Completo    7( ) Incompleto **Qual curso?**[ANOTAR] \_\_\_\_\_

8( ) Especialização    9( ) Mestrado    10( ) Doutorado

6. Dentre as alternativas abaixo, como você classificaria a cor da sua pele?

1( ) branca    2( ) amarela (oriental)    3( ) parda    4( ) origem indígena    5( ) preta    6( ) não sabe

## BLOCO II - INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O SEU TRABALHO

1. Coloque o código correspondente ao cargo que você ocupa. CÓD. \_\_\_\_\_

2. Há quanto tempo você trabalha no serviço público? \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_ meses

3. Há quanto tempo você trabalha na unidade atual? \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_ meses

4. Você fez algum treinamento institucional para exercer sua função atual? 0( ) Sim    1( ) Não

**Se SIM, por favor, especifique qual** \_\_\_\_\_

5. Seu vínculo de trabalho atual é:

1( ) municipal com concurso

2( ) municipalizado. **Qual vínculo?**[ANOTAR] \_\_\_\_\_

3( ) contratado sem concurso

4( ) estagiário

6. Exerce cargo de:

1( ) Nível elementar

4( ) Estagiário ensino superior

2( ) Nível médio

5( ) Estagiário ensino médio

3( ) Nível superior

7. Seu regime de trabalho é:

1( ) Diurno

2( ) Noturno

3( ) Diurno em Regime de plantão

4( ) Noturno em Regime de plantão

8. Qual a sua jornada real **neste trabalho** no município?

1 ( ) jornada semanal 8 horas

6 ( ) jornada semanal 30 horas

2 ( ) jornada semanal 10 horas

7 ( ) jornada semanal 36 horas

- 3 ( ) jornada semanal 12 horas                      8 ( ) jornada semanal 40 horas  
 4 ( ) jornada semanal 20 horas                      9 ( ) jornada semanal 44 horas  
 5 ( ) jornada semanal 24 horas

9. Você possui outro trabalho?

- 1( ) Sim, na Prefeitura de BH                      5( ) Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada com carteira assinada.  
 2( ) Sim, em outra Prefeitura                      6( ) Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada sem carteira assinada.  
 3( ) Sim, no Estado                                      7( ) Sim, tenho outro trabalho por conta própria  
 4( ) Sim, no nível Federal                              8( ) Não, não tenho outro trabalho

10. Qual a sua jornada total de trabalho ao longo da semana, considerando **todas** as suas atividades que geram renda? \_\_\_\_\_ horas semanais.

