

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTOS E ESTUDOS EM SAÚDE  
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Elizete Pereira Carlos**

**Prevalência de transtornos mentais em profissionais da atenção básica de um  
município mineiro**

Juiz de Fora  
2024

Elizete Pereira Carlos

**Prevalência de transtornos mentais em profissionais da atenção básica de um município mineiro**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito para a obtenção parcial do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Andréia Aparecida de Miranda Ramos

Juiz de Fora

2024

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Carlos, Elizete Pereira.

Prevalência de transtornos mentais em profissionais da atenção básica de um município mineiro / Elizete Pereira Carlos. -- 2024.  
141 f. : il.

Orientadora: Andréia Aparecida de Miranda Ramos  
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2024.

1. Profissionais de Saúde. 2. Atenção Primária Saúde. 3. Transtornos Mentais. I. Ramos, Andréia Aparecida de Miranda , orient. II. Título.

Elizete Pereira Carlos

**Prevalência de transtornos mentais em profissionais da atenção básica de um município mineiro**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito para a obtenção parcial do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família.

Aprovada em 23 de setembro de 2024

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Andréia Aparecida de Miranda Ramos - Orientadora  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof. Dr. Bruno Chapadeiro Ribeiro  
Universidade Federal Fluminense

---

Profa. Dra. Ângela Maria Correa Gonçalves  
Universidade Federal de Juiz de Fora

Juiz de Fora, 20/08/2024.



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Aparecida de Miranda Ramos, Professor(a)**, em 23/09/2024, às 16:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Bruno Chapadeiro Ribeiro, Usuário Externo**, em 25/09/2024, às 18:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Angela Maria Correa Gonçalves, Professor(a)**, em 21/10/2024, às 16:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf ([www2.ufjf.br/SEI](http://www2.ufjf.br/SEI)) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1933742** e o código CRC **1E1A5FFA**.

À minha filha, Valentina, minha motivação diária em querer ser melhor.

E a todos os profissionais da Atenção Básica que, assim como eu, acreditam naquilo que fazem

E fazem diariamente a diferença na vida de alguém.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pela oportunidade de realizar este sonho, e mesmo diante das dificuldades encontradas nesse processo, me deu forças para não desistir, sem a fé nele, nada seria possível.

Agradeço à minha família, por serem minha base e meu apoio para alcançar meus sonhos. Aos meus pais, Valdivino e Valentina, por serem meus maiores exemplos e grandes incentivadores, principalmente minha mãe, por me mostrar desde cedo a influência que os estudos podem ter na vida de alguém. Ao meu irmão, Edinaldo, pelo carinho de sempre, por todo o apoio neste processo (até baba da Valentina ele foi para que eu conseguisse escrever), à minha irmã, Sandra, pelo carinho, incentivo e apoio. Ao meu marido, Leandro, pelo amor, apoio, compreensão e à minha filha, Valentina, por ser minha maior motivação em querer ser melhor, que me faz forte diante das adversidades. Vocês são a razão do meu viver!

Agradeço à irmã que a vida me deu, Roberta, por tudo que faz por mim, você sabe o quanto foi importante neste processo.

Agradeço às minhas colegas do mestrado, Raquel, Marcia, Laís, Thais, Marília, Gulliana, Fabiola, pela ajuda mútua, pelos compartilhamentos e por serem profissionais brilhantes, as quais agregaram demasiadamente no meu crescimento profissional.

Agradeço às minhas colegas de trabalho Flavia, Fabiana, Anisia, Isabela, Claciane, Jaqueline, e ao colega, Wanderson, pela compreensão, apoio, incentivo e ajuda nestes dois anos de mestrado. Especialmente a Raquel, pela ajuda para além do trabalho.

Agradeço à minha orientadora, Profa. Andréia Aparecida de Miranda Ramos por ter me auxiliado nas questões das mais básicas às mais complexas. Pelas valiosas sinalizações e contribuições na elaboração deste trabalho.

Agradeço aos estudantes de estatística Gustavo e Pedro, por toda a contribuição na análise de dados; sem a contribuição de vocês, não teria sido possível.

Agradeço aos professores do Profsaude pelas trocas e ensinamentos.

Agradeço em especial aos profissionais da Estratégia saúde da família, de Leopoldina, que se colocaram à disposição na participação dessa pesquisa, sem a participação de vocês não teria sido possível. Meu muito obrigada.

Agradeço à Prefeitura Municipal de Leopoldina nas pessoas do secretário de saúde, Marcio Machado, e da Coordenadora das ESF, Jessica Montes, por terem permitido a realização da pesquisa.

E, por fim, a todos que, diretamente ou indiretamente, contribuíram na realização deste sonho.

## RESUMO

O trabalho em saúde tem sido apontado como atividade ocupacional de significativo estresse. A especificidade do cuidado no trabalho dos serviços de saúde, as exigências da atividade e o não reconhecimento do trabalho, principalmente no setor público, expõem o trabalhador da saúde ao estresse. Os objetivos deste estudo foram conhecer as condições de saúde mental dos profissionais da atenção básica no município de Leopoldina/MG; descrever a ocorrência de transtornos mentais segundo características sociodemográficas, comportamentais e de morbidade e a ocorrência de transtornos mentais segundo características do vínculo ocupacional e condições de trabalho; comparar a ocorrência de transtornos mentais segundo a categoria profissional e a ocorrência de transtornos mentais segundo a região/bairro da Unidade Básica de Saúde. Foi conduzido um estudo epidemiológico, de corte transversal, com 120 trabalhadores das unidades da APS/AB do município de Leopoldina/MG. A coleta dos dados ocorreu no período de 10 de abril a 10 de maio de 2024. Os níveis de suspeição de TMC (transtornos mentais comuns) entre os entrevistados foram considerados como desfecho (variável dependente) e foram obtidos por meio da versão adaptada do *Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)*. As variáveis independentes foram agrupadas em variáveis sociodemográficas, comportamentais, de morbidade e de trabalho. Para a análise dos dados, utilizou-se o pacote estatístico gratuito R versão 4.4.0. Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva do desfecho e das exposições, por meio de suas frequências absolutas (n) e relativas (%). Em seguida, foram construídas as variáveis sintéticas oriundas das escalas da *SRQ-20*, *IPQ* e *JSS*. Para verificar as associações entre o desfecho e as exposições, foi realizada uma análise bivariada utilizando o teste de qui-quadrado de *Pearson*. Em seguida, uma análise multivariada foi conduzida por meio de regressão logística e obtidas as Razões de Chance e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. As variáveis foram estudadas considerando 1%, 5% e 10% de significância, dependendo do p-valor calculado. Foi identificada uma prevalência de 39,16% de suspeição de TMC entre os trabalhadores avaliados. Houve predomínio de mulheres 89,16% (n=107); 40% na faixa de 40-50; 54,2% se auto declarou negro ou pardo; 79,2% com renda até quatro salários mínimos; 44% com nível superior. Quanto às características de comportamento e de morbidade, o uso de medicamentos teve uma prevalência de 51,32%; uso de tabaco 33,33%; uso de álcool 36,25%; uso de serviço de saúde 20%

e diagnóstico de doença 26,67%. Os dados demonstram tratar-se de uma população com longo tempo na instituição, com predominância de vínculo formal estatutário e predomínio de ausência de outros vínculos de trabalho. As variáveis que apresentaram associação com suspeição de TMC foram dias de caminhada (p-valor 0,031), liberdade de expressão (p-v 0,025), relevância do trabalho (p-valor 0,021), oportunidade de crescimento (p-valor 0,019), equidade de tarefas (p-valor 0,011), uso de medicamentos (p-valor 0,003) e equilíbrio trabalho-família (p-valor 0,000). Concluiu-se que a alta prevalência de suspeição TMC na população estudada e a correlação com as variáveis de trabalho e de morbidade podem produzir consequências, individuais e sociais, reforçando a necessidade de identificação precoce, para orientar intervenções individuais e coletivas.

Palavras-Chaves: Profissionais de Saúde; Atenção Primária Saúde; Transtornos Mentais.

## ABSTRACT

Health work has been pinpointed as an occupational activity that causes significant stress. The specific nature of care in health services, the demands of the work and the lack of recognition, especially in the public sector, expose health workers to stress. The aims of this study were to ascertain the mental health status of primary care professionals in the city of Leopoldina-MG; to describe the incidence of mental disorders according to sociodemographic, behavioural and morbidity characteristics and the incidence of mental disorders according to occupational relationship characteristics and working conditions; to compare the occurrence of mental disorders according to professional category and the incidence of mental disorders according to the region/district of the Primary Health Unit. A cross-sectional epidemiological study was carried out with 120 workers from Primary Health Care units in the city of Leopoldina-MG. Data collection took place from 10 April to 10 May 2024. The levels of suspicion of CMDs (common mental disorders) among the interviewees were considered the outcome (dependent variable) and were obtained using the adapted version of the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). The independent variables were grouped into sociodemographic, behavioural, morbidity and work variables. The free statistical package R version 4.4.0 was used to analyse the data. Initially, a descriptive analysis of the outcome and exposures was carried out, using their absolute (n) and relative (%) frequencies. The synthetic variables deriving from the SRQ-20, IPQ and JSS scales were then constructed. To check for associations between the outcome and the exposures, a bivariate analysis was performed using Pearson's chi-squared test. A multivariate analysis was then performed by means of logistic regression to obtain the odds ratios and their respective 95% confidence intervals. The variables were studied at 1%, 5% and 10% significance levels, depending on the p-value calculated. A 39.16% prevalence of suspected CMDs was identified among the workers assessed. There was a predominance of women: 89.16% (n=107); 40% in the 40-50 age group; 54.2% declared themselves to be black or brown; 79.2% had an income of up to four minimum wages; 44% had higher education. As for the characteristics of behaviour and morbidity, the use of medication had a prevalence of 51.32%, tobacco use 33.33%, alcohol use 36.25%, use of social networks 39.5%, use of health services 20% and diagnosis of illness 26.67%. The data indicates that this is a population that has been with the company for a long time, with

a predominance of formal statutory employment ties and a preponderance of no other employment attachments. The variables associated with suspected CMDs were walking days (p-value 0.031), freedom of expression (p-value 0.025), relevance of work (p-value 0.021), opportunity for growth (p-value 0.019), equity of tasks (p-value 0.011), use of medication (p-value 0.003) and work-family balance (p-value 0.000). It was concluded that the high prevalence of suspected CMDs in the study population and the correlation with work and morbidity variables can have individual and social consequences, reinforcing the need for early identification in order to guide individual and collective interventions.

