



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Gilvana Jéssica de Oliveira Higa

**Precarização do trabalho em hospital geral e suspeição de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem**

Rio de Janeiro

2021

Gilvana Jéssica de Oliveira Higa

**Precarização do trabalho em hospital geral e suspeição de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Elias Barbosa de Oliveira

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

H634 HIGA, Gilvana Jéssica de Oliveira.  
Precarização do trabalho em hospital geral e suspeição de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem / Gilvana Jéssica de Oliveira Higa. – 2021.  
97 f.

Orientador: Elias Barbosa de Oliveira  
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Condições de trabalho. 2. Profissionais de enfermagem. 3. Estresse ocupacional. 4. Transtornos mentais. 5. Hospitais públicos. I. Oliveira, Elias Barbosa de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU  
614.253.5

Bibliotecária: Adriana Caamaño CRB7/5235

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta Dissertação, desde que citada a fonte.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Data

Gilvana Jéssica de Oliveira Higa

**Precarização do trabalho em hospital geral e suspeição de transtornos mentais comuns  
em trabalhadores de enfermagem**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 17 de maio de 2021.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Elias Barbosa de Oliveira (Orientador)

Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Cristiane Helena Gallasch

Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Joanir Pereira Passos

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2021

## **DEDICATÓRIA**

Ao amor da minha vida, meu melhor amigo e companheiro incansável de lutas e vitórias, Fabio Akira Higa, que me incentiva a lutar por meus sonhos e é meu pilar quando os desafios são árduos. Aos meus amados filhos, Arthur e Heitor, que me ensinam todos os dias que a vida é um ciclo infindável de novas descobertas e me permitiram ser mãe, o maior título desse mundo.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu estimado professor e orientador, Dr. Elias Barbosa de Oliveira, pelo qual possuo profundo afeto e admiração e que enxergou além das minhas potencialidades. Foi através do seu olhar para a pesquisa que pude compreender os anseios, inquietações e perspectivas do trabalhador de enfermagem face ao sofrimento psíquico. Sua trajetória no âmbito da saúde mental e do trabalho para a enfermagem é fonte inspiradora, e sou grata por tanto aprendizado ao seu lado.

À coordenação do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), corpo docente e administrativo, pelo profissionalismo e comprometimento com ensino e pesquisa de qualidade, e que mesmo diante dos impactos do distanciamento social exigidos pela pandemia, manteve seu inviolável histórico de excelência.

Aos componentes da banca, professoras Dra. Joanir Pereira Passos, Dra. Cristiane Helena Gallasch e Dra. Regina Célia Gollner Zeitoune, que contribuíram substancialmente para a fundamentação deste estudo, pautadas em uma apreciação ímpar.

Aos colegas de turma do Mestrado, que compartilharam experiências e que tornaram mais leve o enfrentamento dessa etapa. Em especial aos doutorandos Rogério Miranda e Suzana Reis, e à mestrandia Juliana Brandão, por toda amizade e apoio.

Aos enfermeiros mestres, Fernanda Chagas e Daniel Granadeiro, que me encorajaram a enfrentar os desafios da pesquisa e a não desistir dos desafios que viriam.

À enfermeira Dra. Fabiola Naomi Eto, por dispor de seu tempo e conhecimento para a concretização dos resultados. Foi uma honra partilhar a graduação contigo.

À Direção do Hospital Federal do Andaraí, ao Centro de Estudos e a Divisão de Enfermagem, pelo apoio institucional e pelas contribuições que culminaram com o desenvolvimento da pesquisa.

Aos profissionais de enfermagem que executam seu ofício mesmo diante de infinitas dificuldades. Aos que tornaram possível este estudo, sendo exemplo de empenho e superação, sendo o pilar da assistência e do Sistema Único de Saúde. Que as evidências aqui contidas possam fundamentar a discussão sobre o trabalho precário na enfermagem e seus impactos na saúde mental de seus trabalhadores.

Só há duas opções nesta vida: se resignar ou se indignar. E eu não vou resignar nunca.

*Darcy Ribeiro*

## RESUMO

HIGA, Gilvana Jéssica de Oliveira. **Precarização do trabalho em hospital geral e suspeição de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem**. 2021. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

A presente dissertação tem como objeto de estudo “precarização do trabalho e os transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem”. Os objetivos foram verificar a suspeição de transtornos mentais comuns em uma amostra de trabalhadores de enfermagem com vínculo precarizado; identificar a associação entre os transtornos mentais comuns e as características da amostra e discutir as implicações dos transtornos mentais comuns para a saúde dos trabalhadores e a organização do trabalho hospitalar. Estudo quantitativo com delineamento transversal, do tipo descritivo, desenvolvido em um hospital público federal de grande porte situado no município do Rio de Janeiro. Participaram do estudo profissionais de enfermagem mediante os seguintes critérios de inclusão: trabalhadores temporários e que exerciam atividades assistenciais pelo menos a 30 dias. A coleta de dados foi realizada por meio de três instrumentos (caracterização sociodemográfica e ocupacional, condições de saúde e o *Self Report Questionnaire* (SRQ-20), elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Na suspeição de TMC trabalhou-se com os seguintes pontos de corte: sete ou mais respostas positivas para homens e oito ou mais para mulheres. Os resultados evidenciaram que de uma população de 254 trabalhadores temporários que atuavam diretamente na assistência, a amostra foi constituída por 80 profissionais, predominantemente enfermeiros, do sexo feminino, faixa etária de 35 a 44 anos, casados e/ou união estável, renda familiar entre 3 e 5 salários mínimos, graduados, possuíam apenas um vínculo empregatício, atuando em regime de turnos, cumprindo 30 horas semanais na instituição. A suspeição de transtornos mentais comuns (TMC) na amostra foi de 52,5%, sendo identificada a associação com as variáveis de exposição sexo e renda familiar ( $p < 0,05$ ). As queixas do SRQ-20 mais frequentes foram “se sentir nervoso, tenso ou preocupado”, “dormir mal” e “tem dores de cabeça frequentes”. Conclui-se que devido à alta frequência de suspeição de TMC na amostra e as queixas de ansiedade, somatização e diminuição da energia vital, exige-se ações de cunho preventivo e terapêutico que minimizem a possibilidade de evolução de transtornos mentais severos e o uso de ansiolíticos. A renda é um aspecto relevante em termos de saúde, pois diante dos baixos salários esses profissionais tendem a acumular mais de um vínculo, propiciando maior desgaste e/ou sofrimento. A associação com o sexo, evidenciou que por se tratar de uma categoria majoritariamente feminina, há de se considerar a questão de gênero e a sobrecarga devido a dupla e/ou tripla jornada, além da difícil conciliação com o trabalho doméstico e demais atividades de cunho social. Há necessidade de realização de estudos sobre TMC na enfermagem tendo em vista a incipiência dos mesmos nesta população e a necessidade de suporte organizacional e terapêutico com vistas a saúde e ao bem-estar dos profissionais.

Palavras-chave: Enfermagem. Transtornos mentais. Estresse psicológico. Saúde do trabalhador. Saúde mental.

## ABSTRACT

HIGA, Gilvana Jéssica de Oliveira. **Precariousness of work in a general hospital and suspicion of common mental disorders in nursing workers.** 2021. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

The present dissertation had as object of study "precariousness of work and the common mental disorders in nursing workers". The objectives were to verify the suspicion of common mental disorders in a sample of nursing workers with precarious employment; identify the association between common mental disorders and the characteristics of the sample and discuss the implications of common mental disorders for the health of workers and the organization of hospital work. Quantitative study with a cross-sectional design, of a descriptive type. Developed in a federal public hospital located in the city of Rio de Janeiro. Nursing professionals participated in the study according to the following inclusion criteria: temporary workers and who have worked in healthcare activities for 30 days. Data collection was performed using three instruments: sociodemographic and occupational characterization, health conditions and the Self Report Questionnaire (SRQ-20), prepared by the World Health Organization (WHO). The cutoff points: seven or more positive responses for men and eight or more for women. The results showed that in a population of 254 temporary workers who worked directly in assistance, the sample consisted of 80 professionals, predominantly female nurses, age group 35 to 44 years old, married and / or stable union, family income between 3 and 5 minimum wages, graduates, had only one job, working in shifts, working 30 hours a week at the institution. mental disorders (CMD) in the sample was 52.5%, with an association with gender and family income exposure variables ( $p < 0.05$ ). Frequent were "feeling nervous, tense or worried", "sleeping badly" and "having frequent headaches". It is concluded that due to the high frequency of suspicion of CMD in the sample and complaints of anxiety, somatization, decreased vital energy, preventive and therapeutic actions that minimize the possibility of severe mental disorders and the use of anxiolytics are required. Income is a relevant aspect in terms of health, because of low wages these professionals tend to accumulate more than one bond, providing greater wear and / or suffering. The association with sex, evidenced that because it is a mostly female category, it is necessary to consider the gender issue and the burden due to double and / or triple hours, in addition to the difficult reconciliation with domestic work and other social activities. There is a need to carry out studies on CMD in nursing in view of their incipience in this population and the need for organizational and therapeutic support with a view to the health and well-being of professionals.

Keywords: Nursing. Mental disorders. Psychological stress. Occupational health. Mental health.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Distribuição dos estudos segundo ano, autor, título, amostra, campo, desenho metodológico e resultados .....	20
Quadro 2 -	Distribuição da frequência de respostas dos fatores do SRQ-20 em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro – Brasil – 2020 (n=80) .....	63
Quadro 3 -	Distribuição da frequência de respostas dos fatores do SRQ-20 em uma amostra de trabalhadores de enfermagem com suspeição de TMC - Rio de Janeiro – Brasil - 2020 (n=42) .....	72

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Características sociodemográficas de uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro – Brasil - 2020 (n=80) .....	45
Tabela 2 –	Características ocupacionais de uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro – Brasil - 2020 (n=80) .....	49
Tabela 3 –	Condições de saúde de uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro – Brasil – 2020 (n=80) .....	55
Tabela 4 –	Distribuição das respostas do SRQ-20 por fator em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro – Brasil – 2020 (n=80)..	61
Tabela 5 –	Distribuição das frequências de respostas relativas ao SRQ-20 e os riscos psicossociais em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro – Brasil – 2020 .....	64
Tabela 6 –	Características sociodemográficas e associação com a suspeição de TMC em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro – Brasil - 2020 (n=80) .....	65
Tabela 7 –	Características ocupacionais e associação com TMC em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro – Brasil = 2020 (n=80) .....	68
Tabela 8 –	Suspeição de TMC e condições de saúde em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro – Brasil - 2020 (n=42) ..	69
Tabela 9 –	Distribuição das respostas ao <i>Self Report Questionnaire 20</i> e suspeição de TMC em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro – Brasil – 2020 .....	71
Tabela 10 –	Distribuição dos problemas relacionados à suspeição de TMC em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro – Brasil – 2020 .....	73

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agente Comunitário de Saúde
BDENF	Bases de Dados da Enfermagem
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
BDTD	Biblioteca Digital de Teses e Dissertações
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DGH/RJ	Departamento de Gestão Hospitalar do Rio de Janeiro
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
DPM	Distúrbios Psíquicos Menores
ESF	Estratégia Saúde da Família
EPI	Equipamento de Proteção Individual
GESMT	Grupo de Estudos Saúde Mental e Trabalho
HAM-D	<i>Hamilton Depression Rating Scale</i>
HFA	Hospital Federal do Andaraí
ICT	Índice de Capacidade para o Trabalho
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
ISSL	Inventario de Sintomas de Estresse para Adultos
LER	Lesão por Esforço Repetitivo
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MADRS	Escala de Depressão de Montgomery & Asberg
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MOI	Modelo Operário Italiano
MP	Medida Provisória

MS	Ministério da Saúde
NBR	Norma Brasileira
NR	Norma Regulamentadora
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSS	Organizações Sociais da Saúde
PAHO	<i>Pan American Health Organization</i>
PCCS	Planos de Cargos Carreiras e Salários
PICS	Práticas integrativas e complementares em saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PPGENF	Programa de Pós Graduação em Enfermagem
PROCRIAR	Programa de Extensão Oficina de Saberes e Práticas Criativas em Saúde
PROEX	Programa de Extensão Universitária
RP	Risco Psicossocial
SAG	Síndrome da Adaptação Geral
SB	Síndrome de <i>Burnout</i>
SCIELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SESMT	Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SPSS	<i>Statistic Package for Social Sciences</i>
SRQ-20	<i>Self Reporting Questionnaire 20</i>
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UBASF	Unidade Básica de Família
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
1	<b>SUPORTE TEÓRICO</b> .....	23
1.1	<b>Saúde do trabalhador: saúde mental relacionada ao trabalho</b> .....	23
1.2	<b>Política neoliberal e trabalho precarizado</b> .....	26
1.3	<b>Riscos psicossociais, estresse e transtornos mentais comuns</b> .....	29
2	<b>METODOLOGIA</b> .....	36
2.1	<b>Tipo de estudo</b> .....	36
2.2	<b>Campo do estudo</b> .....	36
2.3	<b>População e amostra do estudo</b> .....	37
2.4	<b>Variáveis do estudo</b> .....	38
2.5	<b>Aspectos éticos do estudo</b> .....	39
2.6	<b>Coleta de dados</b> .....	40
2.7	<b>Análise dos dados</b> .....	42
3	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	44
3.1	<b>Características sociodemográficas da amostra do estudo</b> .....	44
3.2	<b>Características ocupacionais da amostra do estudo</b> .....	48
3.3	<b>Condições de saúde referidas por uma amostra de trabalhadores de enfermagem</b> .....	54
3.4	<b>Análise da frequência de respostas relativas aos fatores do SRQ-20</b> .....	61
3.4.1	<u>Distribuição da frequência de respostas da amostra de acordo com os fatores do SRQ-20</u> .....	63
3.4.2	<u>Distribuição da frequência de respostas do SRQ-20 e a relação com os riscos psicossociais</u> .....	64
3.4.3	<u>Suspeição de TMC na amostra e associação com as características sociodemográficas</u> .....	65
3.4.4	<u>Suspeição de TMC na amostra e associação com as características ocupacionais</u> .....	67
3.4.5	<u>Suspeição de TMC na amostra e associação com as condições de saúde</u> .....	69
3.4.6	<u>Distribuição das respostas da amostra com suspeição de TMC ao SRQ-20</u> ....	70

3.4.7	<u>Distribuição da frequência de respostas dos fatores do SRQ-20 em trabalhadores de enfermagem com suspeição de TMC</u> .....	72
3.4.8	<u>Distribuição da frequência de respostas relativas ao SRQ-20 da amostra com TMC e a relação com os riscos psicossociais</u> .....	72
	<b>CONCLUSÃO</b> .....	75
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	78
	<b>APÊNDICE</b> - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....	91
	<b>ANEXO A</b> - Parecer Consubstanciado do CEP .....	92
	<b>ANEXO B</b> - Instrumento de caracterização dos participantes .....	96
	<b>ANEXO C</b> - Instrumento de coleta de dados - <i>Self Report Questionnaire</i> (SRQ-20) .....	97

## INTRODUÇÃO

No decorrer da minha formação acadêmica em um hospital universitário no Estado do Espírito Santo, observei como as relações no ambiente de trabalho eram conflituosas diante da problemática relacionada a diferentes vínculos empregatícios, nas quais trabalhadores com a mesma formação recebiam tratamento diferenciado em termos de salários, carga horária e perspectiva de crescimento na instituição. Para agravar esta situação, a organização do trabalho se caracterizava por uma hierarquia rígida, burocratizada, com pouca valorização profissional e muita pressão social em termos do cumprimento das atividades prescritas, acarretando aos trabalhadores o sofrimento psíquico diante de queixas como cansaço, nervosismo, fadiga e estresse.

Frente a esta realidade de trabalho e considerando as poucas perspectivas de crescimento profissional em decorrência da escassez de emprego, os baixos salários e exigência de cumprimento de jornadas de trabalho extensas, principalmente em regime de plantão, busquei novos horizontes profissionais, tendo sido aprovada em concurso para a residência em terapia intensiva em um hospital universitário de grande porte no município do Rio de Janeiro.

Durante a residência, a problemática relacionada ao trabalho precário intensificou-se, pois, enquanto residente, passei a trabalhar com enfermeiros que atuavam no hospital sem nenhuma garantia trabalhista, sendo denominado “treinamento profissional bolsista”, compondo um expressivo número de profissionais na equipe de saúde. Deste modo, entendo que o vínculo precário ou temporário tem sido uma forma de contratação que as instituições usam para atender a necessidade de pessoal e diminuir os gastos com a realização de concurso público e demais obrigações trabalhistas. Como resultado, observa-se que esses profissionais atuam sem proteção social, expondo-se a riscos no ambiente laboral e com repercussões na sua subjetividade tendo em vista a impossibilidade de crescimento na instituição e o exercício da criatividade, contributivo para o adoecimento físico e psíquico.

Ao participar do Grupo de Estudos Saúde Mental e Trabalho (GESMT) em associação com o curso da disciplina de Trabalho e Subjetividade, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), emergiram reflexões e questionamentos acerca do sofrimento no trabalho e, por meio de leituras, participação em eventos, cursos de extensão e pesquisas pude aprofundar o meu conhecimento a entender a importância do suporte em saúde mental a essas pessoas pelo

desenvolvimento da empatia e compartilhamento de suas vivências e experiências relacionadas a condição de trabalhador temporário ou precarizado.

Ao término da residência, tive a oportunidade de atuar como docente de uma universidade pública, onde os contratos eram temporários e não havia garantias trabalhistas. Na ocasião, a gratificante experiência possibilitou-me expandir meus horizontes em termos de atuação profissional, mas com o agravante de não ter estabilidade no emprego e as incertezas quanto à garantia de fonte de renda. Nesta ocasião, devido a ações movidas pelo Ministério Público, a instituição foi obrigada a demitir todos os trabalhadores temporários e/ou convocar os candidatos que haviam sido aprovados no último concurso público. Esta experiência foi marcante pelo fato de ter convivido com outras pessoas na mesma condição e que apesar de gostarem do que faziam, viram-se da noite para o dia desempregadas sem aviso prévio.

Atualmente, por atuar em um hospital público federal no município do Rio de Janeiro tenho enfrentado a mesma situação, considerando que a instituição mantém em seu quadro um grande número de profissionais de várias categorias na condição de temporários. A situação de trabalhador precarizado, tem acarretado inúmeros problemas para a gestão de pessoal por conta dos desligamentos e necessidade de reposição desses trabalhadores, aumentando a rotatividade, a necessidade de seleção e treinamento de novos trabalhadores no intuito de manter a qualidade do atendimento aos usuários.

Acrescentam-se outros problemas como os conflitos entre os trabalhadores estatutários e temporários devido à carga horaria, salários e demais direitos trabalhistas distintos. Há também a insatisfação e o sofrimento psíquico que podem se intensificar em função das pressões sociais no local de trabalho e fora dele, tendo em vista a instabilidade do vínculo empregatício e as poucas perspectivas de crescimento na instituição. Diante desta realidade e reforçando o interesse na área da saúde do trabalhador, entendo que estes trabalhadores podem desenvolver quadros de sofrimento psíquico ou transtornos mentais comuns (TMC) relacionados ao estresse psicossocial em função dos fatores de risco psicossocial presentes na organização.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1994), o conceito de TMC desenvolveu-se na década de 1970, por meio de pesquisas sobre o adoecimento mental no âmbito da atenção primária em saúde e refere-se a um conjunto de sintomas como: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, queixas somáticas e outros. Esses transtornos podem estar associados à diminuição da capacidade para o trabalho e ao absentismo doença, sendo um importante problema de saúde pública.

Estudos internacionais evidenciam a prevalência de TMC em amostras de municípios brasileiros as taxas variam de 17 a 35%, sendo que na população geral essas taxas ampliam de forma expressiva entre 24,6% e 45,3%. Embora os TMC não configurem uma entidade clínica específica ou morbidade psiquiátrica como depressão, esquizofrenia e quadros ansiosos graves descritos em manuais nosológicos, constituem uma dimensão desses fenômenos psicopatológicos expressa no nível coletivo, sendo a sua origem multifatorial a depender de fatores genéticos, comportamentais e ambientais que se associam a variáveis como sexo, faixa etária, situação conjugal, condições de vida e trabalho e rede de apoio social (JANSEN *et al.*, 2011; URBANETO *et al.*, 2013).

Pelo fato de os TMC encontrarem-se presentes em profissionais de diversas áreas, inclusive na área da Saúde em consequência do modelo neoliberal e os novos processos produtivos, de acordo com a World Health Organization (WHO, 1994), é de grande importância a realização de estudos desta natureza com o intuito de identificar este tipo de transtorno na Enfermagem, principalmente pela natureza do trabalho e das exigências psicomotoras, emocionais e/ou afetivas. São profissionais que além de conviverem com a dor, o sofrimento e o processo de morte de pacientes sob seus cuidados, enfrentam condições de trabalho nem sempre adequadas, o que aumenta o desgaste e o sofrimento no trabalho.

Para agravar esta situação, após a Emenda Constitucional ou Emenda da Reforma Administrativa de nº 19/98 (BRASIL, 1998a), os serviços de Saúde do país passaram a adotar múltiplas formas de vínculos trabalhistas, que incluem o regime estatutário, o celetista (terceirizado) e o precário ou temporário. A partir de então, houve acentuada diminuição de concursos públicos, sendo muitos dos trabalhadores contratados através de Organizações Sociais da Saúde (OSS) através da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) ou contrato precário. Ao contrário dos trabalhadores estatutários e celetistas, os profissionais com contrato do tipo temporário ou precarizado, não possui nenhum tipo de proteção social e/ou direito trabalhista, sendo os contratos finalizados a qualquer momento pelo empregador sem nenhum tipo de ressarcimento (BRASIL, 2006b).

A partir do exposto, o presente estudo tem como objeto a “precarização do trabalho em hospital geral e transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem”.

No intuito de nortear o estudo, elaborou-se os seguintes pressupostos:

- a) O trabalho precário é fator de risco psicossocial para a suspeição de transtornos mentais comuns em uma amostra de trabalhadores de enfermagem de um hospital público;

- b) Existe associação entre os transtornos mentais comuns e as variáveis de exposição em uma amostra de trabalhadores de enfermagem com vínculo temporário.

Mediante estes apontamentos, foram traçados como objetivos:

- a) Geral
- Analisar a suspeição de transtornos mentais comuns e a associação com as características da amostra, a saúde dos trabalhadores e as implicações para a organização do trabalho hospitalar;
- b) Específicos:
- Verificar a suspeição de transtornos mentais comuns em uma amostra de trabalhadores de enfermagem com vínculo precarizado.
  - Identificar a associação entre os transtornos mentais comuns e as características de uma amostra de trabalhadores de enfermagem com vínculo precarizado.
  - Discutir as implicações dos transtornos mentais comuns para a saúde dos trabalhadores com vínculo precarizado e a organização do trabalho.

