

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA

GERFERSON ANDRÉ SILVA COSTA

**Trabalho e adoecimento mental: uma análise quantitativa a partir do inquérito  
SAUVI Betim (2014 a 2015)**

Belo Horizonte

2017

GERFERSON ANDRÉ SILVA COSTA

**Trabalho e adoecimento mental: uma análise quantitativa a partir do inquérito**

**SAUVI Betim (2014 a 2015)**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção de título de mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

Área de Concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

Linha de pesquisa: Promoção de saúde e suas bases: Cidadania, Trabalho e Ambiente.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Andréa Maria Silveira

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Jandira Maciel da Silva

Belo Horizonte

Faculdade de Medicina da UFMG

2017

Costa, Gerferson André Silva.

C837t Trabalho e adoecimento mental [manuscrito]: uma análise quantitativa a partir do inquérito SAUVI Betim (2014 a 2015). / Gerferson André Silva Costa. - - Belo Horizonte: 2017.

106f.: il.

Orientador: Andréa Maria Silveira.

Coorientador: Jandira Maciel da Silva.

Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Saúde Mental. 2. Condições de Trabalho. 3. Jornada de Trabalho. 4. Trabalhadores. 5. Depressão. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Silveira, Andréa Maria. II. Silva, Jandira Maciel. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WA 305

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

Reitor:

Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora:

Prof<sup>a</sup>. Sandra Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação:

Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró-Reitor de Pesquisa:

Prof<sup>a</sup>. Adelina Martha dos Reis

### **FACULDADE DE MEDICINA**

Diretor da Faculdade de Medicina:

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina:

Prof. Humberto José Alves

Coordenador do Centro de Pós-Graduação:

Prof<sup>a</sup>. Luiz Armando Cunha de Marco

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social:

Prof. Antônio Tomaz Gonzaga da Matta Machado

### **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA**

Coordenadora:

Prof<sup>a</sup>. Elza Machado de Melo

#### **Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência**

Prof<sup>a</sup>. Andréa Maria Silveira

Prof. Antônio Leite Alves Raddichi

Prof<sup>a</sup>. Cristiane de Freitas Cunha

Prof<sup>a</sup>. Eliane Dias Gontijo

Prof<sup>a</sup>. Elza Machado de Melo

Prof<sup>a</sup>. Efigênia Ferreira e Ferreira

Prof<sup>a</sup>. Soraya Almeida Belisário

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Representante Discente: Maria Beatriz de Oliveira

Suplente: Marcos Vinícius da Silva

Belo Horizonte

2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA  
VIOLÊNCIA/MP

UFMG

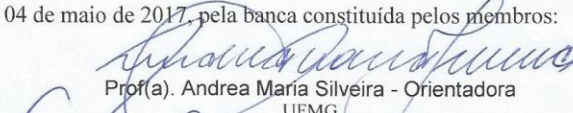
## FOLHA DE APROVAÇÃO

TRABALHO E ADOECIMENTO MENTAL: UMA ANÁLISE QUANTITATIVA A  
PARTIR DO INQUERITO SAUVI BETIM (2014 a 2015).

### GERFERSON ANDRÉ SILVA COSTA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 04 de maio de 2017, pela banca constituída pelos membros:

  
Prof(a). Andrea Maria Silveira - Orientadora  
UFMG

  
Prof(a). Jandira Maciel da Silva  
UFMG

  
Prof(a). Maria da Conceição Juste Werneck Côrtes  
UFMG

  
Luiz Carlos Brant Carneiro

UFMG

Belo Horizonte, 04 de maio de 2017.

A todos (as) que fizeram parte da minha trajetória  
profissional e pessoal.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, a Deus, por ter me dado forças e esperança, nos momentos difíceis.

A minha família, por ter me ensinado a batalhar pelos meus sonhos.

À professora Dra. Andréa Maria Silveira e à professora Jandira Maciel da Silva, pelo aprendizado proporcionado nessa curta jornada acadêmica.

Ao professor Ricardo Tavares, pelo grande auxílio nas análises estatísticas e pela paciência na construção (e reconstrução) do meu projeto.

À professora Dra. Elza Machado de Melo, pela oportunidade de crescimento profissional e pessoal, proporcionada por este mestrado.

Aos demais professores do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UFMG, pelas contribuições feitas durante as aulas expositivas e/ou práticas.

À Lauriza Maria Nunes Pinto e à Amanda Batista Marcelino, por todo o suporte dado nesses dois anos.

À Tatiana Helga da Silva, pelo carinho e companheirismo em cada semestre, compartilhando conhecimentos, lutas e conquistas.

Aos colegas do CDTN, pelo apoio e compreensão nos meus momentos de ausência.

Aos colegas do mestrado, pela construção e reconstrução do conhecimento em promoção da saúde e prevenção da violência.

E a todos aos meus amigos e amigas (especialmente, ao Bruno Mattei), pelo apoio nos momentos difíceis.

## APRESENTAÇÃO

O trabalho vem sofrendo transformações desde o seu surgimento. Inicialmente, com a escravidão, ele era imposto; com a liberdade do homem, ele passa a ser moeda de troca, uma conquista e uma necessidade. Para muitos ele é imprescindível para autorealização, mas em muitas situações ele é visto como obrigação. Os riscos presentes na execução de um trabalho, ou presentes no ambiente onde ele é executado sempre existiram, mas eles vêm sendo minimizados por meio de inovações tecnológicas e mudanças nos processos e organização do trabalho.

É fato que o trabalho não é só essencial para a obtenção de uma renda e movimentação da economia de um país, ele também é um fator importante no processo saúde/doença. Em certas condições, ele pode promover a saúde, mas em outras ele é causador de adoecimento.

Não se trata de um adoecimento indefinido, mas aquele que já vem sendo apontado em estudos recentes como gerador de impacto na qualidade de vida dos indivíduos acometidos: o adoecimento mental. A presente pesquisa se propôs a investigar se determinadas características do trabalho (condições e jornadas de trabalho) estavam relacionadas com esse adoecimento, aqui representado pelo autorrelato de depressão, ansiedade/outro problema psiquiátrico, abuso e/ou dependência de álcool e uso de remédios para dormir.

Os resultados alcançados podem contribuir para a elaboração de políticas de proteção à saúde mental dos trabalhadores e no subsídio a outras pesquisas que se propuserem a investigar a relação entre determinados fatores do trabalho e esse adoecimento. Com a redução do impacto causado pelos transtornos mentais, almeja-se que os benefícios estendam-se do nível individual – mantendo o nível adequado de qualidade de vida dos indivíduos – ao nível social – mantendo a força produtiva saudável e geradora de riquezas.

Esta pesquisa não esgota o tema das relações entre o trabalho e adoecimento mental do trabalhador, até porque nem todas as possíveis variáveis foram estudadas. Mas, espera-



se que as considerações aqui realizadas sirvam de reflexão e estimulem estudiosos, trabalhadores, gestores e a sociedade como um todo a buscarem e lutarem por um ambiente de trabalho saudável.

## RESUMO

Este trabalho objetivou analisar associações entre algumas características do trabalho (condições e jornadas de trabalho) e o autorrelato de depressão, ansiedade/outro problema psiquiátrico, uso de remédios para dormir e problemas relacionados ao consumo de álcool em trabalhadores do inquérito SAUVI-Betim. Trata-se de um estudo transversal, que analisou dados desse inquérito, realizado nos anos de 2014-2015 no município de Betim (MG). Inicialmente, foram analisadas informações gerais do inquérito, comparando os grupos de trabalhadores e não trabalhadores. Em seguida, foi feita uma análise compreendendo somente o grupo de trabalhadores (614 pessoas). A análise estatística compreendeu a aplicação do teste do qui-quadrado nas tabelas de contingências e a realização de análises de correspondências entre variáveis específicas do bloco “Trabalho” e do bloco “Saúde”. Encontrou-se significância estatística ( $p < 0,05$ ), principalmente, entre ser do sexo feminino e uma maior frequência de depressão, ansiedade/outro problema psiquiátrico e do uso de remédio para dormir; ser do sexo masculino e o resultado positivo do CAGE; o estado civil “separado/divorciado” e o autorrelato de depressão e uso de remédios para dormir; menores rendas familiares com o autorrelato de depressão; e o uso de remédio para dormir na faixa etária de 50 a 59 anos. Além disso, a análise de correspondência encontrou as seguintes associações: o consumo de bebida alcoólica foi maior para aqueles que realizavam extensas jornadas; o resultado positivo do CAGE foi associado com piores condições de trabalho; tanto o uso de remédios para dormir, quanto a ansiedade/outro problema psiquiátrico foi associado ao trabalho noturno; e o autorrelato de depressão esteve associado com a realização de horas extras. Este estudo apontou que certas características das jornadas e condições de trabalho estavam associadas com as variáveis referentes ao adoecimento mental, em trabalhadores do inquérito SAUVI. Outras pesquisas que avaliem a relação de causalidade e investiguem outras variáveis devem ser conduzidas.

**Palavras-chave:** saúde mental; condições de trabalho; jornada de trabalho; trabalhadores.

## ABSTRACT

This study aimed to analyze associations between some characteristics of work (conditions and work hours) and self-report of depression, anxiety/another psychiatric problem, use of sleep aids and problems related to alcohol consumption in workers of the SAUVI-Betim survey. This is a cross-sectional study, which analyzed data from this survey, conducted in the years 2014-2015 in the city of Betim (MG). Initially, general survey information was analyzed comparing groups of workers and non-workers. Then, an analysis was made comprising only the group of workers (614 people). The statistical analysis included the application of the chi-square test in the contingency tables and the analysis of correspondences between "Work" and "Health" categories. Statistical significance ( $p < 0.05$ ) was found, mainly between being female and a higher frequency of depression, anxiety/other psychiatric problem and use of sleeping aids; being male and the positive CAGE result; "Separated/divorced" marital status and self-report of depression and use of sleeping aids; lower family incomes with self-reported depression; and the use of sleeping aids in the 50-59 age group. In addition, the correspondence analysis found the following associations: the consumption of alcoholic beverages was greater for those who carried out extensive journeys; the positive CAGE result was associated with worse working conditions; both the use of sleeping pills and the anxiety/other psychiatric problem was associated with night work; and self-reported depression was associated with overtime work. This study pointed out that certain characteristics of working hours and working conditions were associated with the variables related to mental illness in workers of the SAUVI survey. Other research that evaluates causation and investigates other variables should be conducted.

**Keywords:** mental health; working conditions; work hours; workers.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa de correspondência entre as faixas de dose de bebida alcoólica e a jornada de trabalho combinada com horas extras.....	78
Figura 2 - Mapa de correspondência entre as variáveis relacionadas ao adoecimento mental e características da jornada e condições de trabalho .....	80

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Proporção de internações por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC) no município de Betim, por ano (2013-2015) e por sexo.....	43
---	----

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Variáveis utilizadas para a composição do indicador .....	51
--	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e as variáveis relacionadas ao adoecimento mental no grupo de trabalhadores e não trabalhadores da amostra do SAUVI Betim (2014-2015).....	66
Tabela 2 - Perfil sociodemográfico e a sua relação com a jornada de trabalho no grupo de trabalhadores da amostra do SAUVI - Betim (2014-2015).....	70
Tabela 3 - Perfil sociodemográfico e as variáveis relacionadas ao adoecimento mental na amostra de trabalhadores do SAUVI - Betim (2014-2015).....	73
Tabela 4 - Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (faixas de doses). .....	77
Tabela 5 - Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (Jornada de trabalho combinada com horas extras).....	77
Tabela 6 - Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (adoecimento mental). .....	79
Tabela 7 - Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (Jornada e Condições de Trabalho). .....	79

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Análise de Correspondência
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CAGE	Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID	Classificação Internacional de Doenças
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DALY	Disability Adjusted Life Year
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora
SAUVI	Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SIS	Sistema de Informações em Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TMC	Transtornos Mentais e Comportamentais



## Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	17
1.1 Hipóteses .....	20
2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS .....	21
2.1 Breve histórico do trabalho na sociedade .....	21
2.2 O trabalho na sociedade contemporânea .....	24
2.3 Possíveis consequências dos processos de trabalho na saúde mental dos trabalhadores.....	27
2.3.1 Problemas relacionados ao álcool.....	29
2.3.2 Depressão .....	33
2.3.3 Uso de remédios para dormir .....	36
2.3.4 Ansiedade e outros transtornos.....	39
2.4 Conhecendo a cidade de Betim .....	41
3 JUSTIFICATIVA .....	46
4 OBJETIVOS.....	47
4.1 Objetivo geral .....	47
4.2 Objetivos específicos.....	47
5 METODOLOGIA.....	48
5.1 O inquérito SAUVI.....	48
5.2 Recorte do estudo .....	50
5.3 Recodificando as variáveis do bloco “Trabalho” .....	50
5.4 Recodificando as variáveis do bloco “Saúde” .....	52
6 ARTIGO DE RESULTADOS.....	55
1 INTRODUÇÃO.....	57
2 METODOLOGIA.....	59

O inquérito SAUVI.....	59
A análise dos dados .....	64
3 RESULTADOS .....	65
Perfil sociodemográfico do inquérito SAUVI.....	65
Perfil sociodemográfico dos trabalhadores da amostra .....	66
Dados econômicos e características do trabalho .....	68
Perfil sociodemográfico e as variáveis relacionadas ao adoecimento mental em trabalhadores.....	68
Situação no mercado de trabalho, renda e variáveis relacionadas ao adoecimento mental em trabalhadores.....	69
A prática religiosa e o resultado do CAGE .....	69
Resultados das Análises de Correspondência.....	77
4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	80
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	87
REFERÊNCIAS .....	89
ANEXOS .....	100
ANEXO A - APROVAÇÃO NO COEP/UFMG .....	100
ANEXO B – PERGUNTAS UTILIZADAS DO QUESTIONÁRIO SAUVI .....	101

## 1 INTRODUÇÃO

Por muito tempo, o trabalho teve um significado negativo. Essa interpretação originou-se tanto do significado etimológico da palavra (*tripalium*) que faz referência a um instrumento utilizado para torturar escravos na Antiguidade, quanto do menosprezo dos gregos pelo trabalho manual, no período clássico (CARVALHO, 2014; SANTOS, 2012).

Apesar das transformações ocorridas no modo como o trabalho é planejado e executado, o mesmo ainda pode ser compreendido de forma negativa pelos trabalhadores. Isso ocorre quando há uma sobrecarga de trabalho (física ou intelectual) em descompasso com as suas necessidades, e/ou quando eles não possuem autonomia para organizar o seu próprio trabalho (DEJOURS, 1992). As consequências desses fatores vão além de uma percepção “negativa” do ato de trabalhar, pois o sofrimento advindo dessa relação de conflito entre “trabalho x capacidade física e intelectual x projetos de vida” pode favorecer o adoecimento físico e mental do trabalhador (DEJOURS, 1992).

Essa relação entre trabalho e adoecimento foi, por muito tempo, ignorada. O primeiro estudo sobre esse tema que obteve repercussão mundial foi publicado em 1700, de autoria do médico italiano, Bernardino Ramazzini, que o nomeou de *De morbis artificum diatriba* (As doenças dos trabalhadores). Porém, foi somente com a Revolução Industrial, entre 1760 e 1830, inicialmente na Inglaterra, que os problemas de saúde dos trabalhadores tiveram destaque e mobilizaram a opinião pública, levando o parlamento britânico a aprovar a primeira lei de proteção aos trabalhadores: a “Lei de Saúde e Moral dos Aprendizes”, em 1802. Tal mobilização ocorreu devido às condições precárias das fábricas (ambientes mal ventilados e mal iluminados, exposição ao ruído e exposição a substâncias tóxicas e aos microrganismos), dos numerosos acidentes e das extensas e intensas jornadas de trabalho que culminavam com doenças ocupacionais e, por vezes, mortes (CARVALHO, 2014).

No Brasil, o reconhecimento dos direitos trabalhistas se deu mais alinhado aos interesses políticos do Governo Vargas, do que propriamente com a proteção aos trabalhadores (VIANA, 2013). Contudo a proteção à saúde no trabalho foi contemplada na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em 1943. Além disso, o país é signatário de várias convenções da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre o tema e o Ministério do Trabalho e

Emprego regulamenta portarias que determinam ações em temas estratégicos nas relações e no ambiente de trabalho.

Com a Constituição Federal de 1988 uma série de direitos dos trabalhadores foi afirmada como direitos sociais, representando um possível avanço em termos de saúde do trabalhador, principalmente por enumerar como um dos seus direitos a “redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança” (BRASIL, 2012, p. 19). Dessa forma, o trabalho passou a ser um direito humano fundamental, não devendo representar um risco à saúde.

Essa conquista ocorreu devido ao recrudescimento dos movimentos sociais entre as décadas de 70 e 90, que buscavam institucionalizar a Saúde do Trabalhador no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Avanços foram obtidos nos anos seguintes com a lei 8.080 de 1990 (que definiu a Saúde do Trabalhador e enumerou atividades deste campo de atuação, por meio do artigo 6º, parágrafo 3º), com a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), em 2002 (que buscou articular-se com as redes do SUS já existentes para disseminar ações em saúde do trabalhador) (LEAO e VASCONCELOS, 2011) e com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNSTT, em 2012, que se integra a outras políticas de saúde do SUS e destaca o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença, abrangendo todos os trabalhadores (GÓMEZ, 2013). Apesar dessas conquistas, as demandas da classe trabalhadora estão longe de serem atendidas integralmente (BRAGA JR, 2005).

Com as políticas públicas em Saúde do Trabalhador, houve uma redução de riscos ocupacionais. Porém, a incorporação de novas tecnologias e mudanças nos processos de trabalho trouxeram novos riscos e possibilidades de danos à saúde. A modificação desse perfil de saúde e adoecimento do trabalhador tem se expressado através do aumento da prevalência de diversas doenças relacionadas ao trabalho, merecendo destaque, os transtornos mentais (BRAGA JÚNIOR, 2006).

Os transtornos mentais relacionados ao trabalho têm sido estudados, devido ao impacto que trazem aos trabalhadores, por incapacita-los para o trabalho e, conseqüentemente, por prejudicar financeiramente, tanto o indivíduo que adocece mentalmente, quanto a sociedade que perde em termos de força produtiva. Segundo Silva-Junior e Fischer (2014), no período

de 2008 a 2011 os transtornos mentais representaram a terceira causa de concessão de benefícios previdenciários, sendo relacionados ao trabalho, em 6,3% dos casos de afastamento.

É importante destacar que o trabalho já havia sido relatado como fator contribuinte para o surgimento dos transtornos mentais, por Louis Le Guillant, em sua descrição sobre a neurose das telefonistas, em 1956. Dejours (1992) aponta como principal causa dessa neurose, a organização do trabalho que limita a adaptação e readaptação do trabalho, impedindo a descarga de tensão psíquica e provocando sofrimento mental nessas trabalhadoras. A partir das décadas de 1990 e 2000, os estudos que investigam a relação entre saúde mental e trabalho ganharam força e diversidade nas análises, em busca da identificação de como ocorre o desequilíbrio entre esses campos do conhecimento (BERNARDO, et al., 2010). Desde então, alguns estudos já vêm apontando que a relação “transtornos mentais e trabalho” pode estar associada a certas situações e características do trabalho, proporcionando o surgimento de vários transtornos como: depressão, ansiedade, síndrome do estresse pós-traumático, insônia, etc. (GLINA et al., 2001).

O estudo supracitado foi de caráter qualitativo e, através do aprofundamento da compreensão da relação saúde mental x trabalho, evidenciou uma série de variáveis que merecem um estudo com análise estatística, para realização de associações e inferências. Entre as variáveis contribuintes para o aparecimento de transtornos mentais, Glina et al. (2001) destacaram: os ambientes de trabalho insalubres e perigosos, a jornada de trabalho no período noturno, a realização de horas extras, a falta de autonomia dos trabalhadores, a pressão para o cumprimento de metas, a falta de reconhecimento profissional, a estagnação na carreira e a execução de trabalhos repetitivos.

Não se pretende esgotar todas as possíveis associações entre trabalho e o adoecimento mental do trabalhador neste estudo, até porque muitas variáveis importantes, não estão contempladas no banco de dados do inquérito que foi utilizado: SAUVI – Pesquisa sobre Saúde e Violência. Porém, espera-se que este estudo identifique e discuta as relações entre algumas características do trabalho, e a frequência de algumas variáveis sugestivas de adoecimento mental do trabalhador.

## 1.1 Hipóteses

As hipóteses que este trabalho pretendeu verificar foram:

- Longas jornadas (mais de 44 horas semanais de trabalho e realização de hora extra) e trabalho noturno estão associados a mais alta frequência do autorrelato de depressão, ansiedade/outro problema psiquiátrico, uso de remédios para dormir e problemas relacionados ao consumo de álcool;
- E condições precárias de trabalho também estão associadas a mais alta frequência do autorrelato de depressão, ansiedade/outro problema psiquiátrico, uso de remédios para dormir e problemas relacionados ao consumo de álcool.

Em seu livro “A loucura do trabalho”, Dejours (1992) diferencia condições de organização do trabalho. Para ele, as condições de trabalho compreendem o ambiente físico, o ambiente químico, o ambiente biológico, as condições de higiene, de segurança e as características antropométricas do posto de trabalho. Já a organização do trabalho é referida como divisão do trabalho, conteúdo da tarefa, modalidade de comando, relações de poder, entre outras características da hierarquia de uma instituição. Nesta pesquisa, o conceito de condições de trabalho foi unificado, compreendendo esses dois conceitos propostos por Dejours (1992).

## 2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

### 2.1 Breve histórico do trabalho na sociedade

O trabalho remunerado como conhecemos hoje se originou de mudanças sociais, políticas e econômicas nas sociedades, ao longo da história. É fato que em muitas culturas ele é a base da economia (GIDDENS, 2005). Sua definição engloba a execução de atividades tanto no âmbito mental, quanto no âmbito físico, cujo propósito pode ser a produção de mercadorias ou prestação de serviços para satisfazer as necessidades humanas (GIDDENS, 2005), mas também pode ser uma atividade que modifica a realidade exterior, ou que estabelece relações entre os homens, ou que leva a novas descobertas na vida (ROSSATO, 2001).

Registros históricos apontam que na Antiguidade Clássica, tanto na Grécia, quanto na Roma imperial, o trabalho era dividido em duas categorias: o trabalho intelectual, artístico ou político destinado à classe dominante e o trabalho “braçal”, cuja característica era a extrema penosidade, executado por escravos (ORNELLAS e MONTEIRO, 2006).

Na Idade Média, o feudalismo transformou o escravo da Grécia e Roma no servo do senhor feudal. As condições de trabalho continuaram precárias e os servos permaneceram em situação de miséria (MONTELLATO, 2000 apud ORNELLAS e MONTEIRO, 2006).

Com a Revolução Industrial, no século XVIII, as condições de trabalho modificaram-se drasticamente. O trabalho que antes dependia em grande parte da força humana, passa a ser executado pela força motriz das máquinas; o trabalho antes executado no âmbito doméstico passa a ser realizado no interior das fábricas e indústrias; e o trabalho que demandava vários trabalhadores passa a ser executado por uma menor força de trabalho e com maior ritmo, graças à evolução do maquinismo (NASCIMENTO, 2011).

O aumento da produção garantido com a evolução tecnológica trouxe diversas mudanças na organização do trabalho. Com o objetivo de operar de forma mais eficiente o possível, Frederick Taylor (1856-1915) desenvolveu uma série de princípios baseados na fragmentação de tarefas, de modo a racionalizar o trabalho (WOOD JR, 1992).

A adoção de máquinas e a busca de maior produtividade implicaram, muitas vezes, na necessidade dos trabalhadores se ajustarem ao ritmo das máquinas. Através do mecanicismo, as pessoas foram ajustadas ao trabalho, buscando o aumento da produtividade (WOOD JR, 1992). De acordo com Cipolla (2003), essa divisão do trabalho baseada na manufatura exerce certo controle sobre o trabalho, já que o produto final depende das frações individuais de trabalho, executadas num determinado período de tempo.