Keywords: Health Professionals; Primary Health Care; Mental Disorders.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Modelo Demanda-Controle.....	30
Figura 2 -	Panorama da Saúde do Trabalhador no Brasil.....	32
Quadro 1 -	Profissionais da APS/AB, município de Leopoldina, Minas Gerais, 2024.....	45
Fluxograma 1 -	Profissionais participantes na pesquisa em Leopoldina/MG em 2024.....	52
Gráfico 1 -	Distribuição das características de gênero da população (n=120). Atenção Básica/Primária à Saúde. Leopoldina – Minas Gerais, 2024.....	54
Gráfico 2 -	Distribuição das características de uso de tabaco da população (n=120). Atenção Básica/Primaria à Saúde. Leopoldina – Minas Gerais, 2024 .....	55
Gráfico 3 -	Distribuição das características de uso de medicamento da população (n=120). Atenção Básica/Primaria à Saúde. Leopoldina – Minas Gerais, 2024.....	55
Gráfico 4 -	Características sociodemográficas, de morbidade, do trabalho e TMC - Análise de correspondência da 1ª e 2ª dimensões.....	57
Gráfico 5 -	Prevalência de TMC em trabalhadores da Atenção Básica/Primária à Saúde (n=120). Leopoldina – Minas Gerais, 2024.....	62
Fluxograma 2 -	Fluxograma para atendimento dos trabalhadores da APS do Município de Leopoldina – Minas Gerais em Saúde Mental.....	97

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição das características sociodemográficas da população (n=120). Atenção Básica/Primária à Saúde.....	59
Tabela 2 -	Distribuição das características de comportamento e morbidade da população (n=120). Atenção Básica/Primária à Saúde.....	60
Tabela 3 -	Características Ocupacionais dos trabalhadores da Atenção Básica/Primária à Saúde (n=120).....	61
Tabela 4 -	Prevalência (%) de TMC segundo características sociodemográficas da, população (n=120). Atenção Primária à Saúde.....	63
Tabela 5 -	Prevalência (%) de TMC segundo características ocupacionais da população (n=120). Atenção Primária à Saúde, Leopoldina-Minas Gerais, 2024.....	63
Tabela 6 -	Prevalência (%) de TMC segundo região de saúde (n=120). Atenção Primária à Saúde.....	64
Tabela 7 -	Manifestação do <i>Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)</i> distribuídas por categorias profissionais (n=120), com ponto de corte $\geq 7$ . Atenção Primária à Saúde.....	65
Tabela 8 -	Prevalências (%) dos fatores somáticos, depressivo-ansioso, decréscimo, de energia vital e pensamentos depressivos do <i>Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)</i> da população (n=120), com ponto de corte $\geq 7$ . Atenção Primária à Saúde...	66
Tabela 9 -	Resultado da regressão logística para variáveis relacionadas e TMC nos trabalhadores da APS do Município de Leopoldina (n=120).....	69
Tabela 10 -	Observações das análises de pressuposições e diagnósticos do modelo nos trabalhadores da APS do Município de Leopoldina (n=3).....	71

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACE	Agente de Combate a Edemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIC	Akaike Information Criterion
APS	Atenção Primária Saúde
BIC	Bayesian Information Criterion
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEAE	Centro Estadual de Atenção Especializada
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CIST	Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador
CISUM	Consortio Intermunicipal de Saúde da Mata
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COREN	Conselho regional de Enfermagem
DeSC	Descritores e Ciências da Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DF	Distrito Federal
DPM	Distúrbios Psíquicos Menores
EC	Emenda Constitucional
EET	Escala de Estresse no Trabalho
EIPST	Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPAQ	International Physical Activity Questionnaire
JSS	Job Stress Scale (JSS)
LDRT	Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEC	Ministério da Educação
MEDLINE/PubMed	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MeSH	Medical Subject Headings
MG	Minas Gerais
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NIR	Núcleo Integrado de Reabilitação
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PANB	Política Nacional de Atenção Básica
PCA	Análise de Componentes Principais
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica
PST	Programa Saúde do Trabalhador
PTT	Produto Técnico Tecnológico
REAPS	Rede de Atenção Primária de Saúde
SARS-COV-2	Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SICELO	Scientific Electronic Library Online
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
SRQ	Self-Reporting Questionnaire
TCLE	Termo de consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtornos Mentais Comuns
TMRT	Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
VIF	Variance Inflation Factor

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
2	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	18
3	<b>OBJETIVOS</b> .....	25
3.1	OBJETIVO GERAL.....	25
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
4	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	26
4.1	CONDIÇÕES DE VIDA E DE TRABALHO ASSOCIADAS À OCORRÊNCIA DE TRANSTORNO MENTAL COMUM.....	26
4.2	MODELO DEMANDA-CONTROLE-SUORTE OU MODELO DE KARASEK.....	28
4.3	SAÚDE DO TRABALHADOR NO CONTEXTO DO SUS.....	31
4.4	ADOCIMENTO MENTAL EM TRABALHADORES DA SAÚDE...	36
4.5	CONDIÇÕES DE TRABALHO, SAÚDE E ADOECIMENTO MENTAL EM TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	40
5	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	44
5.1	CONHECENDO O MUNICÍPIO DE LEOPOLDINA.....	44
5.2	CENÁRIOS DO ESTUDO. ....	44
5.3	COLETA DE DADOS.....	45
5.4	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	46
5.5	O PILOTO DO ESTUDO.....	46
5.6	TIPO DE ESTUDO.....	46
5.7	DEFECHO E EXPOSIÇÕES.....	46
5.8	INSTRUMENTOS.....	48
5.9	ANÁLISE DOS DADOS.....	50
5.10	ASPECTOS ÉTICOS.....	50
6	<b>RESULTADOS</b> .....	52
6.1	ANÁLISE EXPLORATÓRIA DOS DADOS.....	53
6.2	CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, COMPORTAMENTAL E FUNCIONAL.....	58

6.3	TRANSTORNO MENTAL COMUM: DISTRIBUIÇÃO DE PREVALÊNCIAS.....	61
6.3.1	<b>Características sociodemográficas e comportamentais.....</b>	62
6.3.2	<b>Características ocupacionais.....</b>	63
6.4	DISTRIBUIÇÃO DAS PREVALÊNCIAS DE TMC POR CATEGORIAS PROFISSIONAIS E GRUPOS DE SINTOMAS, DO <i>SRQ-20</i> .....	64
6.5	MODELO FINAL.....	67
7	<b>DISCUSSÃO.....</b>	72
8	<b>PRODUTO TÉCNICO TECNOLÓGICO (PTT).....</b>	96
9	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	99
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	102
	<b>APÊNDICE A.....</b>	121
	<b>APÊNDICE B.....</b>	123
	<b>ANEXO.....</b>	137

## 1 INTRODUÇÃO

O trabalho assume um papel cada vez mais central na vida das pessoas, chegando mesmo a definir aspectos como *status* e identidade pessoal. Assim, é previsível que modelos modernos de tecnologias de gestão se ocupem também da qualidade de vida no trabalho e dos fatores que incorporam a satisfação do indivíduo em sua atividade laboral e na humanização das situações relacionadas ao trabalho humano (Marques; Martins; Sobrinho, 2011).

A relação entre transtornos mentais e a organização do trabalho, na atualidade, representa um sério problema em nossa sociedade. É um assunto que necessita ser discutido com urgência pelas instâncias envolvidas; é permeado de preconceitos e negligências por grande parte do poder público, das empresas públicas e privadas e dos próprios trabalhadores que, frequentemente, desconhecem as relações entre suas atividades e os processos de adoecimento.

O Relatório Mundial de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde (OMS), publicado em junho de 2022, mostrou que, de um bilhão de pessoas que viviam com algum transtorno mental em 2019, 15% dos adultos em idade ativa sofreram um transtorno mental. Estima-se que 12 bilhões de dias de trabalho são perdidos, anualmente, devido à depressão e à ansiedade, que custam à economia global quase um trilhão de dólares. Esses transtornos compreendem desde os sintomas que não são considerados doenças mentais específicas como: fadiga, insônia, dificuldade de concentração, esquecimento e irritabilidade, mas que não deixam de representar situações de sofrimento psíquico que podem ter um caráter incapacitante; até transtornos mentais considerados graves, como depressão, distúrbio do pânico, ansiedade generalizada e esquizofrenia (OMS, 2022).

O trabalho em saúde tem sido apontado como atividade ocupacional de significativo estresse. A especificidade do cuidado no trabalho dos serviços de saúde, as exigências da atividade e o não reconhecimento do trabalho, principalmente no setor público, expõem o trabalhador da saúde ao estresse. Nessas atividades, os trabalhadores estão expostos a situações de desequilíbrio entre os esforços empreendidos e as recompensas recebidas no trabalho. A exposição contínua a essas situações de desequilíbrio pode contribuir para a perda da satisfação no trabalho, podendo elevar os níveis de estresse, provocando adoecimento mental desses trabalhadores (Oliveira; Araujo, 2018).

É inevitável que os profissionais da saúde estejam mais vulneráveis a questões emocionais, pois lidam também com seus sentimentos de impotência, fracasso, estresse pelas condições e sobrecarga de trabalho, incertezas sobre a doença e tratamento, medo de contrair e transmitir doenças e/ou dificuldade de lidar com perdas de seus pacientes (Saidel *et al*, 2020).

Um estudo desenvolvido na China, observou que vários profissionais de saúde ficaram traumatizados pela epidemia de e sofrem de sintomas psiquiátricos persistentes mesmo após a pandemia, como estresse pós-traumático, mostrando que o cuidado em saúde mental a esses profissionais teve e deve ter início imediato, sem data para terminar (Saidel *et al*, 2020).

## 2 JUSTIFICATIVA

Gostaria de descrever um pouco da minha trajetória na Atenção Primária Saúde (APS).

Ao ingressar na faculdade de enfermagem, não tinha noção de como era o sistema de saúde Brasileiro. Durante a graduação, quando conheci todo arcabouço teórico do Sistema Único de Saúde (SUS), mais especificamente a Atenção Primária Saúde/Atenção Básica (APS/AB), tive certeza que queria atuar na AB, na Estratégia Saúde da Família (ESF). Ao terminar a faculdade, iniciei uma pós-graduação em APS e comecei a prestar concursos para Enfermeira da Estratégia Saúde da Família, e não parei até passar. Em 2011, iniciei minha vida profissional como enfermeira da ESF, no município de Leopoldina, sendo o meu primeiro e único vínculo profissional até o momento.

Comecei a trabalhar em unidade de saúde na zona rural e fiquei, a princípio, decepcionada, porque não era o que eu aprendi na teoria: as condições de trabalho eram bastante escassas, desde a infraestrutura da unidade até a forma como se dava o trabalho. Não realizava grupos educativos, não tinha atendimento aos grupos prioritários, referência e contra referência; funcionava mais como uma unidade tradicional do que uma unidade de ESF. Seis meses depois, fui transferida para uma unidade na área urbana, que funcionava nos moldes da ESF, mas que tinha muitos desafios a serem enfrentados, como uma longa fila no início do mês para conseguir uma vaga com especialista, uma grande demanda reprimida devido às questões ligadas ao profissional médico – que considero um gargalo da APS –, a organização do serviço de forma geral, dentro de um espaço físico que não ajudava, pois a unidade funcionava em uma casa alugada.

Aos poucos, consegui, junto com a equipe, organizar o trabalho, ter uma agenda, atender os grupos prioritários, fazer grupos educativos e criar um vínculo com a população. Hoje, conheço a grande maioria dos usuários, o que demanda uma responsabilidade maior ainda, uma vez que os eles solicitam a resolução de seus problemas de forma rápida e eficiente. Problemas esses que, frequentemente, ultrapassam a capacidade da APS de solucionar sozinha pois, na maioria das vezes, envolve demandas sociais, ligadas à renda, à educação, ao trabalho, à cidadania. Como a unidade está inserida dentro do território onde essas pessoas vivem, somos

a porta de entrada para o sistema de saúde, acabamos também sendo a porta de entrada para todas essas demandas.