### **Justificativas do estudo**

A invisibilidade do adoecimento ocupacional que acomete trabalhadores e trabalhadoras consiste em fato marcante no atual mundo do trabalho. As doenças mentais ocupacionais gozam de visibilidade ainda menor nesse contexto, além de uma crônica subnotificação (ROCHA; BUSSINGER, 2016).

O anuário estatístico do Ministério da Fazenda (BRASIL, 2017b) revelou que os transtornos mentais e comportamentais são a terceira causa de afastamento por invalidez no trabalho (9%), perdendo para as lesões/envenenamentos (31%) e doenças do sistema osteoarticular (19%).

Os TMC acometem pessoas de várias faixas etárias, gênero e ocupações e em todo mundo. Dos estudos, realizados em 63 países, constatou-se a prevalência significativa de TMC em 59 países (SABAN *et al.*, 2014).

Estudo de revisão integrativa sobre TMC em trabalhadores de Enfermagem no país, com recorte temporal de 2010 a 2017, evidenciou que o desenvolvimento desse tipo de transtorno foi associado a fatores intrínsecos ao trabalho, como as pressões sofridas pelo trabalhador, as duplas jornadas de trabalho, a baixa remuneração e a violência laboral; fatores que também são contributivos para o absenteísmo doença destes profissionais (FERNANDES; SOARES; SILVA, 2018).

Estudo epidemiológico transversal com 309 profissionais de enfermagem em um hospital de grande porte revelou a prevalência geral de TMC em 35%. Os profissionais de enfermagem referiram sobrecarga de trabalho e baixa remuneração e as queixas de saúde mais frequentes estavam relacionadas a problemas osteomusculares e a saúde mental (RODRIGUES *et al.*, 2014).

Desta forma, torna-se evidente a importância de pesquisas relacionadas à temática proposta, visto que a Reforma Trabalhista sancionada pela Lei nº 13.467 de 2017 (BRASIL, 2017a) tem agravado a precarização da força de trabalho, um fenômeno mundial que se coloca como um dos grandes, senão o maior, desafio da classe trabalhadora na atualidade. Com a aprovação da Lei, haverá sérios prejuízos para a classe trabalhadora devido à supressão e redução de direitos trabalhistas previstos pela CLT, enfraquecerá também as representações sindicais e isolará o sujeito da possibilidade de defesa por condições laborais dignas, e conseqüentemente trará implicações para a saúde mental.

No intuito de contribuir com o estado da arte e subsidiar a discussão dos resultados do presente estudo optou-se pela revisão integrativa acerca da produção científica sobre o TMC na da área da saúde e enfermagem nos últimos cinco anos. A coleta de dados teve com fonte a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Bases de Dados da Enfermagem (BDENF) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PUBMED).

Na seleção dos artigos sobre os TMC na área da saúde e enfermagem elegeu-se como critérios de inclusão: artigos originais publicados na íntegra e de livre acesso nos idiomas português, inglês e espanhol, com recorte temporal entre os anos 2014 a 2019 com a participação de estudantes, residentes e trabalhadores. Foram utilizados os Descritores em Ciência da Saúde (Decs), através da interseção entre eles e com auxílio do operador booleano

AND: transtornos mentais comuns AND trabalho; transtornos mentais comuns AND trabalho em saúde; distúrbios psíquicos menores AND enfermagem.

Os critérios de exclusão adotados foram as produções científicas sobre sofrimento psíquico na população em geral, profissionais e serviços não relacionados ao setor saúde, teses, dissertações, revisões, textos fora do recorte temporal estabelecido e não disponíveis na íntegra.

A partir dos critérios de inclusão estabelecidos, encontrou-se 24 publicações sobre a temática na área da saúde, sendo 3 (12,5%) em 2013, 4 (16,6%) em 2014, 6 (25%) em 2015, 5 (20,8%) em 2016, 5 (20,8%) em 2017, 1 (4,16%) em 2018. Destes estudos, apenas seis foram realizados com trabalhadores de enfermagem (Quadro 1, a seguir) e, nesses o método mais utilizado foi o quantitativo com delineamento transversal e uso do *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Exceção de um estudo que utilizou o Inventário de Depressão de Beck (BDI), de Hamilton (HAM-D) e de Montgomery & Asberg (MADRS) e outro que utilizou um questionário estruturado.

Acerca dos participantes, evidenciou-se 6 (25%) estudos com trabalhadores de enfermagem, 6 (25%) profissionais da área da saúde em geral, 2 (8,3%) da saúde coletiva, 2 (8,3%) acadêmicos de enfermagem, 2 (8,3%) acadêmicos de medicina, 1 (4,1%) residentes de medicina, 2 (8,3%) agentes comunitários de saúde 1 (4,1%) residente da área multiprofissional, 1 (4,1%) estudantes da saúde do último ano 1 (4,1%) docentes de enfermagem.

Os estudos originais, tiveram como campos as instituições de ensino superior 8 (33,3%), o hospital geral 8 (33,3%) os centros de saúde 5 (20,3%), sem referência ao campo 2 (8,3%) e hospital psiquiátrico 1 (4,1%). Com base nos achados, infere-se que a produção de artigos sobre TMC na Enfermagem é incipiente. Sugere-se a realização e/ou continuidade de estudos com esses trabalhadores com o intuito de identificar a suspeição de TMC neste grupo de trabalhadores e as repercussões para a saúde e as organizações de saúde e/ou ensino. A realização de novos estudos contribuirá também para a discussão dos achados e medidas de suporte social e mental com vistas a saúde e a qualidade do serviço prestado.

Quadro 1 - Distribuição dos estudos segundo ano, autor, título, amostra, campo, desenho metodológico e resultados

Ano	Autor	Título	Amostra	Campo	Método	Resultados
2018	Pinhatti, E. D. G. <i>et al.</i>	Minor psychiatric disorders in nursing: prevalence and associated factors.	285 Trabalhadores de Enfermagem	Hospital Universitário	SRQ-20. Estudo seccional, descritivo-analítico	Suspeição global de 32,6%. MP (sexo feminino, jovens, casados/com união estável, nas auxiliares e técnicas em enfermagem, renda de até 4 salários mínimos). T trabalho de alta exigência, com baixo apoio social, alto desequilíbrio esforço-recompensa e excesso de comprometimento.
2017	Fernandes, D. M.; Marcolan, J. F.	Trabalho e sintomatologia depressiva em enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família.	59 enfermeiros	UBASF	Inventário de Depressão de Beck (IDB), avaliação para depressão de Hamilton (HAM-D) avaliação para depressão de Montgomery & Asberg (MADRS).	A maioria apresentou sintomatologia depressiva, não se percebiam doentes. Principais fatores apontados estavam relacionados às condições do trabalho. Conclusão: Observou-se alta prevalência de sintomas depressivos devido às condições de trabalho.
2017	Sousa, K. H. F. <i>et al.</i>	Fatores associados ao perfil da equipe de enfermagem de um hospital psiquiátrico e suas implicações para a saúde do trabalhador.	74 (14 Enfermeiros e 60 técnicos de enfermagem)	Hospital Psiquiátrico	Questionário semiestruturado e SRQ-20	25,7% (n=19) apresentaram transtorno mental comum
2015	Magnago, T. S. B. S.	Relação entre capacidade para o trabalho na enfermagem e distúrbios psíquicos menores	498 Trabalhadores de Enfermagem	Hospital Universitário	SRQ-20; Índice de Capacidade para o Trabalho	TMC: 33,7% e ICT: 43,3%. Aqueles com TMC apresentaram duas vezes mais chances de ter o índice de capacidade para o trabalho reduzido. São necessárias medidas que minimizem as exigências mentais e que potencializem a capacidade para o trabalho.
2014	Rodrigues, E. P. <i>et al.</i>	Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia.	309 trabalhadores de Enfermagem	Hospital Geral	SRQ-20	TMC Global: 35%. Alta demanda psicológica e baixo controle, sobrecarga de trabalho e baixa remuneração. As queixas de mais frequentes: postura corporal e a saúde mental As condições de trabalho e saúde observadas, não são adequadas para a efetiva realização do trabalho de enfermagem no hospital estudado.
2013	Urbaneto, J. S. <i>et al.</i>	Estresse no trabalho segundo o Modelo Demanda-Control e distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem.	335 Trabalhadores de Enfermagem	Hospital Geral	SRQ-20	TMC: 20,6% - Trabalho ativo e alto desgaste apresentaram chances de desenvolver distúrbios psíquicos menores, quando comparados com os situados no quadrante baixo desgaste.

Legenda: *Self Reporting Questionnaire 20* (SRQ-20); Unidade Básica de Família (UBASF); Medida Provisória (MP); Transtornos Mentais Comuns TCM); Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT).

Fonte: A autora, 2021.

Analisando a produção científica sobre a temática no banco da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD) da UERJ, e associando os descritores “enfermagem” AND “transtornos mentais comuns”, “enfermagem” AND “precarização” e “enfermagem” AND “sofrimento psíquico”, observa-se inexistência de estudos sobre esse tema pela Enfermagem.

### **Contribuições do estudo**

Na assistência à saúde do trabalhador da instituição analisada o presente estudo contribuirá para a identificação de fatores estressores e riscos psicossociais, fornecendo suporte ao profissional envolvido e implementando medidas de proteção. Ao analisar as repercussões do trabalho precarizado, auxiliará na discussão da Política de Desprecarização do Trabalho do SUS (BRASIL, 2006b) ao considerar o absenteísmo doença, faltas, qualidade da assistência aos pacientes sob os cuidados da equipe, impactos econômicos, alcançando instancias superiores que possam questionar os prejuízos que esses vínculos acarretam a saúde dos trabalhadores de enfermagem e demais integrantes.

A inserção dessa temática na graduação, pós-graduação *stricto e lato sensu*, torna-se relevante como material contributivo para a formação de novos profissionais, dotados de pensamento crítico e reflexivos acerca dos novos modelos de trabalho constituídos de vínculos precarizados, da flexibilização e demais mecanismos de controle do trabalhador.

Para a assistência, este estudo contribuirá para as discussões acerca do adoecimento psíquico do profissional de enfermagem e da importância de prevenir os impactos deste mal sobre a eficiência do trabalho executado e cuidado prestado, uma vez que o profissional está inserido nas etapas de recuperação, reabilitação e manutenção da saúde dos clientes sob seus cuidados.

No que diz respeito à produção científica, o estudo auxiliará na construção do conhecimento referente ao sofrimento psíquico e a precarização do trabalho de enfermagem, ampliando assim a compreensão e discussão sobre eventuais fatores que podem levar o profissional ao adoecimento, afastamento, presenteísmo, *Burnout*, a

insatisfação e desmotivação; fatores que podem contribuir para o abandono dos postos de trabalho e até mesmo a desistência da profissão.

Diante do exposto, ratifica-se a relevância do estudo, considerando a sua insuficiência, principalmente no que diz respeito à associação entre o trabalho precário e os transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem na área hospitalar. A investigação contribuirá com o aprofundamento de estudos na área de saúde mental relacionada ao trabalho e ampliação do acervo de banco de teses e dissertações da UERJ, assim como o acervo do PPGENF/UERJ, em especial, a linha de pesquisa Trabalho, Educação e Formação Profissional em Saúde e Enfermagem.

## 1 SUPORTE TEÓRICO

### 1.1 Saúde do trabalhador: saúde mental relacionada ao trabalho

O campo da Saúde do Trabalhador (ST) no Brasil é resultante de um patrimônio acumulado no âmbito da Saúde Coletiva com raízes no movimento da Medicina Social Latino-americana e influenciado pela experiência do “Modelo Operário Italiano (MOI)”, tendo como alvo a mudança e o controle das condições de trabalho nas unidades produtivas a partir da organização dos trabalhadores em seus locais de trabalho (ODDONE *et al.*, 1986).

A saúde do trabalhador segundo a Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8080/90, no Art. 6º, inciso 3º, é definida como:

[...] um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador configura a “Saúde do Trabalhador”, como algo ligado inteiramente à saúde e compreendida como parte e responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) que devido à área de ação de seu campo é caracterizada como:

[...] intrasetorial (envolvendo todos os níveis de atenção e esferas de governo do SUS) e intersetorial (Previdência Social, Trabalho, Meio Ambiente, Justiça, Educação e demais setores relacionados com as políticas de desenvolvimento), exigindo uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar (saúde, engenharia, ciências humanas) e com a participação proativa do trabalhador (BRASIL, 2005c, p. 4).

O conceito de saúde do trabalhador é explicitado por Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997, p. 25) como um conjunto de “práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais, humanas – e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum”.

Segundo Lacaz (2007, p. 760), o enfoque em ST, “busca resgatar o lado humano do trabalho e sua capacidade protetora de agravos à saúde dos trabalhadores, tais como mal-estares, incômodos, desgastes, para além dos acidentes e doenças”.

No Brasil a legislação sobre a Saúde e Segurança do Trabalho é pautada pelas Normas Regulamentadoras (NR) contidas na Portaria nº 3.214 criada em 08 de junho de 1978 (BRASIL, 1995).

Dentre as normas regulamentadoras, a NR4 estabelece critérios para organização dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), que objetiva a promoção da saúde e a proteção da integridade física do servidor no seu local de trabalho, reduzindo os acidentes e doenças ocupacionais (BRASIL, 2009).

A grave exposição dos profissionais envolvidos na assistência à saúde foi descrita a partir da NR15, Atividades e Operações Insalubres. Esta NR descreve as atividades, operações e agentes insalubres, inclusive seus limites de tolerância, define as situações que, vivenciadas nos ambientes de trabalho pelos trabalhadores, demonstrem a caracterização do exercício insalubre e também os meios de os proteger das exposições nocivas à saúde. Destacam-se os riscos máximo e médio de insalubridade nesse ambiente, intrínseco às atividades destas instituições, em que no primeiro envolve contato permanente com pacientes em isolamento por doenças infectocontagiosas e objetos de seu uso, não previamente esterilizado; e o segundo se aplica a hospitais, serviços de emergência, enfermarias, ambulatórios, postos de vacinação e outros estabelecimentos destinados aos cuidados da saúde humana (BRASIL, 1995).

Complementando essas NRs, foi elaborada a NR32, destinada à proteção de trabalhadores de estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2002).

No Brasil, no decorrer da década de 1990, as modificações ocasionadas pela nova divisão internacional do trabalho foram de grande intensidade, surgindo de modificações internas, característica dos países de industrialização dependente, fundada na intensa exploração da força de trabalho. Com a perda de representação sindical e/ou participação dos trabalhadores no período da ditadura (1964/1985), observou-se por parte do patronato a imposição de baixos salários, ritmos de produção intensificados e jornadas de trabalho prolongadas (ANTUNES, 2010).

Desta forma, torna-se evidente a importância de pesquisas relacionadas aos mecanismos de deslegitimação do trabalho e enfraquecimento dos movimentos

trabalhistas, visto que a recém-sancionada Reforma Trabalhista, pela Lei nº 13.467 de 2017 (BRASIL, 2017a) tem agravado o desemprego e ampliado, a terceirização e a precarização do trabalho que se colocam como grandes, senão os maiores desafios da classe trabalhadora na atualidade. A nova Lei possibilitará a supressão e redução de direitos previstos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), enfraquecerá as representações sindicais e isolará o sujeito da possibilidade de defesa por condições laborais dignas, e conseqüentemente contribuirá para o agravamento do sofrimento psíquico.

As modificações trabalhistas (BRASIL, 2017a) permitiram a fragilização do potencial de negociação dos trabalhadores com os empregadores e legitimou a perda de direitos conquistados à custa de lutas e mobilizações sindicais.

Dentre as modificações na CLT, a mais impactante foi a mudança na jornada de trabalho, que antes era definida através de acordos coletivos, tornou-se individual, sem a participação dos sindicatos, expondo à redução de intervalo de almoço, jornadas parciais, surgindo o “trabalho intermitente”. O pagamento por tarefas também foi instituído, como o *home office*, descaracterizando horas e locais de trabalho. Tal medida permite que o empregador se exima do pagamento de horas extras ao empregado. A contribuição sindical, antes obrigatória, tornou-se opcional, enfraquecendo os sindicatos e extinguindo o poder de luta dos trabalhadores por condições dignas de trabalho e demais direitos. A reforma também permite que grávidas possam trabalhar em ambientes insalubres, o que antes era vetado. O trabalhador deverá arcar com multas e indenizações na justiça, caso o juiz interprete que o mesmo agiu de má fé. A indenização por ofensas graves poderá alcançar até 50 vezes o salário recebido pelo profissional (BRASIL, 2017a).

A modificação executada pela “Medida Provisória da Liberdade Econômica” autoriza o trabalho aos domingos e feriados para todos os setores, que antes se aplicava a algumas profissões essenciais nas áreas de saúde e segurança. O texto também afrouxou regras para a composição de Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), enfraquecendo fiscalização, abrindo caminho para impunidade e facilitando o descumprimento de leis trabalhistas (BRASIL, 2019).

## 1.2 Política neoliberal e trabalho precarizado

Prestes *et al.* (2015) situam o trabalho como linha importante para a construção da identidade, do sujeito, de sentidos e da historicização dos sujeitos. No entanto, a partir da década de 1990, intensificou-se a exploração da saúde, e o cuidado como ciência do saber-fazer transformou-se em produto lucrativo, rentável, mas causador de sofrimento para os profissionais, pelo medo do desemprego e dessa forma rendendo-se aos contratos precarizados.

O neoliberalismo que se ampliou no país a partir da década de 1990, tem fomentado medidas mercantis de exploração do trabalhador, legitimando perda de direitos, redução de salários, horas trabalhadas excessivas e condições laborais precárias. Tais modificações e/ou alterações no mundo do trabalho foram ocasionadas pela crise econômica mundial e, desta forma, flexibilizaram as relações de trabalho e os vínculos empregatícios. Um exército de indivíduos submissos, com contratos precários, baixos salários, em consonância com o recente enfraquecimento dos movimentos sindicais predispõe a riscos e agravos à saúde e ao desequilíbrio psíquico (DRUCK, 2016).

Dejours (2011) refere como consequências do modelo neoliberal, a neutralização ou enfraquecimento do coletivo de trabalhadores, acirrando a competição e promovendo o individualismo. Tal modelo tem sido responsável pela piora das condições de saúde e pela mudança do perfil epidemiológico de adoecimento dos trabalhadores, com destaque para o aumento das doenças relacionadas ao trabalho ou atípicas e o surgimento de transtornos mentais.

Dados revelados no último relatório da Organização Internacional do Trabalho (OIT), intitulado *World Employment and Social Outlook: Trends* (2019) apontaram fatores como o estresse, a jornada de trabalho e doenças excessivas, como contribuintes para a morte de cerca de 2,8 milhões de trabalhadores em todo o mundo. Sobre a força de trabalho mundial, 61% das pessoas atuam de maneira informal ou sem registro de carteira de trabalho, correspondendo a dois bilhões de pessoas de um total de 3,3 bilhões empregadas em todo o mundo.

Segundo a OIT, entre as pessoas que trabalham, 52% são assalariadas e 34% são autônomas. Outros 11% ajudam em trabalhos familiares e apenas 3% estão na categoria “empregadores”. As pessoas que atuam por conta própria constituem majoritariamente

os trabalhadores informais (85%) ou sem carteira assinada e os assalariados correspondem cerca de 40% do mercado informal (OIT, 2018).

No serviço público a precarização vem ocorrendo em função da ausência de concurso público para suprir a necessidade de pessoal devido a aposentadorias, mortes, doenças e demissões (DRUCK, 2013). Deste modo, para que as instituições mantenham seus serviços operantes, inclusive na área de segurança e saúde, passaram a admitir profissionais que cumpram regime celetista, precarizado ou temporário. De acordo com o Ministério da Saúde (MS), trabalho precário é aquele que se exerce na ausência de direitos trabalhistas, sem a proteção social e qualidade de vida do trabalhador, podendo provocar problemas de saúde. Na administração pública, o trabalho precário engloba também todo trabalho realizado sem concurso público e sem proteção social como férias, afastamentos devido a problemas sociais e / ou de saúde previstos na CLT (BRASIL, 2006b).

Para a OIT (2012), o trabalho precário se expressa pela vulnerabilidade social no trabalho, proteção ínfima ou mesmo ausente, variados níveis de *status* das relações de trabalho e de suas regulações, tais como trabalho parcial, intermitente, terceirizado, doméstico, entre outros, obstáculos legais e práticos às uniões sindicais e níveis salariais baixos. Por outro lado, a precarização do trabalho não está relacionada apenas à esfera econômica, mas também à deterioração de todo o tecido social, levando a um processo perverso de desfiliação, de despertencimento e de vulnerabilidade social (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010).

Para Druck (2016), a precarização revela-se como o tempo de novos (des)empregados, de homens empregáveis no curto prazo, através das (novas) e precárias formas de contrato. Não é mais o padrão da sociedade do pleno emprego, mas o de uma sociedade de desempregados e de formas precárias de trabalho, de emprego e de vida que passa a predominar também onde se tinha atingido um alto grau de desenvolvimento econômico e social. As formas de mercantilização da força de trabalho produziram um mercado de trabalho heterogêneo, segmentado, marcado por uma vulnerabilidade estrutural e com formas de inserção (contratos) precárias, cujas ocupações e o desemprego ainda revelam um alto grau de precarização social.

Segundo Druck (2013), há seis formas de precarização social: a vulnerabilidade das formas de inserção e desigualdades sociais, a intensificação do trabalho e a terceirização, a insegurança e danos à saúde no trabalho, perda das identidades

individual e coletiva, a fragilização da organização dos trabalhadores e a condenação e o descarte do direito do trabalho.

O fenômeno da terceirização, tida como um tipo de precarização formal, une as seis dimensões da precarização social do trabalho, corroborando com precários mecanismos de inserção no mercado de trabalho; apresenta as piores condições laborais e salariais, e os mais altos índices de acidentes de trabalho; contribui para o aumento de desigualdade e a fragmentação da classe trabalhadora e para a fragilização sindical; e debate o favoritismo com o Estado regulador, que deslegitima as instituições do direito do trabalho e do seu papel protetivo dos trabalhadores na relação capital-trabalho (DRUCK, 2014).

A ampliação de modelos de terceirização na esfera pública constituiu-se em um cenário em que parte dos serviços públicos é realizada não mais pelo servidor, mas por uma heterogeneidade de trabalhadores, em suma, precarizados e com contratos por tempo determinado, por projetos, sem os mesmos direitos que servidor concursado (DRUCK, 2013).