Seguindo os princípios do taylorismo, Henry Ford (1863-1947) buscou intensificar a produção em massa, unindo as tarefas isoladas propostas por Taylor dentro de um sistema de produção contínua – a esteira rolante (GIDDENS, 2005). O sistema implantado por Ford determinou o que o trabalhador deveria fazer e qual deveria ser o ritmo (CIPOLLA, 2003).

Porém, nem todos os países que iniciaram o processo de industrialização possuíam características de mercado e de economia, para aderir ao modelo taylorista-fordista. Em particular, o Japão possuía um pequeno mercado doméstico e a exportação de seus produtos era bem remota. Devido a essa impossibilidade de produção em grande escala, surgiu na década de 50, no Japão, um modelo chamado toyotismo. Os seus formuladores, o engenheiro Eiji Toyoda e o especialista em produção, Taiichi Ohno, desenvolveram uma série de inovações técnicas que reduziram o tempo e o custo da produção. Eles verificaram que produzir lotes pequenos de peças heterogêneas saía muito mais barato (WOOD JR, 1992).

Esse modo de produção também trouxe uma série de implicações para o mundo do trabalho e para a produção: como os produtos eram produzidos em pequenas quantidades, as falhas na qualidade eram percebidas quase que instantaneamente; os fornecedores eram agrupados em grupos funcionais e eram intimamente envolvidos no desenvolvimento dos produtos da empresa; e o trabalhador, antes superespecializado em uma única função proposta pelo taylorismo-fordismo, deu origem a um trabalhador qualificado em várias funções (WOOD JR, 1992).

Fica evidente que as diversas formas de organização do trabalho surgidas na era da industrialização buscavam a eficiência produtiva (NASCIMENTO, 2011). As relações de produção possuíam (e ainda possuem) uma natureza antagônica, em que de um lado o capitalista busca utilizar a força de trabalho ao máximo, e por outro o trabalhador tenta



proteger-se contra um uso que o impeça de vendê-la novamente, seja por exaustão, doença ou acidente (CIPOLLA, 2003).

A discussão a respeito do histórico e evolução do trabalho na sociedade é imprescindível para entender a sua configuração atual e as suas possíveis consequências na saúde do trabalhador. Os modelos citados, apesar de suas deficiências, não foram totalmente melhorados e/ou substituídos, mas coexistem nas relações de produção de várias indústrias e de diversos ambientes de trabalho (WOOD JR, 1992; SORJ, 2000).

Apesar do lucro obtido pelos empregadores, o taylorismo-fordismo tornou o sistema de produção altamente burocratizado e centralizador. Para a classe trabalhadora, esse sistema também trouxe consequências negativas: o trabalhador não mais compreendia a totalidade do processo de produção; a superespecialização do trabalhador numa única tarefa reduziu as suas habilidades genéricas (WOOD JR, 1992); houve um isolamento do trabalhador tanto pela fixação espacial como pela intensidade do trabalho (CIPOLLA, 2003); e os trabalhadores tornaram-se cada vez mais insatisfeitos, devido ao controle rígido da produção e ao desgaste físico, ocasionado pelo intenso ritmo de trabalho (GIDDENS, 2005).

O toyotismo também não está livre de críticas. Esse modelo exerce pressão tanto na classe trabalhadora, quanto nos fornecedores que devem sempre buscar reduzir o custo da produção ao máximo e trabalhar com margem de lucro insuficiente. Tal pressão tem como consequências a redução da devoção dos empregados pela empresa e, conseqüentemente, representa uma ameaça à estabilidade desse sistema (WOOD JR, 1992). Giddens (2005) questiona se essa fase não é apenas uma reestruturação do fordismo, já que o modelo fordista não foi totalmente abandonado, sendo ainda dominante na maioria das indústrias.

É importante ressaltar que o intenso ritmo de produção não foi (e não é) o único fator negativo das condições de trabalho. A precariedade das condições do local de trabalho e a exposição aos riscos de degradação da integridade física dos trabalhadores do início da era industrial assumiram, muitas vezes, dimensões graves. Esse ambiente profissional era responsável não só pelos acidentes, mas pelas enfermidades típicas ou agravadas pelo trabalho (NASCIMENTO, 2011). Apesar das melhorias implementadas tanto no ambiente industrial, como em outros ambientes de trabalho, a precariedade do local de trabalho ainda é uma realidade ao redor do mundo e merece destaque no prejuízo à saúde dos trabalhadores.

## 2.2 O trabalho na sociedade contemporânea

### O que é contemporâneo?

Antes de explicar sobre o trabalho na sociedade contemporânea, é importante que se faça a definição do que é o contemporâneo. Segundo Agamben (2009, p. 63): “Contemporâneo é aquele que mantém fixo o olhar no seu tempo, para nele perceber não as luzes, mas o escuro”. Ele ainda afirma que esse escuro não se trata de uma forma de passividade, mas sim de uma postura ativa que busca neutralizar as luzes da sua época, para identificar nas trevas, o seu escuro especial. Em outras palavras, ser contemporâneo requer enxergar além do que já está visível, e assim ler de forma inédita a história.

Com base nesse conceito, foi realizado o levantamento das principais transformações nos processos de trabalho, buscando identificar as possíveis associações com o adoecimento mental do trabalhador.

### Transformações nos processos de trabalho

Atualmente, devido à reestruturação do capital, flexibilização e mobilidade do local de trabalho, a classe trabalhadora tem se modificado. Houve uma redução do contingente de trabalhadores tradicionais da indústria, e em contrapartida surgiram os novos proletariados fabris e de serviços (ANTUNES, 2015; ANTUNES e ALVES, 2004).

Devido à crise do capitalismo, esses trabalhadores foram obrigados a buscar trabalho em condições muito adversas: terceirização, subcontratação, entre outras formas. Porém, essa não foi a única mudança que ocorreu na classe trabalhadora. As mulheres passaram a ocupar cada vez mais os postos de trabalho. Mas, infelizmente, esse trabalho muitas vezes é precarizado e desregulamentado, observando-se diversas desigualdades, como a diferença salarial entre homens e mulheres, que ocupam o mesmo cargo (ANTUNES, 2015; PROBST e RAMOS, 2003).

Outras mudanças observadas foram a expansão do terceiro setor e do trabalho em domicílio (ANTUNES, 2015). O terceiro setor é uma forma alternativa de ocupação, movido

predominantemente pelo trabalho voluntário. Trata-se de uma solução limitada para suprir as perdas de postos de trabalho, ocasionadas pela crise do capital.

Como houve uma expansão de pequenas e médias unidades produtivas, o trabalho em casa passou a ser uma realidade. O avanço tecnológico fez com que os processos de trabalho se tornassem ainda mais fragmentados, abrindo novas possibilidades de trabalho, como aquele executado em domicílio (ANTUNES, 2015; LAVINAS et al., 2000).

Alguns autores também referem que o trabalho no capitalismo contemporâneo tem se caracterizado pelo alto grau de mecanização, sem necessariamente implicar em redução do trabalho executado diretamente pelo homem (CARCANHOLO e MEDEIROS, 2012).

Além das transformações citadas, quatro tendências têm modificado a forma como se trabalha hoje em dia (KAMP e ANKERSTJERNE, 2012):

- A ascensão de “profissionais do conhecimento”: são indivíduos qualificados em uma determinada área, com capacidade de identificar problemas de uma empresa, apontar soluções e trabalhar a informação gerada. Devido à flexibilidade desse trabalho, esses trabalhadores podem executar suas atividades em casa;
- O surgimento de novas tecnologias: que estão facilitando o processo de comunicação, compartilhamento de informações e tomada de decisão.
- Da geração X para a geração Y: a geração Y promete trazer mudanças drásticas na forma de se trabalhar, devido as suas características peculiares - grande conhecimento em tecnologia e busca por um melhor equilíbrio entre trabalho e família;
- A globalização e a pressão para executar: busca-se recrutar e reter talentos de diversos países. Assim, os trabalhadores estão vivenciando situações inéditas e convivendo com colegas de diversas culturas e conhecimentos. Além disso, o desempenho está sendo intensamente cobrado. Com a globalização, as empresas buscam manter-se competitivas, e, para isso, o desempenho e a produtividade são prioridades.

Um ambiente saudável de trabalho é essencial em qualquer circunstância, principalmente, onde um alto desempenho dos trabalhadores é exigido.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde - OMS (p.6, 2010):

Um ambiente de trabalho saudável é aquele em que os trabalhadores e os gestores colaboram para o uso de um processo de melhoria contínua da proteção e promoção da segurança, saúde e bem-estar de todos os trabalhadores e para a sustentabilidade do ambiente de trabalho [...].

Caso a premissa acima não seja seguida, as consequências afetarão não só os trabalhadores, mas também as empresas, que deveriam propiciar esses ambientes: adoecimento dos trabalhadores, aumento das taxas de absenteísmo, queda na produtividade e ação judicial, com consequente geração de multas e até prisões de dirigentes (OMS, 2010).

#### A reforma trabalhista no Brasil

A Reforma Trabalhista aprovada pela Câmara dos Deputados, na madrugada de 26 de abril, segue para o Senado para avaliação e votação. Com a proposta de realizar mudanças na CLT, para adequar a legislação a nova realidade, a Reforma Trabalhista têm recebido críticas de políticos e da população brasileira.

Dentre as questões que sofrerão alteração com a Reforma Trabalhista estão os acordos coletivos. Tais acordos terão precedência frente à legislação trabalhista, podendo ser negociados o parcelamento das férias, a jornada de trabalho, a redução do salário e o banco de horas (BRASIL, 2016).

Além dos acordos coletivos, a atuação dos sindicatos também sofrerá grandes mudanças. Se esse Projeto de Lei for aprovado haverá uma representação do trabalhador no local de trabalho, independente do sindicato, estabelecida por meio de uma comissão. Ainda, a homologação da rescisão contratual (com duração maior ou igual a um ano) não passará obrigatoriamente pelos sindicatos, podendo ser feita pela comissão ou representantes dos empregados (BRASIL, 2016). Com isso, haverá uma fragmentação na negociação coletiva e favorecimento às empresas nas negociações, de uma forma geral (DIEESE, 2017).

De acordo com o Dieese (2017), esse projeto de lei institui uma série de garantias às empresas, trazendo como alguns dos fundamentos a revogação do princípio que protege o trabalhador perante o empregador (o Estado passará a proteger menos o trabalhador), a

redução do poder de negociação dos sindicatos e autorização para o rebaixamento de direitos previstos em lei (princípio da prevalência do negociado sobre o legislado). Dessa forma, o Projeto de Lei 6.787/2016 resultará em uma grande redução dos direitos dos trabalhadores, em uma redução considerável do papel do Estado (no que diz respeito à proteção ao trabalhador), precarizando as condições e relações de trabalho (DIEESE, 2017).

### 2.3 Possíveis consequências dos processos de trabalho na saúde mental dos trabalhadores

A OMS (2001) caracteriza os transtornos mentais e comportamentais como condições clínicas que alteram o modo de pensar e o humor ou como os comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento pessoal. Além disso, elas devem ser sustentadas e devem causar perturbação do funcionamento pessoal em uma ou mais esferas da vida do indivíduo.

A incapacidade gerada pelos transtornos mentais pode ser organizada em quatro áreas: 1) limitações em atividades da vida diária (autocuidado, higiene pessoal, repouso, sono etc.); 2) interação apropriada com outras pessoas; 3) capacidade de completar uma tarefa; e 4) deterioração ou descompensação no trabalho (falhas recorrentes na adaptação para execução do trabalho) (BRASIL, 2001a).

Apesar dos transtornos mentais possuírem a sua base física no cérebro, eles resultam de uma série de fatores biológicos, psicológicos e sociais, podendo afetar qualquer pessoa (OMS, 2001). Quando se fala em transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho, a atividade laborativa pode contribuir para as alterações da saúde mental do trabalhador de diversas formas, seja devido à exposição a agentes tóxicos, seja pela organização do trabalho a ser executado, ou pela ameaça a sua integridade física/mental (BRASIL, 2001a). Assim, “os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho resultam [...] de contextos de trabalho em interação com o corpo e o aparato psíquico dos trabalhadores” (BRASIL, 2001a, p. 161).

Por isso, o estresse no trabalho é um fator comumente encontrado em estudos que o relacionam com os transtornos mentais (ANDRADE e DANTAS, 2015). De acordo com a NIOSH (1999) o estresse no trabalho pode ser definido como um desequilíbrio entre os requisitos para a execução de um determinado trabalho e a capacidade, recursos e

necessidades do trabalhador. Com isso, esse desequilíbrio pode prejudicar o trabalhador tanto fisicamente, como emocionalmente.

Os fatores do trabalho que podem provocar esse estresse estão relacionados (NIOSH, 1999):

- Às características da tarefa: intensas jornadas, longas horas de trabalho, alternância de turnos de trabalho; trabalhos que não utilizam as capacidades dos trabalhadores e não proporcionam a sensação mínima de controle;
- Ao gerenciamento do trabalho: ausência de participação dos trabalhadores na tomada de decisões, escassa comunicação com a empresa e ausência de políticas amigáveis;
- Às relações interpessoais: ausência de suporte dos colegas de trabalho e supervisores;
- Às regras do trabalho: Expectativas conflitantes ou incertas no trabalho, muita responsabilidade ou muitas regras a serem seguidas;
- Às preocupações com a carreira: insegurança no emprego ou falta de oportunidade de crescimento ou promoção; rápidas mudanças sem preparo adequado dos trabalhadores;
- Às condições do ambiente: condições físicas perigosas ou desconfortáveis, como superlotação, barulho, poluição do ar, ou problemas ergonômicos do posto de trabalho;

Dejours (2004) constata que apesar do avanço tecnológico e das novas organizações do trabalho, o trabalho penoso não deixou de existir. Inclusive, ele acrescenta que houve um aumento das desigualdades e da injustiça social, o que resultou em formas de sofrimento qualitativamente mais complexas e sutis, sobretudo do ponto de vista psíquico. Para Freitas (2006, p. 104):

A atividade de trabalho é um processo dialético: de um lado, o sujeito trabalhador, que dá sentido ao que faz; de outro, as situações de trabalho, as quais impactam sobre as percepções desse trabalhador em relação a todo o contexto de trabalho. Diante dessa dialética, o trabalhador pode ter vivências de prazer e/ou sofrimento. As vivências de sofrimento podem se expressar pelos males causados no corpo, na mente e nas relações socioprofissionais; portanto, as causas advêm do contexto de trabalho.

Com base no exposto, será feita uma breve revisão sobre as variáveis que caracterizam o adoecimento mental aqui abordado. Tratam-se não apenas do autorrelato de alguns transtornos mentais (depressão e ansiedade/outro problema psiquiátrico), mas também no autorrelato de comportamentos indicativos e, por vezes, defensivos diante desse adoecimento (uso de remédio para dormir e problemas relacionados ao álcool).

### 2.3.1 Problemas relacionados ao álcool

O consumo abusivo de bebidas alcoólicas é considerado um problema de saúde pública, que acarreta tanto o adoecimento físico, quanto o mental (MENÉNDEZ e PARDO, 2005). O álcool etílico é um composto químico, que após absorvido, alcança rapidamente o Sistema Nervoso Central (SNC) e outros órgãos. Após a absorção, o álcool leva, primeiramente, a uma fase estimulante e em seguida, uma depressiva. O seu metabolismo ocorre em sua maior parte no fígado (90%), e o restante nos pulmões e rins (10%) (PEDROSA, 2013; VIEIRA, 2012).

Vale destacar que o metabolismo do álcool, entre os sexos masculino e feminino, é diferente. As mulheres são mais suscetíveis aos efeitos nocivos do álcool do que os homens, pois elas possuem maior quantidade de gordura, menor quantidade de água no corpo e da enzima álcool desidrogenase, o que interfere no metabolismo do etanol (PEDROSA, 2013).

Quando se fala em consumo de álcool, é importante que alguns termos sejam definidos, a fim de se esclarecer as suas particularidades. De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) o uso nocivo de álcool refere-se a um consumo que pode trazer consequências físicas (como a hepatite, cirrose, entre outras) e psíquicas (como os episódios depressivos). Trata-se de um padrão de consumo que prejudica o indivíduo pessoalmente, profissionalmente e, às vezes, judicialmente (WORLD HEALTH ORGANIZATION et al, 1992).

Já a dependência, é definida pela CID-10, como: o 1) estreitamento dos períodos de consumo do álcool; 2) priorização do consumo de bebida alcoólica, em detrimento das atividades rotineiras e das regras estabelecidas na sociedade; 3) aumento da tolerância ao álcool; 4) apresentação de sintomas repetidos de abstinência (tremores, irritabilidade, ansiedade, náuseas, vômitos, alucinações, etc.); 5) tendência psicológica a buscar o alívio dos sintomas de abstinência através do consumo de bebida; 6) alívio dos sintomas pelo ato de beber; e 7) reinstalação da síndrome de dependência, após a abstinência (WORLD HEALTH ORGANIZATION et al., 1992). A dependência de drogas psicoativas está relacionada, em parte, com o seu efeito sobre o sistema dopaminérgico, o que leva à sensação de euforia (PEDROSA, 2013).

De acordo com Pedrosa (2013), os fatores que podem estimular ou desestimular o consumo de álcool podem ser:

- Genéticos: a mutação na enzima álcool desidrogenase (ADH) aumenta a concentração do acetaldeído e, por consequência, provoca efeitos desagradáveis ao consumidor. Com isso, ele evitará o consumo devido a essas reações;
- Ambientais: “atitudes e crenças que atribuem valores positivos ao álcool contribuem para aumentar o consumo, principalmente no sexo masculino” (PEDROSA, p. 13, 2013). Além disso, a propaganda, pressões sociais, ou história familiar de ingestão alcoólica podem contribuir para o uso ou abuso do consumo de bebida alcoólica;

O consumo de bebidas alcoólicas também pode estar relacionado à busca pela inclusão num determinado grupo, ou mesmo quando o objetivo são os efeitos farmacológicos trazidos pelo álcool (calmante, estimulante, relaxante, indutor do sono, etc.) (BRASIL, 2001a). O trabalho é considerado um dos fatores psicossociais para o possível desencadeamento do alcoolismo crônico, tendo sido observada uma frequência maior de casos em ocupações socialmente desprestigiadas, em trabalhos perigosos, em trabalhos monótonos, em trabalhos que proporcionam isolamento humano, ou que demandam uma atividade intelectual mais intensa (BRASIL, 2001a).

Além disso, existem outras três teorias que buscam explicar a causa do alcoolismo. A teoria da psiquiatria organicista sustenta que o alcoolismo se desenvolve devido a uma predisposição biológica. Já a teoria da psicologia psicodinâmica defende a hipótese de que o alcoolista teria certas características de personalidade que o deixariam mais vulnerável, como: fraqueza de ego, baixa autoestima, insegurança, introversão e passividade; características estas que seriam atenuadas por meio dos efeitos do uso da bebida. Por fim, tem-se a teoria da psicologia sociocultural que atribui a causa do alcoolismo às questões socioculturais. O indivíduo passa a beber para ser aceito, por costumes locais, ou para se enquadrar nos modelos de “normalidade” da sociedade (MARIANO, 1998). Talvez, não seja possível entender o alcoolismo analisando apenas uma dessas teorias, mas sim uma combinação delas, pois cada pessoa reage aos estímulos sociais de forma diferenciada.

O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas revelou que o padrão de consumo de álcool no Brasil se modificou. A proporção observada daqueles que bebem cinco doses ou mais em uma ocasião habitual passou de 29% para 39%. Além disso, constatou-se uma maior precocidade na experimentação do álcool: entre os homens 16% declararam ter



experimentado com menos de 15 anos em 2006, em 2012 essa população aumentou para 24% (LARANJEIRAS, et al., 2013).

Já os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (2013) revelaram que, 26,5% dos entrevistados, referiram consumir bebida alcoólica uma ou mais vezes por semana (DATASUS, 2013a). Quando se analisa esse panorama na região metropolitana de Belo Horizonte, evidencia-se que das 28,36% pessoas que relataram beber uma dose ou mais de bebida alcoólica por dia, 3,39% consomem uma dose por dia, 16,50% consomem 2 a 4 doses por dia, 5,82% consomem 5 a 9 doses por dia e 2,65% consomem 10 ou mais doses por dia (DATASUS, 2013a).

Através do indicador DALY (*Disability Adjusted Life Year*), calcula-se que 47 milhões de anos de vida perdidos por incapacitação sejam atribuídos ao consumo de álcool. Com isso, estima-se que morram por ano 774.000 pessoas, devido o consumo de bebida alcoólica (BUNING et al., 2004).

Tais informações reforçam a necessidade de compreender as variáveis que favorecem o consumo e o abuso do álcool e de elaborar estratégias duradouras para combater e prevenir o alcoolismo. Essas estratégias são urgentes, pois o impacto trazido pelo alcoolismo vai além da esfera psíquica e biológica do indivíduo, pois afeta também socialmente e economicamente o país de origem.

Para Buning et al. (2004) há quatro categorias que são consideradas de alto risco para o consumo de bebida alcoólica e merecem destaque nas estratégias de prevenção do consumo de álcool:

- Crianças e jovens – pode prejudicar o desenvolvimento emocional e psicológico e propiciar o surgimento de doenças do sistema nervoso central;
- Gestantes ou lactantes – o álcool afeta o desenvolvimento de fetos (síndrome alcoólica fetal) e o comportamento do bebê;
- Pacientes acometidos por doenças (diabetes, doenças do fígado e pâncreas, inflamação da mucosa, etc.) ou que fazem uso de medicações (psicotrópicas) requerem abstinência total de álcool;

- E os indivíduos que consomem álcool de forma moderada, mas em locais e/ou situações inapropriadas e, muitas vezes, de risco, como: trabalhadores inseridos, ou não no ambiente industrial.

Em relação à última categoria, é importante que se investigue se o consumo de álcool está relacionado com o trabalho. Como já dito acima, as causas que contribuem para o consumo nocivo de álcool podem ser de várias naturezas, bem como podem ter diversas explicações. Dessa forma, o ambiente, a jornada e as condições de execução desse trabalho devem ser investigadas.

Um estudo canadense que objetivava estimar as contribuições das condições e da organização do trabalho no consumo de álcool de alto risco mostrou que a quantidade de horas trabalhadas e a insegurança no trabalho (relacionada ao futuro no emprego e às habilidades necessárias para executar o trabalho) estavam diretamente associadas a esse consumo (MARCHAND; PARENT-LAMARCHE e BLANC, 2011). De acordo com este estudo, uma pessoa que trabalha 50 horas por semana tem 10% a mais de chance de se tornar um consumidor de alto risco (consumo superior a 15 doses/semana de bebida alcoólica para homens e acima de 10 doses/semana para mulheres). Além disso, a chance do consumo de álcool de alto risco aumenta em 27% para cada aumento na escala de insegurança no trabalho (aferidas pelo Job Content Questionnaire). Para esses pesquisadores, esse consumo de álcool está relacionado à tentativa de amenizar os fatores de estresse no ambiente de trabalho.

Outro estudo que buscou identificar as possíveis associações entre alto consumo de bebida alcoólica e certas características do trabalho foi realizado na Espanha. Colell et al. (2014) confirmaram a associação entre “beber pesado” ( $\geq 40$ g de álcool/dia para homens e  $\geq 24$ g de álcool/dia para mulheres) e quatro medidas de estresse relacionadas ao trabalho (ambiente nocivo de trabalho – calor, frio, odores, ruído e/ou permanece em posições desconfortáveis; extensas jornadas de trabalho; insegurança sobre o futuro no trabalho e o sentimento de estar adequadamente treinado para executar o trabalho) em trabalhadores espanhóis.

Os principais danos, no curto prazo, atribuídos ao consumo de álcool são: 1) acidentes de trânsito; 2) ferimentos não intencionais e mortes; 3) suicídio; 4) violência interpessoal; 5) gravidez não planejada e 6) problemas judiciais (BUNING et al., 2004).