As Unidades Básicas de Saúde localizadas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem cumprem um papel fundamental na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade (Brasil, 2012).

O trabalho na APS também sofre influência de todas as mudanças de sistemas de informação, de financiamento, de leis e portarias governamentais, tanto no âmbito municipal quanto estadual e federal e da política partidária local. O profissional que está inserido dentro na equipe da ESF tem que ir se adaptando. Ao longo destes anos, passei pelas mudanças do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para ESUS, da implementação ao fim do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), mudanças de gestões municipais etc. O trabalho na APS foi se tornando mais difícil: hoje necessitamos ter um domínio melhor de informática, precisamos comprovar, por meio de metas, tudo o que produzimos, temos que ser capaz de lidar com as tecnologias leves, sem perder a capacidade de atender o usuário dentro da proposta da APS, que é um atendimento centrado na pessoa, de forma longitudinal e resolutiva.

A APS deve ser o primeiro contato dos usuários, a porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Entretanto, é imprescindível que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2012).

Enfrentamos também outros problemas frequentes da APS como a rotatividade do profissional médico dentro da equipe, que acaba gerando uma descontinuidade do processo de trabalho, a questão da infraestrutura das unidades e a falta de insumos.

O trabalho na APS demanda do profissional uma capacidade de lidar com todas essas situações citadas, além das relações interpessoais da equipe. Ao longo desses anos, vivenciei inúmeras situações estressantes que interferiram em minha saúde. Também observo como essas situações interferem na saúde dos colegas da equipe, com diferentes níveis de impacto, levando à necessidade de intervenção médica e uso de medicações.

Em reuniões com diferentes setores e categorias profissionais, como a dos enfermeiros, observo em suas falas a insatisfação com o trabalho devido à sobrecarga, a falta de apoio da gestão em determinadas situações que os levam ao

esgotamento e afastamento das suas funções por questões de saúde e transtornos mentais menores como fadiga, estresse, ansiedade.

Um dos aspectos que observo, ao longo da minha carreira na APS, como determinante das queixas dos trabalhadores é a cobrança para o cumprimento das metas dos programas de avaliação da APS/AB. Essas situações se exacerbaram com a mudança na forma de financiamento da APS/AB na qual passou a vigorar o Programa Previne Brasil. A partir da promulgação da Constituição Federal, na qual a saúde foi instituída como um direito de todos e um dever do Estado, o governo nos níveis federal, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) passou, cada vez mais, a priorizar a Atenção Básica como um novo modelo de atenção à saúde no País. Ao longo dos anos 90, essa política foi se desenvolvendo, fazendo grandes esforços no sentido da universalização da Atenção Básica e defendendo a qualificação da Atenção Básica, de forma que ela assume o papel de coordenadora do cuidado integral em saúde e ordenadora das redes de atenção (Mendes; Marques, 2014).

No primeiro momento, o financiamento da Atenção Básica foi realizado pelo Banco Mundial. Devido à reorganização da APS no Brasil, foi criado um modelo de financiamento federal específico, por meio de incentivos financeiros voltados para o financiamento do Programa de Saúde da Família, o Piso da Atenção Básica (PAB) (Mendes; Carnut; Lucia, 2018).

Até os anos 2000, o financiamento da Atenção Básica, assim como do SUS de forma geral, era financiado quase que em sua totalidade pela União, chegando de 60% a 70% dos recursos totais gastos pelo SUS, através da transferência fundo a fundo, fundo federal para fundo estadual e para fundo municipal. Com a promulgação da Emenda Constitucional 29 (EC/29) trouxe mais recursos para saúde e promoveu o aumento da participação de Estados, Distrito Federal (DF) e municípios no financiamento do SUS (Marques; Piola; Carrillo Roa, 2016).

Para o financiamento e ampliação da atenção básica foi fundamental a criação do Piso de Atenção Básica (PAB) com repasses de recursos para atenção básica com base em critérios populacionais, suprimindo o pagamento por produção de serviços neste nível. Esse processo foi aprimorado com a criação do PAB variável pela Norma Operacional Básica 96 (NOB), o estabelecimento de repasses em função do número de equipes de Saúde da Família, saúde bucal e agentes comunitários de saúde em atividade nos municípios. Vale ressaltar que as Normas Operacional Básica (NOB) 93

e 96 tiveram resultados positivos no fortalecimento do processo de descentralização e de expansão e reorganização da atenção básica-especialmente na NOB 96, com a criação do PAB (Solla, *et al*, 2007; Mendes; Carnut; Guerra, 2018).

Com o processo de descentralização pelos quais os recursos destinados à saúde vieram passando, a participação do governo federal foi decrescendo. Nos anos 2000, a União respondia por 59,9% do total, os estados, 18,5%, e os municípios, 21,7% dos gastos destinados à saúde. A participação do governo federal atingiu 43,2% em 2015. Por sua vez, nesse período, entre 2000 e 2015, observa-se o aumento significativo da participação dos estados, que passou de 18,5% para 25,9%, enquanto a dos municípios saiu de 21,7% para 30,9%. Observa-se que, entre 2014 e 2017, as despesas empenhadas do Ministério da Saúde (MS) com a AB diminuíram em 4,7%, passando de R\$ 22.865 milhões para R\$ 21.797 milhões. Dessa forma, fica evidenciada que a política de AB deixou de ser prioridade no início do segundo governo Dilma e, principalmente, nos dois anos do governo Temer (Mendes; Carnut; Guerra, 2018).

Em 2017, inicia-se o desfinanciamento do SUS, ou seja, início da vigência plena da regra do teto de despesas primárias da Emenda Constitucional 95. Também com a revisão da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a nova PNAB flexibiliza a forma como a APS é operacionalizada, por meio da ESF, levando para um processo de aprofundamento da privatização da saúde no país e conduzindo a AB a um caráter residual e assistencialista, afastando de seu caráter de ordenadora do SUS (Morosini; Fonseca; Lima, 2018).

A nova PNAB, ao flexibilizar o modelo de atenção e do uso dos recursos concedidos por meio do PAB variável, enfraquece o poder de regulação e indução nacional exercido pelo MS, responsável por avanços significativos no processo de descentralização do SUS. No que tange ao financiamento, ressalta-se a ausência de mecanismos de valorização diferenciada da ESF em relação às chamadas equipes de AB, para as quais, anteriormente, não eram destinados esses recursos. (Morosini; Fonseca; Lima, 2018).

A nova proposta de financiamento da APS, denominado “Previne Brasil”, foi divulgada em seminários realizados em vários estados, com a participação do então Secretário de Atenção Primária, Erno Harzheim, de conselhos de secretários estaduais e municipais de saúde, gestores locais e representantes do movimento sanitarista. Para defender a medida, Harzheim baseou-se em duas críticas ao modelo

vigente: suposta “ineficiência” dos serviços em APS, considerando o grande número de usuários do SUS não cadastrados pelas equipes. (Dentre os 50 milhões não cadastrados, 30 milhões seriam beneficiários de programas sociais, em situação de maior vulnerabilidade) e baixa valorização do componente de desempenho das equipes, tendo em vista serem as transferências federais aos entes subnacionais majoritariamente calculadas com base em critérios populacionais (Seta; Ocké-Reis; Ramos, 2021).

O programa “Previne Brasil” foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. O novo modelo de financiamento altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. A proposta tem como base a estruturação de um modelo de financiamento concentrado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe. O “Previne Brasil” equilibra valores financeiros *per capita* referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de ESF e de APS, com o grau de desempenho assistencial das equipes somado a incentivos específicos, como ampliação do horário de atendimento, equipes de saúde bucal, informatização, equipes de Consultório na Rua, equipes que estão como campo de prática para formação de residentes na APS, entre outros tantos programas (Brasil, 2019b).

Autores do campo do movimento sanitário apontam críticas ao “Previne Brasil”: como risco de “desfinanciamento”; ser inconveniente considerar o cadastro como via única de inserção ao SUS, desconsiderando todo histórico de caráter universal do SUS; provável direcionamento da prestação em APS para o setor privado através da conjugação entre cesta de serviços e lista de pacientes cadastrados; ausência de participação social e representação do Conselho Nacional de Saúde (CNS); prejuízo ao planejamento e segurança de financiamento pelo fim do PAB fixo (Funcia, 2019; Seta; Ocké-Reis; Ramos, 2021).

Segundo Massuda (2020), apesar de a remuneração de serviços por avaliação de desempenho buscar estimular que as equipes melhorem produtividade para atingir metas pré-estabelecidas, evidências mostram melhorias pequenas em indicadores de processos sob avaliação e nenhuma melhoria consistente nos resultados em saúde. Portanto, o instrumento pode apresentar como efeito colateral a redução da atenção das equipes para problemas de saúde que não estejam contemplados nas metas de

avaliação. Conseqüentemente, ao se estabelecer a avaliação de desempenho como critério para o financiamento da APS no SUS, é possível que os municípios concentrem atenção em indicadores que serão monitorados, alterando o escopo de trabalho das equipes de APS que deve ter como objeto os problemas de saúde apresentados pela comunidade (Massuda, 2020).

Com a nova forma de financiamento, a cobrança das equipes de APS/AB por atingir metas passou a ser intensificado, tornando o trabalho ainda mais difícil uma vez que, os profissionais com maior envolvimento nas atividades do serviço buscam por atendimentos baseado em criação de vínculo, escuta qualificada, trabalho em equipe, questões essas não quantificadas em números.

Outro evento que tornou o trabalho dos profissionais de saúde que atuam em APS/AB mais estressante, provocando adoecimento psíquico, foi a pandemia da SARS-COV-2 que teve início em dezembro de 2019.

Existem pesquisas em andamento no Brasil para compreender os impactos na Saúde Mental dos profissionais de saúde no período de pandemia. Um desses estudos, realizado em Brasília, com médicos residentes, apontou que 25% desses profissionais afirmaram ter pensado em trocar de especialidade. Entre os sintomas de ansiedade, os mais citados foram incapacidade de relaxar, medo de que aconteça o pior e nervosismo, constatados de forma moderada em 41,7%. Além disso, 83,3% afirmaram que a qualidade geral do sono esteve prejudicada (Brasil, 2020b).

Os profissionais de saúde que atuam na APS/AB possuem carga horária extensa, alta demanda de trabalho, pressão advinda da gestão, níveis rebaixados de controle sobre as atividades desempenhadas, sobrecarga de demandas psicológicas, baixo ou quase nenhum apoio social. Além disso, frequentemente, o ambiente de trabalho não possui condições satisfatórias, com nenhum ou poucos recursos humanos e materiais, fatores que influenciam na saúde (Rocha, *et al.*, 2023).