No que diz respeito a Enfermagem, constata-se que o modelo neoliberal produziu mudanças ao longo dos anos no processo de trabalho da categoria, principalmente na área hospitalar, cuja organização laboral sufocada diante da escassez de pessoal e tecnologias de ponta acaba aderindo aos seus princípios. Verifica-se que a escassez quantitativa e qualitativa de trabalhadores concursados e a insuficiência de recursos materiais vêm gerando obstáculos para uma assistência segura e de qualidade. Quanto à saúde do trabalhador deve-se considerar as exigências de ritmo laboral elevado e fragmentado (SOUZA *et al.*, 2017).

No discurso de construção do SUS e no contexto do ambiente social do trabalho, e nele incluído a Enfermagem, a precarização do trabalho encontra-se atualmente em contradição ao considerar as modalidades de contratação sem garantias de direitos trabalhistas, aspectos inerentes aos ajustes do modelo neoliberal (SOUZA; PASSOS; TAVARES, 2015).

Pesquisa de Vieira *et al.* (2016) sobre a precarização do trabalho em hospital universitário evidenciou que a instabilidade e/ou insegurança laboral vivida pelos trabalhadores de enfermagem, além de acarretar o presenteísmo, traz implicações para a qualidade do serviço, queda de produtividade e piora das condições de saúde. O sofrimento psíquico deve-se ao medo do desemprego com reflexos negativos para o

relacionamento interpessoal. Neste sentido, os autores ratificam a relevância de políticas públicas voltadas para a desprecarização do trabalho.

Trabalhadores e trabalhadoras se encontram imersos, atualmente, em um mundo do trabalho em que o desemprego, a terceirização e a precarização participam da conformação do sofrimento psíquico, além de repercussões psicossomáticas da instabilidade, do medo e da insegurança no ambiente laboral, que resultam, não raro, em desdobramentos patológicos e em incapacidade laborativa (ROCHA; BUSSINGER, 2016).

### **1.3 Riscos psicossociais, estresse e transtornos mentais comuns**

O risco ocupacional pode ser fator determinante para a ocorrência de falhas no processo de cuidar e na segurança do paciente e profissional, podendo estar relacionadas à realidade dos serviços, em decorrência de diversos fatores como a infraestrutura inadequada, materiais de má qualidade, equipamentos antigos e sem manutenção periódica e a sobrecarga de trabalho devido a insuficiência de pessoal (TOMAZONI *et al.*, 2017).

Na área hospitalar, os trabalhadores enfrentam riscos físicos - representados pelas irradiações ionizantes e não ionizantes, iluminação e umidade; químicos, incluindo névoas, poeiras, fumos, gases e vapores; biológicos, sendo os mais comuns vírus e bactérias que podem levar ao adoecimento quando as medidas de segurança e proteção do trabalhador não são adotadas pelo próprio trabalhador e/ou cobradas pelo Serviço de Saúde Ocupacional (BRASIL, 1995).

Os fatores de risco ocupacional se caracterizam pelo envolvimento do trabalhador com atividades insalubres e perigosas ou aquelas cuja natureza, circunstância ou de trabalho, bem como os mecanismos de controle sobre os fenômenos biológicos, químicos, físicos, ergonômicos, organizacionais e mecânicos do ambiente laboral, podem provocar efeitos nocivos à saúde dos trabalhadores (GNONI; BRAGATTO, 2013).

Dentro desse contexto laboral, os profissionais de enfermagem estão submetidos aos mais variados e preocupantes riscos, passíveis de causar danos à saúde principalmente ao se considerar o tempo de exposição e intensidade. É fundamental

valorizar aspectos organizacionais voltados para a segurança e proteção dos trabalhadores, que detêm o cuidado humano como ofício e ainda está sujeito a tantos agentes nocivos em seu círculo laboral (RODRIGUES *et al.*, 2012).

Vários são os graus de riscos aos quais os trabalhadores encontram-se expostos, podendo-se evidenciar aqueles já configurados pela NR15, que os caracteriza em dois tipos: grau máximo de risco, quais sejam, aqueles procedentes das próprias implicações do processo de trabalho, como: convívio com pacientes em isolamento por doenças infectocontagiosas, ou com objetos de seu uso, não previamente esterilizado; determinadas manipulações habituais em suas atividades e outras. O grau médio de riscos dos trabalhadores se define devido as suas atividades e operações de permanente contato com pacientes, animais ou com material infecto-contagante em hospitais, serviços de emergências, enfermarias, ambulatórios, postos de vacinação e ou estabelecimentos destinados aos cuidados de saúde humana (BRASIL, 1995).

Sousa *et al.* (2018), em um estudo sobre os riscos de adoecimento em trabalhadores de enfermagem, identificaram como fatores de risco a saúde, condições e/ou exigências inapropriadas no trabalho (repetitividade das tarefas, condições de trabalho inseguras, mobiliário e estrutura física do posto de trabalho inadequados e ruídos. Conforme pesquisa realizada por Felix, Machado e Sousa (2017), as atividades citadas como potencialmente geradoras de estresse foram o enfrentamento de queixas dos pacientes e familiares, realização de atividades que exigem esforço físico e o conflito no relacionamento interpessoal.

Segundo Baruki (2017), é crescente a presença de riscos psicossociais nas organizações de trabalho em decorrência da aceleração dos processos organizacionais, à constante flexibilização do trabalho e o avanço tecnológico, que se transforma e se moderniza rotineiramente. Estes riscos, invariavelmente geram pressões psicológicas associadas às formas de organização e às condições laborais.

Dentre os riscos ocupacionais capazes de causar adoecimento existem os psicossociais, inseridos na categoria de riscos ergonômicos, que têm a sua origem no complexo âmbito da organização do trabalho (BARUKI, 2017). Os riscos psicossociais (RP) são constituídos por fatores organizacionais, tais como falta de relacionamentos solidários, insegurança relacionada ao trabalho ou cultura empresarial. No entanto, mesmo fatores sociais ou setoriais, como clima de alta competitividade ou recessão econômica, podem ter efeito agravante nos riscos psicossociais no local de trabalho. A exposição a fatores de risco psicossociais pode resultar em um estado de estresse

relacionado ao trabalho, no qual um indivíduo se sente tenso, preocupado, menos atento ou menos eficiente no desempenho de tarefas (WHO, 2008).

Os fatores de risco psicossocial são definidos como os aspectos da concepção, organização e gestão do trabalho, e seus contextos sociais e ambientais, que têm o potencial de causar dano psicológico, social e físico ao trabalhador (COX; GRIFFITHS, 1995). São percepções que o trabalhador tem dos fatores de risco presentes na organização do trabalho, considerando questões relativas à carreira, à carga e ritmo de trabalho e ao ambiente social e físico do trabalho (VIEIRA; MENDES; MERLO, 2013).

A escassez de cuidados de proteção psicossocial nas organizações latino-americanas, em consonância com as mudanças no mundo do trabalho, tem trazido à tona a necessidade de gerenciamento e monitoramento dos riscos psicossociais. Suas diferentes manifestações pressupõem que a identificação da vulnerabilidade e os mecanismos de prevenção são o caminho para evitar a exposição exacerbada do trabalhador a esses riscos (VASCONCELOS; PALMIERE; ARAUJO, 2019).

Estudos mostraram a intensa exposição de enfermeiros intensivista aos RP, ocasionados pela precariedade das condições laborais, do ritmo intenso de trabalho e do conflito de papéis nas instituições (OLIVEIRA *et al.*, 2014; SILVA, 2017a, 2017b). Em unidades de urgência e emergência, os riscos evidenciados são de ordem organizacional e decorrentes de fatores externos ao serviço como violência, sobrecarga, intensificação do ritmo e precarização das condições de trabalho, ambiguidade de papéis, improvisação e violência no e do trabalho (NUNES, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2013).

A constante atenção e supervisão rigorosa, o ritmo acelerado de trabalho, a sobrecarga de papéis, longas horas de trabalho e recursos materiais insuficientes são RP rotineiramente presentes no local de trabalho, e podem comprometer a saúde não só de trabalhadores, mas também de toda a comunidade (ARAÚJO; PENAFORTE, 2016).

A exposição aos riscos psicossociais em conjunto com as transformações no campo de trabalho, o aumento de exigências e cumprimento de papéis tem gerado adoecimento psíquico nos profissionais de enfermagem, dos quais a Síndrome de *Burnout* (SB) e os Transtornos Mentais Comuns (TMC) são as mais frequentes (ARAUJO *et al.*, 2016).

Sousa *et al.* (2018), em estudo sobre os riscos psicossociais no trabalho de enfermagem, identificaram repercussões para a saúde dos trabalhadores devido à conjunção de uma gama de fatores de risco envolvendo elementos da estrutura física,

instrumentos e equipamentos, matéria-prima, suporte organizacional, práticas de remuneração, desenvolvimento de pessoal e benefícios.

Os fatores de risco psicossocial respondem pelo estresse ocupacional em uma gama variada de trabalhadores e mantém relação com o alto índice de faltas ao trabalho e absenteísmo doença, acarretando altos encargos sociais e financeiros às instituições (CAMELO; ANGERAMI, 2008). Na enfermagem os riscos psicossociais decorrentes da terceirização, das longas jornadas de trabalho, do duplo vínculo empregatício, do trabalho em turnos, da exposição à violência, do cuidado a pacientes com risco de morte são capazes de acarretar o estresse ocupacional e suas repercussões para a saúde física e mental do trabalhador (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

No que diz respeito ao estresse, Hans Selye foi o primeiro pesquisador que definiu o termo “estresse”, a partir do modelo biológico e descreveu as consequências de constantes estímulos internos e externos (meio ambiente) para os organismos vivos. De acordo com Selye (1959), o estresse é uma resposta inespecífica do corpo a qualquer exigência, causada ou resultada em condições favoráveis ou não. As suas pesquisas com ratos de laboratório, contribuiu para que elaborasse a teoria da Síndrome da Adaptação Geral (SAG); denominada como um conjunto de respostas fisiológicas e comportamentais a estímulos nocivos advindos do ambiente. A SAG se caracteriza por três fases: alarme, resistência e exaustão (SELYE, 1959).

Segundo Lipp (2003), a exposição do indivíduo a eventos estressores em seu ambiente físico e/ou social, produz no organismo a SAG dividida em quatro fases: na primeira fase ou alerta que, o organismo se prepara para uma reação de fuga ou luta, aumentando a liberação de adrenalina e a produtividade. Na segunda fase, ou de resistência, se o estressor perdura o organismo usa toda sua energia para voltar ao equilíbrio com diminuição de liberação de adrenalina e aumento de corticoides, ficando o indivíduo mais susceptível a doenças. Na fase de quase exaustão, inicia-se o processo de adoecimento e os órgãos que possuem maior vulnerabilidade genética ou adquirida passam a mostrar sinais de deterioração. Na fase de exaustão, se o estressor persiste, podem ocorrer distúrbios psicológicos como depressão, ansiedade, vontade de fugir de tudo, dificuldade de memória e irritabilidade, podendo ainda, surgir doenças como: hipertensão, gastrite, úlceras e baixa do sistema imunológico.

Em pesquisa realizada pela OIT, envolvendo 324 especialistas de 54 países, concluiu-se que o estresse é um problema global, uma vez que mais de 90% dos participantes o apontam como uma real preocupação. O estresse se configura como

fenômeno presente em todos os grupos sociais, assim como nas organizações do trabalho, tornando-se precursor de adoecimento físico e mental (GOULART; LIPP, 2011).

O estresse ocupacional é entendido como aquele proveniente do ambiente laboral e envolve aspectos da organização, da gestão, das condições e da qualidade das relações interpessoais no trabalho. A Organização Internacional do Trabalho o define como um conjunto de manifestações no organismo do trabalhador que têm potencial nocivo à sua saúde (OIT, 1986). No Brasil, estudos sobre o estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem, apontaram a exposição a níveis intermediários e de altos de estresse laboral (RIBEIRO *et al.*, 2018; SANTANA *et al.*, 2016b).

Resultados semelhantes foram encontrados em estudo de Silva e Malagris (2019), onde 67% dos enfermeiros de uma amostra com 70 participantes apresentaram nível médio de estresse. Destes, 43% dos participantes encontravam-se “em grau de alerta” para o alto nível de estresse. Em estudo sobre o estresse ocupacional com 23 profissionais de enfermagem em um hospital universitário, foram elencados como estressores diários a estrutura física, a carência de recursos materiais, o excesso de demandas existente no local de atuação, a sobrecarga de tarefas, bem como as cobranças dos acompanhantes dos pacientes considerados geradores de uma maior carga de tensão e estresse (PINTO *et al.*, 2017).

Devido à própria natureza do trabalho em saúde, os trabalhadores de enfermagem estão submetidos à maior sofrimento psíquico que a população em geral, pelo fato de conviverem com pacientes acamados, dependentes de cuidados e com risco de morte. Acrescentam-se condições inadequadas de trabalho, a alta carga horária de trabalho semanal, os baixos salários e o trabalho em turnos (CHEUNG; YIP, 2015; KARANIKOLA *et al.*, 2015). Devem-se considerar outros fatores estressores pelo fato de a maior parcela destes trabalhadores encontrarem-se inseridas nos hospitais e submetidas à sobrecarga de trabalho com pouco empoderamento de seus gestores e falta de perspectivas de mudança organizacional em face das políticas neoliberais (BOGAERT *et al.*, 2015).

As manifestações de insatisfação e/ou descontentamento dos profissionais com o ambiente de trabalho e a sua relação com o desgaste mental produzido pelas circunstâncias organizacionais demonstra índices de saúde baixos e maior vulnerabilidade ao estresse e suas manifestações (MARTINS *et al.*, 2016). Estudo realizado por Oliveira, Mazzaia e Marcolan (2015) concluiu que 30,2% dos enfermeiros

relataram conviver com a sobrecarga de trabalho, os baixos salários, a carga horária exaustiva, que apresentam potencial para o desenvolvimento de desgaste mental e adoecimento.

Segundo o relatório da *Pan American Health Organization* (PAHO, 2018) os transtornos mentais ou morbidade psiquiátrica grave são responsáveis por mais de um terço do número total de doenças incapacitantes nas Américas. Na origem das doenças psiquiátricas deve-se considerar fatores genéticos, hereditários, ambientais e doenças crônicas que levam o indivíduo a maior vulnerabilidade ao adoecimento psíquico. Neste sentido, os transtornos mentais comuns são de grande importância em termos de maior exposição aos transtornos mentais severos, devendo-se considerar a susceptibilidade do indivíduo e exposição aos estressores ocupacionais.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os TMC representam 13% de todas as doenças e incapacidades no mundo e atingem cerca de 700 milhões de pessoas, predispondo o surgimento de novas doenças, transtornos de personalidade e dependência de substâncias psicoativas (WHO, 2013).

Os transtornos mentais comuns (TMC) incluem os transtornos não psicóticos e são caracterizados por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, decréscimo de energia vital, pensamentos depressivos e queixas somáticas, configurando uma transgressão do desempenho psíquico normal, acarretando sofrimento mental (GOLDBERG; HUXLEY, 1993).

Em estudo sobre TMC com 359 trabalhadores da saúde num hospital público brasileiro, a prevalência dos transtornos foi de 27,9% (ALVES *et al.*, 2015). Pesquisa epidemiológica transversal e retrospectiva em trabalhadores de saúde de um hospital de ensino no sul do Brasil analisou o perfil de adoecimento por transtornos mentais e comportamentais. Os técnicos de enfermagem foram os profissionais mais afastados com 29,09% dos registros. As unidades de terapia intensiva representaram os setores com o maior número de dias de absenteísmo, totalizando 81% e os episódios depressivos obtiveram a frequência mais expressiva, 52,72% dos transtornos mentais (SANTANA *et al.*, 2016a).

As enfermidades de caráter mental relacionadas ao contexto laboral não são exclusivas do ambiente hospitalar, mas também atingem trabalhadores da saúde mental e da atenção básica. Estudo sobre TMC, junto a esses trabalhadores, evidenciou que dos 257 profissionais envolvidos, a prevalência foi de 25,2% naqueles vinculados ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de 48,6%

entre os ACS, evidenciando que a maior adaptação dos profissionais da saúde mental as exigências do trabalho é um possível fator de proteção para o surgimento do transtorno (KNUTH *et al.*, 2015).

Estudo epidemiológico seccional com 74 trabalhadores que analisou a prevalência de TMC em trabalhadores de enfermagem em instituição psiquiátrica e os fatores associados mostrou a prevalência de 25,7% no grupo. O estudo ratificou que o contexto de trabalho não é totalmente favorável ao trabalhador pelo fato de a organização do trabalho centrada no modelo de administração taylorista contribuir para o adoecimento (SOUZA *et al.*, 2017).

Ao descrever a frequência de suspeição de TMC ou distúrbios psíquicos menores (DPM) e os fatores associados em uma amostra de trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico, Oliveira *et al.* (2019) evidenciaram a suspeição do distúrbio em 32,2%, com predominância de queixas de diminuição da energia vital e somatização, sugerindo estresse e risco de adoecimento.

A relação entre as condições de vida e de trabalho e a suspeição de TMC em técnicos de enfermagem que atuavam em um hospital universitário foi descrita por Leão (2018) e com base na análise estatística, apontou o setor de trabalho, o gênero e número maior de filhos como as variáveis estatisticamente significativas para a suspeição de TMC.

## **2 METODOLOGIA**

### **2.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo quantitativo com delineamento transversal, do tipo descritivo. Segundo Klein e Bloch (2009), os estudos transversais possuem como características principais a observação em determinado momento de uma quantidade planejada de indivíduos ou unidades de observação e a possibilidade de inferência sobre os resultados, apresentando como objetivo determinar a frequência em que o fenômeno ocorre e categorizar a informação.

Para Lakatos e Marconi (2016), a pesquisa quantitativa transversal tem suas raízes no pensamento positivista lógico, enfatizando o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana.

A pesquisa descritiva permite ao pesquisador descobrir determinados traços do seu objeto de pesquisa, sem a manipulação de variáveis ou procura por causa e efeito (GIL, 2010). De acordo com Minayo (2013), os métodos quantitativos têm o objetivo de mostrar dados, indicadores e tendências observáveis, ou produzir modelos teóricos abstratos com elevada aplicabilidade prática. Suas investigações evidenciam a regularidade dos fenômenos.

### **2.2 Campo de estudo**

O campo de estudo foi um hospital público federal do Ministério da Saúde (MS) situado no município do Rio de Janeiro. Possuía 307 leitos instalados e, destes, 278 encontravam-se ativos. A escolha do campo deveu-se pelo fato de o hospital possuir, em seu quadro de pessoal, profissionais de várias categorias com vínculos de trabalho distintos (estatutários, celetistas e temporários ou precarizado), critério determinante para atender aos objetivos do estudo.

Tendo em vista o número de leitos e unidades que compõem o complexo assistencial hospitalar, optou-se pelos seguintes setores: emergência adulta, acolhimento, enfermarias de clínica médica, medicina interna, ortopedia, neurocirurgia, urologia/ginecologia, cirurgia plástica, cirurgia vascular e cirurgia geral; dentre as unidades fechadas foram analisados o centro de tratamento de queimados, unidade coronariana, centro de terapia intensiva e centro cirúrgico.

### **2.3 População e amostra do estudo**

A população constitui um conjunto de pessoas, objetos, acontecimentos ou fenômenos com, pelo menos, uma característica comum. A população-alvo, também chamada população estudada, é composta de elementos distintos, possuindo certo número de características comuns. Estes elementos, chamados de unidades populacionais, são as unidades de análise sobre as quais serão recolhidas informações (KLEIN; BLOCH, 2009). A população do estudo foi do tipo estratificada e composta por 254 trabalhadores.

Com relação à amostra, esta se conceitua como um subconjunto de indivíduos da população-alvo. Para que as generalizações sejam válidas, as características da amostra devem ser as mesmas da população. Há dois tipos de amostras: as probabilísticas, baseadas nas leis da probabilidade e as amostras não probabilísticas, que tentam reproduzir o mais fielmente possível a população (LAKATOS; MARCONI, 2016).

Optou-se pela amostragem não probabilística, por conveniência, em que houve escolha deliberada dos elementos da população alvo, dependentes de critérios, análise do pesquisador e acessibilidade dos participantes. Optou-se pela amostra do tipo estratificada, utilizada quando a população se divide em subpopulações (estratos) razoavelmente homogêneos, composto por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. A amostragem estratificada consiste em se especificar quantos itens da amostra serão retirados de cada estrato (LAKATOS; MARCONI, 2016).

A amostra foi constituída por 80 profissionais (57 enfermeiros e 23 técnicos de enfermagem) que atuavam nas respectivas unidades a partir dos seguintes critérios de inclusão: temporários ou precários e que trabalhassem há mais de 30 dias na instituição, como preconizado por Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008). Como critérios de

exclusão: estatutários, celetistas e aqueles que não estivessem lotados nas unidades especificadas.

## 2.4 Variáveis do estudo

As variáveis são aspectos, propriedades, características individuais ou fatores observáveis ou mensuráveis de um fenômeno. A variável dependente é aquele fator ou propriedade que é efeito, resultado, consequência ou resposta de algo que foi estimulado; não é manipulado, mas é o efeito observado como resultado da manipulação da variável independente. As variáveis dependentes ou desfecho foram as respostas ao *Self Report Questionnaire* (SRQ-20). A variável independente é aquela cujo fator é determinante para que ocorra um resultado específico, sendo a condição ou causa de um determinado efeito ou consequência, ou o estímulo que condiciona uma resposta (LAKATOS; MARCONI, 2016). As variáveis independentes foram: sexo, idade, categoria profissional, estado civil, escolaridade, número de vínculos, jornada de trabalho no setor, carga horária semanal cumprida no setor, carga horaria semanal total e renda familiar. As variáveis podem ser contínuas ou categóricas.

No registro das variáveis independentes ou de exposição foi utilizado um instrumento para a caracterização sociodemográfica, ocupacional e condições de saúde da amostra dividido nos seguintes blocos: bloco a: sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda familiar; no bloco b: categoria profissional, número de vínculos, tipo de jornada, carga horaria semanal e carga horaria total considerando o número de vínculos; e no bloco c: se possui algum problema de saúde diagnosticado; se realiza algum tipo de tratamento; se faz uso de medicamento prescrito; se esteve afastado para tratamento de algum problema de saúde e se teve sofreu acidente de trabalho.

Dentre as variáveis analisadas no estudo, a idade foi do tipo quantitativa discreta. As classificadas como categóricas dicotômicas foram sexo, “possuir outro emprego”, “ter algum problema de saúde diagnosticado”, “realizar algum tratamento”, “estar afastado do trabalho para tratamento de algum problema de saúde dentro dos últimos 6 meses”, “fazer uso de algum medicamento prescrito para problema de saúde”, “ter algum acidente de trabalho nos últimos 6 meses”.

No registro das variáveis dependentes, foi utilizado o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), que vem sendo adotado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1994) no rastreamento e/ou suspeição de TMC na saúde pública. O SRQ-20 possui 20 questões com respostas bivariadas (sim/não).