Devido à complexidade na identificação e rastreamento do abuso ou dependência do álcool alguns questionários foram desenvolvidos. Dentre eles, pode-se citar o CAGE (C - *Cut down*, A - *Annoyed by criticism*, G - *Guilty* e E - *Eye-opener*), que é composto de quatro perguntas, sugerindo *screening* positivo quando há, no mínimo, duas respostas afirmativas (MAYFIELD, MCLEOD e HALL, 1974). Esse questionário já foi validado no Brasil (MASUR e MONTEIRO, 1983) e possui sensibilidade de 88% e especificidade de 83% (BRASIL, 2001b). Como esse questionário foi inserido na pesquisa SAUVI, as suas respostas serão analisadas para identificar “problemas relacionados ao álcool” e as associações com as variáveis do trabalho.

### 2.3.2 Depressão

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM V*, os transtornos depressivos são caracterizados pela presença de humor triste e sensação de vazio, acompanhados de alterações somáticas e cognitivas que afetam a capacidade de execução das atividades diárias pelos indivíduos acometidos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Os transtornos depressivos podem ser classificados em: transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido à outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). A principal diferença entre eles está relacionada aos aspectos de duração, momento ou etiologia presumida.

Dentre esses transtornos, o transtorno depressivo maior representa a condição clássica desse grupo. Seus episódios distintos duram pelo menos duas semanas e os sinais e sintomas manifestados envolvem alterações nítidas no afeto, na cognição, em funções neurovegetativas e está associado à alta mortalidade, em boa parte, devido aos casos de suicídio (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Outros transtornos depressivos mencionados na literatura englobam: o transtorno afetivo sazonal e a depressão pós-parto (INFORMED HEALTH ONLINE, 2012). O transtorno afetivo sazonal ocorre em pessoas afetadas por depressão nos meses do outono e do inverno.

De acordo com o DSM V, o padrão sazonal ocorre no transtorno depressivo maior recorrente. E a depressão pós-parto é caracterizada por uma inexplicável alteração do humor, após o parto. As mães sentem-se culpadas por estarem tristes, após um momento tão relevante da sua vida.

Fisiopatologicamente, a depressão resulta de uma alteração neuroquímica no cérebro. Sabe-se que o estresse psicológico possui papel importante na patogênese da depressão, pois ele reduz a produção de uma substância neuroprotetora chamada fator neurotrófico cerebral (ARANTES, 2007). A redução desse fator leva à hipotrofia neuronal na região do hipocampo e, conseqüentemente, à depressão. Dessa forma, fica evidente que o transtorno depressivo surge devido à combinação do estresse ambiental com a suscetibilidade genética, levando a uma série de mudanças intracelulares que interferem em fatores neurotróficos específicos, essenciais para a sobrevivência e funcionamento de determinados neurônios cerebrais (ARANTES, 2007).

São considerados fatores de risco para o desenvolvimento da depressão, o sexo feminino, indivíduos com outros transtornos mentais, uso nocivo de substâncias, história familiar de depressão, portadores de doenças crônicas, ou com baixo nível socioeconômico (O'CONNOR et al., 2009).

O impacto da depressão na qualidade de vida dos indivíduos acometidos, de acordo com a World Health Organization (2013), responde por 4,3% da carga global de doenças e está entre as maiores causas de incapacidade em todo o mundo, particularmente para as mulheres. São ainda preocupantes as estimativas feitas pela World Federation for Mental Health (2012) quando ela mostra que a depressão poderá chegar ao primeiro lugar no *ranking* de causas de carga global de doenças, em 2030.

Na Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013 (IBGE, 2014), foi encontrada uma prevalência de depressão de 7,6% em pessoas com 18 anos ou mais. Esse número representou em torno de 11,2 milhões de pessoas, sendo as regiões Sul e Sudeste as que apresentaram os maiores percentuais (12,6 e 8,4% respectivamente). A pesquisa também revelou que a faixa etária mais atingida é aquela entre 60 e 64 anos (11,1%); assim como os brancos possuem maior prevalência (9,0%) do que os pardos e pretos (6,7% e 5,4%, respectivamente); e o sexo feminino possuía a maior prevalência (10,9%, contra 3,9% no sexo masculino).

Restringindo essa análise para a região metropolitana de Belo Horizonte, foi identificada uma prevalência de 9,3% de pessoas com diagnóstico médico de depressão (DATASUS, 2013b). Já na capital, a prevalência encontrada foi de 9,1%.

É importante destacar, que além dos fatores de risco já mencionados, o trabalho também pode ter grande relevância no surgimento de transtornos depressivos. A contribuição do trabalho no seu desenvolvimento pode ser sutil, originando-se de perdas acumuladas ao longo dos anos de trabalho, exigências excessivas de desempenho, excesso de competição no trabalho, entre outros fatores (BRASIL, 2001a). Mas também o trabalho pode representar uma causa necessária para o desenvolvimento desses episódios, ocorrendo quando os trabalhadores ficam expostos a substâncias químicas neurotóxicas, como chumbo, mercúrio, tolueno, sulfeto de carbono, tetracloroetileno, entre outras (BRASIL, 2001a).

Conceitualmente, os transtornos psiquiátricos ocupacionais referem-se a qualquer transtorno psiquiátrico resultante do trabalho. Essa definição inclui os agravos psiquiátricos ocupacionais (qualquer agravo ou doença psiquiátrica resultante de um acidente de trabalho) e as doenças psiquiátricas relacionadas ao trabalho (qualquer doença psiquiátrica desencadeada ou agravada pela exposição a fatores de risco no ambiente de trabalho) (CHOI e KANG, 2010). Diversos estudos têm evidenciado a associação entre certas características do trabalho e do seu ambiente com o surgimento da depressão: exposição ao ruído  $\geq 80$  dB (PARK e LEE, 1996), exposição à solventes orgânicos (KIM et al, 1998), desequilíbrio na relação esforço/recompensa no trabalho (SOUZA et al., 2012), trabalho noturno e jornada dupla (VARGAS e DIAS, 2011), entre outros fatores.

Niedhammer e Chastang (2015) utilizaram dados de um *survey* francês para explorar as associações entre exposição a fatores psicossociais do trabalho e o primeiro episódio depressivo. Eles identificaram que tanto em relação à frequência, quanto em relação à duração da exposição a demandas psicológicas (trabalhar sob pressão) e baixo suporte social (relacionamento entre colegas de trabalhos), para ambos os sexos, havia uma chance maior de desenvolvimento do primeiro episódio depressivo.

Sendo a depressão um transtorno de etiologia multifatorial, não se pode negar o peso que alguns aspectos do trabalho possuem sobre o seu desencadeamento. Como consequências, a

depressão atinge a vida social e a qualidade de vida desse sujeito. Alguns estudos mostram que os indivíduos com depressão encerram os estudos precocemente (BRESLAU et al., 2008), divorciam-se mais frequentemente (BUTTERWORTH e RODGERS, 2008), ficam desempregados (DOOLEY; FIELDING; LEVI, 1996) e possuem uma condição financeira mais precária (LENVINSON et al., 2010). Além disso, pessoas com depressão adoecem mais, como mostram alguns estudos sobre as associações entre a presença da depressão e de uma série de condições crônicas (CHAPMAN; PERRY; STRINE, 2005).

### 2.3.3 Uso de remédios para dormir

O sono é fundamental para o bem-estar do ser humano, pois dentre as suas diversas funções, estão a conservação e restauração da energia (NEVES et al., 2013). Cientificamente, o sono consiste em ausência de mobilidade, ou mobilidade reduzida, postura corporal específica, resposta reduzida à estimulação externa, prejuízo da função cognitiva e estado de inconsciência reversível (CHOKROVERTY, 2010). Fisiologicamente, o sono é baseado nos achados do Eletroencefalograma (EEG), Eletro-oculografia (EOG) e Eletromiografia (EMG) (CHOKROVERTY, 2010).

Grande relevância tem sido dada aos estudos sobre sonolência e/ou dificuldade para iniciar ou manter o sono. A presença desses achados clínicos pode estar relacionada a um problema de saúde pré-existente, ou a um distúrbio do sono propriamente dito (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al., 2014; KOZASA et al., 2010). Em qualquer uma das alternativas, um sono não restaurador pode contribuir para o erro humano, trazendo sérias consequências, como acidentes (no trabalho, ou no trânsito) (FERRARA e DE GENARO, 2001), adoecimento, redução da qualidade de vida do indivíduo acometido, irritabilidade e alterações de humor (POYARES, 2003). Dessa forma, a presença de distúrbios do sono deve ser investigada, pois ela pode trazer danos à saúde, no curto ou no longo prazo.

De acordo com Müller e Guimarães (2007), os distúrbios do sono afetam a qualidade de vida dos indivíduos em três níveis: 1) no primeiro nível as consequências afetam diretamente a fisiologia do organismo, causando cansaço, falha na memória, dificuldade de concentração, entre outras; 2) no segundo nível, observa-se o efeito em médio prazo das consequências do primeiro nível, como absenteísmo no trabalho e aumento dos riscos de acidentes; 3) por fim, no terceiro nível, são observadas as consequências em longo prazo dos distúrbios do sono,

como perda de emprego, sequela de acidentes, surgimento ou agravamento de outros problemas de saúde, etc.

De acordo com o DSM V, os transtornos do sono-vigília abrangem 10 transtornos: transtorno de insônia, transtorno de hipersonolência, narcolepsia, transtornos do sono relacionados à respiração, transtorno do sono-vigília do ritmo circadiano, transtornos de despertar do sono não REM (*rapid eye movement* - movimentos rápidos dos olhos), transtorno do pesadelo, transtorno comportamental do sono REM, síndrome das pernas inquietas e transtorno do sono induzido por substância/medicamento. As queixas desses transtornos estão relacionadas com a insatisfação com a qualidade, tempo e a quantidade de sono (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al., 2014).

Dentre os transtornos citados, o mais prevalente é o da insônia. A característica essencial do transtorno de insônia é a insatisfação com a quantidade ou a qualidade do sono e queixas de dificuldade para iniciar ou manter o sono. Os estudos mostram que um terço dos indivíduos adultos relatam sintomas de insônia, sendo que de 10 a 15% experimentam prejuízos diurnos. Além disso, a queixa de insônia é mais prevalente no sexo feminino (1,44/1) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al., 2014).

Assim como o transtorno da insônia, o transtorno do sono-vigília do ritmo circadiano tipo fase do sono atrasada (MARTINEZ, LENZ e MENNA-BARRETO, 2008), o transtorno sono induzido por substância/medicamento e a síndrome das pernas inquietas apresentam como um dos principais sintomas, a dificuldade em iniciar o sono (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al., 2014).

A definição do transtorno do sono-vigília do ritmo circadiano parte da perda de sincronia entre o ciclo vigília-sono, que afeta diversos trabalhadores devido à realização de jornada de trabalho no período noturno, ou em regime de revezamento de turnos (BRASIL, 2001a). Quando excluídas outras causas não ocupacionais, o exercício do trabalho nessas circunstâncias pode ser considerado causa necessária para o surgimento do transtorno do ciclo vigília-sono relacionado ao trabalho (BRASIL, 2001a).

Já o transtorno do sono induzido por substância/medicamento, de acordo com a American Psychiatric Association et al. (p. 416, 2014), o diagnóstico é firmado a partir da seguinte característica:

A característica essencial do transtorno do sono induzido por substância/medicamento é a presença de uma perturbação proeminente do sono suficientemente grave para justificar atenção clínica independente e que esteja primariamente associada aos efeitos farmacológicos de uma substância (i.e., droga de abuso, medicamento, exposição a toxinas).

Por fim, a Síndrome das Pernas Inquietas é caracterizada pela necessidade em movimentar as pernas, devido a um desconforto (queimação, prurido, dormência, etc.) nos membros inferiores (POYARES, 2003; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al., 2014). Com isso, essa síndrome dificulta o início ou a manutenção do sono, provocando a insônia nos indivíduos acometidos.

A dificuldade para dormir relatada nesses transtornos, ou em outras condições médicas, leva os indivíduos afetados a buscarem soluções para tratar, ou minimizar o prejuízo funcional e ocupacional causado pela insuficiência diária de sono. A busca pelo tratamento dessa dificuldade para dormir pode ter base tanto farmacológica (hipnóticos agonistas seletivos de receptor GABA A, antidepressivos sedativos e agonistas melatoninérgicos), quanto não farmacológica (técnicas comportamentais, técnicas cognitivas, entre outras) (BACELAR e PINTO JR, 2013).

Em se tratando de agentes farmacológicos, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) identificou que na região sudeste, 8,5% dos entrevistados relatou ter feito uso de medicamentos para dormir nas últimas duas semanas, sendo em Minas Gerais 6,2% para os homens e 15,7% para as mulheres (IBGE, 2014).

Em um estudo realizado com enfermeiros de vários setores de um hospital universitário, foi identificada uma prevalência de 17,7% de uso de medicamentos para dormir (ROCHA e MARTINO, 2009). Os autores associaram esse uso ao estresse ocasionado pelo trabalho.

Já as intervenções não farmacológicas, podem representar uma alternativa, ou mais uma possibilidade, em associação com os agentes farmacológicos, para o tratamento de alguns distúrbios do sono. A prática da higiene do sono, associada à meditação têm sugerido



benefícios no tratamento da insônia (PORTELLA, 2014). Dessa forma, ações que envolvam, ou não, o uso de fármacos podem ser cada vez mais buscadas, para tratar ou minimizar a dificuldade para dormir, presente em alguns transtornos do sono.

#### 2.3.4 Ansiedade e outros transtornos

Os transtornos de ansiedade são caracterizados pela presença de medo e ansiedade excessivos e por perturbações comportamentais selecionados. De acordo com o DSM V, os transtornos da ansiedade englobam: o mutismo seletivo (que é o fracasso consistente para falar em situações sociais nas quais existe expectativa para que se fale), transtorno de ansiedade social (ansiedade ou esquiva de interações sociais e situações que envolvam uma possível avaliação), transtorno do pânico (caracterizado por ataques abruptos de medo intenso ou desconforto intenso que atingem um pico em poucos minutos, acompanhados de sintomas físicos e/ou cognitivos), agorafobia (caracterizado através da apreensão e ansiedade acerca de duas ou mais das seguintes situações: usar transporte público; estar em espaços abertos; estar em lugares fechados; ficar em uma fila ou estar no meio de uma multidão; ou estar fora de casa sozinho em outras situações), transtorno de ansiedade generalizada (caracterizado pela ansiedade e preocupação persistentes e excessivas acerca de vários domínios, incluindo desempenho no trabalho e escolar, que o indivíduo encontra dificuldade em controlar), transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento (envolve a ansiedade devido à intoxicação ou abstinência de substância ou a um tratamento medicamentoso), fobia específica (que possui como característica essencial o medo ou ansiedade circunscrito à presença de uma situação ou objeto particular) e transtorno da ansiedade devido a outra condição médica (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A principal diferença entre os transtornos de ansiedade está relacionada aos tipos de objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de esquiva e na ideação cognitiva associada. O medo é definido como uma resposta emocional à ameaça iminente real ou percebida, enquanto que a ansiedade é a antecipação de ameaça futura. O medo e a ansiedade característicos desses transtornos são excessivos e persistem além de períodos apropriados ao nível de desenvolvimento (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Como já citado anteriormente, os transtornos mentais, de uma forma geral, possuem etiologia multifatorial, envolvendo fatores psicossociais e biológicos. Nos casos de ansiedade, os componentes ambientais (mudanças de emprego, divórcio, mudança para uma nova cidade, outras condições médicas e dificuldades financeiras) apresentam uma grande influência no seu desenvolvimento (GRIFFIN, 1990).

A prevalência desses transtornos na população difere em diversos estudos, tendo como principal causa a definição utilizada, para cada um. A prevalência dos transtornos de ansiedade encontrados por Kessler et al. (2005) na população americana foi de: 12,5% para fobia específica, 12,1% para fobia social, 5,7% para o transtorno da ansiedade generalizada, 4,7% para o transtorno do pânico e 1,4% para a agorafobia. É importante ressaltar que essa prevalência está relacionada ao diagnóstico desses transtornos alguma vez na vida.

Já um *survey*, conduzido em 14 países do mundo, identificou como prevalência de transtornos de ansiedade em países latino-americanos (de acordo com o DSM IV), os seguintes valores: 10% na Colômbia e 6,8% no México (KESSLER e USTUN, 2004). Ao contrário do estudo anterior, este investigou os sintomas de ansiedade presentes nos últimos 12 meses.

Esses números desdobram-se em outros valores que mostram o quão impactante os transtornos de ansiedade podem ser. Um estudo caso-controle realizado por Marciniak et al. (2004) mostrou que esses distúrbios estão relacionados a uma presença maior de comorbidades, a um maior número consultas médicas especializadas e a um maior absenteísmo do trabalho. Dessa forma, os indivíduos acometidos por esses transtornos tem um custo mais elevado com saúde.

É importante destacar que em se tratando de trabalho, os transtornos de ansiedade podem não só impactar no funcionamento ocupacional desses indivíduos, como a origem desses transtornos pode estar diretamente ou indiretamente relacionada com o ambiente e com a organização do trabalho.

Estudos transversais têm indicado a relação entre o trabalho e sintomas de ansiedade. Altos níveis de estresse no trabalho causados pela demanda, clima organizacional (LEE et al., 2015), jornada e insegurança no trabalho (TORSKE et al., 2016) têm sido relacionados com sintomas de ansiedade.

Outros transtornos psiquiátricos que merecem ser mencionados não só pela sua prevalência, mas também pela sua capacidade de prejudicar funcionalmente o indivíduo são os transtornos obsessivos-compulsivos e o transtorno do estresse pós-traumático (NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH, 2011).

O transtorno obsessivo-compulsivo é caracterizado pela presença de obsessão ou compulsão, e comumente por ambos os sintomas. A obsessão é definida como um pensamento não desejado que, repetidamente, entra na mente do indivíduo afetado. A origem da obsessão não deriva de objetos/situações externas, mas sim da mente do indivíduo. Obsessões comuns: medo de contaminação por germes, fluidos, vírus; excessiva preocupação com ordem e simetria, etc. Já as compulsões são pensamentos repetidos ou comportamentos que a pessoa se sente forçada a executar. A manifestação mais comum é a de checar se determinadas atividades foram feitas, ou de realizar limpeza constante em locais ou objetos (NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH, 2011).

O transtorno do estresse pós-traumático ocorre devido a um ou mais eventos traumáticos, como violência interpessoal, acidentes, desastres, ações militares etc.. Os sintomas incluem *flashbacks* em que a pessoa revive um momento estressante da sua vida; pesadelos; e a lembrança de imagens ou sensações estressantes do evento (NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH, 2011). A prevalência desse transtorno em americanos é de 6,8% (KESSLER et al., 2005).

#### 2.4 Conhecendo a cidade de Betim

Como esta pesquisa analisou dados de um inquérito realizado no município de Betim-MG, é importante que se conheça a história e que se apresente algumas informações do perfil socioeconômico e de saúde desta cidade.

##### Formação histórica

Betim tem suas origens na época em que o Brasil ainda era colônia de Portugal. No auge do ciclo do ouro, a região de Betim fazia parte da rota dos bandeirantes que vinham de São Paulo a Pitangui. Assim, antes da cidade se chamar Betim, essa região era ponto de passagem e de pousada de tropeiros (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM, 2010).

As primeiras indústrias instalaram-se na cidade na década de 40, constituindo o Parque Siderúrgico Nacional. Nos últimos 30 anos, o parque industrial se diversificou e passou a abranger também o polo petroquímico, automotivo, metalúrgico, de alumínio, de mecânica e de logística (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM, 2010).

No ano de 1968, a Refinaria Gabriel Passos - REGAP foi inaugurada no município. Suas atividades envolvem a exploração, refino e comercialização de petróleo e derivados (GUIA BETIM, s/d). Os principais produtos da REGAP são: gasolina A, óleo diesel, combustível marítimo (*bunker*), querosene de aviação (QAV), gás liquefeito de petróleo (GLP), asfaltos, coque verde de petróleo, óleo combustível, enxofre e aguarrás. Esses produtos atendem tanto o mercado de Minas Gerais, quanto do Espírito Santo (PETROBRAS, s/d).

Além da REGAP, em 1976, a empresa Fiat Automóveis foi inaugurada, fazendo com que crescesse uma ampla rede de fornecedores, consolidando o perfil industrial da região. Com isso, nos anos 80, houve um crescimento abrupto da população de Betim, e a cidade foi considerada uma das que mais cresceu no país, na época (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM, 2010).

#### Localização e limites

Betim pertence à região metropolitana de Belo Horizonte, estando distante a 30 km da capital mineira. Os limites de Betim são os municípios de: Esmeraldas, Juatuba, Contagem, Igarapé, Ibirité, São Joaquim de Bicas, Mário Campos e Sarzedo (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM, 2010).

#### Perfil demográfico e socioeconômico

De acordo com o censo de 2010, Betim possuía uma população de 378.089 habitantes. Desse total, aproximadamente 50,3% são mulheres (191.737). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal em 2010 era de 0,749. Já o valor do rendimento familiar mensal de 52,4% da população era de  $\frac{1}{2}$  a 3 salários mínimos (salário mínimo no ano de 2014 era de R\$ 724,00) (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013).

## Perfil epidemiológico geral

Em relação à proporção de óbitos, de acordo com os capítulos da CID-10, o município de Betim registrou, em 2014, como principais causas de óbito: 1) as causas externas (22,2% - 442 óbitos); 2) doenças do aparelho circulatório (19,3% - 385 óbitos); e 3) as neoplasias (15,7% - 313 óbitos) (BRASIL, 2014).

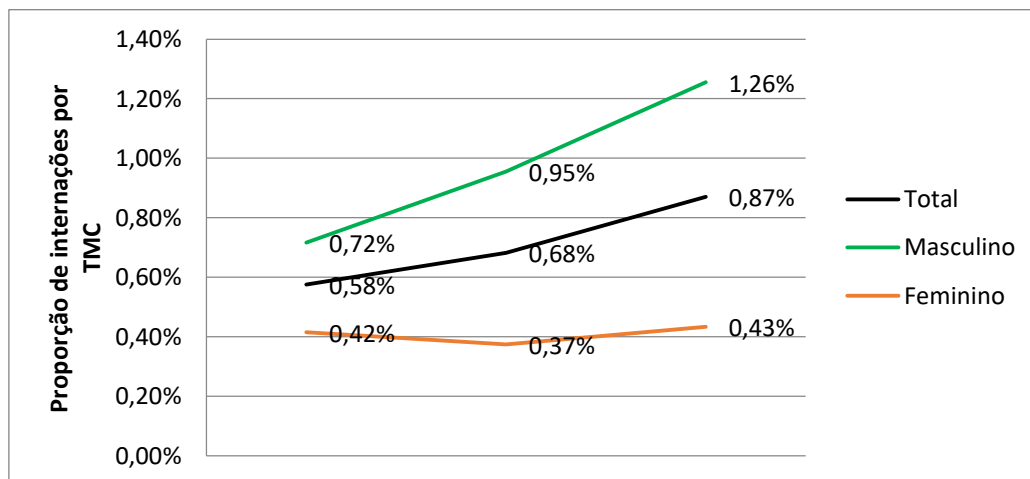
Já no que diz respeito às internações hospitalares, as principais morbidades relacionadas, de acordo com o capítulo do CID-10, foram: 1) Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (15,3% - 2.112 internações); 2) doenças do aparelho circulatório (12,1% - 1.667 internações); e 3) doenças do aparelho digestivo (10,2% - 1.405 internações) (BRASIL, 2015a)

## Perfil epidemiológico da saúde mental

Em relação à saúde mental, os dados do Datasus, mostram que ocorreram 120 internações por transtornos mentais no município de Betim, no ano de 2015, o que representou aproximadamente 1% das internações (BRASIL, 2015a).

A análise da proporção de internações por transtornos mentais e comportamentais, no município de Betim, evidencia um aumento para homens e para a proporção total no período de 2013-2015:

Gráfico 1 - Proporção de internações por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC) no município de Betim, por ano (2013-2015) e por sexo.



Fonte: Ministério da Saúde – SIH/SUS (2016)

Já as baixas proporções nas internações estão relacionadas à atual cultura de enfrentamento dos transtornos mentais, que busca tratar e reinserir os indivíduos com transtornos mentais na sociedade, sem interná-los.