### **BLOCO III - SOBRE O SEU AMBIENTE DE TRABALHO**

**1.Em geral, a ventilação do seu local de trabalho é:**

- 2 ( ) Precária  
 1 ( ) Razoável  
 0 ( ) Satisfatória

**2.Em geral, a temperatura do seu local de trabalho é:**

- 2 ( ) Precária  
 1 ( ) Razoável  
 0 ( ) Satisfatória

**3.Em geral, a iluminação em seu local de trabalho é:**

- 2 ( ) Precária  
 1 ( ) Razoável  
 0 ( ) Satisfatória

**4.Em geral, você considera as cadeiras e mesas do seu local de trabalho:**

- 2 ( ) Precária

- 1 ( ) Razoável  
0 ( ) Satisfatória

**5. Em geral, os recursos técnicos e equipamentos do seu local de trabalho são:**

- 2 ( ) Precários  
1 ( ) Razoáveis  
0 ( ) Satisfatórios

6. No seu setor, existem equipamentos de proteção individual à sua disposição?

- 0 ( ) sim      1 ( ) não      2 ( ) não sei o que é isso

Quais são eles? [ANOTAR] \_\_\_\_\_

7. Você **utiliza** estes equipamentos? 0 ( ) sim      1 ( ) não      2 ( ) Não se aplica

Em caso afirmativo, qual(is)? \_\_\_\_\_

8. A relação entre as exigências de suas tarefas e os recursos disponíveis para sua realização é:

- 0 ( ) Boa      1 ( ) Regular      2 ( ) Ruim      3 ( ) Muito ruim

9. Você entra em contato com materiais biológicos, como sangue, fezes, urina, saliva, líquido amniótico etc?

- 0 ( ) Nunca      1 ( ) Raramente      2 ( ) Às vezes      3 ( ) Sempre

10. Você entra em contato com radiação ionizante (raio X, tomografia, radioterapia, radiofármacos)?

- 0 ( ) Nunca      1 ( ) Raramente      2 ( ) Às vezes      3 ( ) Sempre

11. Você entra em contato com gases anestésicos?

- 0 ( ) Nunca      1 ( ) Raramente      2 ( ) Às vezes      3 ( ) Sempre

12. Você entra em contato com anti-sépticos, como PVP-I, álcool iodado, clorexidine, álcool etílico a 70%?

0( ) Nunca    1( ) Raramente    2( ) Às vezes    3( ) Sempre

13. Você entra em contato com agentes citóxicos (quimioterápicos)?

0( ) Nunca    1( ) Raramente    2( ) Às vezes    3( ) Sempre

14. Você prepara e/ou administra medicamentos?

0( ) Nunca    1( ) Raramente    2( ) Às vezes    3( ) Sempre

15. Durante seu horário de trabalho, você adota posturas que podem gerar dores ou desconforto muscular no trabalho ou fora do trabalho:

0( ) Nunca    1( ) Raramente    2( ) Às vezes    3( ) Sempre

16. Seu trabalho exige que você fique em pé por muito tempo:

0( ) Nunca    1( ) Raramente    2( ) Às vezes    3( ) Sempre

17. Seu trabalho exige que você fique sentado por muito tempo:

0( ) Nunca    1( ) Raramente    2( ) Às vezes    3( ) Sempre

18. Seu trabalho exige que você ande muito:

0( ) Nunca    1( ) Raramente    2( ) Às vezes    3( ) Sempre

19. Seu trabalho exige que você levante, carregue ou empurre peso excessivo:

0( ) Nunca    1( ) Raramente    2( ) Às vezes    3( ) Sempre

20. Seu trabalho exige que você ajude o paciente a se movimentar ou levantar:

0( ) Nunca    1( ) Raramente    2( ) Às vezes    3( ) Sempre

21. Você fica sem fazer pausas durante a jornada:

0( ) Nunca    1( ) Raramente    2( ) Às vezes    3( ) Sempre

22. Você trabalha em rodízio de turnos:

0( ) Nunca    1( ) Raramente    2( ) Às vezes    3( ) Sempre

23. Você trabalha no turno noturno:

( ) Nunca     ( ) Raramente     ( ) Às vezes     ( ) Sempre

24. Em geral, o ruído originado no seu local de trabalho é:

( ) Desprezível     ( ) Razoável     ( ) Elevado     ( ) Insuportável

25. Em geral, o ruído originado fora do seu local de trabalho é:

( ) Desprezível     ( ) Razoável     ( ) Elevado     ( ) Insuportável

26. Já tomou a vacina contra Febre Amarela?  ( ) Não     ( ) Sim     ( ) Não sei/não me lembro

Em caso afirmativo, há quanto tempo?  ( ) Menos de 10 anos     ( ) Mais de 10 anos

27. Já tomou a vacina anti-rábica?  ( ) Sim     ( ) Não     ( ) Não sei/não me lembro

Em caso afirmativo, você recebeu:

( ) 1 dose     ( ) 2 doses     ( ) 3 doses     ( ) Não sei/não me lembro

28. Já tomou a vacina contra Hepatite B?  ( ) Sim     ( ) Não     ( ) Não sei/não me lembro

Em caso afirmativo, você recebeu:  ( ) 1 dose     ( ) 2 doses     ( ) 3 doses

29. Já tomou a vacina contra Rubéola, Sarampo e Caxumba (tríplice viral)?

( ) Sim     ( ) Não     ( ) Não sei/não me lembro

Em caso afirmativo, você recebeu:  ( ) 1 dose     ( ) 2 doses

30. Já tomou a vacina contra Tétano? <sub>0</sub>( ) Sim <sub>1</sub>( ) Não <sub>2</sub>( ) Não sei/não me lembro

Em caso afirmativo, você recebeu?