O SRQ-20, foi desenvolvido por Harding *et al.* (1980) e vem sendo adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e validado para utilização no Brasil por Mari e Willians (1986), tendo sido observadas sensibilidade de 83% e especificidade de 80%. Em sua versão original o instrumento possui 30 questões sobre queixas de característica psicótica e neurótica. No Brasil, a versão foi adaptada para detecção de sintomas não psicóticos, cuja resposta afirmativa possui o escore de zero a 20 pontos, cujo escore final será a soma desses valores.

Os resultados obtidos estão relacionados à probabilidade de suspeição de TMC, variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade). Para a suspeição de TMC na amostra foram utilizados os pontos de corte a partir de 8 ou mais respostas positivas para o sexo feminino e 7 ou mais respostas positivas para o sexo masculino, conforme descrito por Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008).

Indivíduos com suspeição de TMC foram encaminhados para o especialista, conforme desejaram, cuja entrevista em Saúde Mental foi decisiva quanto a diagnóstico. Considerou-se a presença de TMC nos últimos 30 dias, cuja sintomatologia pôde estar associada a problemas de ordem pessoal, familiar, financeira e outras.

## **2.5 Aspectos éticos do estudo**

Após o cadastro do projeto na Plataforma Brasil, a folha de rosto foi encaminhada juntamente com uma cópia do Projeto para ciência e assinatura do Diretor Geral do hospital. Após expedição da anuência da instituição, as unidades assistenciais foram informadas sobre a aplicação da pesquisa e registrado em livro de ordens e ocorrências o período de coleta de dados.

A autorização do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) responsável foi através de aprovação do Parecer 3.915.304 (ANEXO A). O projeto encontra-se de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (2013) baseada nas Normas de Pesquisa em Seres Humanos, sob a ótica do indivíduo e das

coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

## 2.6 Coleta de dados

Posteriormente à aprovação pelo CEP em 13 de março de 2020, realizou-se contato com a divisão de Enfermagem da instituição, supervisores de cada plantão, chefias das unidades selecionadas e coordenação do centro de estudos, com exposição da proposta da pesquisa e apresentação de documentos comprobatórios. Dessa forma, foi disponibilizada a listagem e escala dos profissionais que atendiam aos critérios de inclusão, e por busca ativa nos setores deu-se seguimento à coleta de dados. Estes foram colhidos pelo próprio pesquisador entre os dias 15 a 18 de março.

A coleta de dados ocorreu na própria instituição, a participação foi voluntária e foi garantido o direito de o indivíduo declinar de sua participação em qualquer fase do estudo, sem nenhum ônus ou prejuízo. Enfatizou-se a importância da participação do profissional e as contribuições para a discussão/reflexão acerca da suspeição de TMC. Apesar de o estudo apresentar risco mínimo em termos psicológicos em decorrência das perguntas do instrumento utilizado na suspeição do TMC, o participante foi orientado que em caso de desconforto de qualquer natureza seria garantido o direito de retirar o TCLE ou declinar da participação em qualquer fase do estudo sem sofrer nenhum tipo de retaliação ou prejuízo para a sua vida pessoal e/ou profissional.

Após falar dos objetivos e esclarecimentos acerca do estudo e ratificar preservação do anonimato e sigilo dos dados relacionados às características dos participantes e respostas ao SQR-20, o participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – (APENDICE), sendo entregue uma via ao participante e permanecendo outra via com a responsável pela coleta. Os instrumentos foram preenchidos pelo participante em local privativo e livre de interferências e interrupções, na própria instituição em horário que não interferisse nas atividades profissionais, de acordo com a disponibilidade após recrutamento, seleção e convite.

Para resguardar o anonimato dos participantes, os instrumentos foram identificados com o numeral referente à ordem de abordagem (1, 2, 3...) seguido de letra A (instrumento de caracterização dos participantes) – (ANEXO B) e B (*Self Report*

*Questionnaire*) – (ANEXO C), sendo o primeiro analisado com os códigos 1A e 2A, o segundo 1B e 2B, e assim por diante.

Todos os instrumentos e demais documentos referentes ao presente estudo permanecerão sob responsabilidade da pesquisadora e serão descartados após cinco anos da finalização.

A declaração de isenção de conflito de interesses e guarda das informações consta no Apêndice A. Nos casos em que for identificado a suspeição de TMC, o participante foi esclarecido e orientado a procurar atendimento. Entretanto, salienta-se que somente através de uma avaliação integral da saúde mental do indivíduo com suspeição de TMC, realizada por uma equipe multidisciplinar habilitada, é que o diagnóstico poderia ser estabelecido.

Dessa forma, torna-se relevante a discussão e proposição de encaminhamento dos participantes com suspeição de TMC ao Programa de Extensão Universitária (PROEX), sediado na Faculdade de Enfermagem da UERJ, no qual o professor e orientador do presente estudo encontram-se inseridos como membro efetivo da equipe. O PROEX é destinado a acolher estudantes, servidores e indivíduos externos, sendo uma garantia de acesso de atendimento para os participantes da pesquisa, tanto para os que foram identificados com suspeição de TMC, como para os demais que desejaram uma assistência mais preventiva.

O PROEX dispõe do Programa de Extensão Oficina de Saberes e Práticas Criativas em Saúde (PROCRIAR) que, entre outras competências, dá suporte em Saúde Mental, através de diversas práticas de cuidado, incluindo as terapias integrativas e complementares. Salienta-se que essas ações de suporte à saúde mental e gestão do estresse ocupacional contribuem para o indivíduo conseguir lidar com os estressores cotidianos, de modo que adquira meios que favoreçam a promoção da satisfação, motivação e bem-estar no trabalho.

O acesso ao PROCRIAR é realizado através de encaminhamento de qualquer profissional de saúde ou por demanda espontânea. Há acolhimento na instituição diariamente ou o agendamento pode ser feito através do telefone: (21) 99510-4307 (inclusive via WhatsApp para facilitar o acesso). No entanto, em se tratando dos participantes da pesquisa, o orientador irá recepciona-lo e fazer os devidos encaminhamentos ao especialista, cuja equipe é composta por enfermeiros, psicólogos e médicos especialistas em saúde mental.

Ao identificar o participante com suspeição de TMC, este deveria ter sido contatado por telefone para agendamento de um encontro presencial e/ou virtual, desde que tivesse expressado sua autorização no instrumento de coleta de dados. Devido à pandemia da Covid-19 o acolhimento destas pessoas não foi possível, tendo em vista os problemas organizacionais e impossibilidade de contato presencial, que inviabilizaram o atendimento no período em que os dados foram coletados.

## 2.7 Análise de dados

Ao término da coleta os dados relativos às características da amostra e de suspeição de TMC foram tabulados em uma planilha do *Programa Microsoft Office Excel® 2016*, cuja análise foi embasada na estatística descritiva (frequência absoluta, relativa, média, mediana e desvio padrão) e em estudos sobre o perfil da enfermagem no país.

Quanto à suspeição de TMC, optou-se pela análise individual e coletiva. Na análise individual, somaram-se as respostas afirmativas dos itens que compõem os fatores relativos à suspeição de TMC, no intuito de se obter o escore de cada participante. Na análise coletiva, trabalhou-se o número de respostas afirmativas para cada fator (Fator 1: humor ansioso depressivo – 04 questões; Fator 2: diminuição da energia vital – 06 questões; Fator 3: somatização – 06 questões e Fator 4: pensamentos e reações depressivas – 4 questões). Esta análise teve como objetivo discutir a frequência das queixas por fator na amostra.

No intuito de investigar a associação entre os TMC na amostra e as demais características (sociodemográficas, ocupacionais e estado de saúde), foi elaborada uma planilha no Excel para o registro das características e o escore obtido individualmente, cujos dados foram importados para o *Statistical Package for the Social Science (SPSS)* versão 9.0 for Windows.

A prevalência de TMC foi calculada através da fórmula (COSTA; KALE, 2009):

$$P = \frac{\text{Número de casos de TMC em um dado local e período}}{\text{População do mesmo local e período}} \times 100$$

Para verificar se havia diferença estatisticamente significativa entre as variáveis dependentes (SRQ-20) e independentes, dos profissionais com e sem suspeição de TMC, realizou-se o teste Qui-Quadrado de Pearson, sendo adotado o nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

A análise tanto individual quanto coletiva é de muita relevância em pesquisa clínica, pois pode dar pistas para os seguintes quadros clínicos: humor depressivo ansioso, diminuição da energia vital que sinalizam quadro de fadiga crônica, somatização cuja sintomatologia deve ser analisada a luz do estresse prolongado e pensamentos depressivos, cujo enfoque é de grande importância na detecção precoce de risco de suicídio (BOTEGA, 2014; DEJOURS, 1994; SELIGMANN-SILVA, 2011).

Os resultados deste trabalho foram discutidos à luz de pesquisas sobre TMC em profissionais de enfermagem e áreas afins, considerando a incipiência de estudos desta natureza.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Este capítulo se organiza em duas partes. A primeira consiste na apresentação das características da amostra do estudo, perfil profissional, condições de saúde, análise de dados obtidos através do SRQ-20 e problemas relacionados. A segunda parte contém as mesmas informações anteriormente citadas, porém da amostra com suspeição de TMC. As discussões dos achados nesta pesquisa são baseadas na literatura sobre a temática.

Das 86 abordagens realizadas pela pesquisadora, houve duas recusas e quatro perdas por não localização do instrumento preenchido pelos trabalhadores. Não ocorreram perdas por preenchimento incorreto do questionário. Desta forma, a amostra foi constituída por 80 participantes, 31,5% da população (n=254), sendo estes 32,2% do total (n=248) de profissionais de enfermagem que possuíam vínculo precarizado na instituição.

#### **3.1 Características sociodemográficas da amostra do estudo**

A Tabela 1, a seguir, expressa as características sociodemográficas da amostra após a aplicação de instrumento de coleta de dados, “Bloco A: caracterização dos participantes”.

Tabela 1 - Características sociodemográficas de uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro – Brasil - 2020 (n=80)

<b>Características</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	17	21,25
Feminino	<b>63</b>	<b>78,75</b>
Total	80	100
<b>Faixa etária</b>		
Menor de 25 anos	1	01,25
26 a 34 anos	15	18,75
35 a 44 anos	<b>41</b>	<b>51,25</b>
Acima de 45 anos	23	28,75
Total	80	100
<b>Categoria profissional</b>		
Enfermeiro	<b>57</b>	<b>71,25</b>
Técnico de enfermagem	23	28,75
Total	80	100
<b>Estado civil</b>		
Solteiro(a)	21	26,25
Casado(a)/União estável	<b>39</b>	<b>48,75</b>
Divorciado(a)	18	22,50
Viúvo(a)	02	02,50
Total	80	100
<b>Renda familiar em salários mínimos*</b>		
1 a 2	16	20,00
3 a 5	50	62,50
Acima de 5	14	17,50
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

Nota: \* Salário mínimo vigente no Brasil à época da coleta de dados, no ano de 2020 (1.045,00 reais).  
Fonte: A autora, 2021.

Como evidenciado na Tabela 1, a amostra é predominantemente feminina, característico da profissão, conforme constatado pelo Conselho Federal de Enfermagem desde a década de 1980, com apontamentos quanto à hegemonia da mulher na categoria (COFEN, 1985).

Atualmente, ao encontro desses achados, a pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz em convênio com o Conselho Federal de Enfermagem e outras fontes secundárias disponíveis, evidencia que o quantitativo de trabalhadoras da enfermagem na esfera nacional é dominante, alcançando 85,15% do contingente brasileiro (MACHADO *et al.*, 2017).

No Brasil, as mulheres representam 52,6% da população em idade de trabalhar (IBGE, 2020), mas o seu nível de ocupação ainda se encontra inferior ao dos homens. Essa disparidade também é percebida quando se analisa a população fora da força de trabalho, composta predominantemente por mulheres (IBGE, 2020).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) mostrou que, na população ocupada com mais de 16 anos, as mulheres dedicam 20,3 horas semanais na jornada doméstica, enquanto os homens gastam apenas 10 horas - outro fator que tem impacto direto na trajetória da mulher como profissional (IBGE, 2015).

Embora essa hegemonia seja um dado significativo também nos setores da educação, saúde e serviços sociais (IBGE, 2015), as mulheres recebem  $\frac{3}{4}$  dos salários destinado a homens que executam as mesmas funções (IBGE, 2020).

O processo de feminização do mercado de trabalho tem sido discutido atualmente, embora os direitos sociais, os níveis de remuneração e as tarefas pertinentes à família e filhos sejam compartilhados de maneira desigual (NOGUEIRA, 2004).

Atrelado a isso, a mulher possui dupla jornada de trabalho, atividades fora da esfera laboral, como cuidado com filhos e serviços de cunho doméstico. Dessa forma, a elevada carga de trabalho predispõe profissionais femininas à maior adoecimento físico e psíquico.

As atividades determinadas para o campo feminino carregam o estereótipo de subserviência e sacerdócio, não sendo possível a materialização do cuidado, e dessa maneira, não reconhecido econômico e socialmente (CUNHA; SOUSA, 2016). O cuidado é atrelado ao gênero feminino, e o valor social do trabalho da mulher foi menos valorizado, havendo dessa forma uma consequente desvalorização da profissão de Enfermagem (ALMEIDA *et al.*, 2016).

Para Seligmann-Silva (2011, p. 321-322), a existência da desvalorização profissional se reflete ainda na desigualdade de salários e desvantagens decorrentes do “ser trabalhadora”, principalmente nas atividades envolvidas no processo de cuidado humano:

Ao lado dessas desvantagens existe aquela que é decorrente da desvalorização profissional do trabalho realizado por mulheres quando este parece pertencer à natureza feminina e não fruto de preparo através de estudo, capacitação e experiência profissional. Este é o caso de várias profissões que envolvem a prestação de cuidados [...], o trabalho de enfermeiras, professoras, assistentes sociais, telefonistas, cuidadoras de idosos, crianças, e de outras pessoas dependentes.

O presente estudo revela que trabalhadores com idade entre 35 a 44 anos eram majoritários, e esses dados acompanham o perfil da categoria no Brasil, em que a equipe de enfermagem com até 40 anos de idade representa 61,7% dos profissionais no país (MACHADO *et al.*, 2017).

As diversas modalidades contratuais, múltiplos campos de atuação da profissão, a constante necessidade de mão de obra jovem atrelada à inexperiência dos novos profissionais tem submetido os mesmos a condições de trabalho precarizados, cargas exaustivas, cumprimento de múltiplas tarefas e adesão ao multiemprego, ainda no começo de sua trajetória profissional (DRUCK, 2016).

O enfrentamento da disparidade entre trabalho real e o trabalho prescrito, a entrada fugaz no mercado, o receio de perder o emprego, o estigma contra o adoecimento no ambiente laboral e a busca por ascensão profissional induz a mitigação do sofrimento por estes trabalhadores. Sob essas circunstâncias, observa-se indivíduos com indícios de sofrimento e sujeitados a relações de dominação.

Para Dejours (2007, p. 92), “[...] a terceirização em cascata leva por vezes à constituição de uma “reserva” de trabalhadores condenados à precariedade constante, à sub-remuneração e a uma flexibilidade alucinante de emprego”.

A quantidade de enfermeiros foi superior ao de técnicos de enfermagem, indo de encontro ao panorama brasileiro, em que os enfermeiros compreendem 23% e técnicos e auxiliares de enfermagem 77% do contingente profissional no país (MACHADO *et al.*, 2017).

É importante ressaltar que esta disparidade entre as categorias ocorre, pelo suprimento insuficiente de enfermeiros estatutários, mediante ausência de concursos públicos a nível federal desde o ano 2005. Esta realidade é enfrentada por hospitais da rede federal e institutos no estado do Rio de Janeiro, que ao longo dos anos, após municipalizações e mudanças na configuração de gestão, receberam empresas terceirizadas para complementar o quadro de trabalhadores nas instituições (ALVES *et al.*, 2015; BRASIL, 2005b).

No que diz respeito ao estado civil, os que se declararam casados ou em união estável totalizaram 39 (48,75%), convergindo com o cenário nacional, em que estes representam 48,5% dos profissionais de enfermagem no Brasil (MACHADO *et al.*, 2017).

Importante salientar que a presença da família ou companheiro são pilares na sustentação da dimensão psíquica do indivíduo em sofrimento. É nela que se sustentam

os sentimentos de solidariedade, empatia e se desenvolve questões de ética e solidariedade (CARVALHO; ALMEIDA, 2003).

Com relação à renda familiar em salários mínimos (SM), 50 trabalhadores (62,5%) recebiam de 3 a 5 SM, dado que vai de encontro ao perfil da enfermagem no país, em que 55,7% dos profissionais da rede pública tem renda de até 2000 mil reais mensais e 39,4% recebem de 2001 até 5000 reais mensais (MACHADO *et al.*, 2017). Considerando uma amostra expressivamente feminina, provedores do lar, essa limitação de renda por não adesão a novos vínculos justificam-se pelo tempo dedicado à família e demais atividades fora do círculo laboral.

### **3.2 Características ocupacionais da amostra do estudo**

A Tabela 2, a seguir, apresenta as características ocupacionais da amostra, dando continuidade às informações obtidas no “Bloco A: caracterização dos participantes”, após aplicação do instrumento de coleta de dados.

Tabela 2 - Características ocupacionais de uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro – Brasil - 2020 (n=80)

<b>Perfil ocupacional</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Escolaridade</b>		
Ensino médio	18	22,50
Graduação	24	30,00
Especialização	<b>35</b>	<b>43,75</b>
Mestrado	02	02,50
Doutorado	01	01,25
Total	80	100
<b>Possui outra fonte de renda ou emprego?</b>		
Sim	34	42,50
Não	<b>46</b>	<b>57,50</b>
Total	80	100
<b>Tipo de jornada nessa unidade</b>		
Plantão diurno	<b>65</b>	<b>81,25</b>
Plantão noturno	11	13,75
Manhã	03	03,75
Tarde	01	01,25
Total	80	100
<b>Carga horaria semanal de trabalho nessa instituição</b>		
30 horas	<b>72</b>	<b>90,00</b>
Menor que 30 horas	08	10,00
Total	80	100
<b>Carga horária total de trabalho considerando outros vínculos</b>		
30 horas	<b>39</b>	<b>48,75</b>
40 horas	10	12,50
Acima de 40 horas	31	38,75
Total	80	100

Fonte: A autora, 2021.

Os dados apresentados na Tabela 2 mostram que a amostra é fortemente qualificada e especializada, pois 35 (43,75%) possui especialização na modalidade *latu sensu* e 24 (30%) concluíram a graduação, dados que vão ao encontro do perfil da enfermagem brasileira (MACHADO *et al.*, 2017).

O interesse pela qualificação é marcante na categoria, confirmado com estudos de Machado *et al.* (2017), em que 80,1% dos enfermeiros referiram ter concluído pós-graduação, e entre os auxiliares e técnicos, 23% são graduados e têm especialização e 45,8% realizaram alguma atualização ao longo da vida profissional.

Acompanhando as transformações globais e as tendências pautadas no modelo neoliberal, a formação dos trabalhadores de enfermagem tem se modificado, com

aumento de mão de obra especializada, provido de elevadas habilidades técnico-científicas e integrado às exigências do mercado de trabalho (GONÇALVES *et al.*, 2015).

Além dos indubitáveis benefícios para as organizações, o aperfeiçoamento profissional dos trabalhadores se justifica pela obtenção na qualidade da assistência ofertada, satisfação no emprego, realização pessoal e melhores remunerações (FURUKAWA; CUNHA, 2010).

Mas esse universo de profissionais altamente especializados oculta a necessidade de estarem sempre aptos para o mercado de trabalho e não perderem o emprego. Somado àqueles fatores, a dificuldade de encontrar trabalho foi relatada por 65,9% dos profissionais de enfermagem no país, justificados pela falta de experiência, ausência de concursos públicos e pouca oferta de empregos em tempo parcial (MACHADO *et al.*, 2017). Deste modo, o crescente aprimoramento profissional e a disputa por emprego têm interferido nas relações de trabalho e no inexorável desejo de estar sempre à frente dos demais (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010).

Historicamente marcado por mudanças de gestão, o hospital público que serviu como campo de estudo foi inaugurado em 1945, tendo sido encampado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (atualmente Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS)) em 1967. Após municipalização das unidades federais nos anos 2000, por declaração de estado de calamidade pública no setor hospitalar do SUS no município do Rio de Janeiro, o hospital retornou a gestão federal (MS) através do Decreto n.º 5.392, em 10 de março de 2005 (BRASIL, 2005a).

O município do Rio de Janeiro, com o intuito de administrar e supervisionar as unidades federalizadas, criou o Departamento de Gestão Hospitalar do Rio de Janeiro (DGH), incorporado aos demais serviços de saúde (Portaria GM/MS n.º 1270/2005), administrando os recursos humanos e estabelecido até o período vigente nos hospitais federais e institutos (BRASIL, 2005b).

Esta estratégia de terceirizar serviços e ações destinadas ao Estado, vinculadas a parcerias público-privada, deu espaço à criação das OSS, como fenômeno de privatização da saúde no Brasil (BRASIL, 1998b; BRESSER-PEREIRA, 1999).

Este panorama reflete o modelo hegemônico de flexibilização dos vínculos contratuais através de décadas, como os processos de terceirização e precarização do trabalho, que permitiu a perda de direitos cruciais pautados na CLT e Planos de Cargos, carreiras e salários (PCCS) pelos profissionais de saúde. O subfinanciamento dos

recursos humanos pelo Estado culminou com a descaracterização dos setores públicos e não subjetivação dos trabalhadores nestas instituições (SOUZA; MENDES, 2016).

Nessa perspectiva de implacáveis transformações no ambiente laboral, destruição de direitos e descaracterização do trabalhador, Druck e Franco (2007, p. 17) afirmam: “Os serviços públicos, como saúde [...] também sofreram [...] significativo processo de reestruturação, subordinando-se à máxima da *mercadorização*, que vem afetando fortemente os trabalhadores do setor estatal e público”.

Não obstante, é mister relatar que “a organização do trabalho está voltada para a racionalização dos processos, para a maximização dos lucros com o mínimo de custos possíveis, transformando o trabalhador num meio para a concretização destes fins” (ORSO *et al.*, 2001, p. 50).

Ainda nesse contexto, segundo Antunes (2020), o trabalho em saúde é produtivo para o capital, que na lógica mercantilista, produz ainda mais valor enquanto descuida da classe trabalhadora. Desta maneira, “as políticas organizacionais podem contribuir ou dificultar para a promoção de saúde e qualidade de vida” (ZANELLI, 2010, p. 40).