Há também a precária assistência à saúde desses profissionais, visto que, no Brasil, estudos que buscaram compreender a relação entre saúde e trabalho em profissionais que atuam na área da saúde, como no caso da APS/AB, foram realizados de forma demasiadamente tardia, quando comparados a outros grupos de profissionais que atuam em outras áreas de conhecimento, o que aumenta as chances de desenvolvimento de agravos à saúde nesse grupo populacional (Rocha, *et al.*, 2023).

A maioria dos estudos com profissionais de saúde são voltados para profissionais que atuam na área hospitalar (Rocha, *et al.*, 2023). Reconhece-se, portanto, a necessidade de mais estudos voltados para profissionais da APS/AB, na busca de políticas assistenciais profícuas e efetivas e que garantam condições dignas de trabalho e de saúde dos trabalhadores da APS/AB.

Este estudo faz referência à análise de diferentes pesquisadores, do processo de adoecimento mental em trabalhadores, os quais procuram ampliar a compreensão das suas possíveis causas trazendo concepções sobre a relação entre trabalho e adoecimento mental, além de contribuir com informações que subsidiem os gestores locais a traçarem estratégias de políticas públicas de atenção à saúde mental dos trabalhadores. Ele objetiva conhecer as condições de saúde mental dos trabalhadores que integram as Estratégia Saúde da Família (ESF) da Atenção Primária/ Básica (APS/AB) no município de Leopoldina/MG, a partir da pergunta de pesquisa: Há adoecimento mental entre os trabalhadores da APS/AB do Município de Leopoldina/MG?

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Conhecer as condições de saúde mental dos trabalhadores que integram as Estratégia Saúde da Família (ESF) da Atenção Primária/ Básica (APS/AB) no município de Leopoldina/MG.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Descrever a ocorrência de transtornos mentais segundo características sociodemográficos, comportamentais e de morbidade;
- b) Descrever a ocorrência de transtornos mentais segundo características do vínculo ocupacional e condições de trabalho;
- c) Comparar a ocorrência de transtornos mentais segundo a categoria profissional;
- d) Comparar a ocorrência de transtornos mentais segundo a região/bairro da Unidade Básica de Saúde (UBS).

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

Para melhor compreensão do objeto de estudo proposto nesta pesquisa, pretende-se apresentar o referencial teórico relativo a condições de vida e de trabalho associadas à ocorrência de Transtorno Mental Comum, Modelo Demanda-controle-suporte ou Modelo de Karasek; à Saúde do Trabalhador no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS); ao Adoecimento Mental em Trabalhadores de Saúde e ao Adoecimento mental na APS/AB.

Para a seleção dos estudos que atendessem à questão da pesquisa, foram adotados filtros, sendo o primeiro deles o estabelecimento de critérios de inclusão, a saber: estudos que priorizaram o tema Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde, Profissionais da Saúde, Transtornos Mentais Menores, Estratégia de Saúde da Família, artigos originais e disponíveis, estudos dos últimos 15 anos, língua portuguesa e inglesa, teses, dissertações, editoriais, normas técnicas, manuais, leis, resoluções, cartas, comentários e resumos de anais. Foram excluídos registros duplicados. A busca dos artigos foi realizada mediante acesso e consulta eletrônica às seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/PUBMED) via National Library of Medicine e Scientific Electronic Library Online (SciELO). De maneira complementar, foi também consultada a lista de referências dos artigos incluídos, de modo a garantir que qualquer referência adicional não fosse perdida na busca eletrônica e fosse devidamente encontrada. Para operacionalização do processo de busca foram selecionados descritores (palavras-chaves), indexadas nos vocabulários Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH). Para combinação de termos, utilizaram-se os operadores booleanos “AND” e “OR”. Utilizou-se os seguintes DeCS e MeSH, respectivamente.

### 4.1 CONDIÇÕES DE VIDA E DE TRABALHO ASSOCIADAS À OCORRÊNCIA DE TRANSTORNO MENTAL COMUM

O Transtorno Mental Comum (TMC), também identificado como transtorno mental não psicótico, é atribuído a indivíduos que sofrem mentalmente e apresentam sintomas somáticos como irritação, cansaço, esquecimento, redução da capacidade

de concentração, ansiedade e depressão. Os TMC têm efeitos deletérios, atingindo não somente o indivíduo, mas a família e a comunidade. As projeções mundiais para 2030 são no sentido de incluírem esses transtornos entre os que mais incapacitam os indivíduos, com estimativa de que 10% dos adultos apresentem tais condições e que 25% da população mundial manifeste, pelo menos, um transtorno mental ao longo da vida. No Brasil, a prevalência oscila entre 28,7% a 50% e é considerada alta por estudiosos na área, em especial entre o gênero feminino e a faixa etária dos idosos (Lucchese *et al.*, 2014; Carvalho; Araújo; Bernardes, 2016).

Os TMC têm se tornado cada vez mais constatados e pesquisados entre os profissionais de saúde. Constantemente são associados à incapacitação e a alto custo social, econômico e individual, absenteísmo, queda da produtividade, alta rotatividade de profissionais, elevação da demanda dos serviços de saúde, uso abusivo de drogas lícitas, como medicações, e substâncias ilícitas (Nunes *et al.*, 2002; Cruz, *et al.*, 2022).

Estudos atuais revelam aumento no número de pessoas que adoecem e se afastam do trabalho pelos mais variados motivos de saúde, porém os TMC têm sido prevalentes e se constituem uma das maiores causas de afastamento de longo prazo do trabalho. Embora, inicialmente, não precisem de tratamento psiquiátrico, causam grande impacto socioeconômico, principalmente, em razão dos dias perdidos de trabalho e aumento da procura nos serviços de saúde (Carlotto, 2016).

Na literatura, os fatores relacionados ao esgotamento profissional e TMC incluem idade, estado civil, tempo de trabalho, sobrecarga de trabalho, conflitos interpessoais, falta de suporte social, de autonomia e de participação nas decisões. Os profissionais dos serviços de saúde estão entre os mais afetados por possuírem, geralmente, uma filosofia humanística de trabalho e estarem inseridos em um sistema de saúde desumanizado. A relação entre esgotamento profissional e TMC vem sendo estudada por vários autores, que consideram a síndrome um importante fator de risco para morbidade psiquiátrica (Albaladejo, *et al.*, 2004).

Em estudo realizado com Agente Comunitário de Saúde (ACS), em São Paulo, a prevalência de TMC foi de 43%. Na literatura, a prevalência de TMC varia entre 7% e 30% e, estudos Brasileiros descrevem taxas entre 22,7% e 35%. A proporção dos entrevistados que afirmaram fazer uso regular de antidepressivos (17%) foi maior que na população do município de São Paulo (10%) e em Pelotas (9,9%) (Silva; Menezes, 2008).

A insatisfação com o trabalho vem sendo evidenciada entre profissionais de saúde como causa de TMC. A necessidade de oferecer serviços adequados para garantir a saúde como direito do cidadão sem, muitas vezes, possuir os mínimos meios para realizá-los adequadamente, somado ao fator tempo e à dificuldade estrutural da Atenção Básica do país, tem gerado desgaste profissional. A associação entre insatisfação com o trabalho e prevalência de TMC foi encontrada na Atenção Básica de Botucatu (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010) assim como em estudo com médicos da APS/AB de Belo Horizonte (MG) (Carvalho; Araújo; Bernardes, 2016).

A satisfação no trabalho pode relacionar-se às taxas de rotatividade ou de permanência no trabalho. Trabalhadores que não estão realizados profissionalmente, que recebem pouco reconhecimento no cargo, vivenciam constantes conflitos com a chefia ou colegas ou não atingiram o patamar desejado em suas carreiras, tendem a apresentar maior rotatividade no emprego e maior nível de adoecimento físico e mental (Carvalho; Araújo; Bernardes, 2016).

Em estudo realizado com profissionais de Unidades Básicas de Saúde verificou que o vínculo do trabalhador do tipo contrato celetista sem estabilidade no trabalho, assinalou maior prevalência de TMC. O modelo de contrato de trabalho pode ter impactos importantes na estruturação de riscos à saúde dos trabalhadores e na oferta e na qualidade dos serviços prestados e ser um relevante fator de estresse, gerando insegurança no trabalho e adoecimento (Carlotto, 2016).

Entre os trabalhadores da APS uma investigação analisou enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, dentistas, psicólogos, ACS, técnicos de higiene bucal, técnicos em nutrição e dietética, nutricionistas e assistentes sociais. No que refere-se aos TMC na população estudada, os resultados evidenciaram prevalência de 29,7% de TMC. Quanto à associação entre TMC e variáveis sociodemográficas e laborais, constatou-se associação significativa com as variáveis sexo e tipo de vínculo. Entre as mulheres houve uma maior prevalência de TMC e entre os trabalhadores com vínculo celetista (Cruz *et al.*, 2022).

#### 4.2 MODELO DEMANDA-CONTROLE-SUPORTE OU MODELO DE KARASEK

A avaliação dos aspectos relacionados à área psicossocial do trabalho vem se tornando objeto de estudos em saúde e trabalho. Deste modo, diversas propostas

teóricas e metodológicas vêm sendo desenvolvidas, na perspectiva de apresentar modelos para estudo dessa dimensão (Araújo; Graça; Araújo, 2003).

Na década de 1970, o pesquisador Robert Karasek sugeriu o modelo teórico conhecido e utilizado no mundo todo em estudos que analisam estresse no trabalho, chamado demanda – controle – suporte. Esse modelo associa as características psicossociais do trabalho sob dois aspectos – demanda psicológica e controle sobre o trabalho ao risco de adoecimento dos trabalhadores. (Shimabuku; Mendonça; Fidelis, 2017; Alves; Hökerberg; Faerstein, 2013; Greco *et al.*, 2011).

Karasek observou que os diversos estudos sobre estresse no trabalho e as repercussões sobre a saúde mental dos indivíduos, até então, eram baseados apenas nas demandas das tarefas, se detinham sobre demandas versus capacidades do indivíduo. O controle do trabalhador sobre o trabalho era sistematicamente omitido das análises dos processos de produção de estresse. Esse enfoque limitado ao modelo unidimensional, expôs a necessidade de discutir, simultaneamente, controle e demanda na abordagem da experiência psicossocial no trabalho (Karasek, 1979).

A demanda psicológica está correlacionada às imposições que o trabalhador enfrenta para concretizar suas atividades (pressão do tempo, nível de concentração, interrupção das tarefas e a necessidade de aguardar pelas atividades de outros trabalhadores). O controle do trabalhador sobre o trabalho relaciona-se a dois aspectos: ao uso de habilidades (o grau que o trabalho envolve a aprendizagem, repetitividade e criatividade) e a autoridade decisória (habilidade para a tomada de decisões no trabalho e influências na política gerencial (Shimabuku; Mendonça; Fidelis, 2017; Greco *et al.*, 2011).