<sub>2</sub>( ) menos de 3 doses <sub>1</sub>( ) 3 doses ou mais, sendo a última há mais de 10 anos

<sub>0</sub>( ) 3 doses ou mais, sendo a última há menos de 10 anos

31. Já tomou a vacina contra tuberculose (BCG)?

<sub>0</sub>( ) Sim <sub>1</sub>( ) Não <sub>2</sub>( ) Não sei/não me lembro

32. Já tomou a vacina contra Varicela?

<sub>0</sub>( ) Sim <sub>1</sub>( ) Não <sub>2</sub>( ) Não sei/não me lembro

Em caso afirmativo, você recebeu: <sub>1</sub>( ) 1 dose <sub>2</sub>( ) 2 doses

33. No setor onde você trabalha existe:

<b>Recursos</b>	<b>Sim<sub>0</sub></b>	<b>Não<sub>1</sub></b>	<b>Recursos</b>	<b>Sim<sub>0</sub></b>	<b>Não<sub>1</sub></b>
Recursos materiais suficiente para realizar as tarefas			Sala de descanso		
Tempo disponível para você se alimentar			Acesso a sanitários para os trabalhadores no local de trabalho		
Lanche oferecido pelo empregador no local de trabalho			Escaninhos para guardar pertences		
Copa/refeitório					

34 – No caso de não existir copa ou refeitório, três ou mais vezes por semana você almoça ou janta:

- 1( ) Em casa
- 2( ) No próprio local de trabalho em condições confortáveis
- 3( ) No próprio local de trabalho em condições desconfortáveis
- 4( ) Em restaurantes ou lanchonetes próximos ao seu local de trabalho
- 5( ) Em restaurantes ou lanchonetes distantes do seu local de trabalho
- 6( ) não se aplica

### BLOCO V- ATIVIDADES DOMÉSTICAS E HÁBITOS DE VIDA

10. Você participa de atividades regulares de lazer?

- 1( ) sim    0( ) não

**Se SIM:** De qual tipo de atividade?

- 1( ) Atividades culturais (**cinema, teatro, exposição**)
- 2( ) Atividades Sociais (**visita amigos, festa, barzinho**)
- 3( ) Físicas (**caminhadas, exercícios, prática de esportes etc**)

Com que frequência você realiza as **atividades físicas**?

- 3( ) Nunca    2( ) 1 a 2 vezes por semana    1( ) 3 ou mais vezes por semana

11. Considerando como fumante quem já fumou pelo menos 100 cigarros, ou 5 maços, você se classifica como:

- 0( ) não fumante    1( ) ex-fumante    2( ) fumante atual

12. Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?

- 1( ) sim    0( ) não

13. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

- 1( ) sim    0( ) não

14. Sente-se aborrecido consigo mesmo (a) pela maneira como costuma beber?

- 1( ) sim    0( ) não

15. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?

- 1( ) sim    0( ) não



2. Abaixo estão listados alguns problemas de saúde. Se você não possui o problema, assinale **Nunca**. Se você **sente o problema**, assinale com que frequência que ele acontece.

<b>Problema</b>	<b>Nunca 0</b>	<b>Raramente 1</b>	<b>Pouco Frequente2</b>	<b>Frequente3</b>	<b>Muito Frequente4</b>
braços					
Dor nas pernas					
costas					
Problemas de pele					
Problemas digestivos					
mental					
ismo					
mento					
cia					

3. Nas **duas últimas semanas**, você tem sentido cansaço para falar?

0( ) não      1( ) de vez em quando      2( ) diariamente

4. Nas **duas últimas semanas**, você percebe piora na qualidade de sua voz?

0( ) não      1( ) de vez em quando      2( ) diariamente

1. **Nos últimos 12 meses**, você faltou ao trabalho por problemas de saúde?

0( ) Não      1( ) Sim Se **SIM**, por qual motivo? \_\_\_\_\_

2. **Nos últimos 12 meses**, você teve licença médica ou foi afastado do trabalho?

0( ) Não 1( ) Sim Se **SIM**, por qual motivo? \_\_\_\_\_

7. Já teve alguma doença ocupacional ou profissional (diagnosticada por médico)?

1 ( ) Sim 0( ) Não

Em caso afirmativo, qual? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

Houve emissão da CAT?