É também possível que esses números estejam subestimados, visto que o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) abrange apenas as internações que ocorrem no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, outros problemas que podem causar essa subestimação são: o preenchimento incompleto da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), o que prejudica a qualidade da informação gerada; e a lógica que orienta o uso do sistema – preenchimento de informações de acordo com a particularidade financeira (pagamento a ser recebido) (SANTOS, 2009).

Em geral, as internações por transtornos mentais e comportamentais tiveram valor médio de R\$ 907,36, no município de Betim, em 2015. Analisando os transtornos separadamente, os transtornos do humor apresentaram um valor médio por internação de R\$ 993,11, enquanto os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool tem valor médio de R\$ 135,24. O principal fator para essa diferença é a média de dias de permanência dessas internações: transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool – 3,9 dias; transtornos do humor – 18,2 dias (BRASIL, 2015a).

Outros sistemas de informação em saúde (SIS) foram analisados, com o objetivo de se traçar o perfil epidemiológico dos transtornos mentais no município de Betim, porém a informação ainda é muito escassa. De acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), no ano de 2014, ocorreram 23 óbitos por transtornos mentais e comportamentais, revelando uma taxa de mortalidade de 5,6/100.000 habitantes.

Os baixos valores encontrados na mortalidade proporcional por transtornos mentais devem-se a duas razões: 1- esses transtornos têm como curso o adoecimento crônico, o que resulta em mais incapacidade do que mortalidade; 2- dificilmente, os transtornos mentais são mencionados na causa básica de óbito por causas externas (por exemplo: um transtorno depressivo que levou a um suicídio).

Já o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), de acordo com o cadastramento familiar, evidenciou um número crescente de alcoolismo em pessoas com 15 anos ou mais,

em relação aos casos no estado de Minas Gerais (897 – 0,65% em 2010, 1.224 – 1,13% em 2011, 1.773 – 1,34% em 2012, 1.853 – 2,03% em 2013, 2.090 – 2,43% em 2014 e 14.649 – 2,9% em 2015) (BRASIL, 2015b). Três hipóteses podem explicar esse número crescente de alcoolismo, no município de Betim: 1) pode ser que esse número seja realmente verdadeiro, o que evidenciaria a necessidade de uma intervenção urgente no município; 2) esse número crescente de alcoolismo pode estar relacionado com o cadastramento gradual das famílias, e não necessariamente com a identificação de casos novos; e 3) é possível que a identificação desses casos esteja errônea, devido a um treinamento inadequado dos Agentes Comunitários de Saúde.

Em qualquer uma dessas hipóteses, esses números não devem ser desvalorizados, pois eles mostram a necessidade de melhoria do sistema, na educação permanente da equipe e, talvez, o planejamento de uma ação intensa e contínua de combate ao alcoolismo no município.

Além das informações apresentadas, é importante que se fale da infraestrutura em saúde mental do município. De acordo com as informações apresentadas pela prefeitura, o município de Betim oferece atendimento e acompanhamento dos indivíduos portadores de transtornos mentais através do Centro de Referência em Saúde Mental – Cersams (três unidades), do Centro de Referência em Saúde Mental Infante-juvenil – Cersami (uma unidade), do Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Outras Drogas - CAPS-AD (uma unidade) e do Centro de Convivência Estação dos Sonhos (PREFEITURA DE BETIM, s/d). Tanto o Cersam Betim Central, quanto o Cersam Teresópolis funcionam 24 horas. Enquanto que o Cersam Citrolândia, diurnamente, de segunda a sexta-feira. Os Cersams se encarregam de acolher e tratar os indivíduos nos momentos de crise psiquiátrica e no acompanhamento contínuo, sendo um lugar de referência para esses indivíduos. Os indivíduos acometidos por transtornos relacionados ao uso e/ou abuso de álcool e outras drogas são acompanhados pelo CAPS-AD (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013).

O Centro de Convivência Estação dos Sonhos tem como propósito auxiliar os indivíduos com transtornos mentais a se reinserir na sociedade. Para isso são realizadas oficinas e, grupos de trabalho e geração de renda. Além da rede supracitada, o município de Betim conta com dois Serviços Residenciais Terapêuticos, que objetivam atender egressos que permaneceram em instituições psiquiátricas por dois anos ou mais, de forma ininterrupta (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013).

### 3 JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa utilizou dados de um inquérito, cujo principal propósito foi investigar a violência no município de Betim. A importância da realização desse estudo destacou-se por realizar uma análise quantitativa de variáveis do trabalho que podem estar relacionadas com o adoecimento mental do trabalhador. Como este estudo abrangeu dentro do significado de adoecimento mental, o autorrelato de alguns transtornos mentais, foi possível identificar informações inexistentes nas bases de dados nacionais: a frequência de alguns transtornos na classe trabalhadora (BRASIL, 2008). As informações sobre os Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC), presentes nos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) referem-se à população geral, e não especificamente aos trabalhadores.

É importante destacar que mesmo as informações referentes aos TMC na população geral são subestimadas. Tal problema decorre do preenchimento incompleto ou errado das fichas que alimentam o banco de dados. Como exemplo, pode-se citar a baixa frequência na descrição de algum TMC como causa básica de morte, na declaração de óbito (por exemplo, que a origem da cadeia de eventos de uma morte por cirrose hepática, foi o uso nocivo, ou a síndrome de dependência do álcool) (MARÍN-LEÓN; OLIVEIRA e BOTEGA, 2007). Com isso, há uma subestimação da mortalidade proporcional por TMC.

Embora este estudo não analise taxas de mortalidade, a sua importância também se destaca por levantar hipóteses a respeito da associação entre transtornos mentais (depressão, ansiedade/outras problemas psiquiátricos), outras variáveis relacionadas ao adoecimento mental (uso de remédios para dormir, problemas relacionados ao álcool) e algumas características do trabalho. Como já evidenciado pela OMS (2001), os TMC ocupam o quarto lugar entre as dez principais causas de incapacitação em todo o mundo, e identificar fatores de riscos relacionados aos processos de trabalho podem auxiliar na elaboração de propostas que previnam ou minimizem o aparecimento desses transtornos.

Por fim, sob o aspecto econômico, o estudo sobre TMC e os processos de trabalho pode auxiliar na elaboração de estratégias que reduzam os impactos ao sistema previdenciário, como já evidenciado por Silva-Junior e Fischer (2014), a incidência média anual de concessão de benefícios previdenciários, devido aos TMC foi de 34,9/100.000 segurados, no período de 2008-2011, provocando um impacto médio anual de 186 milhões de reais à Previdência.



## 4 OBJETIVOS

### 4.1 Objetivo geral

Analisar as associações entre algumas características do trabalho (condições e jornadas de trabalho) e o adoecimento mental do trabalhador (representado pelo autorrelato de depressão, de ansiedade/outro problema psiquiátrico, do uso de remédios para dormir e de problemas relacionados ao consumo de álcool), no inquérito SAUVI-Betim.

### 4.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil demográfico e socioeconômico do grupo de trabalhadores e não trabalhadores;
- Comparar a frequência de depressão, ansiedade/outro problema psiquiátrico, uso de remédios para dormir e problemas relacionados ao consumo de álcool entre os grupos de trabalhadores e não trabalhadores;
- Identificar a associação entre as condições e jornadas de trabalho e o autorrelato de depressão, ansiedade/outro problema psiquiátrico, uso de remédios para dormir e problemas relacionados ao consumo de álcool.

## 5 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, transversal, de alcance descritivo e correlacional.

### 5.1 O inquérito SAUVI

Este trabalho se insere dentro do Projeto “SAUVI - Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência”, que consistiu em um inquérito domiciliar, realizado em Betim, e que teve por objetivo estudar o perfil de saúde e violência e fatores associados, entre diferentes grupos populacionais.

A população alvo foi constituída por adultos com 20 ou mais anos de idade residentes nos domicílios particulares permanentes e localizados em setores censitários urbanos, do município de Betim. Utilizou-se, no inquérito SAUVI, amostragem estratificada por conglomerados em vários estágios, sendo o primeiro a seleção dos setores censitários com Probabilidade Proporcional ao Tamanho (PPT) por número de domicílios no setor; o segundo para selecionar os domicílios por meio da amostragem sistemática e o terceiro para selecionar a pessoa que responderia o questionário. A seleção das pessoas dentro dos domicílios levou em conta a homogeneidade entre sexo e a idade dentro da amostra, e se baseou nas tabelas de Kish (1965). O sistema de referência adotado foi a listagem e os mapas dos setores censitários do Censo 2010. A amostra foi calculada com margem de erro máxima em 1,9% para a proporção de violência nos municípios e grau de confiança de 95%.

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário geral organizado em blocos temáticos: condições sociodemográficas, saúde, trabalho, utilização dos serviços de saúde, meio ambiente, comportamentos, violência doméstica, violência no trânsito, violência institucional, violência comunitária, violência urbana e violência autoinflingida. Em cada casa foi entrevistado um adulto, escolhido, por meio da tabela de Kish, entre homens e mulheres de 20 anos ou mais, moradores do domicílio.

Para identificar a pessoa selecionada para a amostra, o entrevistador realizou uma listagem das pessoas elegíveis no domicílio, primeiramente com homens em ordem decrescente da idade, e em seguida, continuando com as mulheres em ordem decrescente da idade. Cada pessoa foi identificada pelo seu número de ordem. Assim, num domicílio com  $n$  indivíduos, a

probabilidade de seleção de um deles fica exatamente igual a  $1/n$  (SUYAMA, QUININO e BESSEGATO, 2013).

Com isso, as tabelas de Kish permitiram a seleção com igual probabilidade para cada indivíduo, evitando o viés de seleção por ser probabilística. Cada tabela acompanhou uma proporção pré-determinada de questionários, de forma que no conjunto, houvesse proporcionalidade em relação a sexo e idade.

O questionário foi elaborado por professores e mestrandos do Programa de Pós-Graduação de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, como atividade de disciplina ofertada, a partir da literatura sobre o tema e da adaptação de questionários, de uso público, já testados, como os utilizados pelo Ministério da Saúde, na Pesquisa Nacional de Saúde e pela OMS, para pesquisa sobre violência contra mulher.

A primeira versão foi enviada para vários pesquisadores sobre o tema, solicitando que eles classificassem cada pergunta em: muito relevante, relevante, pouco relevante e irrelevante. Também foi solicitado a eles que fizessem as sugestões que julgassem importantes. Foram mantidas as perguntas avaliadas como muito relevantes e relevantes, por, no mínimo, 80 por cento dos pesquisadores. Foram incorporadas as sugestões retornadas desde que não contraditórias. Neste caso, elas eram enviadas a todos novamente, para que se fizesse a definição final. O modelo assim construído foi, posteriormente, submetido a três rodadas de teste, sendo entrevistadas, em cada rodada, aproximadamente, 30 pessoas, escolhidas aleatoriamente, no catálogo telefônico, para facilitar a marcação da entrevista. As entrevistas foram realizadas entre os anos de 2014 e 2015.

Recusas, endereços inexistentes, domicílio fechado ou abandonado e condições de saúde que impediram a realização da entrevista foram considerados perdas que representaram 151 dos 1.280 domicílios selecionados (11,8% da amostra). Ao final, participaram do estudo 1.129 indivíduos, correspondendo a igual número de domicílios. As respostas dos questionários foram transportadas para planilhas, por uma equipe permanente, que dirimia, coletivamente, as dúvidas encontradas. Depois disso, foram digitadas, todas elas, por um único profissional. Utilizou-se o *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), v. 20.0. Em seguida, dois outros profissionais fizeram a conferência de todo o banco, questionário por questionário.

O projeto SAUVI - Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência (CAAE – 02235212.2.0000.5149) foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, no dia 23 de novembro de 2012.

## 5.2 Recorte do estudo

Este estudo utilizou informações dos blocos “Informações Gerais”, “Saúde” e do “Trabalho” do Inquérito SAUVI. Inicialmente, foi realizada uma análise entre os grupos de trabalhadores e não trabalhadores, comparando-se as variáveis sociodemográficas e o autorrelato de depressão, ansiedade/outro problema psiquiátrico, uso de remédios para dormir e problemas relacionados ao consumo de álcool. E, posteriormente, a análise dos dados ficou centrada no grupo de trabalhadores. Para caracterização do perfil, foram utilizadas as seguintes variáveis: sexo, idade, cor ou raça, escolaridade, estado civil, renda individual e familiar (de acordo com o salário mínimo de R\$ 724,00 do período da pesquisa).

Após a caracterização do perfil demográfico e socioeconômico dos trabalhadores, foram analisadas as variáveis referentes ao adoecimento mental na categoria de trabalhadores (autorrelato de depressão, de ansiedade/outro problema psiquiátrico, afirmação sobre o uso de remédio para dormir e identificação de problemas relacionados ao álcool) com as variáveis das jornadas (maior que 44 horas semanais, trabalho noturno, realização de mais de duas horas extras) e das condições de trabalho.

Para análise das variáveis, foi realizada uma “recodificação” através do o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Essa recodificação foi necessária, pois o questionário SAUVI apresentava diversas questões de múltipla escolha nos blocos “Saúde” e “Trabalho”. Assim, elas foram agrupadas em respostas do tipo “Sim” e “Não”, para que o programa R pudesse analisar a sua correlação.

## 5.3 Recodificando as variáveis do bloco “Trabalho”

A variável “horas trabalhadas por semana” foi recodificada em dois intervalos: até 44 horas semanais e mais de 44 horas semanais. O limite de 44 horas semanais foi estabelecido, fazendo referência à jornada semanal máxima definida pela legislação brasileira (BRASIL,

2012). Para análise foi utilizado somente o intervalo de jornada maior do que 44 horas semanais.

Foram considerados como realizando “trabalho noturno” todos os entrevistados que afirmaram trabalhar pelo menos uma vez por semana no turno da noite. Já em relação às horas extras, foram considerados para a análise todos que afirmaram realizar pelo menos uma vez no mês mais de duas horas extras em um mesmo dia.

As condições de trabalho foram representadas por um indicador padronizado, que estimou a sua presença e intensidade. As variáveis que compuseram esse indicador estão apresentadas no Quadro 1. Cada pergunta respondida como “não” teve valor de “+1” e para cada resposta igual a “sim” teve valor de “-1”.

Quadro 1 - Variáveis utilizadas para a composição do indicador

(Continua)

<b>Variáveis (X<sub>i</sub>)</b>	
X <sub>1</sub>	Limpeza Deficiente
X <sub>2</sub>	Umidade excessiva
X <sub>3</sub>	Ausência ou mau estado das instalações sanitárias
X <sub>4</sub>	Ausência de vista para o exterior
X <sub>5</sub>	Luz artificial permanente
X <sub>6</sub>	Ruído excessivo
X <sub>7</sub>	Vibrações
X <sub>8</sub>	Ficar muito tempo de pé/postura penosa/fatigante
X <sub>9</sub>	Efetuar deslocamentos a pé frequentes/longa duração
X <sub>10</sub>	Levantar ou deslocar objetos pesados
X <sub>11</sub>	Tarefas monótonas ou repetitivas
X <sub>12</sub>	Posição com risco de queda ou esmagamento

(Conclusão)

X <sub>13</sub>	Posições com risco de afogamento
X <sub>14</sub>	Posições com risco de projeção de materiais
X <sub>15</sub>	Contato com lixo/esgoto/ sangue/material contaminado
X <sub>16</sub>	Contato com fumaça, cheiros fortes, poeira
X <sub>17</sub>	Contato com outra situação negativa

Fonte: Questionário do Inquérito SAUVI

O Indicador de Condições de Trabalho (ICAT) foi construído com a seguinte expressão:

$$ICAT = \sum_{i=1}^{17} X_i$$

Para facilitar o uso e sua interpretação, esse indicador ICAT foi padronizado para que assumisse valores na escala 0-1. A padronização adotada foi a seguinte:

$$Ipad_i = \frac{I_i - \min(I)}{\max(I) - \min(I)}$$

É importante notar que quanto mais próximo de 1 (um) for esse indicador padronizado, maior será a percepção do entrevistado, de que as condições de trabalho são adequadas.

A distribuição desse indicador foi comparada segundo outras variáveis qualitativas. Outros detalhes sobre a construção de indicadores a partir de variáveis qualitativas podem ser encontrados em Wittkowski et al. (2004).

#### 5.4 Recodificando as variáveis do bloco “Saúde”

Foram selecionadas desse bloco apenas variáveis que diziam respeito ao adoecimento mental do trabalhador. As questões de interesse foram: o autorrelato do diagnóstico de depressão (questão 149), de ansiedade/outro problema psiquiátrico (questão 150), do uso de remédios para dormir (questão 180), das doses consumidas de álcool no dia habitual de consumo (questão 187) e problemas relacionados ao álcool (questões 188, 189, 190 e 191).

Devido à dificuldade de conceituar algum distúrbio do sono específico, a partir das perguntas presentes no inquérito SAUVI, foi utilizado para análise apenas o uso de remédios para

dormir. A afirmação para essa pergunta sinaliza, indiretamente, a possível presença de algum distúrbio do sono, ou um sintoma de outros transtornos representados pelas variáveis aqui abordadas – depressão, ansiedade e/ou alcoolismo.

Como a palavra “remédio” foi utilizada na entrevista do SAUVI, é importante que se faça aqui a sua conceituação. De acordo com Silva et al., (p. 14, 2010), a “ideia de remédio está associada a todo e qualquer tipo de cuidado utilizado para curar ou aliviar doenças, sintomas, desconfortos e mal-estar”.

Silva et al., (p. 14, 2010) citam como exemplos de remédios:

Banho quente ou massagem para diminuir as tensões; chazinho caseiro e repouso em caso de resfriado; hábitos alimentares saudáveis e prática de atividades físicas para evitar o desenvolvimento de doenças crônicas não-transmissíveis; medicamentos para curar doenças, entre outros.

Em relação ao diagnóstico de depressão, ansiedade/outro problema psiquiátrico e o uso de remédio para dormir, foram consideradas apenas as respostas afirmativas dessas questões. As doses de álcool foram recodificadas em intervalos: 1 dose/dia, 2 a 4 doses/dia, 5 a 9 doses/dia e 10 ou mais doses/dia. Tais intervalos foram escolhidos por já serem utilizados na Pesquisa Nacional de Saúde. Por fim, os problemas relacionados ao álcool foram representados por questões que fazem parte do questionário *CAGE*, que está inserido no Inquérito SAUVI. Foi considerado *CAGE* positivo, se houvesse pelo menos duas respostas afirmativas das seguintes perguntas:

1. O (a) Sr.(a) já pensou em largar bebida?
2. O (a) Sr.(a) ficou aborrecido quando outras pessoas criticaram o seu hábito de beber?
3. O (a) Sr.(a) sentiu-se mal ou culpado pelo fato de beber?
4. O (a) Sr.(a) bebeu pela manhã para ficar mais calmo ou se livrar de uma ressaca?

## 5.5 Análise de correspondência

A Análise de correspondência (AC) é uma técnica multivariada de análise exploratória de dados. Esta técnica é adequada para analisar tabelas de contingência com duas ou mais entradas, levando em conta algumas medidas de correspondência entre linhas e colunas. Basicamente, a AC converte uma matriz de dados não negativos em um tipo particular de representação gráfica em que as linhas e colunas da matriz são simultaneamente representadas

em dimensão reduzida através de um gráfico de pontos. Essa análise baseia-se em uma média ponderada entre as distâncias dos pontos até os perfis médios de linhas e de colunas, representada pela inércia. A inércia será alta quando os perfis linha tiverem grandes desvios de sua média e será baixa quando tiverem pequenos desvios. Quando a inércia é baixa o perfil linha está mais próximo do perfil médio o que mostra que há baixa associação entre linha e coluna, quando a inércia é alta o perfil linha fica mais afastado do perfil médio e assim há maior correlação entre linha e coluna (GREENACRE, 2007).

Através da AC, é possível analisar tabelas de duas entradas ou mais, levando em consideração a correspondência entre linhas e colunas. Resumidamente, ela transforma uma matriz em um gráfico de pontos. Esta representação gráfica permite analisar a relação entre linha x linha, coluna x coluna e linha x coluna de uma tabela de contingência, mostrando não só se existe associação, mas também a força dessa associação. Sua natureza é multivariada, tendo como único requisito a utilização de uma matriz com números positivos (CZERMAINSKI e DIAS, 2004). Mais detalhes sobre a teoria e aplicações da AC podem ser obtidos em Greenacre (1984, 2007).

Para realização dessas análises, foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 e o Programa R (R CORE TEAM, 2016). Para realização dessa análise foram utilizadas as variáveis recodificadas do bloco “Trabalho” e “Saúde”, citadas acima, para verificação de suas possíveis associações.



## 6 ARTIGO DE RESULTADOS

O modelo utilizado para a apresentação dos resultados desta dissertação foi através da criação de um artigo, com a descrição e análise de todas as informações identificadas.

### **Trabalho e adoecimento mental: uma análise quantitativa a partir do inquérito SAUVI Betim (2014 a 2015)**

Work and mental illness: a quantitative analysis from the SAUVI Betim survey (2014 to 2015)

Trabajo y enfermedad mental: un análisis cuantitativo a partir de la encuesta SAUVI Betim (2014 a 2015)

Gerferson André Silva Costa<sup>1,2</sup>

Ricardo Tavares<sup>1,3</sup>

Jandira Maciel da Silva<sup>1,4</sup>

Andréa Maria Silveira<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup> *Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais.*

<sup>2</sup> *Centro de Desenvolvimento da Tecnologia Nuclear – CDTN/CNEN.*

<sup>3</sup> *Departamento de Estatística da Universidade Federal de Ouro Preto.*

<sup>4</sup> *Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Federal de Minas Gerais.*

### **Correspondência:**

G. A. S. Costa

Endereço: Avenida Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, CEP: 30.130.100 Belo Horizonte/Minas Gerais.

[andre-scosta@hotmail.com](mailto:andre-scosta@hotmail.com)

G. A. S. Costa participou do delineamento do estudo, da análise dos dados, da redação do trabalho, da revisão crítica geral da pesquisa e de seus resultados, da redação do artigo e da revisão de sua versão final. R. Tavares participou da análise dos dados, da redação do trabalho e da revisão crítica geral da pesquisa e de seus resultados. A. M. Silveira e J. M. da Silva

participaram do delineamento do estudo, da análise dos dados, da redação do trabalho e da revisão crítica geral da pesquisa e de seus resultados e da redação do artigo e da revisão da versão final.

**Não há conflito de interesses.**

## **Resumo**

Este trabalho objetivou analisar associações entre algumas características do trabalho (condições e jornadas de trabalho) e o autorrelato de depressão, ansiedade/outro problema psiquiátrico, uso de remédios para dormir e problemas relacionados ao consumo de álcool em trabalhadores do inquérito SAUVI-Betim. Trata-se de um estudo transversal, que analisou dados desse inquérito, realizado nos anos de 2014-2015 no município de Betim (MG). Inicialmente, foram analisadas informações gerais do inquérito, comparando os grupos de trabalhadores e não trabalhadores. Em seguida, foi feita uma análise compreendendo somente o grupo de trabalhadores (614 pessoas). A análise estatística compreendeu a aplicação do teste do qui-quadrado nas tabelas de contingências e a realização de análises de correspondências entre variáveis específicas do bloco “Trabalho” e do bloco “Saúde”. Encontrou-se significância estatística ( $p < 0,05$ ), principalmente, entre ser do sexo feminino e uma maior frequência de depressão, ansiedade/outro problema psiquiátrico e do uso de remédio para dormir; ser do sexo masculino e o resultado positivo do CAGE; o estado civil “separado/divorciado” e o autorrelato de depressão e uso de remédios para dormir; menores rendas familiares com o autorrelato de depressão; e o uso de remédio para dormir na faixa etária de 50 a 59 anos. Além disso, a análise de correspondência encontrou as seguintes associações: o consumo de bebida alcoólica foi maior para aqueles que realizavam extensas jornadas; o resultado positivo do CAGE foi associado com piores condições de trabalho; tanto o uso de remédios para dormir, quanto a ansiedade/outro problema psiquiátrico foi associado ao trabalho noturno; e o autorrelato de depressão esteve associado com a realização de horas extras. Este estudo apontou que certas características das jornadas e condições de trabalho estavam associadas com as variáveis referentes ao adoecimento mental, em trabalhadores do inquérito SAUVI. Outras pesquisas que avaliem a relação de causalidade e investiguem outras variáveis devem ser conduzidas.