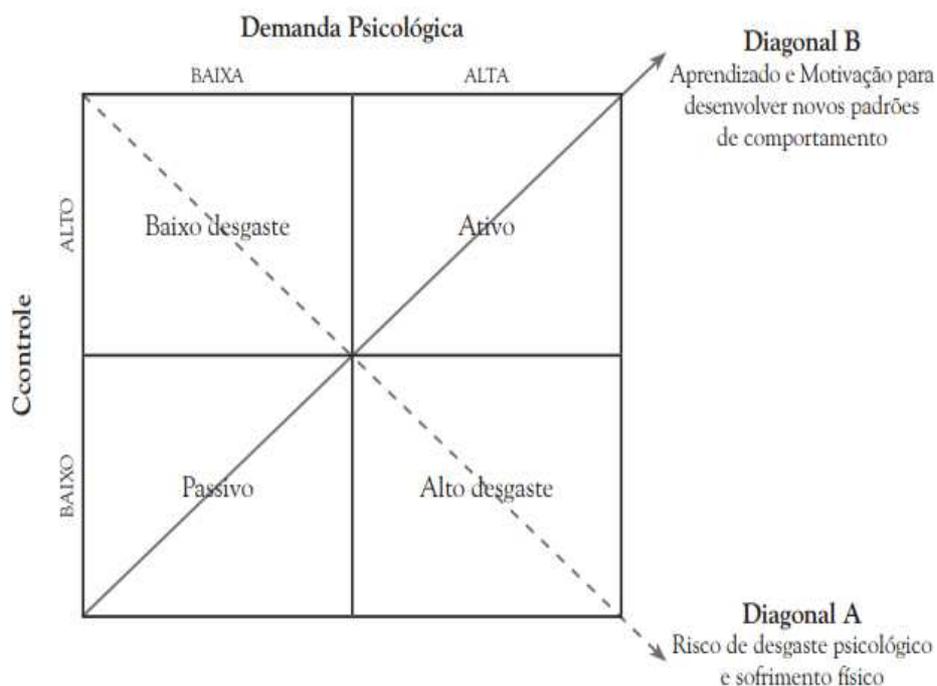
A avaliação do ambiente psicossocial do trabalho é realizada a partir da combinação de níveis altos e baixos dessas duas dimensões, configurando-se em quatro situações específicas de trabalho que sugerem riscos diferenciados à saúde (Greco *et al.*, 2011):

- a) **Alta exigência:** alta demanda e baixo controle são as reações mais adversas de desgaste psicológico. Nessa situação, o trabalhador não responde ao que é exigido devido ao baixo controle sobre determinada situação. Nesse nível, geralmente são despertadas reações psicológicas como fadiga, estresse e depressão (Greco *et al.*, 2011; Araújo *et al.*, 2003);
- b) **Trabalho ativo:** caracterizado quando o trabalhador é exposto à alta demanda e a alto controle no ambiente laboral. O trabalhador tem controle

sobre determinada situação de forma que, mesmo que o estresse o leve a exaustão, mantém-se motivado. Seria um efeito positivo do estresse; apresenta um comportamento de motivação, novas aprendizagens e um padrão de enfrentamento positivo sob essas condições de alta demanda e baixo controle (Shimabuku; Mendonça; Fidelis; 2017; Magnago; Lisboa; Griep, 2009);

- c) **Trabalho passivo:** definido por baixa demanda e baixo controle, dotado da redução na capacidade produtiva, o trabalhador não tem motivação em decorrência da ausência de desafios e rejeição às suas iniciativas de trabalho (Alves *et al.*, 2015; Araújo *et al.*, 2003);
- d) **Baixa exigência:** caracterizado por baixa demanda de trabalho, entretanto alto controle. Pode parecer uma situação agradável para o trabalhador, todavia, trabalhos assim tendem a ser desmotivadores e podem gerar grande carga de estresse psicológico, levando, inclusive, ao adoecimento físico e psicológico (Shimabuku; Mendonça; Fidelis, 2017; Braga; Carvalho; Binder, 2010).

Figura 1 - Modelo Demanda-Controlle



Fonte: Karasek (1979).

Número significativo de pesquisas vem sendo conduzidas a partir da perspectiva teórica e metodológica proposta no modelo demanda-controle, tratando de diversas repercussões sobre a saúde: doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, distúrbios psíquicos, depressão, aborto, doenças osteomusculares, dentre outros. Os achados obtidos, na maior parte dos estudos conduzidos, suportam os pressupostos do modelo mencionado (Araújo; Graça; Araújo, 2003).

O modelo de Karasek demonstra que o trabalho realizado em condições de baixo controle e alta demanda (alta exigência) é maléfico à saúde dos trabalhadores, sendo um prognóstico da maioria das reações adversas produzidas pelo trabalho. Em estudo realizado em trabalhadoras de enfermagem de um hospital público de Salvador, Bahia, utilizando Modelo Demanda-Controle de Karasek, confirmou-se a associação positiva entre trabalho em alta exigência e distúrbios psíquicos menores. Esse resultado corroborou outros estudos que observaram associação entre alta demanda e baixo controle no trabalho e sintomas psicológicos. Também corroborou com investigações que demonstraram o efeito de altas demandas psicológicas sobre sofrimento psíquico e sintomas depressivos. (Araújo *et al.*, 2003).

Em pesquisa realizada em um hospital universitário da Região Sul do Brasil constatou-se que os trabalhadores apresentaram alta demanda psicológica para execução de suas funções, portanto, consideraram que possuíam autonomia nas tomadas de decisão, precisavam usar da criatividade e do desenvolvimento individual para o cumprimento do processo de trabalho em saúde, aspectos característicos da dimensão de alto controle sobre o trabalho. Essa relação encontrada representa um trabalhador ativo, com desafios presentes, motivado e com autonomia sobre o seu processo de trabalho, que pode repensar o seu processo de trabalho, diminuindo o risco de estresse psicológico e, por consequência, o risco de desenvolver doenças físicas. Entretanto, a situação de trabalho considerada “ideal” seria aquela em que o trabalhador convivesse com baixas demandas psicológicas de trabalho, com alto controle do processo do trabalho realizado e alto apoio social no ambiente (Ribeiro *et al.*, 2018).

#### 4.3 SAÚDE DO TRABALHADOR NO CONTEXTO DO SUS

Como parte integrante da Saúde Coletiva, o campo da Saúde do Trabalhador (ST) constitui-se como espaço interdisciplinar que apreende o trabalho como um dos

principais determinantes sociais da saúde. Considerando a complexidade de seu objeto, o campo da ST preconiza um modo de agir integrador que inclui a promoção, a prevenção e a assistência, tendo o trabalhador, individual e coletivo, como sujeito de um processo de mudanças (Costa *et al.*, 2013).

Conforme apresentado na Figura 2, é possível verificar que o campo da ST no Brasil tem se estabelecido antes mesmo da criação e implantação do SUS. No entanto, a temática intensifica-se a partir da Reforma Sanitária Brasileira que agrega diversas demandas de mudanças das políticas nacionais de vigilância e assistência à saúde.

Figura 2 - Panorama da Saúde do Trabalhador no Brasil



Fonte: 2º SIMBRASTT, 2022.

Com o Movimento da Reforma Sanitária, o novo pensamento sobre a Saúde do Trabalhador (ST) obteve maior repercussão com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Na I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, ocorrida em dezembro de 1986, foram divulgadas as experiências de implantação da Rede de Serviços de ST, então em andamento. Princípios e diretrizes, como a universalidade, a integralidade e o controle social foram incorporados ao conceito da rede, mesmo antes da promulgação do SUS (Gomez; Vasconcellos; Machado, 2018).

A partir do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira iniciou-se a elaboração e implementação de diversas políticas nacionais em ST que permanecem em constantes atualizações e debates.

Em termos do marco político normativo do Estado, a ST é situada na perspectiva da saúde como direito universal, conforme definido pela Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8080/90, designada Lei Orgânica da Saúde (LOS), rompendo com o marco do direito previdenciário-trabalhista em que a ação de Estado restringe-se à regulação da saúde e segurança (Brasil, 1990).

A LOS 8.080/90 determina que as ações de ST devam ser executadas pelo SUS nos âmbitos de assistência, vigilância, informação, pesquisas e participação dos sindicatos. A Lei estabelece, também, ser competência da instância federal do SUS participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de ST de forma hierarquizada e descentralizada para estados e municípios. A mesma Lei regula também a necessidade de o Conselho de Saúde estruturar a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - CIST (Brasil, 1990)

Visando a subsidiar as ações de diagnóstico, tratamento e vigilância em saúde e ao estabelecimento da relação da doença com o trabalho e das condutas decorrentes, o Ministério da Saúde, cumprindo a determinação contida no art. 6.º, § 3.º, inciso VII, da LOS, elaborou a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, publicada na Portaria/MS n.º 1.339/1999, que incluiu transtornos mentais e do comportamento entre as doenças relacionadas ao trabalho (Brasil, 1999).

A Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT) foi também adotada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), regulamentando o conceito de Doença Profissional e de Doença Adquirida pelas condições em que o trabalho é realizado, Doença do Trabalho, segundo prescreve o artigo 20 da Lei Federal n.º 8.213/1991, constituindo o Anexo II do Decreto n.º 3.048/1999 (Brasil, 2001).

A elaboração da LDRT representou um avanço bem-sucedido pois revisou a listagem obsoleta e reduzida que mantinha o Brasil em uma posição de baixo de reconhecimento oficial de doenças relacionadas ao trabalho, comparado à maioria dos países ocidentais. A listagem ampliada das doenças foi detalhada em manual publicado em 2001, tornando-se referência para médicos peritos e profissionais de saúde em geral até hoje.

Como prevê a determinação legal, a revisão da lista deve ser periódica, compreendendo que as novas tecnologias e a reestruturação produtiva em permanente mudança produzem novas modalidades de agravos não contemplados na listagem em uma única listagem. Essa legislação sanitária indica, também, a inclusão das entidades sociais na revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho (Dias; Hoefel, 2005). Desta forma, o produto final da lista pretende integrar os diferentes saberes e conhecimentos produzidos a partir das práticas nos serviços de saúde e nos fóruns de discussão de trabalhadores aliados ao conhecimento na literatura científica e nas diversas listas consultadas.

Atendendo à legislação, em 2020 através da Portaria MS/GM nº 2.309/2020, foi publicada a revisão da LDRT, considerando que listas e classificações diagnósticas são instrumentos dinâmicos e, portanto, mutáveis, que carecem de constantes atualizações de forma a incorporar novos conhecimentos técnico-científicos e práticas assistências e de vigilância à saúde do trabalhador. A atualização resultou no aumento do número de códigos diagnósticos de 182 para 347. O capítulo com maior crescimento foi o relativo aos Transtornos Mentais e Comportamentais (Silva-Junior *et al.*, 2022).

Após um longo intervalo de 21 anos, o processo de revisão da LDRT ocorreu de forma amplamente participativa, cumprindo a legislação sanitária nacional e contribuindo para o aprimoramento da integralidade na atenção à saúde dos trabalhadores. Mas este processo, não ocorreu sem os embates que perpassam o campo da ST quando, no dia 2 de setembro de 2020, foi publicada a Portaria nº 2.345/GM/MS, que tornou sem efeito a portaria que atualizou a LDRT em 2020 e, em 8 de setembro de 2020, foi publicada a Portaria nº 2.384/ GM/MS, que retomou a vigência da versão 1999 da LDRT. Tais decisões governamentais provocaram mobilização de setores da sociedade contrários à revogação da LDRT-2020, incluindo o Conselho Nacional da Saúde, que recomendou a adoção da atualização nas práticas do SUS.