A dimensão da precarização do trabalho é distinta e, por vezes, imperceptível pelo próprio trabalhador, sendo determinante conforme a execução das tarefas e posição hierárquica. Estudo realizado em 15 hospitais públicos no estado da Bahia revelou que a percepção da precarização pelos trabalhadores de enfermagem envolve condições, intensidade e gestão do processo de trabalho (ARAÚJO-DOS-SANTOS *et al.*, 2018).

O setor público é o principal empregador da categoria, representando 58,9% da força de trabalho da enfermagem, apesar disso, metade encontra-se em condições precárias de trabalho, onde 62,5% têm salários de até 3 mil reais e 14,4% estão na condição de subsalários (MACHADO *et al.*, 2017).

O papel e atuação do Estado nesse contexto de precarizações é muito bem definido por Guy Standing (2020, p. 44):

Se o Estado elimina formas trabalhistas de seguro social que criam um sistema sólido de solidariedade social, ainda que injusto, sem colocar nada comparável em seu lugar, então não há nenhum mecanismo para criar formas alternativas de solidariedade. Para construir um mecanismo, deve haver um senso de estabilidade e previsibilidade. O precariado carece de ambos. Está sujeito à incerteza crônica.

Ao mesmo tempo, no universo de precarização do trabalho, as construções das relações laborais são afetadas, como o autor cita:

As políticas que promovem a flexibilidade de emprego desgastam os processos de interação relacional e de pares que são vitais para a reprodução de habilidades e atitudes construtivas no trabalho. Se você espera mudar o que está fazendo durante quase todo o tempo, mudar de “empregador” a curto prazo, mudar os colegas e, acima de tudo, mudar a maneira pela qual você chama a si mesmo, a ética de trabalho se torna constantemente contestável e oportunista (STANDING, 2020, p.46).

Este comportamento individualista originado pela intensa competitividade do mundo moderno é dissociado das atividades coletivas, trazem à tona exaustão emocional e sofrimento mental, e pode ocorrer conforme a característica da gestão institucional, conforme descrito por Seligmann-Silva (2011, p. 59):

Riscos mentais importantes ocorrem no tipo de gestão que exerce controle através da exploração dos temores de perda do emprego. No nível coletivo, em um setor da empresa ou em um grupo de trabalho onde muitas pessoas se sintam atingidas de igual forma por tal prática, a somatória das vivências individuais favorece a criação de um ambiente de desconfiança geral que irá, por sua vez, incrementar mais ainda as ansiedades persecutórias de cada pessoa.

Referente ao tipo de jornada exercida na unidade, observou-se que 65 (81,25%) trabalham em regime de turnos, dado que supera o perfil nacional, em que 56,8% referem trabalhar nesse regime nas instituições públicas (MACHADO *et al.*, 2017). Em virtude de baixas remunerações e as múltiplas jornadas, deve-se considerar a intensificação do desgaste físico e mental dos profissionais e as dificuldades e/ou restrições para o autocuidado e os riscos para a qualidade da assistência.

Nascimento *et al.* (2019) ao analisar a influência do trabalho em turnos com a ocorrência de *burnout*, alterações na pressão arterial e suspeição de TMC em profissionais de enfermagem, revelou que 57,6% da amostra apresentava-se suspeita.

O número inexpressivo de profissionais que atuam no período da manhã ou tarde, principalmente em relação aos enfermeiros pode se justificar pela cultura de delegação de cargos de liderança para trabalhadores com vínculos estatutários na instituição, como mecanismo de pertencimento e reflexo de ações elitistas e hierárquicas pautadas no contexto neoliberal das organizações (ANTUNES, 2010).

Este cenário revela que ainda que estes profissionais sejam habilitados para funções gerenciais e possuam elevada capacidade laborativa, a precarização do serviço público cria um segmento de trabalhadores sem vínculos permanentes, sem identidade, e gera conflitos entre os pares:

[...] o claro processo de precarização do serviço público [...] de uma forma perversa de precarização do trabalho [...] cria um segmento de trabalhadores sem vínculos permanentes, com alta rotatividade e sem um conjunto de direitos [...] desqualificando e desvalorizando uma categoria profissional que é essencial num Estado democrático (NAVARRO; LOURENÇO, 2017, p. 74).

A precarização dos serviços públicos tem a gênese pautada num modelo estrutural, que inclui um aspecto organizacional e um aspecto gerencial, onde o primeiro se insere na estruturação e direcionamento dos serviços, e o segundo promove a execução destes pelos terceirizados (BRESSER-PEREIRA, 2008), promovendo hierarquização e destituindo o trabalhador de pertencimento ao trabalho. Para Standing (2020, p. 37),

[...] ser precarizado é ser sujeito a pressões e experiências que levam a uma existência precariada, de viver no presente, sem uma identidade segura ou um senso de desenvolvimento alcançado por meio do trabalho e do estilo de vida.

Para Navarro e Lourenço (2017, p. 61), a terceirização

coincide com posições mais precárias de inserção no mercado de trabalho, apresenta as piores condições de trabalho e salariais, os mais altos índices de acidentes de trabalho; contribui decisivamente para aumentar a heterogeneidade e fragmentação da classe trabalhadora.

Embora esta distinção entre os pares ocorra e haja fragmentação na distribuição de cargos e tarefas, os modelos de gestão e os aspectos desestruturantes dos serviços públicos trazem sofrimento a todos os profissionais nele inseridos. Para Navarro e Lourenço (2017, p. 85), “funcionários públicos estatutários, celetistas, temporários são todos atingidos pela precarização, mesmo que de forma diferenciada”.

Concernente à carga horária semanal cumprida na instituição, 72 (90%) afirmaram exercer 30 horas semanais. No que se refere à carga horária total de trabalho considerando outras fontes de renda, 41 (50,6%) profissionais relataram trabalhar 40 horas ou mais horas semanais, apesar de uma parcela de trabalhadores referir apenas um vínculo empregatício. Houve predomínio de profissionais com um único vínculo empregatício, dado que vai ao encontro da pesquisa de Machado *et al.* (2017), em que 63,7% dos profissionais relataram possuir uma única fonte de emprego.

É expressivo o quantitativo de profissionais que possuem outro vínculo empregatício, e o cumprimento de jornadas ininterruptas de trabalho podem ocasionar

acidentes no trabalho, redução da capacidade cognitiva, aumento de erros na execução das atividades. Consequentemente, o tempo dedicado às atividades de lazer, sono, repouso, e promoção de saúde são limitados, dificultando o indivíduo de amparar-se através de estratégias individuais de defesa.

Segundo Machado *et al.* (2017), uma parcela expressiva dos profissionais de enfermagem no Brasil (34,7%) cumpre carga horária entre 31 e 40 horas semanais. Apesar dos anos de luta pela implementação de carga horária máxima de 30 horas para a enfermagem com piso salarial justo (BRASIL, 2000), que culminaria com redução dos multiempregados e adesão a trabalhos precários, a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem não fixa carga horária, dando brecha para abusos institucionais.

### **3.3 Condições de saúde referidas por uma amostra de trabalhadores de enfermagem**

A Tabela 3, a seguir, retrata as condições de saúde da amostra após aplicação do instrumento sobre o estado de saúde.

Tabela 3 - Condições de saúde de uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro – Brasil - 2020 (n=80)

<b>Condições de Saúde</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Você tem algum problema de saúde diagnosticado?</b>		
Sim	27	33,75
Não	<b>53</b>	<b>66,25</b>
Total	80	100
<b>Faz uso de algum medicamento prescrito para o seu problema de saúde?</b>		
Sim	25	31,25
Não	<b>53</b>	<b>66,25</b>
Automedicação	02	02,50
Total	80	100
<b>Você realiza algum outro tipo de tratamento?</b>		
Sim	13	16,25
Não	<b>67</b>	<b>83,75</b>
Total	80	100
<b>Esteve afastado deste trabalho para tratamento de algum problema de saúde dentro dos últimos 6 meses?</b>		
Sim	17	21,25
Não	<b>63</b>	<b>78,75</b>
Total	80	100
<b>Você teve algum acidente de trabalho nos últimos 6 meses?</b>		
Sim	04	05,00
Não	<b>76</b>	<b>95,00</b>
Total	80	100

Fonte: A autora, 2021.

No que se referiu às condições de saúde (Tabela 3), 27 (33,75%) trabalhadores afirmaram possuir algum problema de saúde diagnosticado. Estes dados vão ao encontro do perfil da amostra cuja faixa etária encontra-se entre 26 e 44 anos (71,25%), portanto em uma fase produtiva, cujo quadro de morbidade ainda não reflete a população do estudo diante das doenças crônicas degenerativas como hipertensão, diabetes e problemas osteomusculares que costumam incidir em trabalhadores com idade acima de 40 anos ou mais.

A busca por atendimento médico exige do profissional a possibilidade de afastamento do espaço de trabalho, risco de perda do emprego e estigma pelos seus pares. Além disso, o despendimento de mais cuidado ao outro, a prática de atividades

voltadas para o auto cuidado e lazer são cada vez mais infrequentes entre esses trabalhadores (TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.*, 2016).

A enfermagem está inserida entre as profissões que mais adoecem por consequências de exposição a riscos no ambiente de trabalho, e no meio hospitalar essa questão se intensifica (BAPTISTA *et al.*, 2018). Além das intensas demandas físicas, atuar em condições de elevados níveis de exigências psíquicas aumentam substancialmente a ocorrência de lesões de origem músculo esqueléticas, se comparados a atividades de baixas demandas (MAGNAGO *et al.*, 2010).

Ainda no processo de formação profissional de enfermagem, a sobrecarga psíquica causa impactos expressivos, por consequência de fatores condicionantes à graduação, idade e inexperiência com situações de altas exigências.

Os estudantes de enfermagem têm apresentado elevadas taxas de TMC, como descritos na literatura. Pinheiro *et al.* (2020), em estudo com 242 acadêmicos, revelaram que 54% dos alunos apresentaram transtornos psiquiátricos menores, com maior prevalência nos primeiros semestres. Pesquisa com estudantes do segundo ano de graduação em enfermagem revelou que 54,4% apresentavam suspeição para TMC, havendo relação significativa com a existência de diagnóstico médico progresso (PEDRO *et al.*, 2017). Ainda nesse aspecto, pesquisa com 85 acadêmicos de enfermagem no ciclo profissionalizante de uma universidade pública identificou a prevalência de 55,3% para suspeição de TMC, havendo a associação com o consumo de bebidas alcoólicas (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Outrossim, em residentes de enfermagem, a suspeição para TMC foi de 52,1% (FALCO *et al.*, 2019), sendo humor depressivo ansioso o fator mais prevalente. O afastamento do seio familiar, a transição da vida acadêmica para a especialização, a exposição a riscos e a pressão para cumprimento de atividades curriculares são fatores condicionantes para o adoecimento psíquico destes profissionais. O adoecimento psíquico não é limitado a formandos nesta categoria, visto que estudantes do campo da saúde estão sujeitos à TMC, com necessidade de apoio psicopedagógico e programas de desenvolvimento docente (COSTA *et al.*, 2014).

Dentro do contexto hospitalar, a exposição a altas cargas psíquicas potencializa o processo do adoecimento, impactando no índice de capacidade para o trabalho, gerando afastamentos por transtornos mentais e comportamentais (SANTANA *et al.*, 2016a).

A vulnerabilidade da categoria, altas cargas de trabalho, trabalho em turnos, elevadas exigências mentais e físicas, insatisfação salarial tem sido relacionada ao adoecimento e fadiga no âmbito laboral (SILVA *et al.*, 2018).

Episódios depressivos e transtornos mentais e comportamentais foram relatados como principais causas de afastamento em Hospital de Teresina (Piauí), com prevalência de mulheres e trabalhadoras entre 31 e 40 anos, sujeitas a frequentes e excessivas cargas de trabalho, elevadas cargas psíquicas e plantões desgastantes (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Em concordância, Baptista *et al.* (2018), pesquisa retrospectiva revelou que o afastamento superior a quinze dias dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário deveu-se primeiramente por transtornos mentais e comportamentais e em seguida, por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo.

Quando questionados sobre o uso de algum medicamento prescrito para os problemas de saúde, 25 (31,25%) afirmaram fazer uso de medicamento prescrito, e 02 (2,5%) se automedicavam.

A prevalência de automedicação na população brasileira é de 16,1%, sendo pioneiro o consumo de analgésicos e havendo aumento conforme melhor escolaridade e nível socioeconômico (ARRAIS *et al.*, 2016). Entre profissionais da enfermagem a utilização desses medicamentos é justificada pelo enfrentamento de sintomas decorrentes das cargas de trabalho excessivas, conhecimento sobre o fármaco e despendimento de tempo para consulta médica adequada (MACHADO; SILVA; PEDER, 2020).

A profissão está entre as mais propensas a tornar-se dependente de medicamentos do que a população em geral, pela vivência de trabalho em turnos, mudanças no ciclo circadiano e alterações de humor. O acesso a medicações e conjectura em relação a melhorias físicas e psíquicas motiva o indivíduo a um maior consumo de benzodiazepínicos, sendo prática comum entre os profissionais de enfermagem (OLIVEIRA *et al.*, 2015; ZEFERINO *et al.*, 2006).

Vale salientar que não se deve descartar a responsabilização das instituições pela dependência química dos indivíduos, pois os mesmos estão condicionados a trabalhos desgastantes, situações estressoras e modelos de gestão adoecedores, consequentes das características organizacionais. O uso de álcool e outras drogas tem sido referido na literatura como mecanismo de fuga para ambientes tensos, pois o uso dessas substâncias psicoativas promove relaxamento, diminuição da tensão e é socialmente aceito na

sociedade e entre os pares (ROCHA; DAVID, 2015). Essa busca desmedida pela medicalização oculta o amargo fato de que os trabalhadores de enfermagem estão exauridos física e psicologicamente.

Observa-se que apesar de se tratar de uma amostra jovem e com acesso à serviços de prevenção e atenção à saúde, há impacto expressivo no quantitativo de profissionais adoecidos. Estudos revelam que a ocorrência de Lesão por Esforço Repetitivo (LER) e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) não tem sua gênese exclusivamente física, mas faz-se necessária análise das dimensões subjetivas, psicopatológicas além das psicossociais (MAGNAGO *et al.*, 2010; MORAES; BASTOS, 2013).

Fundamentando a discussão de que os novos modelos de gestão das instituições públicas pautados na superexploração do trabalhador promovem adoecimento, estudo transversal em 22 hospitais públicos baianos verificou associações entre variáveis relacionadas à precarização e o afastamento do trabalho, demonstrando que a precarização do trabalho nos hospitais públicos tem associação com violência e discriminação e o tipo de vínculo de trabalho (SANTOS, T. *et al.*, 2020).

No que diz respeito à realização de algum outro tipo de tratamento, 13 (16,25%) afirmaram fazê-lo. A medicalização não é o único recurso de tratamento de doenças, havendo demais fontes de obtenção da recuperação física e psíquica.

As práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) são recursos terapêuticos que têm sido disponibilizados no cenário nacional como auxiliar no tratamento e prevenção de doenças, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2006a). Inseridas em todo o âmbito do SUS, em especial a atenção básica, as PICS são ferramentas utilizadas pela enfermagem em prol de melhorias para o trabalhador e aos usuários.

Em relação a afastamento do trabalho para tratamento de algum problema de saúde nos últimos seis meses, 17 (21,25%) afirmaram, informação semelhante à encontrada em pesquisa de Machado *et al.* (2017), que 22,5% dos profissionais que atuam em instituições públicas referiram ter sido afastados nesse período.

Nota-se que a fragilidade do vínculo e a maior exposição a demissões favorecem a existência de profissionais adoecidos por submeterem-se a condições desgastantes (ANTUNES, 2013), divergente dos profissionais estatutários, que dispõem da segurança

no trabalho em casos de afastamentos e a efetivação de seus direitos (CAMPOS, 2018; DRUCK, 2016).

Estes afastamentos se somam a componentes individuais, atrelados às funções e fatores da organização, interferindo no absenteísmo-doença de todos os profissionais da saúde (GARCIA de PAIVA *et al.*, 2020). Na enfermagem, o ambiente de trabalho desfavorável, inflexível, com pouca expectativa e autonomia do profissional é celeiro de ocorrência de absenteísmo (SANTOS; PAIVA; SPIRI, 2018). O profissional precarizado é exposto continuamente a esses fatores, e apesar da necessidade do emprego, por vezes precisa se ausentar.

Os que resistem à ausência no local de trabalho por conta de doenças, debruçam-se sobre o fenômeno do presenteísmo, que tem repercussões não somente o universo do trabalhador, como lombalgias e demais doenças musculoesqueléticas (SANTOS; MARZIALE; FELLI, 2018), mas na qualidade da assistência prestada, na morosidade das ações executadas e conflitos entre equipes (VIEIRA *et al.*, 2018). Estudo transversal com 1218 profissionais de enfermagem de um hospital público brasileiro, que objetivou a associação entre os riscos psicossociais e TMC para a ocorrência de presenteísmo, revelou a prevalência de presenteísmo em 32,8% destes profissionais (SILVA-COSTA *et al.*, 2020).

Ainda discutindo os dados expostos na Tabela 3, quanto aos acidentes de trabalho, identificou-se que 4 (5%) profissionais afirmaram a ocorrência nos últimos seis meses. Considerando a amostra e o período, infere-se que pode ter havido omissão por parte do participante, provavelmente por ter vínculo temporário e o temor do desemprego. Segundo Seligmann-Silva (2011), profissionais com vínculo precário por não gozarem de direitos trabalhistas e proteção social encontram-se mais expostos a acidentes e adoecimento no trabalho.

A subnotificação de acidentes de trabalho é uma problemática que agrava medidas regulatórias de proteção ao próprio trabalhador. Pesquisa coorte com 8596 acidentes notificados evidenciou que apesar da elevada ocorrência de acidentes com materiais biológicos por profissionais da enfermagem, a não adesão ao acompanhamento clínico-ambulatorial esteve vinculada à circunstâncias do evento, não uso de EPI (Equipamento de Proteção Individual) e ao tipo de vínculo empregatício (SARDEIRO *et al.*, 2019).

A variabilidade de funções, interrupções constantes, sobreposição de tarefas e atuações em situações de urgência expõe estes trabalhadores ao risco de acidentes no

ambiente de trabalho (DONATELLI *et al.*, 2015). Percebe-se que apesar dos variados riscos ocupacionais em que se submetem os trabalhadores de enfermagem, ainda é elevada a incidência de acidentes com perfurocortantes e fluidos corporais (BALSAMO; FELLI, 2006) e relacionar a ocorrência desses acidentes à sua capacidade laborativa e como multicausal ainda é limitado.

A percepção do risco e cultura institucional de proteção ao trabalhador é decisiva para a redução de acidentes. Fatores como pouco acesso à informação, condições de trabalho degradantes e fragilidade no vínculo empregatício determinam essa avaliação. Estudo transversal com profissionais de serviço de atendimento móvel de urgência revelou associações significativas entre a ocorrência de acidentes de trabalho e os riscos ocupacionais, destacando os acidentes com perfurocortantes, agressão física, mordida de animal, agressão verbal, acidente de trânsito no deslocamento e quedas (GOULART *et al.*, 2020).

Os perigos enfrentados pela enfermagem não se limitam aos riscos ergonômicos e físicos, mas envolve os riscos psicossociais, onde as instituições possuem papel contributivo para a ocorrência de danos aos trabalhadores. Para Alvarez Briceño (2009), os riscos psicossociais são certas características ou condições de trabalho e, sobretudo, da sua organização, que afetam a saúde das pessoas através de mecanismos psicológicos e fisiológicos. As habilidades de enfrentamento dos mecanismos estressores por cada indivíduo são determinantes para a importância desses riscos. Para Tom Cox, o estresse percebido será tão maior quanto menor for o controle sobre o trabalho e o suporte para a realização das tarefas (COX; GRIFFITHS, 1995).

Dentre os profissionais precarizados esses danos atingem desordem psíquica pelas infundáveis inquietações quanto ao próprio futuro e, segundo Standing (2020, p. 42),

O precarizado vive com ansiedade [...]. As pessoas têm a mente insegura e são estressadas, e ao mesmo tempo “subempregadas” e “sobrepregadas”. São alienadas de seu emprego e de seu trabalho, e seu comportamento é anônimo, incerto e desesperado. As pessoas que temem perder o que não têm estão constantemente frustradas [...] A mente precarizada é alimentada pelo medo e motivada pelo medo.

Organizações poucos flexíveis e a gestão pelo medo são modos predadores de administração de recursos humanos, uma vez que as implicações psíquicas para o trabalhador não podem ser mensuradas. Para Seligmann-Silva (2011, p. 128), “não existe dúvida de que o estresse laboral prolongado vulnerabiliza o indivíduo, *facilitando*

a eclosão de diferentes distúrbios orgânicos e psíquicos, inclusive das depressões”.  
(grifo do autor)

Estudo com 349 profissionais da saúde que teve como objetivo pesquisar fatores psicossociais modificáveis do trabalho associados a transtornos mentais em trabalhadores de saúde de Taiwan, revelou que a ocorrência de TMC é superior nestes trabalhadores do que as demais profissões em geral, alcançando 22% contra 17% dos trabalhadores em geral (CHENG, W.; CHENG, Y., 2017). Os fatores psicossociais atrelados a esses dados, como trabalho em turnos, longas horas de trabalho, violência laboral, foram observados como potencializadores do adoecimento psíquico (CHENG, W.; CHENG, Y., 2017).

### 3.4 Análise da frequência de respostas relativas aos fatores do SRQ-20

Na Tabela 4 são apresentadas as respostas da amostra no que se referiram às principais queixas em relação aos fatores humor depressivo ansioso, diminuição da energia vital (fadiga), somatização e pensamentos depressivos.

Tabela 4 - Distribuição das respostas do SRQ-20 por fator em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro – Brasil - 2020 (n=80)

Grupos do SQR-20	Sim		Não	
	f	%	f	%
<b>Fator I - Humor depressivo ansioso</b>				
Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	61	76,25	19	23,75
Assusta-se com facilidade?	23	28,75	57	71,25
Tem se sentido triste ultimamente?	39	48,75	41	51,25
Você tem chorado mais do que de costume?	26	32,50	54	67,50
<b>Fator II - Diminuição da energia vital</b>				
Você se cansa com facilidade?	31	38,75	49	61,25
Tem dificuldade em tomar decisão?	31	38,75	49	61,25
Encontra dificuldades em ter satisfação em suas atividades diárias?	36	45,00	44	55,00
Tem dificuldade de pensar com clareza?	22	27,50	58	72,50
O seu trabalho traz sofrimento?	27	33,75	53	66,25
Sente-se cansado todo tempo?	39	48,75	41	51,25
<b>Fator III - Sintomas somáticos</b>				
Tem sensações desagradáveis no estômago?	32	40,00	48	60,00
Tem falta de apetite?	13	16,25	67	83,75
Tem dores de cabeça frequentes?	40	50,00	40	50,00
Dorme mal?	58	72,50	22	27,50
Você tem má digestão?	32	40,00	48	60,00
Tem tremores nas mãos?	12	15,00	68	85,00
<b>Fator IV – Pensamentos depressivos</b>				
Tem perdido o interesse pelas coisas?	29	36,25	51	63,75
Sente-se incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	15	18,75	65	81,25
Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	09	11,25	71	88,75
Tem tido pensado em dar fim a sua vida?	02	02,50	78	97,50

Legenda: *Self Report Questionnaire-20* (SRQ-20).