**Palavras-chave:** saúde mental; condições de trabalho; jornada de trabalho; trabalhadores.

## **Abstract**

This study aimed to analyze associations between some characteristics of work (conditions and work hours) and self-report of depression, anxiety/another psychiatric problem, use of sleep aids and problems related to alcohol consumption in workers of the SAUVI-Betim survey. This is a cross-sectional study, which analyzed data from this survey, conducted in the years 2014-2015 in the city of Betim (MG). Initially, general survey information was analyzed comparing groups of workers and non-workers. Then, an analysis was made comprising only the group of workers (614 people). The statistical analysis included the application of the chi-square test in the contingency tables and the analysis of correspondences between "Work" and "Health" categories. Statistical significance ( $p < 0.05$ ) was found, mainly between being female and a higher frequency of depression, anxiety/other psychiatric problem and use of sleeping aids; being male and the positive CAGE result; "Separated/divorced" marital status and self-report of depression and use of sleeping aids; lower family incomes with self-reported depression; and the use of sleeping aids in the 50-59 age group. In addition, the correspondence analysis found the following associations: the

consumption of alcoholic beverages was greater for those who carried out extensive journeys; the positive CAGE result was associated with worse working conditions; both the use of sleeping pills and the anxiety/other psychiatric problem was associated with night work; and self-reported depression was associated with overtime work. This study pointed out that certain characteristics of working hours and working conditions were associated with the variables related to mental illness in workers of the SAUVI survey. Other research that evaluates causation and investigates other variables should be conducted.

**Keywords:** mental health; working conditions; work hours; workers.

## 1 INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais, neurológicos e o abuso de substâncias respondem por 13% da carga global de doenças. Apenas a depressão representa 4,3% desta carga e está entre as principais causas de incapacidade, principalmente entre as mulheres. As consequências econômicas dessas perdas de saúde são igualmente grandes, estimando-se que o impacto global acumulado de transtornos mentais considerando-se as perdas na produção econômica serão de US \$ 16,3 trilhões entre 2011 e 2030 (WHO, 2013).

A organização Mundial de Saúde recomenda como estratégias para a promoção da saúde e a prevenção de transtornos mentais ao longo da vida: leis antidiscriminação, campanhas de informação que reduzam a estigmatização e as violações dos direitos humanos associado a transtornos mentais; promoção dos direitos, oportunidades e cuidados de indivíduos com transtornos mentais dentre outras medidas voltadas para os ciclos de vida específicos. Chama ainda atenção para a necessidade de promover condições de vida e de trabalho saudáveis (incluindo a organização do trabalho e melhorias dos sistemas de gestão do stress baseados em evidências) (WHO, 2013).

Os transtornos mentais e comportamentais (TMC) têm se tornado um problema de saúde pública, devido ao grau de incapacidade gerado na população (MURRAY e LOPEZ, 1996). O seu impacto atinge não só a qualidade de vida dos indivíduos acometidos, mas também os empregadores, a sociedade e o país, no seu aspecto socioeconômico (THOMAS e MORRIS, 2003). Tais consequências têm levado pesquisadores a se questionarem sobre os fatores que podem estar relacionados com o seu surgimento, como a depressão, a ansiedade, o abuso e/ou dependência de álcool, entre outros.

Estudos mais recentes têm evidenciado que fatores psicossociais do trabalho estão associados com os sintomas, ou propriamente com o diagnóstico de transtornos mentais. Alta demanda psicológica (SMITH E BIELECKY, 2012), baixo suporte social (RUSLI; EDIMANSYAH; NAING, 2008), entre outras características têm sido correlacionadas com esses transtornos em trabalhadores (NIEDHAMMER e CHASTANG, 2015).

Gong et al. (2014) também identificaram características do trabalho que estavam associadas com sintomas de depressão e ansiedade entre médicos na China. Fatores como alta frequência de conflitos e violência no ambiente de trabalho, jornadas semanais extensas ( $\geq 60$  horas) e alternância de turno de trabalho (duas ou mais vezes, na semana), estavam associados a maior prevalência de sintomas de ansiedade e depressão.

Como relatado nos estudos acima, algumas características do trabalho têm sido associadas com o adoecimento mental do trabalhador. É preciso que mais pesquisas sejam realizadas, envolvendo estes e outros atributos da organização e condições de trabalho, para verificar se há associações com o adoecimento mental de trabalhadores.

Como há uma carência de informações sobre saúde mental e trabalho nos Sistemas de Informações em Saúde atuais (BRASIL, 2008), a relevância deste trabalho também se destacou por identificar estas informações. Este conhecimento poderá auxiliar na tomada de decisões e na criação de políticas de saúde que previnam ou minimizem o surgimento desses transtornos.

Além disso, espera-se que essas informações também auxiliem na criação de estratégias que minimizem o impacto econômico que os transtornos mentais têm ocasionado no Brasil. Como evidenciado por Silva-Junior e Fischer (2014), no período de 2008-2011, os transtornos mentais e comportamentais foram a terceira causa de concessão de benefícios previdenciários e causaram um impacto médio anual de 186 milhões de reais, à Previdência.

Dessa forma, este trabalho objetivou analisar as associações entre algumas características do trabalho (condições e jornadas de trabalho) e variáveis relacionadas ao adoecimento mental (o autorrelato de depressão, de ansiedade/outro problema psiquiátrico, do uso de remédios para dormir e de problemas relacionados ao consumo de álcool) em trabalhadores, do inquérito SAUVI Betim-MG. Este estudo buscou ratificar se longas jornadas, o trabalho noturno e

piores condições de trabalho estavam associadas com a mais alta frequência de variáveis relacionadas a esse adoecimento.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, transversal, de alcance descritivo e correlacional.

### **O inquérito SAUVI**

Este trabalho se insere dentro do Projeto “SAUVI - Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência”, que consistiu em um inquérito domiciliar, realizado em Betim, e que teve por objetivo estudar o perfil de saúde e violência e fatores associados, entre diferentes grupos populacionais.

A população alvo foi constituída por adultos com 20 ou mais anos de idade residentes nos domicílios particulares permanentes e localizados em setores censitários urbanos, do município de Betim. Utilizou-se, no inquérito SAUVI, amostragem estratificada por conglomerados em vários estágios, sendo o primeiro a seleção dos setores censitários com Probabilidade Proporcional ao Tamanho (PPT) por número de domicílios no setor; o segundo para selecionar os domicílios por meio da amostragem sistemática e o terceiro para selecionar a pessoa que responderia o questionário. A seleção das pessoas dentro dos domicílios levou em conta a homogeneidade entre sexo e a idade dentro da amostra, e se baseou nas tabelas de Kish (1965). O sistema de referência adotado foi a listagem e os mapas dos setores censitários do Censo 2010. A amostra foi calculada com margem de erro máxima em 1,9% para a proporção de violência nos municípios e grau de confiança de 95%.

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário geral organizado em blocos temáticos: condições sociodemográficas, saúde, trabalho, utilização dos serviços de saúde, meio ambiente, comportamentos, violência doméstica, violência no trânsito, violência institucional, violência comunitária, violência urbana e violência autoinflingida. Em cada casa foi entrevistado um adulto, escolhido, por meio da tabela de Kish, entre homens e mulheres de 20 anos ou mais, moradores do domicílio.

Para identificar a pessoa selecionada para a amostra, o entrevistador realizou uma listagem das pessoas elegíveis no domicílio, primeiramente com homens em ordem decrescente da idade, e em seguida, continuando com as mulheres em ordem decrescente da idade. Cada pessoa foi identificada pelo seu número de ordem. Assim, num domicílio com  $n$  indivíduos, a probabilidade de seleção de um deles fica exatamente igual a  $1/n$  (SUYAMA, QUININO e BESSEGATO, 2013).

Com isso, as tabelas de Kish permitiram a seleção com igual probabilidade para cada indivíduo, evitando o viés de seleção por ser probabilística. Cada tabela acompanhou uma proporção pré-determinada de questionários, de forma que no conjunto, houvesse proporcionalidade em relação a sexo e idade.

O questionário foi elaborado por professores e mestrandos do Programa de Pós-Graduação de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, como atividade de disciplina ofertada, a partir da literatura sobre o tema e da adaptação de questionários, de uso público, já testados, como os utilizados pelo Ministério da Saúde, na Pesquisa Nacional de Saúde e pela OMS, para pesquisa sobre violência contra mulher. A primeira versão foi enviada para vários pesquisadores sobre o tema, solicitando que eles classificassem cada pergunta em: muito relevante, relevante, pouco relevante e irrelevante. Foram mantidas as perguntas avaliadas como muito relevantes e relevantes, por, no mínimo, 80 por cento dos pesquisadores. Foram incorporadas as sugestões retornadas desde que não contraditórias. Neste caso, elas eram enviadas a todos novamente, para que se fizesse a definição final. O modelo assim construído foi, posteriormente, submetido a três rodadas de teste, sendo entrevistadas, em cada rodada, aproximadamente, 30 pessoas, escolhidas aleatoriamente, no catálogo telefônico, para facilitar a marcação da entrevista. As entrevistas foram realizadas entre os anos de 2014 e 2015.

Recusas, endereços inexistentes, domicílio fechado ou abandonado e condições de saúde que impediram a realização da entrevista foram considerados perdas que representaram 151 dos 1.280 domicílios selecionados (11,8% da amostra). Ao final, participaram do estudo 1.129 indivíduos, correspondendo a igual número de domicílios.

Este estudo utilizou informações dos blocos “Informações Gerais”, “Saúde” e do “Trabalho” do Inquérito SAUVI. Inicialmente, foi realizada uma análise entre os grupos de trabalhadores e não trabalhadores, comparando-se as variáveis sociodemográficas e o autorrelato de

depressão, ansiedade/outro problema psiquiátrico, uso de remédios para dormir e problemas relacionados ao consumo de álcool. E, posteriormente, a análise dos dados ficou centrada no grupo de trabalhadores. Para caracterização do perfil, foram utilizadas as seguintes variáveis: sexo, idade, cor ou raça, escolaridade, estado civil, renda individual (de acordo com o salário mínimo de R\$ 724,00 do período da pesquisa) e familiar.

Após a caracterização do perfil demográfico e socioeconômico dos trabalhadores, foram analisadas as variáveis referentes ao adoecimento mental na categoria de trabalhadores (autorrelato de depressão, de ansiedade/outro problema psiquiátrico, afirmação sobre o uso de remédio para dormir e identificação de problemas relacionados ao álcool) com as variáveis das jornadas (maior que 44 horas semanais, trabalho noturno, realização de mais de duas horas extras) e das condições de trabalho.

Para análise das variáveis, foi realizada uma “recodificação” através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Essa recodificação foi necessária, pois o questionário SAUVI apresentava diversas questões de múltipla escolha nos blocos “Saúde” e “Trabalho”. Assim, elas foram agrupadas em respostas do tipo “Sim” e “Não”, para que o programa R pudesse analisar a sua correlação.

A variável “horas trabalhadas por semana” foi recodificada em dois intervalos: até 44 horas semanais e mais de 44 horas semanais. O limite de 44 horas semanais foi estabelecido, fazendo referência à jornada semanal máxima definida pela legislação brasileira (BRASIL, 2012). Para análise foi utilizado somente o intervalo de jornada maior do que 44 horas semanais.

Todos os entrevistados que afirmaram trabalhar pelo menos uma vez por semana no turno da noite, foram classificados como realizando “trabalho noturno”. Já em relação às horas extras, foram considerados para a análise todos que afirmaram realizar pelo menos uma vez no mês mais de duas horas extras em um mesmo dia.

As condições de trabalho foram representadas por um indicador padronizado, que estimou a sua presença e intensidade. As variáveis que compuseram esse indicador estão apresentadas no Quadro 1. Cada pergunta respondida como “não” teve valor de “+1” e para cada resposta igual a “sim” teve valor de “-1”.

**QUADRO 1** - Variáveis utilizadas para a composição do indicador.

<b>Variáveis (X<sub>i</sub>)</b>	
X <sub>1</sub>	Limpeza Deficiente
X <sub>2</sub>	Umidade excessiva
X <sub>3</sub>	Ausência ou mau estado das instalações sanitárias
X <sub>4</sub>	Ausência de vista para o exterior
X <sub>5</sub>	Luz artificial permanente
X <sub>6</sub>	Ruído excessivo
X <sub>7</sub>	Vibrações
X <sub>8</sub>	Ficar muito tempo de pé/postura penosa/fatigante
X <sub>9</sub>	Efetuar deslocamentos a pé frequentes/longa duração
X <sub>10</sub>	Levantar ou deslocar objetos pesados
X <sub>11</sub>	Tarefas monótonas ou repetitivas
X <sub>12</sub>	Posição com risco de queda ou esmagamento
X <sub>13</sub>	Posições com risco de afogamento
X <sub>14</sub>	Posições com risco de projeção de materiais
X <sub>15</sub>	Contato com lixo/esgoto/ sangue/material contaminado
X <sub>16</sub>	Contato com fumaça, cheiros fortes, poeira
X <sub>17</sub>	Contato com outra situação negativa

Fonte: Questionário do Inquérito SAUVI

O Indicador de Condições de Trabalho (ICAT) foi construído com a seguinte expressão:

$$ICAT = \sum_{i=1}^{17} X_i$$



Para facilitar o uso e sua interpretação, esse indicador ICAT foi padronizado para que assumisse valores na escala 0-1. A padronização adotada foi a seguinte:

$$I_{pad}_i = \frac{I_i - \min(I)}{\max(I) - \min(I)}$$

É importante notar que quanto mais próximo de 1 (um) for esse indicador padronizado, maior será a percepção do entrevistado, de que as condições de trabalho são adequadas.

A distribuição desse indicador foi comparada segundo outras variáveis qualitativas. Outros detalhes sobre a construção de indicadores a partir de variáveis qualitativas podem ser encontrados em Wittkowski et al. (2004).

A recodificação das variáveis do bloco saúde considerou apenas as variáveis que dizem respeito aos transtornos mentais, ou indicativas de adoecimento mental do trabalhador. As questões de interesse foram: diagnóstico de depressão, ansiedade/outro problema psiquiátrico, uso de remédios para dormir, doses consumidas de álcool no dia habitual de consumo e problemas relacionados ao álcool.

Devido à dificuldade de conceituar algum distúrbio do sono específico, a partir das perguntas presentes no inquérito SAUVI, foi utilizado para análise apenas o uso de remédios para dormir. A afirmação para essa pergunta sinaliza, indiretamente, a possível presença de algum distúrbio do sono, ou um sintoma de outros transtornos representados pelas variáveis aqui abordadas – depressão, ansiedade e/ou alcoolismo.

Como a palavra “remédio” foi utilizada na entrevista do SAUVI, é importante que se faça aqui a sua conceituação. De acordo com Silva et al., (p. 14, 2010), a “ideia de remédio está associada a todo e qualquer tipo de cuidado utilizado para curar ou aliviar doenças, sintomas, desconfortos e mal-estar”.

Em relação ao diagnóstico de depressão, de ansiedade/outro problema psiquiátrico e o uso de remédio para dormir, foram consideradas apenas as respostas afirmativas dessas questões. As doses de álcool foram recodificadas em intervalos: 1 dose/dia, 2 a 4 doses/dia, 5 a 9 doses/dia e 10 ou mais doses/dia. Tais intervalos foram escolhidos por já serem utilizados na Pesquisa Nacional de Saúde. Por fim, os problemas relacionados ao álcool foram representados por

questões que fazem parte do questionário *CAGE*, que está inserido no Inquérito SAUVI. Foi considerado *CAGE* positivo, se houvesse pelo menos duas respostas afirmativas das seguintes perguntas:

O (a) Sr.(a) já pensou em largar bebida?

O (a) Sr.(a) ficou aborrecido quando outras pessoas criticaram o seu hábito de beber?

O (a) Sr.(a) sentiu-se mal ou culpado pelo fato de beber?

O (a) Sr.(a) bebeu pela manhã para ficar mais calmo ou se livrar de uma ressaca?

### **A análise dos dados**

A Análise de correspondência (AC) é uma técnica multivariada de análise exploratória de dados. Esta técnica é adequada para analisar tabelas de contingência com duas ou mais entradas, levando em conta algumas medidas de correspondência entre linhas e colunas. Basicamente, a AC converte uma matriz de dados não negativos em um tipo particular de representação gráfica em que as linhas e colunas da matriz são simultaneamente representadas em dimensão reduzida através de um gráfico de pontos. Essa análise baseia-se em uma média ponderada entre as distâncias dos pontos até os perfis médios de linhas e de colunas, representada pela inércia. A inércia será alta quando os perfis linha tiverem grandes desvios de sua média e será baixa quando tiverem pequenos desvios. Quando a inércia é baixa o perfil linha está mais próximo do perfil médio o que mostra que há baixa associação entre linha e coluna, quando a inércia é alta o perfil linha fica mais afastado do perfil médio e assim há maior correlação entre linha e coluna (GREENACRE, 2007).

Através da AC, é possível analisar tabelas de duas entradas ou mais, levando em consideração a correspondência entre linhas e colunas. Resumidamente, ela transforma uma matriz em um gráfico de pontos. Esta representação gráfica permite analisar a relação entre linha x linha, coluna x coluna e linha x coluna de uma tabela de contingência, mostrando não só se existe associação, mas a força dessa associação. Sua natureza é multivariada, tendo como único requisito a utilização de uma matriz com números positivos (CZERMAINSKI e DIAS, 2004). Mais detalhes sobre a teoria e aplicações da AC podem ser obtidos em Greenacre (1984, 2007).

Para realização dessas análises, foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.0 e o Programa R (R CORE TEAM, 2016). Para realização dessa análise foram utilizadas as variáveis recodificadas do bloco “Trabalho” e “Saúde” do inquérito, para verificação de suas possíveis associações.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (CAAE – 02235212.2.0000.5149).

### **3 RESULTADOS**

#### **Perfil sociodemográfico do inquérito SAUVI**

O questionário SAUVI foi aplicado em 1129 indivíduos do município de Betim-MG, 29 pessoas (2,6%) foram excluídas por apresentar divergência na variável “Situação no mercado de Trabalho” (estar ou não trabalhando). Dessa forma, a descrição geral abrange os 1100 participantes (Tabela 1) e a seção final dos resultados, os 614 trabalhadores (Tabelas 2 e 3).

Dos 1100 entrevistados, 428 são do sexo masculino (38,9%) e 672 são do sexo feminino (61,1%). Dos homens entrevistados, 71% estavam trabalhando contra 46,1% das mulheres. A faixa etária mais prevalente no grupo de trabalhadores foi a de 30 a 39 anos (71,3%) e a de 60 anos ou mais no grupo de não trabalhadores (84,4%).

A escolaridade também diferiu entre os grupos de trabalhadores e não trabalhadores (Tabela 1). A escolaridade com maior porcentagem no grupo de trabalhadores foi a “Pós-graduação”, com 100%, seguida daqueles que declararam possuir “Ensino Superior” (71,9%) e “Ensino Médio” (71,2%). Já no grupo de não trabalhadores, a escolaridade com maior porcentagem foi para aqueles que declararam não possuir o ensino fundamental (67,1%).

Em relação ao estado civil, os solteiros estavam em maior porcentagem no grupo de trabalhadores (63,8%). Enquanto que os viúvos estavam em maior porcentagem no grupo de não trabalhadores (77,2%).

A análise da renda familiar evidenciou que quanto maior era a renda, maior era a porcentagem no grupo de trabalhadores. Ao contrário do grupo de não trabalhadores, em que as maiores porcentagens estavam nas menores rendas familiares.

## Comparando as variáveis relacionadas ao adoecimento mental, entre trabalhadores e não trabalhadores

Análise identificou uma maior frequência de variáveis relacionadas ao adoecimento mental no grupo de não trabalhadores: autorrelato de depressão (66,7%), autorrelato de ansiedade/outro problema psiquiátrico (52,6%) e uso de remédio para dormir (61,7%). A única variável deste grupo que esteve em maior proporção no grupo de trabalhadores foi o resultado positivo do CAGE (51,9%). Todas essas variáveis apresentaram significância estatística ( $p < 0,05$ ), exceto o uso de remédio para dormir.

### Perfil sociodemográfico dos trabalhadores da amostra

Dos 614 trabalhadores, 304 (49,5%) são homens e 310 (50,5%) são mulheres. Em relação à caracterização da jornada de trabalho, exercida pelo sexo masculino, 68,8% (209,  $p > 0,05$ ) trabalhavam mais de 44 horas/semana, 30,3% (92,  $p < 0,05$ ) trabalhavam à noite e 33,2% (101,  $p < 0,05$ ) realizavam pelo menos duas horas extras no mês. Já as trabalhadoras, 74,5% (231,  $p > 0,05$ ) exerciam jornada de trabalho acima de 44 horas/semana, 15,8% (49,  $p < 0,05$ ) trabalhavam à noite e 21,9% (68,  $p < 0,05$ ) realizavam pelo menos duas horas extras no mês (Tabela 2).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e as variáveis relacionadas ao adoecimento mental no grupo de trabalhadores e não trabalhadores da amostra do SAUVI Betim (2014-2015)

Variáveis analisadas	Atualmente, o (a) Sr.(a) trabalha?				Total		Valor p
	Sim		Não		N	%	
	N	%	N	%			
Sexo							
Homem	304	71,0	124	29,0	428	100,0	<0.001
Mulher	310	46,1	362	53,9	672	100,0	
Faixa etária							
20  --- 29	151	65,4	80	34,6	231	100,0	<0.001
30  --- 39	191	71,3	77	28,7	268	100,0	
40  --- 49	142	65,1	76	34,9	218	100,0	
50  --- 59	96	49,7	97	50,3	193	100,0	
60 ou +	28	15,6	151	84,4	179	100,0	
Não informado	6	54,5	5	45,5	11	100,0	
Escolaridade							
Sem Ensino Fundamental	111	32,9	226	67,1	337	100,0	<0.001

(Continua)

(Continua)

Ensino Fundamental	166	55,9	131	44,1	297	100,0	
Ensino Médio	262	71,2	106	28,8	368	100,0	
Ensino Superior	46	71,9	18	28,1	64	100,0	
Pós-graduação	25	100,0	0	0,0	25	100,0	
Não informado	4	44,4	5	55,6	9	100,0	
<b>Estado Civil</b>							
Casado	286	56,5	220	43,5	506	100,0	<0.001
Solteiro	164	63,8	93	36,2	257	100,0	
Viúvo	23	22,8	78	77,2	101	100,0	
União estável (amasiado, amigado)	87	62,1	53	37,9	140	100,0	
Separado/divorciado	53	55,8	42	44,2	95	100,0	
Não informado	1	100,0	0	0,0	1	100,0	
<b>Cor / Raça</b>							
Branca	158	54,5	132	45,5	290	100,0	0.6407
Negra	81	59,1	56	40,9	137	100,0	
Amarela	27	50,9	26	49,1	53	100,0	
Parda	342	55,9	270	44,1	612	100,0	
Indígena	6	75,0	2	25,0	8	100,0	
<b>Situação no mercado de trabalho</b>							
Trabalho formal	435	93,5	30	6,5	465	100,0	<0.001
Trabalho informal	164	80,0	41	20,0	205	100,0	
Aposentado por invalidez	0	0,0	44	100,0	44	100,0	
Aposentado por tempo de serviço	1	1,1	86	98,9	87	100,0	
Aposentado mas trabalhando	3	27,3	8	72,7	11	100,0	
Desempregado	0	0,0	114	100,0	114	100,0	
Trabalho familiar	3	2,4	122	97,6	125	100,0	
Benefício social	1	3,7	26	96,3	27	100,0	
Procurou emprego nos últimos 30 dias	1	100,0	0	0,0	1	100,0	
Estudante	0	0,0	6	100,0	6	100,0	
Criança	2	50,0	2	50,0	4	100,0	
Não informado	4	36,4	7	63,6	11	100,0	
<b>Renda familiar (em S. M. = R\$ 724,00)</b>							
Nenhum	2	10,0	18	90,0	20	100,0	<0.001
Até 1	55	30,6	125	69,4	180	100,0	
Mais de 1 a 2	219	52,8	196	47,2	415	100,0	
Mais de 2 a 5	254	66,5	128	33,5	382	100,0	
Mais de 5 a 10	64	81,0	15	19,0	79	100,0	
Mais de 10 a 20	16	88,9	2	11,1	18	100,0	
Mais de 20	3	100,0	0	0,0	3	100,0	
Não informado	1	33,3	2	66,7	3	100,0	
<b>Toma algum remédio para dormir?</b>							
Sim	36	38,3	58	61,7	94	100,0	0.1112
Não	212	48,0	230	52,0	442	100,0	
Não informado	366	64,9	198	35,1	564	100,0	
<b>Resultado do Teste CAGE</b>							

						(Conclusão)	
Não tem problemas envolvendo álcool	147	69,3	65	30,7	212	100,0	0.00778
Tem problemas envolvendo álcool	42	51,9	39	48,1	81	100,0	
Não se aplica	425	52,7	382	47,3	807	100,0	
<hr/>							
Alguma vez o médico disse que o (a) Sr.(a) tem depressão?							
Sim	41	33,3	82	66,7	123	100,0	<0.001
Não	568	58,7	399	41,3	967	100,0	
Não informado	5	50,0	5	50,0	10	100,0	
<hr/>							
Alguma vez o médico disse que o (a) Sr.(a) tem ansiedade/outro problema psiquiátrico?							
Sim	83	47,4	92	52,6	175	100,0	0.01714
Não	527	57,5	389	42,5	916	100,0	
Não informado	4	44,4	5	55,6	9	100,0	

Fonte: SAUVI, 2015.