Na Ficha de Investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) referente aos transtornos mentais relacionados ao trabalho, a definição de caso de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) é a seguinte:

Todo caso de sofrimento emocional em suas diversas formas de manifestação tais como: choro fácil, tristeza, medo excessivo, doenças psicossomáticas, agitação, irritação, nervosismo, ansiedade,

taquicardia, sudorese, insegurança, entre outros sintomas que podem indicar o desenvolvimento ou agravamento de transtornos mentais utilizando os CID - 10: Transtornos mentais e comportamentais (F00 a F99), Alcoolismo (Y90 e Y91), Síndrome de Burnout (Z73.0), Sintomas e sinais relativos à cognição, à percepção, ao estado emocional e ao comportamento (R40 a R46), Pessoas com 21 riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais (Z55 a Z65), Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96) e Lesão autoprovocada intencionalmente (X60 a X84), os quais têm como elementos causais fatores de risco relacionados ao trabalho, sejam resultantes da sua organização e gestão ou por exposição a determinados agentes tóxicos (Ministério da Saúde, 2022).

Em 2011, a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) foi promulgada, com intuito de promover a saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e de prevenir acidentes e danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho (Brasil, 2011).

Já no ano de 2012, é publicada a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), que constituiu um passo importante para orientar as ações e a produção científica na área de ST. Principal referência normativa de princípios e diretrizes da área de ST, a Política efetivamente pode contribuir, entre muitos outros aspectos, para superar o distanciamento entre a produção de conhecimentos de setores da academia e as necessidades de fundamentação na prática dos serviços (Brasil, 2012).

No Brasil, o Art. 8º.III da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) prevê:

garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, que pressupõe a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede (Brasil, 2017).

O contexto da saúde do ST, categoria profissional historicamente marcada por uma visão tecnicista e reducionista, quando o assunto é a melhoria das condições e dos ambientes de trabalho. Constata-se a insuficiência, ou mesmo a ausência, de ações direcionadas a fortalecer e proteger os protagonistas do sistema de saúde na execução do seu trabalho. Tal perspectiva é corroborada por estudos que indicam

prevalências superiores de agravos à saúde e de hábitos de vida não saudáveis entre esses trabalhadores, quando comparados à população geral (Alcantara *et al*, 2023).

O estabelecimento do SUS trouxe para a prática do profissional uma série de mudanças referentes à gestão em saúde, tais como atendimentos nas residências, vinculados à ESF, ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças e até mesmo redefinição de conceitos básicos como saúde, doença e cuidado. Essas e outras mudanças forçaram o profissional, na ponta desse sistema, a se adequar, se recolocar e repensar sua postura frente ao novo paradigma. Em consequência disso, maior investimento se direciona à adaptação a demandas, fato que, muitas vezes, leva ao adoecimento físico e mental.

#### 4.4 ADOECIMENTO MENTAL EM TRABALHADORES DA SAÚDE

Contextos de trabalho em saúde têm sido associados a quadros psicopatológicos específicos, como no caso do *Burnout*, síndrome caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e auto depreciação. Inicialmente relacionada a profissões ligadas à prestação de cuidados e assistência a pessoas, especialmente em situações economicamente críticas e de carência, a denominação vem sendo estendida a outras profissões que envolvem alto investimento afetivo e pessoal, em que o trabalho tem como objeto problemas humanos de alta complexidade e determinação fora do alcance do (a) trabalhador (a), como dor, sofrimento, injustiça, miséria (Brasil, 2018).

De forma geral, os profissionais de saúde estão propensos a adoecimentos, tanto físicos quanto psicológicos, relacionados ao trabalho. Destacam-se: a demanda por aumento de produção; a eleição de prioridades pautadas unicamente em dados epidemiológicos; o grande número de famílias acompanhadas por uma única equipe; a divisão do trabalho e as relações de poder estabelecidas entre os profissionais. (Brotto; Araujo, 2012).

O percentual da carga global de doenças (14%) tem sido atribuído aos transtornos neuropsiquiátricos, principalmente, àqueles relacionados aos diagnósticos de depressão, TMC, ansiedade, uso de substâncias e psicoses. A prevalência de TMC no grupo dos trabalhadores da área da saúde é alta, conclamando medidas de intervenção. O trabalho pode gerar estressores substanciais para os trabalhadores. A

precária qualidade do trabalho foi considerada tão prejudicial para a saúde mental quanto o desemprego (Alcântara; Assunção, 2016).

Sabe-se que o exercício da profissão nos serviços de saúde é caracterizado por demandas psíquicas das tarefas que exigem responsabilidade, decisão sob pressão temporal e contato com situações agudas de estresse (Tomasi *et al.*, 2008). É convergente, também, com investigações que demonstraram o efeito de altas demandas psicológicas sobre sofrimento psíquico e sintomas depressivos, ambos processos captados pelo SRQ-20. Tal efeito se manifesta por sentimentos de insatisfação e desânimo que, somados ao estado de cansaço ou fadiga, tornam-se importantes fatores de desgaste mental dos profissionais da área da saúde (Alcântara; Assunção, 2016).

As dimensões das condições laborais colaboram para a pressão psicológica e sintomas psicossomáticos nos profissionais de saúde. Há um agravante nesse panorama, quando tais condições são compreendidas como inerentes à profissão, trazendo o efeito de uma naturalização ou banalização do cenário. Há estatísticas crescentes de depressão, síndromes variadas de ansiedade, comportamento suicida, síndrome de *Burnout*, surtos psicóticos, uso demasiado de álcool e outras drogas, estresse, fadiga e esgotamento profissional. Todas essas situações demonstram o processo de sofrimento e adoecimento mental entre profissionais de saúde, sobretudo na equipe de enfermagem (Esperidião; Saidel; Rodrigues, 2020).

Em estudo realizado em hospitais, público e privado, da região metropolitana de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, entre janeiro de 2009 e janeiro de 2010, os profissionais do hospital público apresentaram níveis mais elevados de despersonalização, quando comparados aos trabalhadores do hospital privado. Tal dado é preocupante porque significa que alguns trabalhadores da rede pública estavam realizando suas atividades permeados por sentimentos e atitudes negativas em relação aos pacientes, o que pode, em última análise, prejudicar a saúde ou agravar o adoecimento desses últimos. O trabalhador, ao estar insatisfeito com suas atribuições, não responde às exigências do trabalho e, geralmente, encontra-se irritável e deprimido, gerando conflitos com sua chefia e equipe e tendendo a se afastar da sua clientela como uma forma de enfrentamento da situação estressante (Santos *et al.*, 2017).

O enfrentamento da pandemia da COVID-19 tornou mais evidente as demandas históricas dos profissionais da enfermagem quanto às condições de

trabalho, à extensão da jornada laboral, ao dimensionamento de pessoal, à remuneração. Esse contexto evidenciou os transtornos de ansiedade e de pânico, depressão, estresse, insônia, irritabilidade, raiva, indícios de comportamentos suicidas, entre outras manifestações que deterioram a saúde mental dos trabalhadores da saúde e, em especial, da enfermagem (Souza, 2021).

A pandemia da COVID-19 trouxe muitos desafios aos sistemas de saúde mundial, deixando claro a necessidade de estratégias complexas e políticas públicas de prevenção, contenção, diagnóstico e tratamento (Ramos *et al*, 2020). Contudo, os profissionais de saúde constituem um grupo de alto risco de exposição ao SARS-COV-2, sendo imprescindível o apoio e monitoramento adequados da qualidade de vida desses indivíduos, uma vez que, além dos riscos biológicos, próprios da profissão, somam-se os efeitos da pandemia à saúde mental. (Bezerra *et al.*, 2020)

Diante do aumento desmedido da demanda de atendimentos, os profissionais de saúde enfrentaram longas jornadas de trabalho, muitas vezes com recursos abaixo do ideal e infraestrutura precária. O estresse, decorrente da sobrecarga de trabalho e da falta de protocolos clínicos ou de tratamentos bem estabelecidos para o manejo dos pacientes infectados, tornou as equipes de saúde vulneráveis ao aumento da ansiedade e sofrimento psíquico (Ornell *et al.*, 2020).

Em um estudo realizado na população chinesa, identificou-se impactos psicológicos, como ansiedade, percepção de estresse e depressão desde o início da epidemia que foram aumentando durante o curso da doença. Pesquisadores acreditam que se este estudo fosse realizado com os profissionais de saúde os impactos psicológicos gerados seriam amplificados, especialmente entre os profissionais que estão na linha de frente assistencial (Dantas, 2021).

Os impactos na saúde mental decorrentes de tão elevado nível de estresse durante eventos epidêmicos podem comprometer a atenção e a capacidade de decisão dos trabalhadores, o que afeta não somente a luta contra a COVID-19, mas também pode ter um efeito duradouro no bem-estar geral dos profissionais para além do período do surto (Fiocruz, 2020).

Os profissionais da saúde também experimentam estressores no contexto de pandemias, a saber: risco aumentado de ser infectado, adoecer e morrer; possibilidade de inadvertidamente infectar outras pessoas; sobrecarga e fadiga; exposição a mortes em larga escala; desapontamento por não conseguir salvar vidas, apesar dos esforços; ameaças e agressões propriamente ditas, perpetradas por

peças que buscam atendimento e não podem ser acolhidas pela limitação de recursos; e afastamento da família e amigos, os desafios enfrentados pelos profissionais da saúde podem ser um gatilho para o desencadeamento ou a intensificação de sintomas de ansiedade, depressão e estresse. Em geral, esses profissionais foram desencorajados a interagir de maneira próxima com outras pessoas, o que tende a aumentar o sentimento de isolamento. (Schmidt *et al.*, 2020)

Em estudo realizado com residentes médicos de família e comunidade da região metropolitana de Fortaleza apontou que 52% dos residentes apresentou sintomas de ansiedade e 36% sintomas depressivos e 22% possuíam medo da doença de moderado a intenso. Os impactos psicológicos dessa exposição puderam ser notados, no presente estudo, quando se verificou que 88% dos residentes responderam que a pandemia da COVID-19 impactou de alguma forma sua saúde mental (Lobo; Almeida; Cabral, 2022).

Em estudo qualitativo realizado com profissionais médicos e enfermeiros da Atenção Primária da ESF de um município da região Sul do Brasil, foram identificados, nos relatos dos profissionais, sintomas relacionados a sofrimento mental: como medo, ansiedade, frustração, impotência, angústia, estresse, cansaço, pressão, sensação de falta de proteção, insegurança, assim como, situações estressoras relacionadas às mudanças no processo de trabalho, a necessidade do uso de máscara permanente, a precariedade de insumos e instrumentos para enfrentamento da pandemia. (Reiser; Mattos, 2023).

Em estudo com profissionais da APS da macrorregião Norte de saúde de Minas Gerais; onde avaliou-se a presença de TMCs, utilizando a escala Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20); a prevalência de TMCs foi de 43,2% entre os 702 profissionais de saúde que participaram do estudo, observou-se associação de TMCs com sintomas prévios e atuais de transtornos mentais e sobrecarga de trabalho, durante a pandemia da covid-19. (Oliveira *et al.*, 2023).