Fonte: A autora, 2021.

Como evidenciado na Tabela 4, entre os grupos de sintomas presentes no SRQ-20, a queixa predominante foi pertinente ao fator I (Humor depressivo/ansioso) na questão “sente-se nervoso, tenso ou preocupado”, com 61 (76,25%) das respostas positivas. Esses dados encontram-se acima em estudo sobre TMC realizado no país (ALVES *et al.*, 2015; CARLOTTO, 2017; PINHATTI *et al.*, 2018).

Quanto às demais queixas, chamou a atenção o fato de 39(48,7%) afirmar “sentir-se triste ultimamente e 26 (32,5%) “tem chorado mais do que de costume”.

No fator II “Diminuição da energia vital”, 39 (48,7%) afirmaram “sentir-se cansado o tempo todo”. Esse achado, encontra-se acima do verificado por Pinhatti *et al.* (2018) em estudo em um hospital público no estado do Paraná, em que 36,1% dos participantes relataram sentir-se cansado o tempo todo.

Igualmente quanto ao fator II, 36 profissionais (45%) referiram que tem dificuldade em obter satisfação nas atividades diárias, 31 (38,75%) cansa-se com facilidade, 31 (38,75%) tem dificuldade de tomar decisões, 27 (33,75%) afirmam que o seu trabalho traz sofrimento e 22 (27,5%) tem dificuldade em pensar com clareza.

Dentre o fator III “Sintomas somáticos”, os que afirmaram dormir mal compunham 58 (72,5%) da amostra. Este achado é superior ao encontrado em estudos em hospitais públicos nacionais (ALVES *et al.*, 2015; CARLOTTO, 2017; PINHATTI *et al.*, 2018).

Ainda em relação à sintomatologia somática, 40 (50%) afirmou “ter dores de cabeça frequentes”, 32 (40%) “ter sensações desagradáveis no estômago”, 32 (40%) “ter má digestão”, 13 (16,3%) “tem falta de apetite” e 12 (15%) “tem tremores nas mãos”.

No que tange ao fator IV “Pensamentos depressivos”, 29 (36,25%) afirmaram “ter perdido o interesse pelas coisas”, 15 (18,75%) “sentem-se incapazes de desempenhar um papel útil em sua vida”, 9 (11,3%) sente-se inútil, sem préstimo e 02 profissionais (2,5%) afirmaram “ter pensado em dar fim à vida”.

### 3.4.1 Distribuição da frequência de respostas da amostra de acordo com os fatores do SRQ-20

No Quadro 2 são apresentadas as frequências absoluta e relativa das respostas positivas as questões do SRQ-20 em que se observa uma maior polarização das queixas relativas ao humor depressivo ansioso na amostra.

Quadro 2 - Distribuição da frequência de respostas dos fatores do SRQ-20 em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - Brasil - 2020 (n=80)

<b>Grupos do SQR-20</b>	<b>Q</b>	<b>TR</b>	<b>Respostas positivas</b>	<b>(%)</b>
Fator I - Humor depressivo ansioso	4	320	149	46,6
Fator II - Diminuição da energia vital	6	480	186	38,7
Fator III - Sintomas somáticos	6	480	187	38,9
Fator IV - Pensamentos depressivos	4	320	55	17,2

Legenda: *Self Report Questionnaire 20* (SQR-20); Questões por fator (Q); Total de respostas possíveis para cada fator (TR).

Fonte: A autora, 2021.

Como observado, houve um maior número de afirmativas ou queixas por parte da amostra em relação ao Fator I (Humor depressivo ansioso). Estes dados vão ao encontro de estudo sobre TMC na enfermagem e em outras profissões da saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2019; PINHATTI *et al.*, 2018), evidenciando que esses profissionais apresentam sintomatologia de ordem física e mental que ao longo do tempo podem evoluir para quadros de fadiga e/ou cansaço, que podem predispor o indivíduo ao adoecimento, necessidade de afastamento devido ao agravamento de uma morbidade preexistente.

Quanto ao Fator IV (pensamentos depressivos), ressalta-se que é expressiva as afirmativas em relação a pensamentos depressivos, que supera estudos em hospitais públicos (PINHATTI *et al.*, 2018). Embora a prevalência de TMC seja superior ao estudo de Faria *et al.* (2018), as ideações suicidas foram superiores naquela pesquisa.

Faz-se necessário questionar os determinantes para tal resultado e quais medidas protetivas podem ser oferecidas a trabalhador.

### 3.4.2 Distribuição da frequência de respostas relativas ao SRQ-20 e a relação com os riscos psicossociais

No intuito de estabelecer a relação entre as queixas e/ou conjunto de respostas do SRQ-20 da amostra e, com base na literatura e/ou associações, foi apresentado ao participante um quadro com 5 opções de respostas, para que marcassem a relação entre as queixas e os fatores de risco psicossocial.

Tabela 5 - Distribuição das frequências de respostas relativas ao SRQ-20 e os riscos psicossociais em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro – Brasil - 2020

<b>Riscos psicossociais</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
RP1. Problemas de saúde	18	22,5
RP2. Problemas financeiros	<b>42</b>	<b>52,5</b>
RP3. Estresse no trabalho	37	46,25
RP4. Doença familiar	18	22,5
Outros	8	10

Legenda: *Self Report Questionnaire 20 (SRQ-20)*.

Fonte: A autora, 2021.

Como identificado na Tabela 5, houve uma maior homogeneidade de respostas em relação ao fator de risco psicossocial 2 (problemas financeiros). Infere-se com base nas características da amostra, se tratar de um grupo que por não ter estabilidade no trabalho e receber os menores salários, sofrem com a insegurança empregatícia devido, também, ao fantasma do desemprego. Os baixos salários têm sido uma preocupação constante por parte dos trabalhadores de enfermagem e da saúde em geral, limitando a pretensão de aquisição de bens materiais, investimentos no futuro e promoção de qualidade de vida.

### 3.4.3 Suspeição de TMC na amostra e associação com as características sociodemográficas

Na Tabela 6 observa-se, que dentre os 42 participantes com suspeição para TMC, 37 (88,09%) eram do sexo feminino e 05 (11,9%) do sexo masculino. Quanto à faixa etária, 10 (23,8%) tinham entre 26 a 34 anos, 22 (52,38%) com 35 a 44 anos e 10 (23,8%) idade acima de 45 anos. Em relação à categoria profissional, 33 (78,57%) eram enfermeiros e 09 (21,42%) técnicos de enfermagem. No que diz respeito ao estado civil, 13 (30,95%) eram solteiros, 20 (47,61%) casados e 9 (21,42%) divorciados.

Tabela 6 - Características sociodemográficas e associação com a suspeição de TMC em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro – Brasil - 2020 (n=80)

Variáveis	Suspeição de TMC		P
	Sim n (%)	Não n (%)	
<b>Sexo</b>			0,031*
Masculino	05 (6,25)	12 (15)	
Feminino	<b>37 (46,3)</b>	<b>26 (32,5)</b>	
<b>Faixa etária</b>			0,378*
Menor de 25 anos	01 (1,25)	0	
26 a 34 anos	09 (11,3)	06 (7,5)	
35 a 44 anos	<b>22 (27,5)</b>	<b>19 (23,7)</b>	
Acima de 45 anos	10 (11,2)	13 (16,2)	
<b>Categoria profissional</b>			0,128*
Enfermeiro	<b>33 (41,25)</b>	<b>23 (28,75)</b>	
Técnico de enfermagem	09 (11,25)	15 (18,75)	
<b>Estado civil</b>			0,387*
Solteiro(a)	13 (16,25)	08 (10,00)	
Casado(a)/União estável	<b>20 (25,00)</b>	<b>19 (23,75)</b>	
Divorciado(a)	09 (11,25)	09 (11,25)	
Viúvo(a)	0	02 (02,50)	
<b>Renda familiar em salários mínimos*</b>			0,009*
1 a 2	03 (03,75)	13 (16,25)	
3 a 5	<b>30 (37,50)</b>	<b>20 (25,00)</b>	
Acima de 5	09 (11,25)	05 (06,25)	

Legenda: Transtornos mentais comuns (TMC).

Nota: \*Teste Qui-Quadrado de Pearson; Salário mínimo vigente no Brasil à época da coleta de dados, no ano de 2020 (1.045,00 reais).

Fonte: A autora, 2021.

A prevalência para suspeição de TMC no estudo foi de 52,5% (42). A média de respostas positivas para o SRQ-20 foi de 7,21 ( $\pm$  4,71) com mínimo de 0 e máximo de 16, mediana de 7,5. Houve diferença estatisticamente significativa entre os profissionais suspeitos e não suspeitos de TMC, com ( $p < 0,05$ ), as variáveis “sexo” e “renda familiar em salários mínimos”, com valores de 0,031 e 0,009 respectivamente. Mesmo após nova análise bivariada, tais variáveis mantiveram-se estatisticamente significativas.

As mulheres, trabalhadores com idade entre 35 a 44 anos, enfermeiros, e os que se declararam casados foram mais marcantes para TMC na amostra. Profissionais com especialização, com renda de 3 a 5 salários mínimos, trabalhando em regime de turnos e cumprindo carga horária semanal de 30 horas na instituição foram características mais comuns dentre aqueles com suspeição TMC.

O problema dos TMC atinge múltiplas esferas do complexo de saúde nacional, e em se tratando de profissão hegemonicamente feminina, com multiplicidade de tarefas e enfrentando a possibilidade de perda de única fonte de renda, o adoecimento psíquico torna-se inevitável. A literatura tem evidenciado a ocorrência de maior TMC dentre as mulheres, visto que quadros ansiosos e depressivos também são mais comuns (CARLOTTO; BARCINSKI; FONSECA, 2015).

Estudo realizado com 2532 trabalhadores da atenção básica de cinco municípios baianos, onde se objetivou a análise da interação de aspectos psicossociais com TMC, evidenciou a prevalência em 21% dos sujeitos (MATTOS; ARAÚJO; ALMEIDA, 2017).

Outrora, ao encontro dos resultados aqui explicitados, Carlotto (2017) em estudo com 234 trabalhadores de 24 unidades básicas de saúde da região metropolitana de Porto Alegre/RS, identificou a prevalência de TMC em 29,7%, e uma associação entre sexo e tipo de vínculo de trabalho.

O campo do estudo é cenário comum de trabalho dos profissionais de enfermagem, tratando-se de hospitais de grande porte e destinados à assistência direta ao paciente, com perfil ainda mais dependente. Setores que se caracterizam pela demanda contínua dos pacientes, atividades repetitivas, pouca autonomia sobre a execução das tarefas e condições abusivas frente à organização do trabalho, promove o sofrimento desse trabalhador.

Recente pesquisa de Ferreira *et al.* (2019), realizada com 54 trabalhadores de enfermagem de um bloco cirúrgico de um hospital universitário paranaense, revelou a prevalência de 24,1% para suspeição de TMC. Em estudo elaborado por Alves *et al.*

(2015) com profissionais da saúde de um Hospital Universitário Federal, mostrou que a prevalência geral de TMC era de 27,9% nestes trabalhadores.

Resposta semelhante foi obtida em pesquisa realizada por Silva *et al.* (2017a), que analisou a suspeição de TMC e fatores envolvidos no estresse do trabalho em dois hospitais fluminenses de grande porte, revelando prevalência de TMC em 27,7% nos profissionais de enfermagem intensivistas. Não obstante, estudo elaborado por Rodrigues *et al.* (2014) analisou a prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital geral, no estado da Bahia e mostrou que 35% eram suspeitos. Pinhatti *et al.* (2018), em estudo num hospital público no estado do Paraná, com 285 trabalhadores de enfermagem, revelaram que em 32,6% houve suspeição para TMC.

Nas redes especializadas tal panorama também é evidente. Sousa *et al.* (2019), em estudo com 74 trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico, mostraram que a prevalência de TMC foi de 25,7%. Já Knuth *et al.* (2015), em pesquisa que verificou a prevalência de TMC e depressão em 257 ACS e trabalhadores dos CAPS vinculados à secretaria Municipal de Saúde de Pelotas/RS, observaram que a prevalência de TMC foi de 25,2% nos profissionais da saúde mental e 48,6% entre os agentes comunitários de saúde.

Os TMC impactam não somente na produtividade e qualidade da assistência ao paciente, mas nos mecanismos físicos de resistências dos próprios trabalhadores. Oliveira *et al.* (2018), em pesquisa que analisou a existência de Síndrome do Esgotamento Profissional e TMC em enfermeiros oncologistas atuantes em um hospital de grande porte no Estado de São Paulo, revelaram que para 27,6% houve suspeição positiva para TMC.

Santos, F. *et al.* (2020) analisaram a prevalência de transtornos mentais comuns 46,9% em técnicos de enfermagem, com associação entre renda familiar e trabalho exclusivo na área da saúde. Contribuem para o sofrimento psíquico entre esses profissionais o fato de encontrarem-se submetidos à repetitividade de tarefas, submetem-se a delegações hierárquicas e enfrentam multiempregos e má remuneração.

#### 3.4.4 Suspeição de TMC na amostra e associação com as características ocupacionais

Na Tabela 7 são apresentadas as características ocupacionais e a associação com a suspeição de TMC na amostra em que se observa que as variáveis como escolaridade, duplo vínculo empregatício e carga horária total ao se considerar os demais vínculos, teve associação limítrofe. Talvez com a realização da estimativa de chance, pudesse ter sido estabelecida significância para tais dados.

Tabela 7 - Características ocupacionais e associação com TMC em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - Brasil - 2020 (n=80)

Características ocupacionais	Suspeição de TMC		P
	Sim n (%)	Não n (%)	
<b>Escolaridade</b>			0,052*
Ensino médio	08 (10,00)	10 (12,50)	
Graduação	09 (11,25)	15 (18,75)	
<b>Especialização</b>	24 (30,00)	11 (13,75)	
Mestrado	0	02 (02,50)	
Doutorado	01 (01,25)	0	
<b>Possui outro emprego?</b>			0,060*
Sim	22 (27,50)	12 (15,00)	
Não	20 (25,00)	26 (32,50)	
<b>Tipo de jornada nessa unidade</b>			0,713*
Plantão diurno	34 (42,50)	31 (38,75)	
Plantão noturno	05 (06,25)	06 (07,50)	
Manhã	02 (02,50)	01 (01,25)	
Tarde	01 (01,25)	0	
<b>Carga horária semanal de trabalho nessa instituição</b>			0,179*
30 horas	36 (45,00)	36 (45,00)	
Menor que 30 horas	06 (07,50)	02 (02,50)	
<b>Carga horária total de trabalho considerando outros vínculos</b>			0,092*
30 horas	17 (21,25)	22 (27,50)	
40 horas	04 (05,00)	06 (07,50)	
Acima de 40 horas	21 (26,25)	10 (12,50)	

Legenda: Transtornos mentais comuns (TMC).

Nota: \*Teste Qui-Quadrado de Pearson.

Fonte: A autora, 2021.

Na análise da escolaridade, houve predomínio de profissionais que possuíam pós-graduação, recebendo entre 3 a 5 SM sem outra fonte de renda ou emprego. Quanto ao tipo de jornada cumprida na unidade, a maioria trabalha em regime de turnos, trabalhando 30 horas semanais e houve distribuição discreta entre os que relataram trabalhar até 30 horas e os que trabalham mais que 40 horas semanalmente.

### 3.4.5 Suspeição de TMC na amostra e associação com as condições de saúde

A Tabela 8 evidencia a frequência de suspeição de TMC e os condicionantes de saúde apontados pela amostra de trabalhadores.

Tabela 8 - Suspeição de TMC e condições de saúde em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - Brasil - 2020 (n=42)

Condições de saúde	Suspeição para TMC	
	<i>f</i>	%
<b>Você tem algum problema de saúde diagnosticado?</b>		
Sim	20	47,61
Não	<b>22</b>	<b>52,38</b>
Total	42	100
<b>Faz uso de algum medicamento prescrito para o seu problema de saúde?</b>		
Sim	19	45,23
Não	<b>22</b>	<b>53,28</b>
Automedicação	02	02,38
Total	42	100
<b>Você realiza algum outro tipo de tratamento?</b>		
Sim	11	26,19
Não	<b>31</b>	<b>73,80</b>
Total	42	100
<b>Esteve afastado deste trabalho para tratamento de algum problema de saúde dentro dos últimos 6 meses?</b>		
Sim	13	30,95
Não	<b>29</b>	<b>69,04</b>
Total	42	100
<b>Você teve algum acidente de trabalho nos últimos 6 meses?</b>		
Sim	02	04,76
Não	<b>40</b>	<b>95,23</b>
Total	42	100

Legenda: Transtornos mentais comuns (TMC).

Fonte: A autora, 2021.

De acordo com a Tabela 8, observou-se que entre os participantes com suspeição de TMC, 20 (47,6%) relataram ter algum tipo de problema de saúde diagnosticado. Quanto ao uso de medicamentos, 19 (45,23%) afirmaram fazer uso de medicação prescrita e 01 (2,38%) se automedica. Apesar de não ter sido realizado teste estatístico para se averiguar a associação entre esses dados e os TMC, nota-se que esses indivíduos

com suspeição de TMC, possuem uma comorbidade e já se encontram em tratamento, fator que pode intensificar o quadro de ansiedade e preocupação com a saúde. Há também repercussões no ambiente social de trabalho, sejam por limitações físicas no cumprimento das atividades, ou por questionamento entre os pares quanto à produtividade. Acrescenta-se o medo do desemprego considerado um fator estressante para esses profissionais; o que pode potencializar o problema de saúde.

Quando questionados sobre a realização de outro tipo de tratamento, além do medicamentoso, 11 (26,19%) afirmaram se submeter, apesar de não dizer quais. Apesar de trabalharem com contrato temporário e não usufruírem o direito a afastamentos para tratamento médico, 13 (30,9%) afirmaram ter se afastado. Neste grupo, foi observada a ocorrência de acidente de trabalho envolvendo 2 (4,8%) nos últimos seis meses, o que, segundo Seligmann-Silva (2011), pode estar relacionado ao próprio contrato, a ausência de treinamento e supervisão do trabalho realizado, com maior exposição de risco.

#### 3.4.6 Distribuição das respostas da amostra com suspeição de TMC ao SRQ-20

De acordo com a Tabela 9, a seguir, a média de respostas positivas para o SRQ-20 nos participantes com suspeição para TMC foi de 10,9 ( $\pm 2,77$ ) com amplitude de no mínimo 7 respostas e no máximo 16 respostas afirmativas e a mediana de 10.

Tabela 9 - Distribuição das respostas ao *Self Report Questionnaire 20* e suspeição de TMC em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro – Brasil - 2020

Fatores do SQR-20	Não		Sim	
	f	%	f	%
<b>Fator I - Humor depressivo ansioso</b>				
Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	02	04,76	40	95,23
Assusta-se com facilidade?	23	54,76	19	45,23
Tem se sentido triste ultimamente?	10	23,80	32	76,19
Você tem chorado mais do que de costume?	19	45,23	23	54,76
<b>Fator II - Diminuição da energia vital</b>				
Você se cansa com facilidade?	16	38,09	26	61,90
Tem dificuldade em tomar decisão?	19	45,23	23	54,76
Encontra dificuldades em ter satisfação em suas atividades diárias?	10	23,80	32	76,19
Tem dificuldade de pensar com clareza?	22	52,38	20	47,61
O seu trabalho traz sofrimento?	23	54,76	19	45,23
Sente-se cansado todo tempo?	09	21,42	33	78,57
<b>Fator III - Sintomas somáticos</b>				
Tem sensações desagradáveis no estômago?	14	33,33	28	66,66
Tem falta de apetite?	32	76,19	10	23,80
Tem dores de cabeça frequentes?	10	23,80	32	76,19
Dorme mal?	04	09,52	38	90,47
Você tem má digestão?	13	30,95	29	69,04
Tem tremores nas mãos?	34	80,95	08	19,04
<b>Fator IV – Pensamentos depressivos</b>				
Tem perdido o interesse pelas coisas?	20	47,61	22	52,38
Sente-se incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	28	66,66	14	33,33
Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	34	80,95	08	19,04
Tem tido pensado em dar fim a sua vida?	40	95,23	02	04,76

Legenda: Transtornos mentais comuns (TMC); *Self Report Questionnaire-20* (SRQ-20).

Fonte: A autora, 2021.

A partir da análise do instrumento *Self Report Questionnaire* (SRQ-20), os maiores apontamentos da amostra com suspeição de TMC foram: 40 (95,23%) afirmaram “Sente-se nervosa(a), tenso(a) ou preocupado(a)”, 38 (90,47%) afirmaram que “Dorme mal”, 33 (78,57%) relataram que “Sente-se cansado(a) todo o tempo”, como consta na Tabela 9, sendo o fator o fator I (Humor Depressivo Ansioso) o mais frequente na amostra.

### 3.4.7 Distribuição da frequência de respostas dos fatores do SRQ-20 em trabalhadores de enfermagem com suspeição de TMC

No Quadro 3 é apresentado um recorte do número de respostas positivas da amostra com suspeição de TMC.

Quadro 3 - Distribuição da frequência de respostas dos fatores do SRQ-20 em uma amostra de trabalhadores de enfermagem com suspeição de TMC - Rio de Janeiro – Brasil - 2020 (n=42)

<b>Grupos do SQR-20</b>	<b>Q</b>	<b>TR</b>	<b>Respostas positivas</b>	<b>(%)</b>
Fator I - Humor depressivo ansioso	<b>4</b>	<b>168</b>	<b>114</b>	<b>67,8</b>
Fator II - Diminuição da energia vital	6	252	153	60,7
Fator III - Sintomas somáticos	6	252	145	57,5
Fator IV - Pensamentos depressivos	4	168	46	27,4

Legenda: *Self Report Questionnaire 20* (SQR-20); Transtornos mentais comuns (TMC); Questões por fator (Q); Total de respostas possíveis para cada fator (TR).

Fonte: A autora, 2021.

Verifica-se que entre os trabalhadores com suspeição de TMC, houve maior queixa no que tange ao Fator I (Humor depressivo ansioso), semelhante aos resultados analisados na amostra do estudo. Importante salientar que neste grupo, houve maior proporcionalidade na frequência de respostas quanto ao Fator IV (Pensamentos depressivos) em comparação com a amostra, indicando maior atenção e necessidade de medidas protetivas da saúde mental desses trabalhadores.