No que diz respeito à escolaridade (Tabela 2), aqueles que possuíam pós-graduação apresentaram uma maior proporção de indivíduos praticando jornada de trabalho maior do que 44 horas/semana (44%,  $p>0,05$ ) e realização de ao menos duas horas extras no mês (48%,  $p<0,05$ ). Já os trabalhadores que possuíam apenas o ensino fundamental apresentaram uma maior proporção de inserção no trabalho noturno (30,1%,  $p<0,05$ ).

O “Estado civil” apresentou significância estatística apenas em relação à realização de hora extra, tendo maior proporção para aqueles trabalhadores que declararam estar “separado/divorciado” (5,7%,  $p<0,05$ ). Em relação à “Raça/cor” não houve relação estatística significativa, com as variáveis do trabalho (Tabela 2).

### Dados econômicos e características do trabalho

Em relação à renda individual (Tabela 2), aqueles que ganhavam até um salário mínimo estavam em maior proporção na jornada maior do que 44 horas/semanais (84%). Já os que ganhavam mais de 5 salários mínimos trabalhavam à noite (40%) e também realizavam mais horas extras (50%) ( $p<0,05$ ).

### Perfil sociodemográfico e as variáveis relacionadas ao adoecimento mental em trabalhadores

Em relação ao sexo, o sexo feminino apresentou uma maior frequência de autorrelato de depressão, de ansiedade/outro problema psiquiátrico e uso de remédios para dormir (10,6%,

20% e 8,4%, respectivamente), do que no masculino (2,6%, 6,9% e 3,3%, respectivamente). Porém, o teste positivo do CAGE foi maior em homens (10,5%), do que mulheres (3,2%). Todas essas relações apresentaram  $p < 0,05$  (Tabela 3).

Em relação à faixa etária, houve significância estatística na relação entre faixa etária e uso de remédios para dormir, sendo mais frequente, na faixa etária de 50 a 59 anos de idade (11,5%). Além disso, o teste positivo do CAGE teve uma maior frequência na faixa etária de 30 a 39 anos (10,5%) (Tabela 3).

O estado civil separado/divorciado (Tabela 3) apresentou maior frequência do autorrelato de depressão e uso de remédios para dormir, no grupo de trabalhadores ( $p < 0,05$ ). Já aqueles que declararam estar em uma união estável, apresentaram maior frequência do CAGE positivo ( $p < 0,05$ ). Por fim, em relação à cor/raça não houve significância estatística.

### **Situação no mercado de trabalho, renda e variáveis relacionadas ao adoecimento mental em trabalhadores**

Em relação à situação no mercado de trabalho (Tabela 3), tanto os trabalhadores inseridos formalmente, quanto aqueles inseridos informalmente apresentaram frequência de depressão de 6,7% ( $p < 0,05$ ). E no que diz respeito à renda familiar, a frequência de depressão foi maior para aqueles com até um salário mínimo (10,9%), ou com 2 a 5 salários mínimos (8,7%). Já a renda individual não apresentou significância estatística nas associações com as variáveis relacionadas ao adoecimento mental em trabalhadores.

### **A prática religiosa e o resultado do CAGE**

Este estudo identificou uma associação negativa entre a prática regular de religião e o resultado positivo do teste CAGE. Para aqueles que não praticavam alguma religião, a frequência do resultado positivo CAGE foi de 16,9%, contra 4,3% para aqueles que a praticavam ( $p < 0,001$ ).

Tabela 2 - Perfil sociodemográfico e a sua relação com a jornada de trabalho no grupo de trabalhadores da amostra do SAUVI - Betim (2014-2015)

(Continua)

Variáveis sociodemográficas	Jornada de trabalho (em horas por semana)			Trabalho noturno			Horas extras			Total	
	Acima de 44			Sim			Sim			n	%
	n	%	Valor p	n	%	Valor p	n	%	Valor p		
Sexo			0.1347			<0.001			0.0024		
Masculino	209	68,8		92	30,3		101	33,2		304	100,0
Feminino	231	74,5		49	15,8		68	21,9		310	100,0
Faixa etária (em anos)			0.1379			0.1578			0.2705		
20  ---- 29	117	77,5		37	24,5		45	29,8		151	100,0
30  ---- 39	135	70,7		48	25,1		58	30,4		191	100,0
40  ---- 49	98	69,0		36	25,4		39	27,5		142	100,0
50  ---- 59	62	64,6		17	17,7		21	21,9		96	100,0
60 ou +	23	82,1		2	7,1		4	14,3		28	100,0
Não respondeu	5	83,3		1	16,7		2	33,3		6	100,0
Escolaridade			0.216			0.015			0.003		
Sem Ensino Fundamental	28	25,2		15	13,5		16	14,4		111	100,0
Ensino Fundamental	42	25,3		50	30,1		50	30,1		166	100,0
Ensino Médio	67	25,6		64	24,4		74	28,2		262	100,0
Ensino Superior	16	34,8		7	15,2		15	32,6		46	100,0
Pós-graduação	11	44,0		5	20,0		12	48,0		25	100,0
Não respondeu	0	0,0		0	0,0		2	50,0		4	100,0
Estado civil			0.535			0.7401			0.035		
Casado	204	71,3		68	23,8		4	1,4		286	100,0
Solteiro	122	74,4		39	23,8		0	0,0		164	100,0



(Continua)

Viúvo	17	73,9	6	26,1	0	0,0	23	100,0
União estável (amasiado, amigado)	64	73,6	15	17,2	3	3,4	87	100,0
Separado/divorciado	33	62,3	13	24,5	3	5,7	53	100,0
Não respondeu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Cor/Raça		0.129		0.510		0.798		
Branca	103	65,2	36	22,8	44	27,8	158	100,0
Negra	57	70,4	21	25,9	26	32,1	81	100,0
Amarela	17	63,0	5	18,5	6	22,2	27	100,0
Parda	258	75,4	76	22,2	92	26,9	342	100,0
Indígena	5	83,3	3	50,0	1	16,7	6	100,0
Situação no mercado de trabalho		0.835		0.334		0.353		
Trabalho formal	313	72,0	111	25,5	130	29,9	435	100,0
Trabalho informal	114	69,5	29	17,7	37	22,6	164	100,0
Aposentado por tempo de serviço	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Aposentado mas trabalhando	3	100,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0
Trabalho familiar	2	66,7	0	0,0	0	0,0	3	100,0
Benefício social	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Procurou emprego nos últimos 30 dias	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Não respondeu	4	100,0	0	0,0	2	50,0	4	100,0
Não se aplica	1	100,0	1	100,0	0	0,0	2	100,0
Renda (em salários mínimos)		<0.001		0.0022		<0.001		
Não possui renda	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2	100,0
Até um salário mínimo (Até 724,00)	136	84,0	21	13,0	29	17,9	162	100,0
Mais de 1 a 3 salários mínimos	257	68,4	95	25,3	107	28,5	376	100,0

						(Conclusão)	
(mais de 724,00 até 1448,00)							
Mais de 3 a 5 salários mínimos. (mais de 1448,00 até 3620,00)	29	69,0	12	28,6	17	40,5	42 100,0
Mais de 5 salários mínimos (mais de 3620,00 até 7240,00)	15	50,0	12	40,0	15	50,0	30 100,0
Não respondeu	2	100,0	0	0,0	1	50,0	2 100,0
<hr/>							
Renda familiar (em salários mínimos)	0.190		0.187		0.0569		
Ninguém possui renda na família	2	100,0	1	50,0	0	0,0	2 100,0
Até um salário mínimo (Até 724,00)	43	78,2	7	12,7	13	23,6	55 100,0
Mais de 1 a 2 salários mínimos (mais de 724,00 até 1448,00)	152	69,4	50	22,8	53	24,2	219 100,0
Mais de 2 a 5 salários mínimos. (mais de 1448,00 até 3620,00)	188	74,0	59	23,2	70	27,6	254 100,0
Mais de 5 a 10 salários mínimos (mais de 3620,00 até 7240,00)	40	62,5	21	32,8	27	42,2	64 100,0
Mais de 10 a 20 salários (mais de 7240,00 até 14480,00)	13	81,3	2	12,5	3	18,8	16 100,0
Mais de 20 salários (mais de 14480,00)	1	33,3	1	33,3	2	66,7	3 100,0
Não respondeu	1	100,0	0	0,0	1	100, 0	1 100,0
<hr/>							
Total	440 71,7		141 23,0		169 27,5		614 100,0
Total	440	71,7	141	23,0	169	27,5	614 100,0

Fonte: SAUVI, 2015.

Tabela 3 - Perfil sociodemográfico e as variáveis relacionadas ao adoecimento mental na amostra de trabalhadores do SAUVI - Betim (2014-2015)

(Continua)

Variáveis sociodemográficas	Alguma vez o médico disse que o (a) Sr.(a) tem: Depressão			Alguma vez o médico disse que o (a) Sr.(a) tem: Ansiedade/outro problema psiquiátrico			Atualmente o (a) Sr.(a) toma algum remédio para dormir?			Tem problemas envolvendo álcool (Resultado CAGE)			Total	
	Sim			Sim			Sim			Sim			n	%
	n	%	Valor p	n	%	Valor p	n	%	Valor p	n	%	Valor p		
Sexo			<0.001			<0.001			0.012			<0.001		
	Masculino	8	2,6	21	6,9		10	3,3		32	10,5		304	100,0
	Feminino	33	10,6	62	20,0		26	8,4		10	3,2		310	100,0
Faixa etária (em anos)			0.921			0.618			0.0304			0.0463		
	20  ---- 29	9	6,0	17	11,3		5	3,3		8	5,3		151	100,0
	30  ---- 39	12	6,3	29	15,2		8	4,2		20	10,5		191	100,0
	40  ---- 49	11	7,7	22	15,5		10	7,0		11	7,7		142	100,0
	50  ---- 59	7	7,3	12	12,5		11	11,5		1	1,0		96	100,0
	60 ou +	1	3,6	2	7,1		0	0,0		2	7,1		28	100,0
	Não respondeu	1	16,7	1	16,7		2	33,3		0	0,0		6	100,0
Escolaridade			0.636			0.108			0.9615			0.0584		
	Sem Ensino Fundamental	5	4,5	8	7,2		7	6,3		9	8,1		111	100,0
	Ensino Fundamental	11	6,6	30	18,1		8	4,8		17	10,2		166	100,0
	Ensino Médio	19	7,3	33	12,6		15	5,7		11	4,2		262	100,0
	Ensino Superior	5	10,9	8	17,4		3	6,5		5	10,9		46	100,0

(Continua)

	Pós-graduação	1	4,0	4	16,0	2	8,0	0	0,0	25	100,0
	Não respondeu	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	4	100,0
Estado civil			0.0343		0.315		<0.001		0.02975		
	Casado	16	5,6	35	12,2	12	4,2	17	5,9	286	100,0
	Solteiro	10	6,1	26	15,9	10	6,1	12	7,3	164	100,0
	Viúvo	2	8,7	2	8,7	2	8,7	0	0,0	23	100,0
	União estável (amasiado, amigado)	4	4,6	9	10,3	2	2,3	12	13,8	87	100,0
	Separado/divorciado	9	17,0	11	20,8	10	18,9	1	1,9	53	100,0
	Não respondeu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Cor/Raça			0.1971		0.905		0.313		0.7706		
	Branca	16	10,1	24	15,2	8	5,1	10	6,3	158	100,0
	Negra	6	7,4	12	14,8	8	9,9	7	8,6	81	100,0
	Amarela	1	3,7	4	14,8	3	11,1	1	3,7	27	100,0
	Parda	17	5,0	42	12,3	17	5,0	23	6,7	342	100,0
	Indígena	1	16,7	1	16,7	0	0,0	1	16,7	6	100,0
Situação no mercado de trabalho			0.0254		0.2685		0.9876		0.7154		
	Trabalho formal	29	6,7	60	13,8	27	6,2	30	6,9	435	100,0
	Trabalho informal	11	6,7	22	13,4	8	4,9	11	6,7	164	100,0
	Aposentado por tempo de serviço	1	100, 0	1	100, 0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
	Aposentado mas trabalhando	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0
	Trabalho familiar	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	3	100,0
	Benefício social	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
	Procurou emprego nos últimos 30 dias	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
	Não respondeu	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	4	100,0
	Não se aplica	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0
Renda (em salários mínimos)			0.0787		0.485		0.0813		0.695		

												(Continua)	
Não possui renda	1	50,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2	100,0			
Até um salário mínimo (Até 724,00)	10	6,2	18	11,1	11	6,8	15	9,3	162	100,0			
Mais de 1 a 3 salários mínimos (mais de 724,00 até 1448,00)	27	7,2	53	14,1	21	5,6	23	6,1	376	100,0			
Mais de 3 a 5 salários mínimos. (mais de 1448,00 até 3620,00)	3	7,1	6	14,3	1	2,4	2	4,8	42	100,0			
Mais de 5 salários mínimos (mais de 3620,00 até 7240,00)	0	0,0	5	16,7	2	6,7	2	6,7	30	100,0			
Não respondeu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0			
Renda familiar (em salários mínimos)	0.0275		0.507		0.136		0.4516						
Ninguém possui renda na família	1	50,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2	100,0			
Até um salário mínimo (Até 724,00)	6	10,9	10	18,2	4	7,3	5	9,1	55	100,0			
Mais de 1 a 2 salários mínimos (mais de 724,00 até 1448,00)	11	5,0	25	11,4	15	6,8	14	6,4	219	100,0			
Mais de 2 a 5 salários mínimos. (mais de 1448,00 até 3620,00)	22	8,7	36	14,2	14	5,5	19	7,5	254	100,0			
Mais de 5 a 10 salários mínimos (mais de 3620,00 até 7240,00)	1	1,6	8	12,5	2	3,1	3	4,7	64	100,0			

					(Conclusão)					
Mais de 10 a 20 salários (mais de 7240,00 até 14480,00)	0	0,0	2	12,5	0	0,0	0	0,0	16	100,0
Mais de 20 salários (mais de 14480,00)	0	0,0	1	33,3	0	0,0	1	33,3	3	100,0
Não respondeu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
O Sr(a) tem uma religião que pratica regularmente?	0.726		0.473		0.360		<0.001			
Sim	34	7,0	69	14,2	26	5,3	21	4,3	487	100,0
Não	7	5,6	14	11,3	10	8,1	21	16,9	125	100,0
Branco	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0
Total										
Total	41	6,7	83	13,5	36	5,9	42	6,8	614	100,0

Fonte: SAUVI, 2015

## Resultados das Análises de Correspondência

A Figura 1 apresenta o mapa de correspondência entre as faixas de dose de bebida alcoólica e a jornada de trabalho combinada com horas extras. Para a interpretação da associação entre os níveis dos perfis linha (faixas de doses: 1 dose, 2 a 4 doses, 5 a 9 doses, 10 ou + doses) e dos perfis coluna (jornada de trabalho combinada com horas extras: até 44 h/s, não faz HE; mais de 44 h/s, não faz HE; até 44 h/s, faz HE; mais de 44 h/s, faz HE) devem ser analisadas as Tabelas 4 e 5. A Tabela 4, referente às faixas de doses, revela uma melhor representação de seus níveis na dimensão 1 (em negrito), exceto o nível ‘1 dose’ que contribui mais quando interpretado na dimensão 2 (em negrito). A Tabela 5, referente à jornada de trabalho combinada com horas extras, revela uma melhor representação de seus níveis ‘Até 44 h/s; Não faz HE’ e ‘Mais de 44 h/s; Faz HE’ na dimensão 1 (em negrito), e os níveis ‘Mais de 44 h/s; Não faz HE’ e ‘Até 44 h/s; Faz HE’ na dimensão 2 (em negrito).

Tabela 4 - Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (faixas de doses).

Faixas de dose	Dimensão 1	Dimensão 2
1 dose	0,0621	<b>0,9356</b>
2 a 4 doses	<b>0,9794</b>	0
5 a 9 doses	<b>0,8634</b>	0,1365
10 ou + doses	<b>0,5849</b>	0,4075

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 5 - Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (Jornada de trabalho combinada com horas extras).

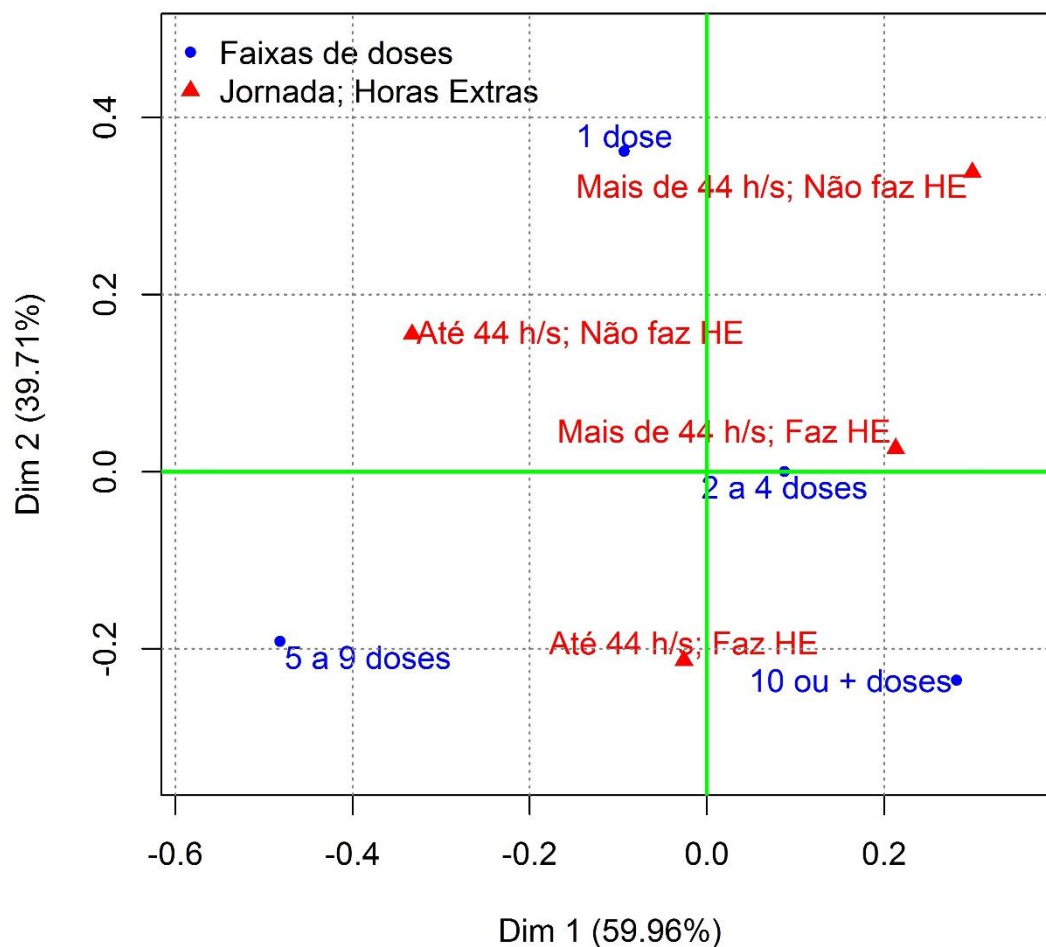
Jornada de trabalho combinada com horas extras	Dimensão 1	Dimensão 2
Até 44 h/s; Não faz HE	<b>0,8213</b>	0,1786
Mais de 44 h/s; Não faz HE	0,4374	<b>0,5561</b>
Até 44 h/s; Faz HE	0,0145	<b>0,9833</b>
Mais de 44 h/s; Faz HE	<b>0,9774</b>	0,0146

Fonte: Dados da pesquisa

A Figura 1 revela uma maior associação entre os trabalhadores que afirmaram trabalhar mais de 44 horas semanais e que fazem horas extras com àqueles relataram consumir 10 ou mais doses de álcool, e de forma mais fraca com àqueles que consomem entre 2 a 4

doses de álcool. Por outro lado, trabalhar mais de 44 horas/semana e não realizar hora extra estava mais relacionado com o consumo de apenas uma dose de bebida alcoólica. Essa análise mostrou que jornadas mais longas (maior do que 44 horas/semana e realização de horas extras) estavam mais associadas com um maior consumo de bebidas alcoólicas (10 doses ou mais).

Figura 1 - Mapa de correspondência entre as faixas de dose de bebida alcoólica e a jornada de trabalho combinada com horas extras



Fonte: Dados da pesquisa

A Figura 2 apresenta o mapa de correspondência entre variáveis relacionadas ao adoecimento mental e características da jornada e condições de trabalho. Para a interpretação da associação entre os níveis dos perfis linha (depressão, ansiedade/outro problema psiquiátrico, uso de remédios para dormir e CAGE+) e dos perfis coluna (Jornada de Trabalho > do que 44 horas/semana, realização de horas extras, trabalho noturno e ICAT baixo) devem ser analisadas as Tabelas 6 e 7. A Tabela 6, referente às



variáveis relacionadas ao adoecimento mental, revela uma melhor representação de seus níveis na dimensão 1 (em negrito), exceto o nível ‘Depressão’ que deve ser interpretado na dimensão 2 (em negrito). A Tabela 7, referente às características da jornada e condições de trabalho, revela uma melhor representação de seus níveis na dimensão 1 (em negrito), exceto o nível ‘Horas extras’ que deve ser interpretado na dimensão 2 (em negrito).

Tabela 6 - Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (adoecimento mental).