A OMS reconheceu o impacto da pandemia na saúde mental das pessoas, principalmente dos profissionais de saúde e lançou um documento que ressalta a necessidade de aumentar os investimentos em serviços de saúde mental (US, 2020).

É relevante salientar que a saúde e a doença não são processos restritos ao sujeito que trabalha, embora o trabalho seja um dos seus determinantes. Os trabalhadores vivenciam formas de adoecer e morrer definidas pelo estilo de vida, sexo, idade, características genéticas e condições ambientais, as quais sobrevivem na

população em geral. Entretanto, no caso do adoecimento dos profissionais de saúde relacionado ao trabalho, esses vivenciam os efeitos nefastos à saúde atinentes à forma de estruturação das relações sociais capitalistas, bem como se deparam com situações particulares à sua atividade laborativa. Na área da saúde, a efetivação do trabalho não depende, exclusivamente, da competência e compromisso do trabalhador; mas também das condições e da organização do trabalho, da interação com o usuário e da adesão, acesso e reação desse aos procedimentos e orientações (Rosado; Russo; Maia, 2015).

#### 4.5 CONDIÇÕES DE TRABALHO, SAÚDE E ADOECIMENTO MENTAL EM TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A ESF é uma política de reordenação da APS/AB, que tem como objetivo garantir a universalidade do acesso, um direito constitucional do cidadão Brasileiro. Atualmente, responde pelo atendimento de mais de 133 milhões de pessoas, por meio de 43 mil equipes de saúde em todo o país e sua expansão tem possibilitado maior acesso aos serviços de saúde, redução da mortalidade por condições de saúde sensíveis à APS/AB, hospitalizações desnecessárias e redução da mortalidade infantil (Brasil, 2020a). A ESF é desenvolvida por uma equipe multiprofissional, que atua em um território adstrito, com população definida e prestação de atenção integral, em todas as fases do ciclo de vida, por meio de ações individuais e coletivas na unidade de saúde, nos equipamentos sociais e também nos domicílios (Brasil, 2017).

As diretrizes nacionais atuais que regulamentam o financiamento federal do custeio da APS/AB consideram, para repasse financeiro, o número de pessoas cadastradas por equipe da ESF, modalidade denominada “captação ponderada”; a situação de vulnerabilidade das famílias; os extremos das faixas etárias e a classificação dos municípios em rural ou urbano (Brasil, 2019b). Embora o número de pessoas por equipe seja definido pelos gestores, há um descompasso entre a demanda assistencial e a capacidade de atuação das equipes. Dados da literatura apontam a sobrecarga de trabalho a qual os profissionais têm sido submetidos, simultaneamente à existência de um território superestimado, dificultando a prestação do cuidado (Pires *et al.*, 2016).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em sua terceira edição, trouxe mudanças que alteraram o cenário da APS/AB, como o reconhecimento por meio de

incentivo financeiro das equipes de AB, o aumento das atribuições dos ACS e a alteração no seu quantitativo (diminuição) nas equipes de Saúde da Família, além de sua integração com o ACE (Agente de Combate a Endemias) e de padrões diferenciados para as ações e os serviços de saúde, entre outras. Tais mudanças agravaram ainda mais as condições de trabalho no SUS nos últimos anos (Brasil, 2017).

A APS tem papel essencial na abordagem comunitária e de vigilância em saúde, em especial a ESF, com suas equipes multiprofissionais e enfoque comunitário e territorial e que apresenta ao longo do tempo resultados positivos comprovados na saúde da população, pode e deve atuar na abordagem comunitária necessária ao enfrentamento de qualquer epidemia e tem papel decisivo na rede assistencial de cuidados, no controle da epidemia e na continuidade do cuidado (Giovanella *et al.* 2020).

As equipes de APS conhecem seus territórios, sua população, suas vulnerabilidades e, em geral, tem um panorama da vigilância em saúde, o que é fundamental no controle do contágio de quaisquer doenças, epidemias como tantas já vivenciadas, como H1N1, ZIKA. No entanto, é necessário reconhecer as fragilidades da APS no SUS. Desde o golpe parlamentar e, especialmente, desde a PNAB de 2017, somaram-se novas dificuldades aos desafios sempre enfrentados de financiamento, de gestão (Giovanella; Franco; Almeida, 2020; Giovanella *et al.* 2020).

No âmbito do ESF sabe-se que atividades referentes à gerência das unidades básicas de saúde (UBS) representam acúmulo de trabalho. Vínculos de trabalho precários geram insegurança, dificuldade no gozo dos direitos trabalhistas e reivindicações quanto ao reconhecimento profissional (Pedrosa; Teles, 2001).

Embora os trabalhadores da APS/AB constituam um enorme contingente de força de trabalho, no contexto do SUS e do país, pouco se sabe sobre suas condições de trabalho e saúde. Acredita-se que esses profissionais são à base do sistema de saúde e, portanto, protagonistas do desenvolvimento e melhoria deste sistema. Seu processo de trabalho é bastante peculiar, no qual interagem habilidades técnicas e relações interpessoais, além do compromisso implícito e para muitos, desconhecido, com o entender coletivo do processo saúde-doença, recaindo sobre eles grandes e crescentes responsabilidades (Tomasi *et al.*, 2008).

A complexidade inerente ao trabalho de APS/AB, aliada à redução dos recursos para investimentos em infraestrutura e ampliação das equipes de ESF, resulta em

sobrecarga dos trabalhadores(as). Profissionais que realizam múltiplas tarefas, respondem a metas de produtividade, e deparam-se diariamente com o desafio de compreender e responder a necessidades em saúde de diferentes grupos sociais. Estudos apontam desgastes desses profissionais que se manifestam a partir de prolongados e excessivos níveis de tensão, e adoecimento mental no trabalho de enfermeiros, ACS e equipes de APS/AB. Estudos que analisaram os modelos tradicional e ESF de atenção à saúde e diferentes vínculos trabalhistas concluíram que existe uma lacuna entre a realidade das equipes e as diretrizes propostas, como também falta de reconhecimento da gestão municipal sobre o trabalho desenvolvido pelos profissionais da saúde, além da ausência de um projeto comum a todos (Gaiotto *et al.*, 2023).

Embora não haja estudos epidemiológicos abrangentes que determinem a magnitude de ansiedade e depressão na população Brasileira, estima-se que os transtornos de ansiedade atinjam 9,3% e a depressão 15,5% dos Brasileiros, o que os torna um importante problema de saúde pública. Em estudo realizado em um município de grande porte do interior do estado de São Paulo, com profissionais da APS/AB, no ano de 2017, apontou-se que há uma prevalência elevada de ansiedade e depressão em profissionais da APS/AB. Os ACSs apresentaram os maiores níveis de ansiedade e de depressão; já os médicos foram os profissionais com menor nível de ansiedade e de depressão. A maioria dos profissionais apresentaram sintomas de ansiedade associados a algum nível de depressão (Julio *et al.*, 2022).

Em um estudo realizado em Registro - SP com profissionais da AB, os participantes relataram elevada carga de trabalho, distanciamento da rede socioafetiva, sentimentos e sensações desagradáveis em relação às mudanças na rotina laboral e ao gerenciamento de suas próprias relações revelando, que esses trabalhadores estão mais propensos ao aumento de sintomas de depressão, estresse, ansiedade, insônia, entre outros (Pereira *et al.*, 2022).

Em uma pesquisa sobre depressão e ansiedade em trabalhadores da ESF, realizado entre os anos de 2006 e 2007, 145 profissionais de Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa–PB, foram submetidos ao Self Report Questionnaire (SRQ-20), que identifica tendência ao adoecimento mental. Destes profissionais, 49 foram identificados em situação de vulnerabilidade, ou seja, cujos fatores associados eram a perda de pessoas significativas, insatisfação com o trabalho e com o salário, falta de reconhecimento pelos usuários e pelos colegas de

trabalho/gestão, sobrecarga de trabalho, influência negativa do trabalho na relação com os familiares e falta de tempo para o lazer (Carreiro *et al.*, 2013).

Avaliar e acompanhar a saúde desses profissionais torna-se de extrema relevância, assim como a necessidade de encontros entre a equipe com objetivos de trocas de experiências, resolução de conflitos e solução de problemas advindos da prática (Carvalho; Novaes; Emmanoel, 2007).

Existe uma alta incidência da Síndrome de *Burnout* entre aqueles trabalhadores que prestam assistência às pessoas necessitadas de cuidados diretos e frequentes. O trabalho na APS/AB torna-se insalubre e penoso, podendo levar a doenças e transtornos mentais, em função do estresse gerado pelos diferentes graus de controle que o trabalhador tem sobre essas tarefas. A exposição a esses fatores podem ser evidência para a Síndrome de *Burnout* e para outro conjunto de sinais e sintomas orgânicos e psíquicos que prejudicam a qualidade de vida do profissional (Silva *et al.*, 2017).

Diante das várias implicações deixadas pela pandemia de COVID-19 na área de abrangência da ESF, faz-se necessário reconhecer as particularidades do Território. Na perspectiva da dimensão técnico-assistencial, que fundamenta a prática na ESF, entendendo que o conhecimento das particularidades é necessário para a construção da relação do processo de trabalho dos profissionais sujeitos da ação com o objeto de trabalho, que através de conhecimento e tecnologias realiza ações de promoção da saúde, prevenção de riscos, vigilância, recuperação e reabilitação a fim de atender as demandas individuais e coletivas presentes no território (Teixeira; Solla, 2006).

A pandemia gerou diversas consequências para a atuação dos ACS que alterou diretamente a maneira como realizava seu trabalho e como se relacionam com os usuários. Além disso, a pandemia deixou estes profissionais em situações de risco de saúde física e mental e com alta insegurança em relação ao futuro de seu trabalho, essas condições impactam na organização e funcionamento da APS/AB (Fernandez; Lotta; Corrêa, 2021).

Assim, não há dúvida de que o trabalho em saúde é um dos geradores de adoecimento quando consideramos a sobrecarga, o estresse e os riscos que os profissionais de saúde estão expostos diariamente ao montarem e desmontarem cenas de cuidar no serviço de Atenção Básica, em particular em contextos extraordinários como o da pandemia da COVID-19 (Souza; Bernardo, 2019).

## 5 PERCURSO METODOLÓGICO

### 5.1 CONHECENDO O MUNICÍPIO DE LEOPOLDINA

As terras do município de Leopoldina eram povoadas pelos indígenas Puris, quando da chegada dos primeiros desbravadores, em 1829, que se fixaram às margens do córrego Feijão Cru. A pequena freguesia deu origem à Vila de São Sebastião do Feijão Cru, fundada em 27 de abril de 1854, que mais tarde viria a chamar-se Leopoldina, em homenagem à segunda filha do imperador Dom Pedro II. Em 1861, a vila foi elevada a cidade.

A cafeicultura foi a responsável pelo rápido crescimento da região, impulsionado ainda mais pela construção da Estrada de Ferro Leopoldina, em 1872. Leopoldina localiza-se na Mesorregião da Zona da Mata e Microrregião de Cataguases e ocupa uma área de 942 km.