0( ) Sim 1 ( ) Não 3( ) Não sei o que é CAT

8. **Nos últimos 12 meses**, você sofreu algum acidente de trabalho que o colocou em contato direto com sangue, escarro ou outros líquidos corporais do paciente?

1 ( ) Sim 0 ( ) Não

Em caso afirmativo, qual tipo de líquido (s) corporal(is) \_\_\_\_\_

Houve emissão da CAT?

0( ) Sim 1( ) Não 2( ) Não sei o que é CAT

Você procurou obter a **Orientação para acidente de trabalho com exposição a material biológico de risco na rede municipal de saúde?**

0( ) Sim

1( ) Não

2( ) Não tenho conhecimento da existência dessa **Orientação**

9. **Nos últimos 12 meses**, você sofreu outro tipo de acidente de trabalho ou acidente de trajeto? 1 ( ) Sim 0( ) Não

Em caso afirmativo, qual \_\_\_\_\_

*10. As próximas questões estão relacionadas a situações que você pode ter vivido nos últimos **30 DIAS**. Se você sentiu a situação descrita nos últimos **30 DIAS** responda **SIM**. Se você não sentiu a situação, responda **NÃO**. Se você está incerto sobre como responder uma questão, dê a melhor resposta que você puder.*

1 - Dorme mal?	1( ) Sim	0( ) não
2 - Tem má digestão?	1( ) Sim	0( ) não

3 - Tem falta de apetite?	1( ) Sim	0( ) não
4 - Tem tremores nas mãos?	1( ) Sim	0( ) não
5 - Assusta-se com facilidade?	1( ) Sim	0( ) não
6 - Você se cansa com facilidade?	1( ) Sim	0( ) não
7 - Sente-se cansado(a) o tempo todo?	1( ) Sim	0( ) não
8 - Tem se sentido triste ultimamente?	1( ) Sim	0( ) não
9 - Tem chorado mais do que de costume?	1( ) Sim	0( ) não
10 - Tem dores de cabeça freqüentemente?	1( ) Sim	0( ) Não
11 - Tem tido idéia de acabar com a vida?	1( ) Sim	0( ) Não
12 - Tem dificuldade para tomar decisões?	1( ) Sim	0( ) Não
13 - Tem perdido o interesse pelas coisas?	1( ) Sim	0( ) Não
14 - Tem dificuldade de pensar com clareza?	1( ) Sim	0( ) Não
15 - Você se sente pessoa inútil em sua vida?	1( ) Sim	0( ) Não
16 - Tem sensações desagradáveis no estômago?	1( ) Sim	0( ) Não
17 - Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	1( ) Sim	0( ) Não
18 - É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1( ) Sim	0( ) Não
19 - Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	1( ) Sim	0( ) Não
20 - Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	1( ) Sim	0( ) Não

### BLOCO VIII - ATOS DE VIOLÊNCIA – VITIMIZAÇÃO

Você sente sua segurança pessoal ameaçada no seu trabalho?

1( ) Sim      0( ) Não

Você sente-se ameaçado quanto à segurança de seus pertences e bens pessoais no trabalho?

1( ) Sim      0( ) Não

**Nos últimos 12 meses**, houve algum episódio de agressão ou ameaça no seu local de trabalho, praticado por usuários do serviço de saúde?

0( ) nunca    1( ) uma vez    2( ) algumas vezes    3( ) com freqüência

**Nos últimos 12 meses**, houve algum episódio de agressão ou ameaça no trabalho, praticado por parentes, acompanhantes ou vizinhos do usuário do seu serviço de saúde?

0( ) nunca    1( ) uma vez    2( ) algumas vezes    3( ) com freqüência

**Nos últimos 12 meses,** houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a usuário dos serviços?

0( ) nunca 1( ) uma vez 2( ) algumas vezes 3( ) com frequência

**Nos últimos 12 meses,** houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a outro colega de trabalho?

0( ) nunca 1( ) uma vez 2( ) algumas vezes 3( ) com frequência

Você já pensou em mudar o seu local de trabalho em função de episódios de agressão ou ameaça?