Variáveis relacionadas ao adoecimento mental	Dimensão 1	Dimensão 2
Depressão	0,4123	<b>0,5856</b>
Ansiedade/Outros transtornos	<b>0,8043</b>	0,1189
Uso de remédio para dormir	<b>0,5182</b>	0,3121
CAGE +	<b>0,9994</b>	0,0006

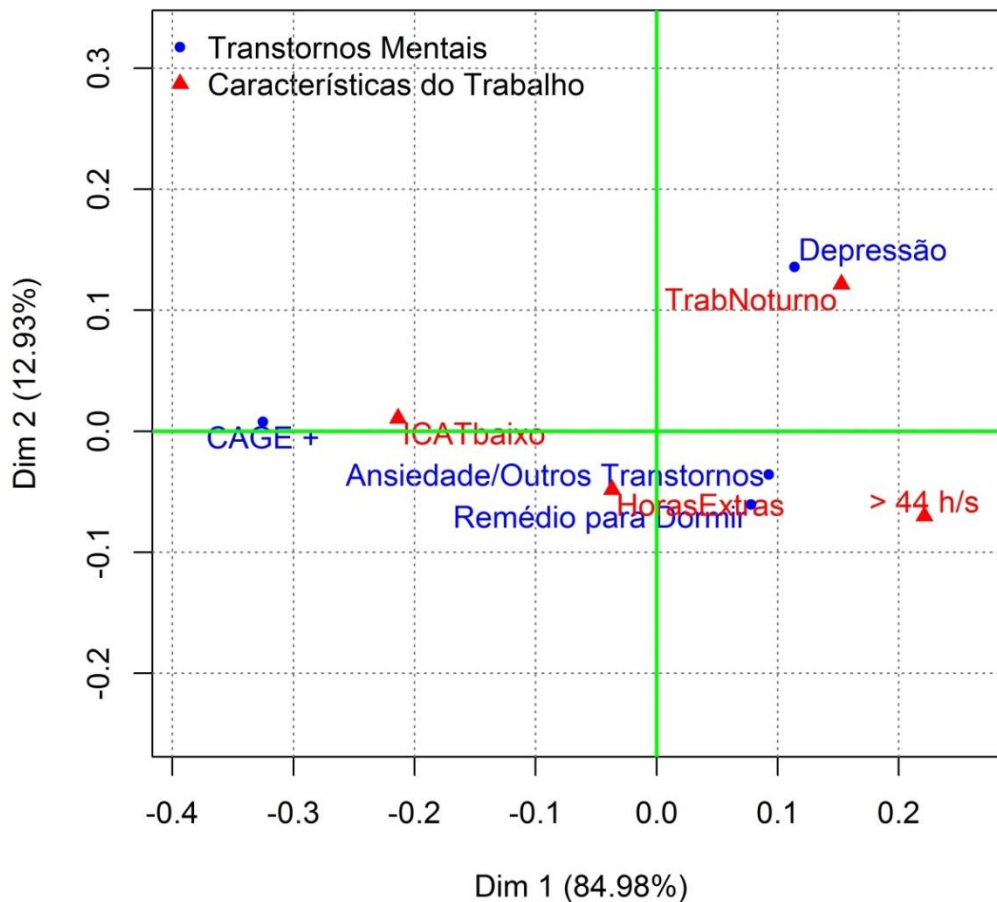
Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 7 - Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (Jornada e Condições de Trabalho).

Características da jornada e condições de trabalho	Dimensão 1	Dimensão 2
> 44 horas/semana	<b>0,8976</b>	0,09
Horas extras	0,2488	<b>0,4261</b>
Trabalho Noturno	<b>0,6108</b>	0,3875
ICAT baixo	<b>0,9884</b>	0,0025

Fonte: Dados da pesquisa

Figura 2 - Mapa de correspondência entre as variáveis relacionadas ao adoecimento mental e características da jornada e condições de trabalho



Fonte: Dados da pesquisa

A figura 2 revela uma maior associação da Ansiedade/outro problema psiquiátrico e do uso de remédio para dormir com o Trabalho Noturno. Além disso, essas variáveis também apresentaram uma associação com a jornada maior do que 44 horas/semana. O resultado positivo do CAGE apresentou uma maior associação com condições precárias de trabalho (ICAT baixo). Por fim, o relato de depressão mostrou uma fraca associação com a realização de horas extras.

#### 4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados analisados revelam associações na frequência do autorrelato de depressão, ansiedade/outro problema psiquiátrico, uso de remédio para dormir e teste CAGE positivo, em relação a algumas variáveis sociodemográficas e econômicas. As

informações mostram diferenças, inclusive no exercício do trabalho, de acordo com o sexo. Muitas dessas relações corroboram com descrições feitas na literatura e outras trazem um novo olhar para a questão do adoecimento mental em trabalhadores.

A análise do banco de dados do inquérito SAUVI identificou que quanto menor era a faixa etária, maior era a frequência no grupo de trabalhadores (Tabela 1). Para Muniz e Barros (2014), esse fato está relacionado com uma maior exigência por parte das empresas, em consonância com o sistema capitalista na lógica da acumulação de capital, em que a utilização da força de trabalho é cada vez mais intensa. Com isso, a necessidade de elevação do ritmo de trabalho e o aumento das jornadas provocam uma tendência em excluir os trabalhadores mais velhos do mercado de trabalho (MUNIZ e BARROS, 2014).

Os dados do inquérito também evidenciaram que uma maior escolaridade também estava associada com uma maior frequência no grupo de trabalhadores (Tabela 1). Essa informação não necessariamente significa que o trabalho exige um maior grau de escolaridade para desempenhar uma determinada função, mas sim que o nível de escolaridade pode ser um fator de competição, para obtenção de um emprego (LETELIER, 1999).

Comparando o grupo de trabalhadores e não trabalhadores, em relação às variáveis relacionadas ao adoecimento mental (Tabela 1), foi identificada uma maior frequência de depressão e ansiedade/outro problema psiquiátrico no grupo de não trabalhadores. Esta informação pode estar relacionada com o grau de incapacitação, gerado por esses transtornos, mas também pode indicar que o desemprego é um fator importante no desencadeamento dessas variáveis.

Um estudo de coorte conduzido na Suécia identificou uma associação entre desemprego e transtornos mentais em jovens (17 a 24 anos), independente da taxa de desemprego no país no período estudado (THERN et al., 2017). Segundo Warr, Jackson e Banks (1988), não estar trabalhando dificulta a ação de nove mecanismos importantes em sociedade, para promoção da sensação de bem-estar. Entre eles estão: a oportunidade de usar suas habilidades; ter uma remuneração; oportunidade de contato interpessoal; e

posição de valor na sociedade. Dessa forma, a ausência desses mecanismos pode contribuir para o prejuízo da saúde mental dos indivíduos.

No que diz respeito à análise das tabelas de contingência do grupo de trabalhadores, foram evidenciadas diferenças na frequência do autorrelato de depressão, ansiedade/outro problema psiquiátrico, uso de remédio para dormir e o resultado positivo do CAGE, em relação ao sexo (Tabela 3). Com significância estatística, foi identificada a associação entre o sexo feminino e o autorrelato de depressão e ansiedade/outro problema psiquiátrico. Já o sexo masculino apresentou associação com o resultado positivo do teste CAGE.

É também amplamente relatado na literatura científica, que as mulheres apresentam maior frequência de sintomas depressivos. No caso das trabalhadoras, a possível justificativa para isso, é que, em geral, as mulheres possuem menos autoridade do que os homens, são mais supervisionadas, executam atividades mais operacionais e possuem menor suporte social (KANG et al., 2016; LEE et al., 2016; PUDROVSKA e KARRAKER, 2014).

Outros estudos também apontam a associação entre ansiedade e o sexo feminino (KANG et al., 2016; LEE et al., 2016). A frequência de ansiedade pode estar relacionada a um maior número de horas trabalhadas por semana, para ambos os sexos (KANG et al., 2016) e também pode estar relacionada com a percepção de discriminação no trabalho, no caso das mulheres (LEE et al., 2016). Lee et al. (2016) sugeriram que mesmo para as mulheres com maior status socioeconômico, as injustiças no trabalho relacionadas ao sexo não desaparecem, o que pode favorecer a associação com a ansiedade.

Em relação à associação entre o sexo masculino e o resultado positivo do CAGE, Amaral e Malbergier (2004) também encontraram a mesma associação. Esta informação pode estar relacionada com a aceitação do alto consumo de bebida alcoólica por homens, em sociedades ocidentais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) e da menor propensão de mulheres ao consumo de bebidas alcoólicas, de uma maneira geral.

Outras informações, da tabela de contingência do grupo de trabalhadores (Tabela 2 e 3), que também apresentaram significância estatística foram: a associação entre o sexo masculino e o exercício da jornada noturna de trabalho; a associação entre o sexo masculino e a realização de horas extras; a associação entre a faixa etária de 50 a 59 anos e o uso de remédio para dormir; o estado civil separado/divorciado e a associação com o autorrelato de depressão e uso de remédio para dormir; o estado civil “União estável” e a associação com o resultado positivo do CAGE; situação no mercado de trabalho e a associação com o autorrelato de depressão; e a associação entre menores rendas familiares e o autorrelato de depressão.

Como mencionado acima, as diferenças observadas também abrangem o exercício do trabalho e suas respectivas jornadas, em relação ao sexo. Uma possível explicação para isso é que no início da vigência da CLT, existiam artigos que traziam uma série de restrições/vedações ao trabalho noturno e a realização de hora extra pela mulher, tendo como argumento a necessidade de “preservação da família” (LOPES, 2006). Apesar de esses artigos terem sido revogados, a mulher ainda exerce grande parte dos afazeres domésticos e dos cuidados com a família, fazendo com que o homem esteja mais presente em jornadas de trabalho noturnas e realizando horas extras, como evidenciado nesta pesquisa.

Em relação ao uso de remédios para dormir, Geib et al. (2003) destaca as modificações do padrão do sono, no decorrer do processo de envelhecimento. É importante destacar que a associação entre a faixa etária de 50 a 59 anos e o uso de remédios para dormir pode também estar relacionada com fatores caracterizados pelo estresse no trabalho, como evidenciado por Rocha e Martino (2009).

A associação entre estado civil “Separado/divorciado” e o autorrelato de depressão e uso de remédio para dormir também é referido na literatura (NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH, 2011). Não se pode desconsiderar a importância da associação entre problemas familiares e transtornos mentais.

Uma informação encontrada neste estudo que difere da pesquisa realizada por Arcury et al. (2016), está relacionada ao estado civil e aos problemas relacionados ao álcool. Esses

autores identificaram que o estado civil casado estava menos associado com os problemas relacionados ao álcool. Porém, neste estudo foi encontrado que o estado civil “União Estável” estava mais relacionado com os problemas relacionados ao álcool, identificados pelo questionário CAGE. Tal informação reforça, que independente do estado civil, questões importantes tanto provenientes do âmbito familiar, quanto dos processos de trabalho podem estar associados com esses achados e devem ser investigadas.

Como evidenciado neste estudo, estar inserido formalmente, ou informalmente no mercado de trabalho apresentaram a mesma frequência, em relação ao autorrelato de depressão. Não se pode afirmar que a “formalidade” do trabalho é um risco para o desenvolvimento de depressão, pois diversas características desse trabalho formal precisariam ser estudadas, em consonância com o valor que este trabalho agrega ao trabalhador. Mesmo quando o trabalhador está inserido formalmente no mercado de trabalho, a precarização das relações desse trabalho e a falta de autonomia podem estar arroladas com o aparecimento de sintomas depressivos (JARDIM, 2011).

Na literatura, também há referência da associação entre depressão e menores rendas familiares (SANTOS e KASSOUF, 2007). Para realizar essa análise é preciso que se realize a leitura de ambos os lados. Tanto a depressão pode estar gerando incapacidade em algum membro da família e, por consequência, estar reduzindo o rendimento mensal, quanto o rendimento familiar menor, por não proporcionar melhores condições de vida, podem relacionar-se com a depressão (BÓS e BÓS, 2006).

Outra correlação, frequentemente relatada na literatura (LUCCHETTI et al., 2014; EDLUND et al., 2010), e também encontrada no presente estudo, foi a religião como fator protetor contra os problemas relacionados ao álcool. Isso, provavelmente, ocorre devido ao fato de pessoas que relatam ser religiosas serem menos propensas a consumir bebidas alcoólicas, e por consequência, têm menos problemas relacionados ao álcool. Apesar de ter sido evidenciado nas tabelas de contingência maior frequência do autorrelato de depressão e ansiedade/outro problema psiquiátrico, no grupo de não trabalhadores, é preciso que se entenda que “o trabalho” não está sendo tratado como vilão, mas sim como um fator que pode contribuir para o adoecimento do trabalhador.

As características desse trabalho que podem prejudicar a saúde mental dos trabalhadores é o que se pretende identificar com as análises de correspondência (AC).

Tanto a AC sobre consumo de bebida alcoólica e a combinação da jornada com a realização de horas extras (Figura 1), quanto a AC sobre o resultado positivo do teste CAGE com outras variáveis do trabalho (Figura 2) evidenciaram informações que merecem destaque. Para aqueles que trabalhavam mais de 44 horas por semana e ainda realizavam horas extras, houve uma associação com a ingestão de 10 doses ou mais de bebida alcoólica no dia habitual de consumo. Já aqueles que executavam uma jornada de trabalho maior do que 44 horas por semana e não realizavam horas extras estavam associados com o consumo de apenas uma dose de bebida alcoólica. Em relação ao resultado positivo do CAGE, foi identificado que o mesmo estava mais associado com piores condições de trabalho, representada pelo ICAT.

O tipo de trabalho executado, a alta demanda física requerida, o estresse relatado pelas condições adversas de trabalho (exposição ao calor, frio, trabalhos perigosos, posições desconfortáveis, etc.) e as extensas jornadas de trabalho podem estar associados ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas, principalmente em homens (COLELL et al., 2014).

O resultado positivo do CAGE, associado com piores condições de trabalho pode estar relacionado com a necessidade dos trabalhadores de amenizar o estresse decorrente do ambiente de trabalho (CUNHA, GIATTI e ASSUNÇÃO, 2016; ARCURY et al., 2016; BRASIL, 2001a).

Assim como em outros estudos, a ansiedade também foi associada com o trabalho noturno (VARGAS e DIAS, 2011; BARA e ARBER, 2009). O trabalho noturno pode impactar de forma diferente, dependendo do gênero e do tipo de cargo exercido. Bara e Arber (2009) identificaram uma associação entre trabalho noturno (naqueles que trabalhavam à noite há pelo menos 4 anos) e ansiedade/depressão, em homens. As mulheres do estudo apresentaram uma chance maior de ter ansiedade/depressão, quando executavam jornadas de turnos. Para as autoras, as mulheres sofrem menos, quando conseguem conciliar o trabalho com os papéis familiares, adaptando-se muito melhor do que os homens em jornadas noturnas. Porém, neste estudo as mulheres executavam

muito mais jornada superior a 44 horas semanais, do que jornadas no período noturno ou realização de horas extras, quando comparadas com os homens.

Longas jornadas de trabalho podem prejudicar mentalmente os trabalhadores, devido à redução do tempo de lazer, ou do tempo de recuperação do estresse presente no trabalho (MILNER, SMITH e LAMONTAGNE, 2015).

A análise de correspondência da Figura 2 também revelou a associação entre a realização de horas extras e a depressão. Apesar da jornada de trabalho semanal diferir entre os países, alguns estudos mostram que uma jornada muito extensa pode estar relacionada com sintomas depressivos (LEE et al, 2013), ou com um prejuízo da saúde mental (MILNER, SMITH e LAMONTAGNE, 2015).

Por fim, foi identificada pela análise de correspondência (Figura 2) a associação entre uso de remédios para dormir e o trabalho noturno. Como a pergunta realizada se utilizou do termo “remédio” e não “medicamento”, isso restringiu comparações com as informações aqui presentes.

Um *survey* realizado com médicos residentes de emergência nos Estados Unidos mostrou que uma das causas da dificuldade em iniciar o sono era a alteração do ciclo circadiano, devido ao trabalho de turnos (HANDEL, RAJA e LINDSELL, 2006). Os métodos utilizados para iniciar o sono eram em sua maioria medicamentos (17%), álcool (9%), ou ambos (8%). Outras estratégias também foram reportadas pelos residentes: leitura, assistir televisão, atividade sexual e meditação.

Outro estudo, comparando uso de remédios para dormir e trabalho foi realizado com enfermeiros na Austrália (DORRIAN et al., 2006). Este estudo evidenciou que enfermeiros que trabalhavam pela manhã, ou à noite relataram uma menor duração do sono, quando comparados com aqueles que trabalhavam no período vespertino. Além disso, para ajudar a iniciar o sono esses profissionais utilizavam medicações com prescrição (62,7%), álcool (26,9%) ou medicações sem prescrição (7,6%).

Além da alteração do ciclo circadiano, a associação de pessoas que fazem uso de remédios para dormir e a jornada noturna de trabalho e/ou superior a 44 horas semanais também pode estar relacionada com fatores de estresses no ambiente de trabalho.



Sakurai et al. (2014) identificaram que conflitos interpessoais no trabalho (identificados pelo Brief Job Stress Questionnaire) estavam associados ao risco de insônia nos grupos de trabalhadores estudados, especialmente nos trabalhadores terceirizados. O possível motivo do desenvolvimento da insônia, devido a conflitos interpessoais no trabalho está relacionado a distúrbios cognitivos causados por essa exposição e pela percepção de ameaça que esses trabalhadores sentem nesse ambiente (SAKURAI et al., 2014).

Monteiro e Gomes (1998), ao entrevistarem trabalhadores de uma empresa metalúrgica do estado de São Paulo, identificaram que a prática da polivalência na organização do trabalho gerava a sua intensificação e, conseqüentemente, uma série de queixas dos trabalhadores, como dores de cabeça, nervosismo, dificuldade para dormir, etc.

Apesar das limitações relacionadas ao método transversal, que não permite estabelecer uma relação causal entre os fatores associados, este estudo traz pontos que merecem destaque. Nesta pesquisa, foram estudadas variáveis ainda pouco utilizadas na associação entre trabalho e adoecimento mental do trabalhador (jornada maior que 44 horas/semana, realização de hora extra, trabalho noturno e condições de trabalho). Aqui também foram detalhadas informações ainda ausentes nos Sistemas de Informação disponíveis, como a frequência de alguns transtornos mentais (depressão e ansiedade/outro problema psiquiátrico), especificamente em trabalhadores. Além disso, as informações aqui identificadas poderão auxiliar outras pesquisas sobre a saúde mental de trabalhadores, utilizando essas e outras variáveis. E por fim, esta pesquisa reforça a necessidade da implementação de políticas públicas que minimizem o impacto social e econômico que estes transtornos causam atualmente no país, e que poderão causar num futuro não tão distante.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O trabalho é um fator que deve ser considerado ao analisar o processo saúde-doença, pois como evidenciado por essa pesquisa e por todas aquelas aqui discutidas, a exposição do trabalhador e da trabalhadora a um ambiente insalubre, perigoso, ou desconfortável, somada a uma extensa jornada, em turnos que prejudicam o seu funcionamento da vida social podem contribuir para o seu adoecimento.

Dessa forma, é preciso que sejam implementadas políticas de saúde, seja na esfera pública, ou privada, que propiciem um ambiente, relações e jornadas de trabalho, realmente saudáveis. A frequência de transtornos mentais já traz um impacto econômico e social considerável e isto pode se intensificar nas próximas décadas, caso esse problema não seja prevenido, ou minimizado. Espera-se que esta pesquisa sensibilize pesquisadores para estudos mais aprofundados e que sirva de apoio para novos questionamentos sobre a relação “trabalho e adoecimento mental”.

## REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, G. O que é o contemporâneo? In: AGAMBEN, G. **O que é o contemporâneo? e outros ensaios**. Chapecó: Argos, 2009. p. 55-73.
- AMARAL, R. A. do; MALBERGIERA, A. Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool (CAGE) entre trabalhadores da Prefeitura do Campus da Universidade de São Paulo (USP)-Campus Capital. **Rev. bras. psiquiatr**, v. 26, n. 3, p. 156-163, 2004.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. Artmed Editora, 2014. 992 p.
- ANDRADE, G. O.; DANTAS, R. A. A. Transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho em médicos anestesiológicos. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 65, n. 6, p. 504-510, 2015.
- ANTUNES, R. A classe-que-vive-do-trabalho: a forma de ser da classe trabalhadora hoje. In: ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. Boitempo Editorial, 2015. p. 101-117.
- ANTUNES, R.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educ. Soc.**, v. 25, n. 87, p. 335-351, 2004.
- ARANTES, D. V. Depressão na atenção primária a saúde. **Rev. Bras. Med. Fam. E Com.**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 8, 2007.
- ARCURY, T. A. et al. Alcohol consumption and risk for dependence among male Latino migrant farmworkers compared to Latino nonfarmworkers in North Carolina. **Alcoholism: clinical and experimental research**, v. 40, n. 2, p. 377-384, 2016.
- BACELAR, A.; PINTO JR, L. R. **Insônia: do diagnóstico ao tratamento: Consenso Brasileiro de Insônia**, 3. Associação Brasileira de Sono. 2013. p. 35-44
- BARA, A. C.; ARBER, S. Working shifts and mental health—findings from the British Household Panel Survey (1995-2005). **Scandinavian journal of work, environment & health**, p. 361-367, 2009.
- BARROS, A.; MUNIZ, T. S. O trabalhador idoso no mercado de trabalho do capitalismo contemporâneo. **Caderno de Graduação - Ciências Humanas e Sociais FITS**, v. 2, n. 1, p. 103-116, 2014.
- BERNARDO, M. H. et al. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. **Rev. Bras. Saúde Ocup**, v. 35, n. 122, p. 187-191, 2010.
- BÓS, A. M. G.; BÓS, Â. J. G. Fatores determinantes e consequências econômicas da depressão entre os idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 2, n. 2, 2006.

BRAGA JR, D. **Trabalhar Sim, Adoecer Não**. Brasília: RENAST, 2005. 224 p.

BRAGA JÚNIOR, D. **Manual de Gestão e Gerenciamento**. Brasília: RENAST, 2006.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: **texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994**. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012. 454 p. Disponível em: <[http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/15261/constituicao\\_federal\\_35ed.pdf?sequence=9](http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/15261/constituicao_federal_35ed.pdf?sequence=9)>. Acesso em: 10 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde (TABNET)**. 2008. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Internações em Betim, segundo capítulo da CID-10**. 2015a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrmg.def>>. Acesso em: 05 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Alcoolismo em indivíduos com 15 anos ou mais, em Betim**. 2015b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABFmg.def>>. Acesso em: 05 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Óbitos por residência (Betim), segundo capítulo da CID-10**. 2014. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10mg.def>>. Acesso em: 05 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde; Pan American Health Organization. Representação do Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. 580 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais do Seminário sobre alcoolismo e vulnerabilidade às DST/AIDS entre os povos indígenas da macrorregião Sul, Sudeste e Mato Grosso Do Sul**. 2001b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/021anais\\_seminario.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/021anais_seminario.pdf)>. Acesso em: 14 abr. 2017.

BRASIL. **Projeto de lei n. 6787**, de 23 de dezembro de 2016. Altera o Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943 - Consolidação das Leis do Trabalho, e a Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, para dispor sobre eleições de representantes dos trabalhadores no local de trabalho e sobre trabalho temporário, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/deputados/discursos-e-notas-taquigraficas/discursos-em-destaque/projeto-de-lei-no-6787-2016-reforma-trabalhista/projeto-de-lei-no-6787-2016-reforma-trabalhista>>. Acesso em: 08 maio 2017.

BRESLAU J, et al. Mental disorders and subsequent educational attainment in a US national sample. **J. Psychiatr. Res**, v. 42, p. 708-716, 2008.

BUNING M, et al. **Álcool e redução de danos**: uma abordagem inovadora para países em transição. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 144 p.

BUTTERWORTH, P. e RODGERS, B. Mental health problems and marital disruption: is it the combination of husbands and wives' mental health problems that predicts later divorce? **Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol.**, v. 43, p. 758-763, 2008.

CARCANHOLO, M. D.; MEDEIROS, J. L. Trabalho no capitalismo contemporâneo: pelo fim das teorias do fim do trabalho. **Revista Outubro**, n. 20, 2012.

CARVALHO, G. M. Histórico da Saúde Ocupacional. In: CARVALHO, G. M. **Enfermagem do Trabalho**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. p. 1-13.

CHAPMAN, D. P.; PERRY, G. S.; STRINE, T. W. The vital link between chronic disease and depressive disorders. **Prev. Chronic Dis.**, v. 2, n. 1, p. A14, 2005.