### 3.4.8 Distribuição da frequência de respostas relativas ao SRQ-20 da amostra com TMC e a relação com os riscos psicossociais

No intuito de estabelecer a relação entre as queixas e/ou conjunto de respostas do SRQ-20 da amostra com TMC e, com base na literatura e/ou associações, foi apresentado ao participante um quadro com 5 opções de respostas, para que marcassem a relação entre as queixas e os fatores de risco psicossocial (Tabela 10).

Evidenciou-se que o estresse no trabalho foi o fator de risco psicossocial mais frequente na amostra no que diz respeito ao sofrimento no trabalho.

Tabela 10 - Distribuição dos problemas relacionados à suspeição de TMC em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro – Brasil - 2020

<b>Problemas relacionados</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
Problemas de saúde	17	40,47
Problemas financeiros	25	59,52
Estresse no trabalho	<b>27</b>	<b>64,28</b>
Doença familiar	11	26,19
Outros	0	0

Legenda: Transtornos mentais comuns (TMC).

Fonte: A autora, 2021.

As características impostas pelo próprio vínculo e nas organizações do trabalho culminam com a existência de um ambiente propício ao adoecimento. Apesar do sofrimento decorrente do trabalho, o indivíduo desenvolve estratégias particulares de resistência às pressões impostas, e desta forma, o ambiente pode ser fonte de sofrimento ou de prazer, conforme sua identidade e quando os desejos do trabalhador vão ao encontro da organização (DEJOURS, 2015).

Para a Psicodinâmica do Trabalho, no intuito de preservar a saúde psíquica e em busca de estabilidade, o trabalhador faz a negação do risco, como estratégia de diminuir o sofrimento frente às dificuldades enfrentadas no labor. Dessa forma, a subjetividade interfere diretamente em ações coletivas. Em suma, enquanto o risco encontra-se na esfera do trabalho prescrito, a percepção do risco está no trabalho real (DEJOURS, 2008).

Assunção e Pimenta (2020), em estudo com 290 trabalhadores de enfermagem de um serviço público municipal, observaram a suspeição de TMC na amostra se associou negativamente com a satisfação no trabalho. F. Santos *et al.* (2020), em estudo transversal com 280 técnicos de enfermagem de um hospital universitário, verificaram a

suspeição de TMC foi de 46,9%, associados a aspectos econômicos e ocupacionais, como renda familiar e atuação com trabalho exclusivamente assistencial.

A associação entre TMC e redução do índice de capacidade para o trabalho foi evidenciado em estudo envolvendo 498 trabalhadores de um hospital universitário no Rio Grande do Sul, em que os trabalhadores com suspeição para TMC possuíam duas vezes mais chances de comprometimento na capacidade laboral do que comparados aos não suspeitos (MAGNAGO *et al.*, 2015).

## CONCLUSÃO

De uma população de 254 trabalhadores temporários, a amostra foi constituída por 80 profissionais, predominantemente enfermeiros, do sexo feminino, faixa etária de 35 a 44 anos, casados e/ou união estável, renda familiar entre 3 e 5 salários mínimos, graduados, possuíam apenas um vínculo empregatício, atuando em regime de turnos, cumprindo 30 horas semanais na instituição.

A suspeição de transtornos mentais comuns (TMC) na amostra foi de 52,5%, sendo identificada a associação com as variáveis de exposição sexo e renda familiar ( $p < 0,05$ ). Dos itens relativos ao SRQ-20, as queixas mais frequentes foram “se sentir nervoso, tenso ou preocupado”, “dormir mal” e “tem dores de cabeça frequentes”. Devido à alta frequência de suspeição de TMC na amostra e a presença de queixas que remetem ao humor ansioso, diminuição da energia vital e somatização, exige-se ações de cunho preventivo e terapêutico por parte da instituição que minimizem a possibilidade de transtornos mentais severos e o consumo de ansiolíticos.

A associação dos TMC com a renda é um aspecto relevante em termos de saúde, pois diante dos baixos salários esses profissionais tendem a acumular mais de um vínculo, acarretando maior desgaste e/ou sofrimento. Quanto a associação com o sexo, ratifica-se que por se tratar de uma categoria majoritariamente feminina, há de se considerar a questão de gênero e a sobrecarga de atividades diante do acúmulo mais de um vínculo empregatício e os afazeres domésticos, cujas exigências podem intensificar as queixas frequentes nos quadros de TMC.

Esses achados foram pertinentes no âmbito da saúde do trabalhador diante de expressivos resultados de suspeição de TMC na amostra, pois direcionam para uma associação entre fatores psicossociais e a organização do trabalho. As transformações decorrentes do universo laboral, impulsionadas pelo movimento neoliberal de espoliação da força de trabalho, redução do poder aquisitivo e a pungente tarefa do profissional de enfermagem em cumprir com primazia o seu ofício, submetem-os à inestimável sofrimento.

Considerando se tratar de profissionais cuja natureza do trabalho remete ao cuidado humano que exigem habilidades técnicas e o uso da empatia, a qualidade da assistência prestada ao doente não se dissocia das condições físicas e psíquicas em que se encontram os trabalhadores.

A fonte de renda também é um dado relevante para ocorrência de TMC nesta população, pois a necessidade de ampliar o poder aquisitivo leva o profissional a se submeter a condições de trabalho nem sempre adequadas. Deve-se também atentar para o fato de serem trabalhadores com contrato temporário, portanto desprotegidos de direitos trabalhistas arduamente conquistados pelo servidor público e a própria categoria. Nesse sentido deve-se considerar o conjunto de estressores psicossociais que podem contribuir para o sofrimento no trabalho e dentre eles: o trabalho em turnos, principalmente o noturno que afeta o ciclo circadiano, a dupla jornada de trabalho e tripla no caso das mulheres, a pouca ou nenhuma autonomia em termos decisórios, modelos de gestão pouco flexíveis, o temor do desemprego e os baixos salários.

Com base nos achados infere-se a importância de uma política de desprecarização do trabalho e abertura de concursos com vistas ao preenchimento das vagas ociosas na instituição em decorrência de aposentadorias, mortes e até mesmo desligamentos. Tal política além de possibilitar o ingresso de trabalhadores no quadro permanente da instituição, também proporciona aos profissionais direitos garantidos na Constituição, plano de cargos e salários que ampliam o crescimento pessoal e profissional, o que pode aumentar a satisfação, motivação e melhorar a qualidade de vida no trabalho e o atendimento à população.

Há de se relevar a importância da discussão dos impactos de modelos precarizados de gestão do trabalho, visto que o adoecimento físico e psíquico destes profissionais se torna mais oneroso para o Estado. A diminuição da capacidade laborativa devido ao adoecimento e envelhecimento precoce deve ser considerada em contextos de trabalho precarizado.

A percepção dos profissionais frente à possibilidade do adoecimento necessita ser discutida dentro e fora das organizações, em virtude da negação dos próprios riscos à que estão sujeitos, e por vezes, o estigma que carrega os transtornos mentais comuns e a possibilidade de não serem identificados e/ou tratados. Por conseguinte, é necessário que os órgãos de classe como Conselhos e Sindicatos atentem para a exposição dos profissionais ao trabalho precário que remete a destituição de direitos, no sentido de mobilizar a categoria na luta e garantia de acesso ao trabalho digno com vistas a qualidade de vida.

Os resultados desta pesquisa alertam para o crescente adoecimento que os profissionais de enfermagem se encontram expostos, além de ideação suicida também identificado no estudo. O trabalho deve ser uma forma prazer que faz emergir

sentimentos de pertencimento, utilidade e com possibilidade de ascensão profissional e pessoal.

Apesar da impossibilidade de generalização dos achados para outros contextos de trabalho diante das limitações em termos da amostra, do método transversal que não estabelece onexo causal entre as variáveis de exposição e desfecho, as associações com o sexo e a renda, instigam a necessidade de ampliar este tipo de estudo na enfermagem, principalmente no que diz respeito aos trabalhadores precarizados. A ampliação de estudos desta natureza também poderá contribuir para a discussão de achados e políticas voltadas para o bem estar no trabalho e qualidade de vida.

Tendo em vista o risco de os transtornos mentais comuns evoluírem para quadros psiquiátricos severos e o uso de ansiolíticos, faz-se necessário a adoção de medidas de cunho preventivo e terapêuticas junto aos profissionais, com vistas a mitigar o sofrimento psíquico diante de estressor psicossocial que extrapolam o próprio contexto de trabalho.

Dentre as implicações para a prática de enfermagem, este estudo poderá contribuir para discussões da temática envolvendo a precarização dos serviços em saúde e da qualidade do cuidado prestado a população. Deve-se atentar para a relevância da preservação da saúde mental dos trabalhadores e proposição de estratégias organizacionais e coletivas voltadas para a mitigação do sofrimento psíquico e desgaste destes profissionais.

Salienta-se que devido à Pandemia do Covid-19, uma parte considerável da população não pode participar do estudo devido às questões relacionadas ao isolamento social e dificuldades de acesso telefônico e por e-mail. Desta forma, faz-se necessário a realização de novos estudos envolvendo um número maior de trabalhadores temporários e outras instituições tendo em vista o impacto físico e/ou mental decorrente do modelo neoliberal e consequente flexibilização da força de trabalho na Enfermagem.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, D. B. *et al.* Estereótipos sexistas na enfermagem portuguesa: Um estudo histórico no período de 1935 a 1974. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 228-235, jun. 2016.
- ÁLVAREZ BRICEÑO, P. Los riesgos psicosociales y su reconocimiento como enfermedad ocupacional: consecuencias legales y económicas. **Telos Rev. Est. Interdiscipl. Cienc. Soc.**, [s.l.], v. 11, n. 3, p. 369, 2009.
- ALVES, A. P. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 64-69, mar. 2015.
- ANTUNES, R. Descuidos do trabalho e trabalho dos cuidados. **Rev. baiana enferm.**, Salvador, v. 34, p. e33924, 2020. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2178-86502020000100201&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502020000100201&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 24 jan. 2021.
- ANTUNES, R. **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II**. São Paulo: Boitempo, 2013.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2010.
- ARAÚJO-DOS-SANTOS, T. *et al.* Precarização do trabalho de enfermeiras, técnicas e auxiliares de Enfermagem nos hospitais públicos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 52, e03411, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342018000100489&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100489&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 08 jan. 2021.
- ARAÚJO, S. T.; PENAFORTE, K. L. Riscos psicossociais relacionados ao trabalho: percepção dos profissionais de enfermagem. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 11, p. 3831-3839, nov. 2016.
- ARAÚJO, T. M. *et al.* Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: contribuições da análise de modelos combinados. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 645-657, 2016.
- ARRAIS, P. S. *et al.* Prevalence of self-medication in Brazil and associated factors. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 50, supl. 2, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006117>. Acesso em: 20 jun. 2020.
- ASSUNÇÃO, A. A.; PIMENTA, A. M. Satisfação no trabalho do pessoal de enfermagem na rede pública de saúde em uma capital brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 169-180, jan. 2020.

BALSAMO, A. C.; FELLI, V. E. A. Estudo sobre os acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores da saúde de um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 346-353, jun. 2006.

BAPTISTA, A. T. P. *et al.* Adoecimento de trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, p. e31170, nov. 2018.  
Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/31170>. Acesso em: 02 jan. 2021.

BARUKI, L. V. **Saúde mental e trabalho**: uma proposta de norma regulamentadora sobre os riscos psicossociais no trabalho a partir de reflexões sobre os sistemas Francês e Brasileiro. 2017. 292 f. Tese de Doutorado (Direito Político e Econômico) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2017.

BOGAERT, V. P. *et al.* Nurse managers' perceptions and experiences regarding staff nurse empowerment: a qualitative study. **Front Psychol.**, [s.l.], v. 6, p. 1585, Oct. 2015.

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei Complementar 2295/2000**. Altera a Lei nº 7498 de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. 2000. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=17915>. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Decreto nº 5.392 de 10 de março de 2005. Declara estado de calamidade pública no setor hospitalar do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 mar. 2005a. p. 2.

BRASIL. Emenda constitucional nº 19, de 4 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípio e normas da Administração Pública, Servidores e Agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**. Brasília, DF, 1998a. p. 1.

BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 18 maio 1998b. p. 8.

BRASIL. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho

de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 14 jul. 2017a.

BRASIL. Medida Provisória nº 881, de 30 de abril de 2019. Institui a Declaração de Direitos de Liberdade Econômica, estabelece garantias de livre mercado, análise de impacto regulatório, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 abr. 2019. Edição extra, p. 1.

BRASIL. Ministério da Fazenda. **Anuário estatístico de acidentes do trabalho: AEAT 2017**. Brasília, DF, 2017b. 996 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde nº 8.010, 1990**. Brasília, DF, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 12 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1270**, de 05 de agosto de 2005. Institui no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde a Diretoria dos Hospitais sob Gestão do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro e dá outras providências. 2005b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1270\\_05\\_08\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1270_05_08_2005.html). Acesso em: 21 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília, DF, 2006a. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS**. Brasília (DF), 2006b. 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Trabalhador: 3.ª CNST: “trabalhar, sim! adoecer, não!”: coletânea de textos**. Brasília, DF, 2005c.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria nº 3.214**, de 08 de junho de 1978 NR - 15. Atividades e Operações Insalubres. Brasília, DF, 1995. Disponível em: [http://www.trtsp.jus.br/geral/tribunal2/LEGIS/CLT/NRs/NR\\_15.html](http://www.trtsp.jus.br/geral/tribunal2/LEGIS/CLT/NRs/NR_15.html). Acesso em: 10 jun. 2019.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Comunicação. **Norma regulamentadora NR 32 de 2002**. Dispõe sobre a saúde do trabalhador de instituições de saúde. Brasília, DF, 2002. Disponível em: [www.mte.gov.br](http://www.mte.gov.br). Acesso em: 10 jul. 2019.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Comunicação. **NR-4-Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://sesmt.mte.gov.br/> Acesso em: 30 ago. 2019.

BRESSER-PEREIRA, L. C. O modelo estrutural de gerência pública. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 391-410, abr. 2008.

BRESSER-PEREIRA, L. C. *et al.* **O público não-estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI E. L. S. Riscos psicossociais no trabalho que podem levar ao estresse: uma análise da literatura. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 232-240, 2008.

CAMPOS, A. G. **Terceirização do trabalho no Brasil**: novas e distintas perspectivas para o debate. Brasília, DF: Ipea; 2018. p. 187-203. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180215\\_terceirizacao\\_d\\_o\\_trabalho\\_no\\_brasil\\_novas\\_e\\_distintas\\_perspectivas\\_para\\_o\\_debate.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180215_terceirizacao_d_o_trabalho_no_brasil_novas_e_distintas_perspectivas_para_o_debate.pdf). Acesso em: 12 dez. 2020.

CARLOTTO, M. S. Transtornos Mentais Comuns em trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: Prevalência e fatores associados. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 34, n. 85, nov. 2017.

CARLOTTO, M. S.; BARCINSKI, M.; FONSECA, R. Transtornos mentais comuns e associação com variáveis sociodemográficas e estressores ocupacionais: uma análise de gênero. **Estud. Pesqui. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 1006-1026, 2015.

CARVALHO, I. M. M.; ALMEIDA P. H. **Família e proteção social**. São Paulo: Perspectiva, 2003.

CHENG, W. J.; CHENG, Y. Minor mental disorders in Taiwanese healthcare workers and the associations with psychosocial work conditions. **J. Formos. Med. Assoc.**, Taipei, v. 116, n. 4, p. 300-305, 2017.

CHEUNG, T.; YIP, P. S. Depression, anxiety and symptoms of stress among Hong Kong nurses: a cross-sectional Study. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, Basel, v. 12, n. 9, p. 11072-11100, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **O exercício da Enfermagem nas instituições de saúde do Brasil, 1982-1983**. Rio de Janeiro, 1985. v. 1.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

COSTA A. J. L.; KALE, P. L. Medidas de Frequência de Doença. In: MEDRONHO, R. A. *et al.* **Epidemiologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2009. p. 13-30.

COSTA, E. F. O. *et al.* Common mental disorders and associated factors among final-year healthcare students. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 60, n. 6, p. 525-530, Dec. 2014.

COX, T.; GRIFFITHS, A. The assessment of psychosocial hazards at work. In: SHABRACQ, M. J.; WINNUBST, J. A. M.; COOPER, C. L. (Ed.). **Handbook of Work and Health Psychology**. Chichester: Wiley & Sons, 1995.

CUNHA, Y. F. F.; SOUSA, R. R. Gênero e enfermagem: um ensaio sobre a inserção do homem no exercício da enfermagem. **RAHIS**, Belo Horizonte, v. 13, n. 3, p. 140-149, 2016.

DEJOURS, C. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

DEJOURS, C. **O Fator Humano**. 5. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2011.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015. 222p.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

DONATELLI, S. *et al.* Acidente com material biológico: uma abordagem a partir da análise das atividades de trabalho. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1257-1272, dez. 2015.

DRUCK, G. **Metamorfose e hierarquia da precarização social do trabalho no Brasil e reconfiguração da classe trabalhadora**: a centralidade da terceirização e a condição social dos trabalhadores terceirizados. Brasília, DF: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, 2014.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Rev. Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 15-43, 2016.

DRUCK, G. A terceirização no setor público e a proposta de liberalização da terceirização pelo PL nº 4.330. **J. Economistas**, Rio de Janeiro, n. 291, p. 11-13, out. 2013.

DRUCK, G.; FRANCO, T. **A perda da razão social do trabalho**: terceirização e precarização. São Paulo: Boitempo, 2007.

FALCO, C. B. *et al.* Transtornos mentais comuns em residentes de enfermagem: uma análise a partir do Self Reporting Questionnaire. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 27, p. e39165, set. 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/39165/30976>. Acesso em: 01 jan. 2021.

FARIA, N. M. X. *et al.* Mental health of public health workers in Bento Gonçalves, Rio Grande do Sul, Brazil. **Rev. Bras. Med. Trab.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 145-157, 2018.

FELIX, D. B.; MACHADO, D. Q.; SOUSA, E. F. Análise dos níveis de estresse no ambiente hospitalar: Um estudo com profissionais da área de enfermagem. **Rev. Carreiras Pessoas**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 530-543, 2017.

- FERNANDES, M. A.; SOARES, L. M. D.; SILVA, J. S. S. Transtornos mentais associados ao trabalho em profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa brasileira. **Rev. Bras. Med. Trab.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 218-224, 2018.
- FERNANDES, D. M.; MARCOLAN, J. F. Trabalho e sintomatologia depressiva em enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 37-44, 2017.
- FERREIRA, L. L. *et al.* Distúrbios Psíquicos Menores em trabalhadores de enfermagem de um Bloco Cirúrgico. **Rev. baiana enferm.**, Salvador, v. 33, p. e28279, 2019.  
Disponível em:  
<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/28279/19990>. Acesso em: 20 mar. 2020.
- FRANCO, T.; DRUCK, G; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 229-248, dez. 2010.
- FURUKAWA, P. O.; CUNHA, I. C. K. O. Da gestão por competências às competências gerenciais do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 63, n. 6, p. 1061-1066, dez. 2010.
- GARCIA DE PAIVA, L. *et al.* Fatores associados ao absenteísmo-doença de trabalhadores da saúde: revisão de escopo. **Av. Enferm.**, Bogotá, v. 38, n. 2, p. 234-248, ago. 2020.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- GNONI, M. G.; BRAGATTO, P. A. Integrating major accidents hazard into occupational risk assessment: an index approach. **J. Loss Prev. Proc. Industr.**, [s.l.], v. 26, n. 4, p. 751-758, July 2013.
- GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders** – a biosocial model. 2. ed. London: Tavistock/Routledge, 1993.
- GONÇALVES, F. G. A. *et al.* Impactos do neoliberalismo no trabalho hospitalar de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 646-653, Sept. 2015.
- GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 380-390, 2008.
- GOULART, J. R. E.; LIPP, M. E. N. Estilo de liderança e estresse: uma pesquisa em escolas estaduais de ensino fundamental. **Rev. bras. Polít. Adm. Educ.**, Goiânia, v. 27, n. 2, p. 153-360, 2011.

GOULART, L. S. *et al.* Acidentes de trabalho e os riscos ocupacionais identificados no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 54, e03603, 2020. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342020000100452&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342020000100452&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 jan. 2021.

HARDING, T. W. *et al.* Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychol. Med.**, London, v. 10, p. 231-241, 1980.

IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro, 2015.

IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**. Rio de Janeiro, 2020.

JANSEN, K. *et al.* Mental common disorders and quality of life in young adulthoods: a population-based sample in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 440-448, 2011.

KARANIKOLA, M. *et al.* Dysfunctional psychological responses among Intensive Care Unit nurses: a systematic review of the literature. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 847-857, Oct. 2015.

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

KNUTH, B. S. *et al.* Mental disorders among health workers in Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2481-2488, 2015.

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

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2016.

LEÃO, L. O. S. **Organização do trabalho e transtornos mentais comuns nos técnicos de enfermagem de um hospital público universitário de grande porte**. 2018. 68 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2018.

LIPP, M. E. N. O modelo quadrifásico do stress. In: LIPP, M. E. N. (Ed.). **Mecanismos neuropsicofisiológicos do estresse: teoria e aplicações clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. cap. 1.

MACHADO, M. H. *et al.* **Perfil da Enfermagem no Brasil: relatório final**. Rio de Janeiro: NERHUS-DAPS-ENSP/Fiocruz, 2017.

MACHADO, J.; SILVA, C. M.; PEDER, L. D. Concepções sobre automedicação entre profissionais de enfermagem. **Rev. Bras. Pesqui. Ciênc. Saúde**, Brasília, DF, v. 7, n. 13, p. 10-15, 2020.

MAGNAGO, T. S. B. S. *et al.* Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 429-435, jun. 2010.

MAGNAGO, T. S. B. S. *et al.* Relationship between work ability in nursing and minor psychological disorders. **Texto contexto- enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, Apr./June 2015.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary care in the city of São Paulo. **Br. J. Psychiatr.**, London, v. 148, p. 23-26, 1986.

MARTINS, C. *et al.* Fatores de risco em saúde mental: Contributos para o bem-estar biopsicossocial dos profissionais da saúde. **Rev. Port. Enferm. Saúde Mental**, Porto, n. esp. 3, p. 21-26. 2016.

MATTOS, A. I. S.; ARAUJO, T. M.; ALMEIDA, M. M. G. Interação entre demanda-controle e apoio social na ocorrência de transtornos mentais comuns. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 48, 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. **A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas**. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n. 2, p. 21-32, 1997.

MORAES, P. W. T.; BASTOS, A. V. B. As LER/DORT e os fatores psicossociais. **Arq. Bras. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.2 -20, jan. 2013.