0( ) nunca pensei 1( ) já pensou algumas vezes 2( ) pensa com frequência

Esta seção trata de atos de violência **FORA** do trabalho dos quais você pode ter sido vítima nos últimos 12 meses. Por favor, responda às seguintes questões:

<b>1. Você sofreu alguma agressão nos últimos 12 meses?</b> 1( ) Sim 0( ) Não
<b>2. Se sim, quem praticou a agressão?</b> 1( ) paciente/ usuário do serviço de saúde 2( ) esposo (a) 3( ) amigo (a) 4( ) pai 5( ) irmão (a) 6( ) mãe 7( ) filho (a) 8( ) vizinho (a) 9( ) desconhecido (a) 10( ) Outros. Especifique _____
<b>3. Qual foi o tipo de agressão?</b> 1( ) Física Especifique _____ 2( ) Psicológica 3( ) Sexual 4( ) Negligência 5( ) Atos de destruição 6( ) Xingamentos 7( ) Outros. Especifique _____
<b>4. Você já foi vítima de algum acidente de trânsito nos últimos <u>12 meses</u>?</b> 1( ) Sim 0( ) Não

Qual seu vencimento **bruto** mensal relativo a **este trabalho**? R\$ \_\_\_\_\_

Se você desejar fazer algum comentário ou registro, por favor, utilize o espaço abaixo:

---



---



---



---

**Muito Obrigado por sua colaboração!!**

**ANEXO 2**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Av. Universitária, s/n - Km 03 da BR 116, Campus Universitário. CEP: 44031-460. Feira de Santana – BA

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

**Título do Projeto: Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde.**

Pesquisadores: Dr<sup>a</sup> Tânia Maria de Araújo, Dr<sup>a</sup> Edna de Araújo, Dr. Maura Maria Guimarães de Almeida e Thereza Christina Coelho Bahia.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Antes de decidir, é importante que entenda o motivo da realização do estudo e qual sua finalidade. Estaremos a sua disposição, pessoalmente, na UEFS – Departamento de Saúde – Núcleo de Epidemiologia - KM 03, BR 116, Campus Universitário, 6º Módulo, 44.031-460, Feira de Santana-BA, ou pelo telefone (0xx75) 3224-8320 para prestar qualquer esclarecimento, caso você precise de maiores informações.

Esta pesquisa pretende investigar as condições de trabalho nas unidades de atenção básica à saúde dos municípios de Feira de Santa, Vitória da Conquista, Juazeiro e Santo Antônio de Jesus, a partir da percepção dos profissionais de saúde que estão em efetivo exercício profissional nas unidades selecionadas para este estudo. O conhecimento sobre os fatores envolvidos na relação entre a saúde e o trabalho pode favorecer o planejamento de ações para a melhoria da qualidade de vida e para eliminação ou redução de fatores de risco no ambiente do trabalho.

Todas as pessoas em atividade na unidade selecionada serão convidadas a participarem desta pesquisa.

A sua participação é voluntária e você poderá se afastar a qualquer momento do estudo, se desejar. Para participar, você preencherá o questionário anexo que aborda alguns aspectos em relação às condições e características do seu ambiente trabalho e serão avaliados também aspectos relacionados à saúde.

Salientamos que a sua identificação será resguardada e mantida em sigilo, mas se alguma pergunta do questionário lhe causar constrangimento, ela não precisará ser respondida. Os resultados da pesquisa serão divulgados aos seus participantes e à comunidade geral e científica. Esta divulgação, em qualquer meio de apresentação, se fará de forma a garantir a confidencialidade dos dados.

Se você achar que foi bem informado (a) e quiser participar voluntariamente desta pesquisa, permitindo que os resultados da mesma sejam publicados, deverá assinar este documento que consta de duas vias. Uma das vias ficará com você e a outra conosco.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos que porventura possam surgir.