CHOI, K. S.; KANG, S. K.. Occupational psychiatric disorders in Korea. **Journal of Korean medical science**, v. 25, n. Suppl, p. S87-S93, 2010.

CHOKROVERTY, S. Overview of sleep and sleep disorders. **Indian J. Med. Res.**, v. 131, p. 126-140, 2010.

CIPOLLA, F. Economia política do taylorismo, fordismo e teamwork. **Revista de Economia Política**, v. 23, n. 3, p. 78-93, 2003.

COLELL et al. Work-Related Stress Factors Associated With Problem Drinking: A Study of the Spanish Working Population. **American Journal Of Industrial Medicine**, v. 57, p. 837–846, 2014.

CUNHA, N. O.; GIATTI, L.; ASSUNÇÃO, A. Á. Factors associated with alcohol abuse and dependence among public transport workers in the metropolitan region of Belo Horizonte. **International archives of occupational and environmental health**, v. 89, n. 6, p. 881-890, 2016.

CZERMAINSKI, A. B. C.; DIAS, C. T dos S. **Análise de Correspondência**. 2004. Disponível em: <<http://www.lce.esalq.usp.br/tadeu/anabeatriz.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2016.

DATASUS. **Cadernos de Informações de Saúde – Minas Gerais**. 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm>>. Acesso em: 17 jul. 2016.

DATASUS. Pesquisa Nacional de Saúde. **Módulo estilo de vida, uso de álcool e tabagismo**. 2013a. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?pns/pnspf.def> > Acesso em: 26 abr. 2016.

DATASUS. Pesquisa Nacional De Saúde – 2013 - **Módulo De Doenças Crônicas - Artrite/Reumatismo, Problema Crônico De Coluna, DORT, Depressão e Outros**

**Problemas Mentais**. 2013b. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pns/pnsqd.def>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

DEJOURS, C. Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: Lancman, S., Sznelwar, L. I. (Orgs.). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 49-106.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. 5.ed. São Paulo: Oboré, 1992. p. 168.

DIEESE – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos.

**Reforma Trabalhista**: Riscos e perdas impostos pelo PL. 6.787/2016 aos trabalhadores e ao movimento sindical. 2017. Disponível:

<<https://www.dieese.org.br/outraspublicacoes/2017/reformaTrabalhistaSintese.pdf>>

Acesso: 10 maio 2017.

DOOLEY, D.; FIELDING J.; LEVI, L. Health and unemployment. **Annu. Rev. Public Health**, v. 17, p. 449-465, 1996.

DORRIAN, J. et al. A pilot study of the safety implications of Australian nurses' sleep and work hours. **Chronobiology international**, v. 23, n. 6, p. 1149-1163, 2006.

EDLUND, M. J. et al. Religiosity and decreased risk of substance use disorders: is the effect mediated by social support or mental health status? **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 45, n. 8, p. 827-836, 2010.

FARIA, H. P. et al. **O processo de trabalho e seus componentes**. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4247.pdf>> Acesso em: 11 maio 2017.

FERRARA, M. e DE GENNARO, L. How much sleep do we need? **Sleep Medicine Reviews**, v. 5, n. 2, p. 155-179, 2001.

FREITAS, L. G. **Processo de saúde-adoecimento no trabalho dos professores em ambiente virtual**. 2006. 235 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

GEIB, L. T. C. et al. Sleep and aging. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n. 3, p. 453-465, 2003.

GIDDENS, Anthony. **Sociologia**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 305-316.

GLINA, D. M. R. et al. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 3, p. 607-616, 2001.

GÓMEZ, C. M. Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 38, n. 127, p. 21-25, 2013.

GONG, Y. et al. Prevalence of anxiety and depressive symptoms and related risk factors among physicians in China: a cross-sectional study. **PloS one**, v. 9, n. 7, p. e103242, 2014.

GREENACRE M. J. **Theory and Applications of Correspondence Analysis**, London, Academic Press, 1984.

GREENACRE, M. J. **Correspondence Analysis in Practice**. Chapman & Hall/CRC, Boca Raton, second edition, 2007.

GRIFFIN, J. B. JR.. Anxiety. In: WALKER H. K., HALL W. D., HURST J. W., editors. **Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations**. 3rd edition. Boston: Butterworths; 1990. Chapter 202. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK315>>. Acesso em: 08 jan. 2017.

GUIA BETIM. **Descubra a Betim do turismo e do lazer**. Disponível em: <[http://www.betim.mg.gov.br/arquivos\\_anexo/Guia\\_Turistico\\_Betim\\_10,5x21%3B%3B20110110.pdf](http://www.betim.mg.gov.br/arquivos_anexo/Guia_Turistico_Betim_10,5x21%3B%3B20110110.pdf)>. Acesso em: 15 mar. 2017.

HANDEL, D. A.; RAJA, A.; LINDSELL, C. J. The use of sleep aids among Emergency Medicine residents: a web based survey. **BMC health services research**, v. 6, n. 1, p. 136, 2006.

INFORMED HEALTH ONLINE. **Types of depression**. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279288>>. Acesso em: 05 jan. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013: **percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. 2014. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2016.

JARDIM, S. Depressão e trabalho: ruptura de laço social. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v. 36, n. 123, p. 84-92, 2011.

KAMP, M. A.; ANKERSTJERNE, P. **Como "As Novas Formas de Trabalho" afetarão o uso das instalações**. 2012. Disponível em: <<http://www.br.issworld.com/-/media/issworld/br/Files/Como%20novas%20formas%20de%20trabalho%20afetam%20o%20nosso%20uso%20nas%20instalacoes.pdf?la=pt-BR>>. Acesso em: 02 jan. 2017.

KANG, W. et al. Comparison of anxiety and depression status between office and manufacturing job employees in a large manufacturing company: a cross sectional study. **Annals of Occupational and Environmental Medicine**, v. 28, n. 1, p. 47, 2016.

KESSLER, R. C. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Archives of general psychiatry**, v. 62, n. 6, p. 593-602, 2005.

- KIM, S. Y. et al. Study on the exposure levels of organic solvents and subjective symptoms of dry-cleaning workers. **Korean Journal of Preventive Medicine**, v. 31, n. 4, p. 628-643, 1998.
- KOZASA, E. H. et al. Mind-body interventions for the treatment of insomnia: a review. **Revista brasileira de psiquiatria**, v. 32, n. 4, p. 437-443, 2010.
- LARANJEIRAS, R. et al. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas-Consumo de Álcool no Brasil**: Tendências entre 2006/2012. São Paulo: INPAD, 2013. 85 p.
- LAVINAS, L. et al. Trabalho a domicílio: **novas formas de contratualidade**. IPEA, 2000. 53p.
- LEAO, L. H. da C.; VASCONCELLOS, L. C. F. de. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 85-100, mar. 2011.
- LEE, K. H. et al. Anxiety symptoms and occupational stress among young Korean female manufacturing workers. **Annals of occupational and environmental medicine**, v. 27, n. 1, p. 24, 2015.
- LEE, K. H. et al. Long working hours and emotional well-being in Korean manufacturing industry employees. **Annals of occupational and environmental medicine**, v. 25, n. 1, p. 38, 2013.
- LEE, S. H. et al. The association between perceived discrimination and depression/anxiety disorders among Korean workers: analysis of the third Korean Working Conditions Survey. **Annals of Occupational and Environmental Medicine**, v. 28, n. 1, p. 32, 2016.
- LE GUILLANT, L et al. A neurose das telefonistas. **Revista Brasileira de Saúde ocupacional**, v.17, n.47, p 7-11, 1984.
- LETELIER, G. M. E. Escolaridade e inserção no mercado de trabalho. **Cadernos de pesquisa**, v. 107, p. 133-148, 1999.
- LOPES, C. M. S. Direito do trabalho da mulher: da proteção à promoção. **Cadernos Pagu**, v. 26, n. 1, p. 405-430, 2006.
- LUCCHETTI, G. et al. Religious beliefs and alcohol control policies: a Brazilian nationwide study. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 36, n. 1, p. 4-10, 2014.
- MARCHAND, A.; PARENT-LAMARCHE, A.; BLANC, M. È. Work and high-risk alcohol consumption in the Canadian workforce. **International journal of environmental research and public health**, v. 8, n. 7, p. 2692-2705, 2011.
- MARCINIAK, M. et al. Medical and productivity costs of anxiety disorders: case control study. **Depression and Anxiety**, v. 19, n. 2, p. 112-120, 2004.



- MARIANO, R. A. O que é alcoolismo. In: ROSSI, Luiz Alexandre S. **O Luzeiro**. São Paulo: Pendão Real, 1998.
- MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H. B.; BOTEGA, N. J. Mortalidade por dependência de álcool no Brasil: 1998-2002. **Psicol. Estud.**, v. 12, n. 1, p. 115-21, 2007.
- MARTINEZ, D.; LENZ, M. do C. S.; MENNA-BARRETO, L. Diagnóstico dos transtornos do sono relacionados ao ritmo circadiano. **J. Bras. Pneumol.**, v. 34, n. 3, p. 173-80, 2008.
- MASUR, J.; MONTEIRO, M. G. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. **Braz. J. Med. Biol. Res.** v. 16, n. 3, p. 215-218, 1983.
- MAYFIELD, D.; MCLEOD, G.; HALL, P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. **American journal of psychiatry**, v. 131, n. 10, p. 1121-1123, 1974.
- MENÉNDEZ, E. L.; PARDO, R. B. di. Alcoholismo, otras adicciones y varias imposibilidades. In: **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Fiocruz, 2005. p. 567-586.
- MILNER, A.; SMITH, P.; LAMONTAGNE, A. D. Working hours and mental health in Australia: evidence from an Australian population-based cohort, 2001–2012. **Occupational and environmental medicine**, v. 72, n. 8, p. 573-579, 2015.
- MONTEIRO, M. S.; GOMES, J. da R. Reestruturação produtiva e saúde do trabalhador: um estudo de caso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 2, p. 345-353, 1998.
- MÜLLER, M. R. e GUIMARÃES, S. S. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 4, p. 519-528, 2007.
- MURRAY, C. J. L.; LOPEZ, A. D. Evidence-based health policy-lessons from the Global Burden of Disease Study. **Science**, v. 274, n. 5288, p. 740, 1996.
- NASCIMENTO, A. M. **Curso de direito do trabalho: história e teoria geral do direito do trabalho: relações individuais e coletivas do trabalho**. São Paulo: Saraiva, 2011. p. 31-43.
- NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH (GREAT BRITAIN); ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS. **Common mental health disorders: identification and pathways to care**. RCPsych Publications, p. 47–49, 2011.
- NEVES, G. S. M. L. et al. Transtornos do sono: visão geral. **Rev. Bras. Neurol.**, v. 49, n. 2, p. 57-71, 2013.
- NIEDHAMMER, I.; CHASTANG, J. F. Psychosocial work factors and first depressive episode: retrospective results from the French national SIP survey. **International archives of occupational and environmental health**, v. 88, n. 7, p. 835-847, 2015.

O'CONNOR, E. A. et al. **Screening for depression in adults and older adults in primary care**. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Ambientes de Trabalho Saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais**. Brasília: SES/DN, 2010.

ORNELLAS, T. C. F.; MONTEIRO, M. I. Aspectos históricos, culturais e sociais do trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 59, n. 4, p. 552-555, 2006.

PARK, K. O.; LEE, M. S. The Relationship between noise exposure level in worksite and workers' stress symptoms. **Korean Journal of Preventive Medicine**, v. 29, n. 2, p. 239-254, 1996.

PEDROSA, J. **Álcool, uso e abuso**. Natal: Clube de autores, 2013. 84 p.

PETROBRAS. **Refinaria Gabriel Passos (Regap)**. Disponível em: <<http://www.petrobras.com.br/pt/nossas-atividades/principais-operacoes/refinarias/refinaria-gabriel-passos-regap.htm>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM. **Sistema Municipal de Saúde**. 2014. Disponível em: <[http://www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS\\_ANEXO/Plano\\_Municipal\\_de\\_Saude;;20150213.pdf](http://www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS_ANEXO/Plano_Municipal_de_Saude;;20150213.pdf)>. Acesso em: 17 jul. 2016.

PORTELLA, C. F. S. **Qualidade de vida e insônia na perimenopausa: meditação como estratégia de intervenção**. 2014. 82 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2014.

POYARES, D. et al. **I consenso brasileiro de insônia**. São Paulo: CEP, 2003. 43p

PREFEITURA DE BETIM. **Saúde Mental**. Disponível em: <[http://www.betim.mg.gov.br/prefeitura\\_de\\_betim/secretarias/saude/diretoria\\_operacional/saude\\_mental/39701%3B33057%3B0724340216%3B0%3B0.asp](http://www.betim.mg.gov.br/prefeitura_de_betim/secretarias/saude/diretoria_operacional/saude_mental/39701%3B33057%3B0724340216%3B0%3B0.asp)>. Acesso em: 24 jan. 2017.

PROBST, E. R.; RAMOS, P. A evolução da mulher no mercado de trabalho. **Instituto Catarinense de Pós-Graduação**, p. 1-8, 2003.

PUDROVSKA, T.; KARRAKER, A.. Gender, job authority, and depression. **Journal of health and social behavior**, v. 55, n. 4, p. 424-441, 2014.

R CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2016. Disponível em: <<https://www.R-project.org>>. Acesso em: 14 jul. 2016.

ROCHA, M. C. P.; DE MARTINO, M. M. F. Estresse e qualidade do sono entre enfermeiros que utilizam medicamentos para dormir. **Acta Paul Enferm.**, v. 22, n. 5, p. 658-65, 2009.

ROSSATO, E. As transformações no mundo do trabalho. **VIDYA**, v. 19, n. 36, p. 151-159, 2001.

RUSLI, B. N.; EDIMANSYAH, B. A.; NAING, L. Working conditions, self-perceived stress, anxiety, depression and quality of life: a structural equation modelling approach. **BMC public health**, v. 8, n. 1, p. 48, 2008

SAKURAI, K. et al. Employment Type, Workplace Interpersonal Conflict, and Insomnia: A Cross-sectional Study of 37,646 Employees in Japan. **Arch Environ Occup Health**, v. 69, n. 1, 2014.

SANTOS, A. C. dos. **Sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde: documentação do sistema para auxiliar o uso das suas informações**. 2009. 226 f. Dissertação (Mestrado em Gestão da Informação e Comunicação em Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.

SANTOS, M. J.; KASSOUF, A. L. Uma investigação dos determinantes socioeconômicos da depressão mental no Brasil com ênfase nos efeitos da educação. **Economia Aplicada**, v. 11, n. 1, p. 5-26, 2007.

SANTOS, L. dos. **Sociologia do trabalho**. Inhumas: IFG, 2012. p. 21-26.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**: para reconstrução do SUS Betim. 2010. Disponível em: <[http://www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS\\_ANEXO/Plano%20Municipal%20de%20Saude%2010819.pdf](http://www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS_ANEXO/Plano%20Municipal%20de%20Saude%2010819.pdf)>. Acesso em: 17 jul. 2016.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde de Betim 2014/2017**. 2013. Disponível em: <[http://www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS\\_ANEXO/Plano\\_Municipal\\_de\\_Saude%20150213.pdf](http://www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS_ANEXO/Plano_Municipal_de_Saude%20150213.pdf)>. Acesso em: 24 jan. 2017.

SILVA-JUNIOR, J. S. da; FISCHER, F. M.. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 186-190, 2014.

SILVA, G. H. T. et al. **O que devemos saber sobre medicamentos**. Brasília: ANVISA, 2010.

SMITH, P. M. e BIELECKY, A. The Impact of Changes in Job Strain and Its Components on the Risk of Depression. **American Journal of Public Health**, v. 102, n. 2, p. 352-358, 2012.

SORJ, B. Sociologia e trabalho: mutações, encontros e desencontros. **Revista brasileira de ciências sociais**, v. 15, n. 43, p. 25-34, 2000.

SOUZA, S. F. de et al. Depressão em trabalhadores de linhas elétricas de alta tensão. **Rev. bras. Epidemiol.**, v. 15, n. 2, p. 235-245, 2012.

SUYAMA, E.; QUININO, R. C.; BESSEGATO, L. F. **Tabela estendida de Kish para seleção aleatória de uma unidade amostral num domicílio**. 2013. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/estatistica/files/2013/03/RTP-02-2013.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2017.

THE NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH (NIOSH). NIOSH working group: DHHS (NIOSH) Publication Number 99–101, **Stress at work**. 1999. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

THERN, E. et al. Long-term effects of youth unemployment on mental health: does an economic crisis make a difference? **J. Epidemiol. Community Health**, v.71, n.4, p. 344-349, 2017.

THOMAS, C. M.; MORRIS, S. Cost of depression among adults in England in 2000. **The British Journal of Psychiatry**, v. 183, n. 6, p. 514-519, 2003.

TORSKE, M. O. et al. Anxiety and depression symptoms among farmers: the HUNT Study, Norway. **Journal of agromedicine**, v. 21, n. 1, p. 24-33, 2016.

VARGAS, D.; DIAS, A. P. V. Prevalência de depressão em trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva: estudo em hospitais de uma cidade do noroeste do Estado São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 5, p. 1114-1121, 2011.

VIANA, M. T. **70 anos de CLT: uma história de trabalhadores**. Brasília: Tribunal Superior do Trabalho, 2013. p. 43-62.

VIEIRA, J. M. F. **Metabolismo do etanol**. 2012. 70 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2012.

WARR, P.; JACKSON, P.; BANKS, M. Unemployment and mental health: Some British studies. **Journal of social issues**, v. 44, n. 4, p. 47-68, 1988.

WITTKOWSKI et al. **Combining several ordinal measures in clinical studies**. *Statistics in medicine*, v. 23, p. 1579-1592, 2004.

WOOD JR, T. Fordismo, toyotismo e volvismo: os caminhos da indústria em busca do tempo perdido. **Revista de Administração de Empresas**, v. 32, n. 4, p. 6-18, 1992.

WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH. **Depression: a global crisis**. 2012. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/wfmh\\_paper\\_depression\\_wmhd\\_2012.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf?ua=1)>. Acesso em: 23 abr. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental health action plan 2013-2020**. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) **The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines**. Geneva: World Health Organization, 1992. 267 p.

**ANEXOS****ANEXO A - APROVAÇÃO NO COEP/UFMG**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

**Projeto: CAAE – 02235212.2.0000.5149**

**Interessado(a): Profa. Elza Machado de Melo**  
**Departamento de Medicina Preventiva e Social**  
**Faculdade de Medicina - UFMG**

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 23 de novembro de 2012, o projeto de pesquisa intitulado "**Saúde e violência: subsídios para formulação de políticas de promoção de saúde e prevenção da violência**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

  
**Profa. Maria Teresa Marques Amaral**  
**Coordenadora do COEP-UFMG**

**ANEXO B – PERGUNTAS UTILIZADAS DO QUESTIONÁRIO SAUVI****INFORMAÇÕES GERAIS**

Tabela de Kish:

17. Estado Civil

- 1. Casado
- 2. Solteiro
- 3. Viúvo
- 4. União estável (amasiado, amigado)
- 5. Separado/divorciado

18. Cor ou raça:

- 1. Branca
- 2. Preta
- 3. Amarela
- 4. Parda
- 5. Indígena

20. Qual é a renda do Sr(a)?

- 1. Até um salário mínimo
- 2. Mais de 1 até 3 salários mínimos
- 3. Mais de 3 até 5 salários mínimos
- 4. Mais de 5 salários mínimos
- 5. Não possuo renda

21. Qual é a renda familiar? (Salário Mínimo = R\$ 724,00)

- 1. Até um salário mínimo
- 2. Mais de 1 até 2 salários mínimos
- 3. Mais de 2 até 5 salários mínimos
- 4. Mais de 5 até 10 salários mínimos
- 5. Mais de 10 até 20 salários mínimos
- 6. Mais de 20 salários
- 7. Ninguém possui renda na minha família

RELAÇÃO E SITUAÇÃO DOS MORADORES					
Moradores	Nome	Parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação
O entrevistado	xxxxx	xxxxxxx	_____	1. Nunca estudou 2. Nunca estudou mas sabe ler e escrever 3. Alfabetização de jovens e adultos 4. Até a 4ª série do ensino fundamental 5. Até a 8ª série do ensino fundamental 6. Ensino médio completo 7. Ensino médio incompleto 8. Nível superior completo 9. Nível superior incompleto 10. Pós-graduação	1. Trabalho formal 2. Trabalho informal 3. Aposentado por invalidez 4. Aposentado por tempo de serviço 5. Aposentado mas trabalhando 6. Desempregado 7. Trabalho familiar 8. Benefício Social. Qual? 9. Procurou emprego nos últimos 30 dias? 10. Estudante 888. NSA (criança)

### SAÚDE

Alguma vez o médico disse que o (a) Sr.(a) tem:

149. Depressão                      ( ) 1. Sim                      ( ) 2. Não

150. Ansiedade/outro problema psiquiátrico                      ( ) 1. Sim                      ( ) 2. Não

180. Atualmente o Sr. (a) toma algum remédio para dormir?

( ) 1. Sim                      ( ) 2. Não                      ( ) 888. NSA

187. Em geral, no dia e que o(a) sr(a) bebe, quantas doses de bebida alcoólica o(a) sr(a) consome? (Considere: 1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja (350ml), 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)

\_\_\_\_\_

( ) 888. NSA

188. O (a) Sr.(a) já pensou em largar bebida?

( ) 1. Sim                      ( ) 2. Não                      ( ) 888. NSA



189. O (a) Sr.(a) ficou aborrecido quando outras pessoas criticaram o seu hábito de beber?

1. Sim                       2. Não                       888. NSA

190. O (a) Sr.(a) sentiu-se mal ou culpado pelo fato de beber?

1. Sim                       2. Não                       888. NSA

191. O (a) Sr.(a) bebeu pela manhã para ficar mais calmo ou se livrar de uma ressaca?

1. Sim                       2. Não                       888. NSA

#### TRABALHO

278. Atualmente, o Sr.(a) trabalha?

1. Sim                       2. Não

280. Considerando todos os seus trabalhos, quantas horas o (a) Sr.(a) trabalha por semana?

1. Até 20 horas semanais  
 2. 21 a 30 horas semanais  
 3. 31 a 40 horas semanais  
 4. 41 a 44 horas semanais  
 5. Mais de 44 horas semanais  
 888. NSA

283. Com que frequência o (a) Sr.(a) trabalha em horário noturno (após as 22:00 ou antes das 05:00) em algum dos seus trabalhos?

1. Nunca  
 2. 1 vez por semana  
 3. 2 a 3 vezes por semana  
 4. 4 ou mais vezes por semana  
 888. NSA

284. Nos últimos 12 meses, com que frequência o (a) Sr.(a) trabalhou mais de duas horas extras em um mesmo dia?

1. Nenhuma

- ( ) 2. 1 vez  
 ( ) 3. 2 a 10 vezes por mês  
 ( ) 4. Diariamente  
 ( ) 888. NSA

Seu local de trabalho ou exercício da sua atividade apresenta as seguintes condições:

289. Limpeza deficiente ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. NSA  
 290. Umidade excessiva ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. NSA  
 291. Ausência ou mau estado das instalações sanitárias ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. NSA  
 292. Ausência de vista para o exterior ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. NSA  
 293. Luz artificial permanente ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. NSA  
 294. Ruído excessivo ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. NSA  
 295. Vibrações ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. NSA

Seu local de trabalho ou exercício da sua atividade exige:

296. Ficar muito tempo de pé/postura penosa fatigante ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. NSA  
 297. Efetuar deslocamentos a pé frequentes/longa duração ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. NSA  
 298. Levantar ou deslocar objetos pesados ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. NSA  
 299. Tarefas monótonas ou repetitivas ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. NSA  
 300. Posição com risco de queda ou esmagamento ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. NSA  
 301. Posições com risco de afogamento ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. NSA  
 302. Posições com risco de projeção de materiais ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. NSA  
 303. Contato com lixo/esgoto/sangue/material contaminado ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. NSA  
 304. Contato com fumaça, cheiros fortes, poeira ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. NSA  
 302. Contato com outra situação negativa ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. NSA