NASCIMENTO, J. O. V. *et al.* Shift work of nursing professionals and blood pressure, burnout and common mental disorders. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 53, 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342019000100425](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100425). Acesso em: 12 fev. 2020.

NAVARRO, V. L.; LOURENÇO, E. A. S. **O avesso do trabalho IV: terceirização: precarização e adoecimento no mundo do trabalho**. São Paulo: Outras Expressões, 2017.

NOGUEIRA, C. M. **A feminização no mundo do trabalho**. Campinas: Autores associados, 2004.

NUNES, W. S. **Fatores psicossociais no trabalho da enfermagem em pronto-socorro de um hospital de clínicas de grande porte**. 2017. 82f. Dissertação (Mestrado em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2017.

ODDONE, I. *et al.* **Ambiente de trabalho**: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec, 1986.

OLIVEIRA, D. M. *et al.* Afastamento do trabalho por transtornos mentais e comportamentais entre profissionais de enfermagem. **Rev. Cuid.**, Bucaramanga, v. 10, n. 2, ago. 2019. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732019000200203&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000200203&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 01 jan. 2021.

OLIVEIRA, E. B. Grupo de Estudos Saúde Mental e Trabalho. Rio de Janeiro, 2020.

OLIVEIRA, E. B. *et al.* Common mental disorders in nursing students of the professionalizing cycle. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 73, n. 1, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672020000100166&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000100166&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 01 jan. 2021.

OLIVEIRA, E. B. *et al.* Estresse ocupacional e consumo de ansiolíticos por trabalhadores de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 615-621, mar. 2015.

OLIVEIRA, E. B. *et al.* Fatores de risco psicossocial em terapia intensiva neonatal: repercussões para a saúde do enfermeiro. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 490-495, mar. 2014.

OLIVEIRA, E. B. *et al.* Nursing work in hospital emergency units – psychosocial risks: a descriptive study. **Online braz. J. nurs.**, Niteroi, v. 12, n. 1, p. 73-88, 2013.

OLIVEIRA, E. B. *et al.* Produção do conhecimento da enfermagem sobre os riscos psicossociais no trabalho: revisão sistematizada da literatura. **Enferm. Atual**, Rio de Janeiro, v. 60, p. 31-34, 2010.

OLIVEIRA, P. P. *et al.* Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em enfermeiros oncológicos. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 12, n. 9, p. 2442-2450, set. 2018.

OLIVEIRA, F. P.; MAZZAIA, M. C.; MARCOLAN, J. F. Sintomas de depressão e fatores intervenientes entre enfermeiros de serviço hospitalar de emergência. **Acta paul. Enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 3, maio/jun. 2015.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Fatores psicossociais no trabalho**: natureza, incidência e prevenção. Genebra: Oficina Internacional do Trabalho, 1986.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Global Estimate of Forced Labour**: Results and Methodology. International Labour Office, Special Action Programme to Combat Forced Labour (SAP-FL). Geneva: OIT, 2012.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **World Employment and Social Outlook**: Trends for women 2019. Geneva: ILO, 2018.

ORSO, P. J. *et al.* Reflexões acerca das lesões por esforços repetitivos e a organização do trabalho. **ETD – Educ. Tem. Digital**, Campinas, v. 2, n. 2, p. 47-58, 2001.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas, 2018**. Washington: PAHO, 2018.

PEDRO, C. M. P. *et al.* Distúrbios psíquicos menores em estudantes de graduação em enfermagem: estudo transversal. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 7, n. 4, p. 629-642, 2017.

PINHATTI, E. D. G. *et al.* Minor psychiatric disorders in nursing: prevalence and associated factors. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 71, supl. 5, p. 2176-2183, 2018.

PINHEIRO, J. M. G. *et al.* Quality of life, depressive and minor psychiatric symptoms in nursing students. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 73, supl. 1, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672020001300181&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001300181&tlng=en). Acesso em: 02 jan. 2021.

PINTO, A. C. M. *et al.* Estresse no cotidiano dos profissionais de enfermagem: reflexos da rotina laboral hospitalar. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 6, n. 4, p. 548-558, fev. 2017.

PRESTES, F. C. *et al.* Indicadores de prazer e sofrimento no trabalho da enfermagem em um serviço de hemodiálise. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 469-477, 2015.

RIBEIRO, R. P. *et al.* Estresse ocupacional entre trabalhadores de saúde de um hospital universitário. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 39, 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472018000100421&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472018000100421&script=sci_arttext). Acesso em: 02 jul. 2019.

ROCHA, P. R.; DAVID, H. M. S. L. Padrão de consumo de álcool e outras drogas entre profissionais de saúde: retrato de alunos de cursos lato sensu de uma instituição pública. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 42-48, mar. 2015.

ROCHA, S. H.; BUSSINGER, E. C. A. The invisibility of occupational mental diseases in the contemporary labor world. **Rev. Pensar**, [s.l.], v. 21, n. 3, p. 1104-1122, 2016.

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

RODRIGUES, L. M. C. *et al.* Riscos Ocupacionais: percepção de profissionais de enfermagem da estratégia saúde da família em João Pessoa – PB. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde**, João Pessoa, v. 16, n. 3, p. 325-332, 2012.

SABAN, A. *et al.* The association between psychopathology and substance use: adolescent and young adult substance users in inpatient treatment in Cape Town, South Africa. **Pan African Med. J.**, [s.l.], v. 17, supl. 1, p. 8, 2014.

SANTANA, L. L. *et al.* Absenteísmo por transtornos mentais em trabalhadores de saúde em um hospital no sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, e53485, 2016a. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.53485>. Acesso em: 15 ago. 2019.

SANTANA, L. L. *et al.* Indicadores de saúde dos trabalhadores da área hospitalar. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 69, n. 1, p. 30-39, Feb. 2016b.

SANTOS, F. F. *et al.* Common mental disorders in nursing technicians of a university hospital. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 73, n. 1, e20180513, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672020000100183&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000100183&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 02 jan. 2021.

SANTOS, H. E. C.; MARZIALE, M. H. P.; FELLI, V. E. A. Presenteísmo e sintomas musculoesqueléticos entre trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e3006, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692018000100308&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100308&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 02 jan. 2021.

SANTOS, R. R.; PAIVA, M. C. M. S.; SPIRI, W. C. Associação entre qualidade de vida e ambiente de trabalho de enfermeiros. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 472-479, 2018.

SANTOS, T. A. *et al.* Intensidade do trabalho em enfermagem nos hospitais públicos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, e3267, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692020000100327&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692020000100327&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 08 jan. 2021.

SARDEIRO, T. L. *et al.* Acidente de trabalho com material biológico: fatores associados ao abandono do acompanhamento clínico-laboratorial. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 53, e03516, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342019000100489&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100489&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 jan. 2021.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo.** São Paulo: Cortez, 2011.

SELYE, H. **Estresse, a tensão da vida.** São Paulo: Ibrasa - Instituição Brasileira de Difusão Cultural. 1959.

SILVA, J. L. L. *et al.* Estrés y factores psicosociales en el trabajo de enfermeros intensivistas. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 16, n. 48, p. 80-120, 2017a.

SILVA, J. L. L. *et al.* Riscos psicossociais em enfermagem de terapia intensiva: reflexão sobre possíveis soluções. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 7, n. 4, p. 736-745, nov. 2017b.

SILVA, J. M.; MALAGRIS, L. E. N. Percepção do estresse e estressores de enfermeiros de um hospital universitário. **Estud. Pesqui. Psicol.**, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 71-88, 2019.

SILVA, T. P. D. *et al.* Desconforto musculoesquelético, capacidade de trabalho e fadiga em profissionais da enfermagem que atuam em ambiente hospitalar. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 52, e03332, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342018000100420&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100420&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 01 jan. 2021.

SILVA-COSTA, A. *et al.* Association between Presenteeism, Psychosocial Aspects of Work and Common Mental Disorders among Nursing Personnel. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, Basel, v. 17, n. 18, p. 6758, 2020.

SOUSA, K. H. J. F. *et al.* Risks of illness in the work of the nursing team in a psychiatric hospital. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 26, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2458.3032>. Acesso em: 13 maio 2019.

SOUSA, K. H. J. F. *et al.* Transtornos mentais comuns entre trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 1-10, fev. 2019.

SOUZA, H. S.; MENDES, A. N. A terceirização e o "desmonte" do emprego estável em hospitais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 286-294, abr. 2016.

SOUZA, M. M. T.; PASSOS, J. P.; TAVARES, C. M. M. Suffering and precariousness at work in nursing. **Rev. Pesqui.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 2072-2082, jan. 2015.

SOUZA, N. V. D. O. *et al.* Influência do neoliberalismo na organização e processo de trabalho hospitalar de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 70, n. 5, p. 912-919, out. 2017.

STANDING, G. **O precariado**: a nova classe perigosa. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2020.

TOMASCHEWISK-BARLEM, J. G. *et al.* Produção científica da enfermagem acerca do cuidado de si: uma revisão integrativa Scientific production of nursing about self-care: an integrative review. **Rev. Pesqui.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 4629-4635, jul. 2016.

TOMAZONI, A. *et al.* Segurança do paciente na percepção da enfermagem e medicina em unidades de terapia intensiva neonatal. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n.1, mar. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64996>. Acesso em: 18 jul. 2020.

URBANETO, J. S. *et al.* Work-related stress according to the demand-control model and minor psychic disorders in nursing workers. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 1186-1193, 2013.

VASCONCELOS, E. F.; PALMIERE, J. A. F.; ARAUJO, K. A. Fatores de risco, proteção psicossocial e trabalho: organizações que emancipam ou que matam. **Psicol. Teor. Prát.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 236-241, 2019.

VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013.

VIEIRA, M. L. C. *et al.* Precarização do trabalho em hospital de ensino e presenteísmo na enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. e23580, ago. 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/23580/19433>. Acesso em: 02 jan. 2021.

VIEIRA, M. L. C. *et al.* Presenteísmo na enfermagem: repercussões para a saúde do trabalhador e a segurança do paciente. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, p. e31107, ago. 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/31107>. Acesso em: 02 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Plan de acción sobre salud mental 2013-2020**. Ginebra, 2013. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/es/](http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/). Acesso em: 13 ago. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **PRIMA-EF: Guidance on the European framework for psychosocial risk management: a resource for employers and worker representatives**. Geneva, 2008. (Protecting workers' Health Series, 9)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A user's guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ)**. Geneva: Division of Mental Health Organization, 1994. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/61113/1/WHO\\_MNH\\_PSF\\_94.8.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/61113/1/WHO_MNH_PSF_94.8.pdf). Acesso em: 07 set. 2019.

ZANELLI, J. C. **Estresse nas organizações de trabalho: compreensão e intervenção baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ZEFERINO, M. T. *et al.* Enfermeiros e uso abusivo de drogas: comprometendo o cuidado de si e do outro. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 599-605, 2006.

## APÊNDICE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O (A) Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Precarização do trabalho em hospital geral e transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem” que possui como objetivos: verificar a suspeição de transtornos mentais comuns em uma amostra de trabalhadores de enfermagem com vínculo precarizado; descrever a associação entre os transtornos mentais comuns e as características de amostra de trabalhadores de enfermagem com vínculo precarizado e analisar as implicações dos transtornos mentais comuns para a saúde dos trabalhadores temporários e a organização do trabalho hospitalar. Você responderá a um instrumento contendo em sua primeira parte dados sobre as características sociodemográficas, laborais e de saúde dos participantes, seguido pelo instrumento de mensuração de TMC, o *Self Reporting Questionnaire (SRQ\_20)*. Os questionários serão entregues no hospital Federal do Andaraí, em local privativo, podendo ser respondido fora do ambiente de trabalho e posteriormente entregue ao pesquisador. Essa pesquisa não representa risco direto para sua saúde ou bem-estar. Os benefícios serão a ampliação dos conhecimentos sobre os impactos da precarização do trabalho sobre a suspeição de TMC em trabalhadores de enfermagem. Caso você queira tirar alguma dúvida ou solicitar outros esclarecimentos poderá entrar em contato telefônico ou pessoalmente com o pesquisador, e poderá também recorrer ao Comitê em Ética em Pesquisa da UERJ. Sua participação é voluntária e você poderá recusar-se a participar a qualquer momento e retirar seu termo de consentimento. Sua recusa não trará prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Você não terá custos ao participar deste estudo. Está garantida e assegurado o sigilo dos dados e o anonimato. Os resultados do estudo serão utilizados apenas para fins acadêmicos, sendo que a guarda dos depoimentos é de responsabilidade dos pesquisadores. O acesso aos dados será feito somente através do contato com os pesquisadores. A divulgação dos resultados ocorrerá sob a forma de relatório, apresentação em eventos científicos e produção de artigos. Assinando este termo, você concorda em participar voluntariamente e declara que todas as dúvidas foram sanadas. Embora concordando em participar, você não está desistindo de nenhum direito. Se você não entendeu alguma parte deste documento pergunte ao pesquisador antes de assinar. Pesquisadores responsáveis: Professor Doutor Elias Barbosa de Oliveira (orientador) e a Mestranda Gilvana Jéssica de Oliveira Higa pertencentes à instituição: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Telefone para contato: (21) 2628 8236 R 210. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com os pesquisadores responsáveis comunique o fato ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (COEP/UERJ) pelo telefone: (021) 2334 2180, e-mail: [etica@uerj.br](mailto:etica@uerj.br).

Eu, \_\_\_\_\_,  
 declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário da pesquisa acima descrita.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do Pesquisador

## ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Precarização do trabalho em hospital geral e transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem

**Pesquisador:** GILVANA JESSICA DE OLIVEIRA HIGA

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 26544419.0.0000.5282

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.915.304

**Apresentação do Projeto:**

De acordo com a pesquisadora, trata-se de um estudo quantitativo com delineamento transversal, do tipo descritivo e exploratório. O campo de estudo será um hospital público federal do MS no município do Rio de Janeiro. Possui atualmente 307 leitos instalados e, destes, 278 encontram-se ativos. A escolha do campo deveu-se ao fato de o hospital possuir em seu quadro de pessoal profissionais de várias categorias com vínculos de trabalho distintos e dentre eles, estatutários, celetistas e temporários ou precarizado. Tendo em vista o número de leitos e unidades que compõem o complexo assistencial hospitalar, optou-se pelos seguintes setores: emergência adulta, acolhimento, emergência pediátrica; enfermarias de clínica médica, medicina interna, ortopedia, neurocirurgia, urologia/ginecologia, cirurgia plástica, cirurgia vascular e cirurgia geral; dentre as unidades fechadas serão também utilizados o centro de tratamento de queimados, unidade coronariana e centro cirúrgico. Optou-se pela amostragem não probabilística, por conveniência, em que haverá escolha deliberada dos elementos da população alvo, dependentes de critérios, análise do pesquisador e acessibilidade dos participantes. A amostra será do tipo estratificada, composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Serão elegíveis para o estudo, todos os trabalhadores que atuam nas respectivas unidades a partir dos seguintes critérios de inclusão: temporários ou precários e que trabalhem há mais de 30 dias na instituição. Serão excluídos os trabalhadores estatutários, celetistas, aqueles que não estejam lotados nas unidades especificadas e com menos de 30 dias de contrato. As variáveis dependentes do estudo

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

Continuação do Parecer: 3.915.304

serão as respostas ao Self Report Questionnaire (SRQ-20). No registro das variáveis independentes será utilizado um instrumento para a caracterização sociodemográfica, ocupacional e condições de saúde da amostra (ANEXO A). No registro das variáveis dependentes, será utilizado o Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) da OMS (1994) na suspeição de TMC com 20 questões sobre o sofrimento psíquico. Para a suspeição de TMC serão utilizados os pontos de corte a partir de 7 ou mais respostas positivas para ambos os sexos. Na análise dos dados será aplicada a Estatística simples e na associação dos TMC com as características da amostra o teste QuiQuadrado\_Parson e o Teste exato de Fischer.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

1. Verificar a suspeição de transtornos mentais comuns em uma amostra de trabalhadores de enfermagem com vínculos precarizados.

Objetivo Secundário:

2. Descrever a associação entre os transtornos mentais comuns e as características de uma amostra de trabalhadores de enfermagem com vínculos precarizados.

3. Analisar as implicações dos transtornos mentais comuns para a saúde dos trabalhadores temporários e a organização do trabalho.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

A pesquisadora informa que apesar de o estudo apresentar risco em termos psicológicos em decorrência das perguntas do instrumento utilizado na suspeição do TMC, o participante será orientado que em caso de desconforto de qualquer natureza será garantido o direito de retirar o TCLE ou declinar da participação em qualquer fase do estudo sem sofrer nenhum tipo de retaliação ou prejuízo para a sua vida pessoal e/ou profissional.

Benefícios:

Na assistência à saúde do trabalhador da instituição analisada o presente estudo contribuirá para a identificação de fatores estressores e riscos psicossociais, fornecendo suporte ao profissional envolvido e implementando medidas de proteção.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está adequadamente estruturado, apresenta todos os elementos essenciais e toda a documentação necessária para a avaliação ética do estudo.

Inclui um Centro Coparticipante onde os dados serão coletados.

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

Continuação do Parecer: 3.915.304

Não se observa vulnerabilidade aos participantes, por considerar que está assegurado o sigilo na coleta de dados por parte da pesquisadora.

O Projeto encontra-se APROVADO.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Orçamento: a pesquisadora informa que o estudo terá financiamento próprio e apresenta a relação de gastos.
- Folha de rosto: está assinada, datada e carimbada pela direção da Faculdade de Enfermagem - ENF/UERJ.
- TCLE – redigido de acordo com a Resolução 466/2012.
- Instrumento de Coleta de Dados – apresenta a os instrumentos de coleta de dados junto ao projeto detalhado, anexado à Plataforma Brasil.
- Carta de anuência da instituição – apresenta a Carta de Anuência do Hospital Federal do Andaraí, local onde pretende coletar os dados, devidamente datada, assinada e carimbada.
- Cronograma – apresenta as etapas do estudo de forma detalhada e de acordo com o tempo de desenvolvimento do estudo.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para março de 2021. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1446506.pdf	11/02/2020 14:57:30		Aceito
Outros	DOCUMENTOCARTAPARECERCONSUBSTANCIADO.docx	11/02/2020 14:55:51	GILVANA JESSICA DE OLIVEIRA HIGA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLETMC2020.pdf	11/02/2020 14:54:55	GILVANA JESSICA DE OLIVEIRA HIGA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoPF2020.pdf	29/01/2020	GILVANA JESSICA	Aceito

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 3.915.304

Folha de Rosto	folhaderostoPF2020.pdf	22:14:07	DE OLIVEIRA HIGA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermodeautorizacaoinstitucionalUERJ.pdf	29/01/2020 22:10:14	GILVANA JESSICA DE OLIVEIRA HIGA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDissertacaoGilvanaFINAL.pdf	29/01/2020 22:05:09	GILVANA JESSICA DE OLIVEIRA HIGA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 13 de Março de 2020

---

**Assinado por:**  
**ALBA LUCIA CASTELO BRANCO**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

## ANEXO B – Instrumento de caracterização dos participantes

### BLOCO A. dados sociodemográficos:

- A1. Sexo: 0 ( ) Masculino 1 ( ) Feminino  
 A2. Faixa etária: 0 ( ) Menor de 25 anos 1 ( ) 26 a 34 anos 2 ( ) 35 a 44 anos 3 ( ) acima de 45 anos  
 A3. Categoria profissional: 0 ( ) Auxiliar de enfermagem 1 ( ) Enfermeiro 2 ( ) Técnico de enfermagem  
 A4. Estado civil: 0 ( ) Solteiro 1 ( ) Casado/ União estável 2 ( ) Divorciado 3 ( ) Viúvo  
 A5. Escolaridade: 0 ( ) Ensino Médio 1 ( ) Graduação 2 ( ) Especialização 3 ( ) Mestrado 4 ( ) Doutorado  
 A6. Renda Familiar em salários mínimos: 0 ( ) 1 a 2 SM 1 ( ) 3 a 5 SM 2 ( ) acima de 5 SM  
 A7. Possui outra fonte de renda ou emprego? 0 ( ) Sim 1 ( ) Não  
 A8. Tipo de jornada nessa unidade: 0 ( ) Plantão diurno 1 ( ) Plantão noturno 2 ( ) Manhã 3 ( ) Tarde  
 A9. Carga horária semanal de trabalho nessa instituição: 0 ( ) 30h 1 ( ) <30h  
 A10. Carga horária total de trabalho considerando outros vínculos: 0 ( ) 30h 1 ( ) 40h 2 ( ) Acima de 40h

### BLOCO B. Sobre o estado de saúde:

- B1. Você tem algum problema de saúde diagnosticado? ( ) Sim ( ) Não  
 Caso afirmativo: ( ) agudo ( ) crônico Qual?

---

B2. Você realiza algum tratamento? ( ) Sim ( ) Não Caso afirmativo, especifique:

---

B3. Faz uso de algum medicamento prescrito para o seu problema de saúde? ( ) Sim ( ) Não ( ) automedicação. Caso afirmativo, qual:

---

B4. Esteve afastado deste trabalho para tratamento de algum problema de saúde dentro dos últimos 12 meses? ( ) sim ( ) não. Caso afirmativo: ( ) menos de 15 dias ( ) mais de 15 dias ( ) mais de 1 mês  
 Especifique porquê:

---

B5. Você teve algum acidente de trabalho nos últimos 12 meses? ( ) Sim ( ) Não  
 Caso afirmativo, qual motivo? ( ) queda ( ) acidente biológico ( ) torção ( ) trajeto ( ) outros  
 Em caso de outros, especifique:

---

Fonte: OLIVEIRA, E. B. *et al.* Grupo de Estudos Saúde Mental e Trabalho. Rio de Janeiro, 2020.

## ANEXO C – Instrumento de coleta de dados - *Self Report Questionnaire* (SRQ-20)

Teste que avalia o sofrimento mental. Por favor, leia estas instruções antes de preencher as questões abaixo. É muito importante que todos que estão preenchendo o questionário sigam as mesmas instruções.

### Instruções

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

OBS: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.

PERGUNTAS	RESPOSTAS	
1- Você tem dores de cabeça freqüente?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
2- Tem falta de apetite?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
3- Dorme mal?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
4- Assusta-se com facilidade?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
5- Tem tremores nas mãos?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
6- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
7- Tem má digestão?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9- Tem se sentido triste ultimamente?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
10- Tem chorado mais do que costume?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação Suas atividades diárias?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa- sofrimento?)	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
17- Tem tido idéia de acabar com a vida?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
19- Você se cansa com facilidade?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
20- Tém sensações desagradáveis no estomago?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>

### RESULTADO

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION, A user's guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ).  
Geneva: Division of Mental Health Organization, 1994.