Feira de Santana, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

---

Assinatura do Participante

---

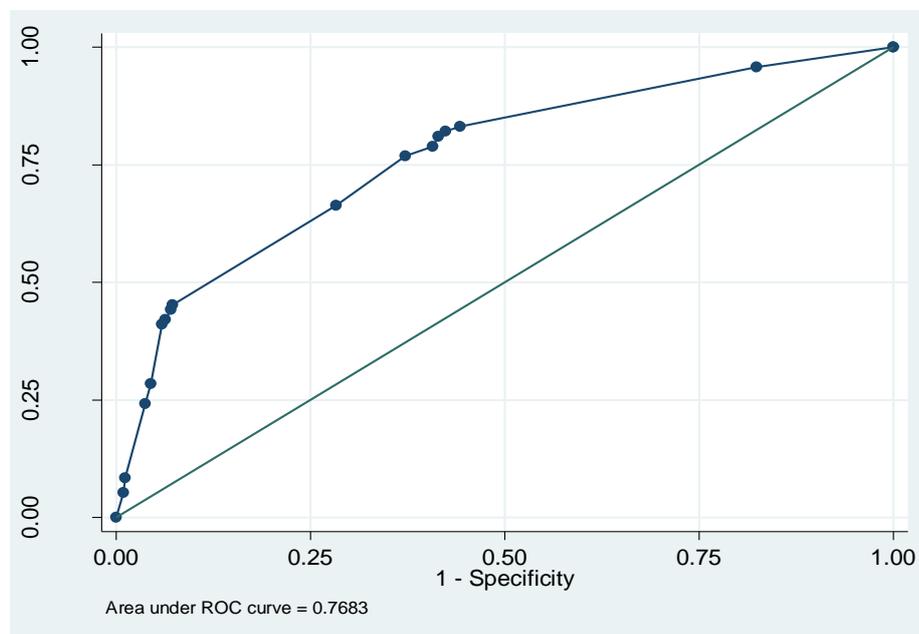
Profª Tânia Maria de Araújo

Coordenadora da Pesquisa

(0xx75) 3224-8320

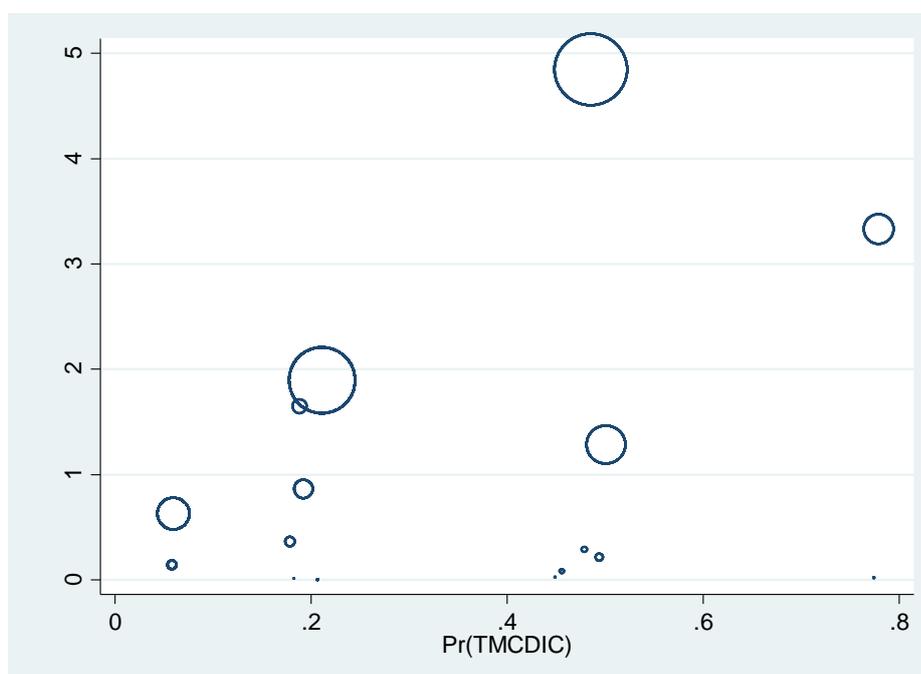
## ANEXO 4 – Gráficos dos testes do modelo

Gráfico 1 - Curva Receiver Operating Characteristic do modelo final de regressão logística.



Fonte: Arquivo pessoal, 2016

Gráfico 2 – Observação influentes no modelo final de regressão logística.



Fonte: Arquivo pessoal, 2016