Em 2010, a população do município foi contada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 51.136 habitantes, com uma densidade populacional de 54,27 habitantes por km<sup>2</sup>. Segundo o censo de 2010, 47,99% da população eram homens (24.545 habitantes), 52,01% mulheres (26.591 habitantes), 89,39% (45.712 habitantes) viviam na zona urbana e 10,61% (5.424 habitantes) na zona rural. De acordo com o IBGE, Leopoldina possuía 37.685 eleitores em 2006.

### 5.2 CENÁRIOS DO ESTUDO

A seguir, uma breve descrição do município onde o trabalho de campo foi realizado, com informações da população e da rede de APS/AB.

A Secretaria Municipal de Saúde está estruturada da seguinte forma: Coordenadoria do ESF, Auditoria Médica, Superintendência de Planejamento e Gestão em Saúde, Departamento de Regulação Controle e Avaliação, Departamento de Gestão do Fundo Municipal de Saúde, Departamento de Almoxarifado, Seção de Veículos, Departamento de Compras, Coordenadoria do Programa de Combate a Endemias, Superintendência Médica, Departamento de Gestão em unidades Básicas, Departamento de Gestão de Policlínicas, Departamento de Saúde Bucal, Departamento de Gestão Centro Estadual de Atenção especializada (CEAE), Departamento de Vigilância de Epidemias e Endemias e Departamento de Vigilância

sanitária. Cabe salientar que uma das principais ações da Secretaria é participar da formulação e implementação das políticas de Atenção Básica e Especializada, observados os princípios do SUS. A organização da assistência à saúde está concebida enquanto rede articulada entre a Atenção Básica, Média e Alta complexidade, sendo que o acesso da população deve acontecer por meio da APS/AB que, por sua vez, precisa estar qualificada para atender e resolver as principais demandas de serviços de saúde. O que não for possível resolver nesse nível, deverá ser referenciado ao serviço especializado.

A Rede de Atenção à Saúde no município é composta por 16 equipes de ESF, 01 Polo de saúde que funciona como UBS e Atenção Secundária, o Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE), Consórcio Intermunicipal de Saúde União da Mata (CISUM), Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR), 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e 01 Hospital Geral.

Os profissionais e os respectivos quantitativos lotados na APS/AB em Leopoldina são apresentados no quadro abaixo.

Quadro 1 - Profissionais da APS/AB, município de Leopoldina, Minas Gerais, 2024

<b>CATEGORIA PROFISSIONAL</b>	<b>QUANTITATIVO</b>
Médico	14
Enfermeiro	14
Dentista	15
Auxiliar de Saúde Bucal	14
Técnico de Saúde Bucal	01
Agente comunitário de Saúde	71
Auxiliar de enfermagem *	18
Total	147

Fonte: Plano Municipal de Saúde Leopoldina (2022).

\*No município de Leopoldina/MG, os técnicos de enfermagem possuem vínculo como auxiliares de enfermagem.

### 5.3 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados ocorreu no período de 10 de abril a 10 de maio de 2024. Os profissionais foram convidados a participar da pesquisa e responder os instrumentos de coleta, presencialmente, no local de trabalho, em horários previamente agendados com a responsável pela UBS, respeitando a rotina dos serviços. O instrumento foi autoaplicável, impresso e contou com a presença da

pesquisadora responsável que fez a apresentação dos objetivos da pesquisa. Ao final do preenchimento, ela recolheu os instrumentos respondidos.

Foram realizadas três tentativas de aplicação dos instrumentos aos profissionais ausentes na primeira aplicação.

#### 5.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A amostra foi constituída por todos os trabalhadores que integram as ESF das UBS da APS/AB – médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares e técnicos de saúde bucal, auxiliares de enfermagem e ACS - do Município de Leopoldina que atenderam aos seguintes critérios de elegibilidade: apresentar vínculo formal por período mínimo de um ano com a APS/AB e atuar regularmente em unidades básicas de saúde do município no momento da coleta dos dados. Foi considerado como critério de inelegibilidade estar de férias ou licença no período da coleta de dados.

#### 5.5 O PILOTO DO ESTUDO

Cinco trabalhadores, das mesmas categorias que foram pesquisadas, de outros serviços de assistência à saúde do município fizeram parte do corpus de análise das informações, em projeto piloto, antes da pesquisa de campo, para testes e correções, se necessárias. O teste piloto é um momento em que o pesquisador consegue vivenciar como será a coleta de dados e o diálogo com os sujeitos de sua pesquisa, além de ser uma estratégia para validar o instrumento de pesquisa desenhado e o percurso metodológico (Danna, 2012).

#### 5.6 TIPO DE ESTUDO

Foi conduzido um estudo epidemiológico de corte transversal com trabalhadores das unidades da APS/AB do município de Leopoldina/MG.

#### 5.7 DESFECHO E EXPOSIÇÕES

Os níveis de suspeição de TMC entre os entrevistados foram considerados como **desfecho** (variável dependente) e foram obtidos por meio da versão adaptada

do *Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)*, já validada no Brasil, utilizando o ponto de corte  $\geq 7$ .

Compuseram o instrumento de coleta as **exposições**, aqui tomadas como variáveis independentes, agrupadas a seguir:

a) Variáveis sociodemográficas:

- gênero;
- idade;
- escolaridade;
- cor da pele/raça;
- renda.

b) Variáveis comportamentais:

- uso de tabaco;
- uso de álcool;
- atividade física no lazer (IPAQ Adaptada);
- tempo de tela;
- uso de redes sociais.

c) Variáveis de morbidade:

- relato de diagnóstico médico de problemas de saúde;
- uso de medicamentos;
- peso e estatura referidos;
- utilização de serviços de saúde nos últimos 48 meses.

d) Variáveis do trabalho:

- formação / especialização;
- função no serviço;
- tempo de trabalho total;
- tempo de trabalho na função;
- tempo de trabalho no serviço;
- vínculo empregatício / regime de trabalho;
- carga horária atual;
- local de trabalho;
- outros trabalhos além deste;
- jornada semanal de trabalho total;
- perfil do ambiente e Condições de trabalho;
- absenteísmo (licenças médicas);

- *Job Stress Scale (JSS)*.

## 5.8 INSTRUMENTOS

Foram utilizados os seguintes instrumentos, para coleta dos dados da pesquisa:

### Questionário Internacional de Atividade Física Adaptado (IPAQ)

O Questionário Internacional de Atividade Física (*International Physical Activity Questionnaire IPAQ*), validado em 12 países e 14 centros de pesquisa no mundo. O IPAQ é um questionário que permite estimar o tempo semanal gasto em atividades físicas de intensidade moderada e vigorosa, em diferentes contextos do cotidiano, como: trabalho, transporte, tarefas domésticas e lazer, e ainda o tempo despendido em atividades passivas, realizadas na posição sentada. O questionário foi publicado na versão curta e na versão longa. A versão curta do IPAQ é composta por sete questões e suas informações permitem estimar o tempo despendido, por semana, em diferentes dimensões de atividade física (caminhadas e esforços físicos de intensidades moderada e vigorosa) e de inatividade física (posição sentada). A versão longa do IPAQ apresenta 27 questões relacionadas com as atividades físicas, realizadas numa semana normal, com intensidade vigorosa, moderada e leve, com a duração mínima de 10 minutos contínuos, distribuídas em quatro dimensões de atividade física (trabalho, transporte, atividades domésticas e lazer) e do tempo despendido por semana na posição sentada (Benedetti *et al*, 2007).

No Brasil, o IPAQ tem sido testado por diversos pesquisadores quanto à reprodutibilidade (teste/reteste) e validade concorrente. Em geral, os resultados provenientes desses estudos indicaram que o IPAQ é instrumento com boa estabilidade de medidas e precisão aceitável para uso em estudos epidemiológicos (Matsudo *et al*, 2001).

### Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)

Na década de 1970, a OMS formulou o *Self-Reporting Questionnaire (SRQ)* para avaliar os impactos dos problemas de saúde mental na atenção básica à saúde

em países periféricos. O instrumento foi composto por 30 questões que avaliavam sintomas psicoemocionais, uso abusivo de álcool, transtornos psicóticos e crise convulsiva, tendo como população-alvo usuários dos serviços primários de saúde. (Santos; Carvalho; Araujo, 2016).

Em 1980, foi desenvolvida uma versão com 20 questões (*SRQ-20*), abordando apenas aspectos psicoemocionais, proposta para triagem dos TMC. Os TMC são sintomas não psicóticos, caracterizados por insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. (Harding *et al*, 1980).

O *SRQ-20* investiga morbidades não psicóticas sendo considerado de fácil compreensão, de rápida aplicação, diminuição de custos operacionais, e um instrumento padronizado internacionalmente (Santos *et al*, 2010).

#### Job Stress Scale (Versão Resumida)

A versão reduzida do questionário *Job Stress Scale (JSS)*, originalmente elaborado por Karasek (49 perguntas) foi elaborada na Suécia por Töres Theorell, em 1988, contendo 17 questões: cinco para avaliar demanda, seis para avaliar controle e seis para apoio social. Dentre as perguntas que avaliam a demanda, quatro referem-se a aspectos quantitativos, como tempo e velocidade para realização do trabalho, e uma pergunta avalia aspecto predominantemente qualitativo do processo de trabalho, relacionado ao conflito entre diferentes demandas. Dentre as seis questões referentes ao controle, quatro se referem ao uso e desenvolvimento de habilidades, e duas à autoridade para tomada de decisão sobre o processo de trabalho. Para ambas as dimensões, as opções de resposta são apresentadas em escala tipo Likert (1-4), variando entre “frequentemente” e “nunca/quase nunca”. (Alves *et al*, 2015).

#### Questionário com Variáveis Sociodemográficas, de Morbidade e do Trabalho

Foi aplicado um questionário, elaborado pela pesquisadora, para coletar o conjunto de informações relacionadas às exposições sociodemográficas e de morbidade.

Para a coleta das variáveis do trabalho foi elaborado um instrumento baseado na Escala Perfil do Ambiente e Condições de Trabalho (Nahas *et al*, 2009). A Escala

Perfil do Ambiente e Condições de Trabalho possui cinco componentes principais, com três itens em cada componente e tem como base o modelo teórico do Pentágono do bem-estar (Nahas; Barros; Francalacci, 2000) e o instrumento derivado deste modelo que avalia o Perfil do estilo de vida (Nahas, 2006).

## 5.9 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva do desfecho e das exposições, por meio de suas frequências absolutas ( $n$ ) e relativas (%). Em seguida foram construídas as variáveis sintéticas oriundas das escalas da *SRQ-20*, *IPQ* e *JSS*. Para verificar as associações entre o desfecho e as exposições, foi realizada uma análise bivariada utilizando o teste de qui-quadrado de *Pearson*. Também foram investigadas associações entre as exposições entre si, com a finalidade de identificar potenciais fatores confundidores e mediadores. Em seguida, uma análise multivariada foi conduzida por meio de regressão logística e obtidas assim as Razões de Chance e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. As variáveis foram estudadas considerando 1%, 5% e 10% de significância, dependendo do  $p$  valor calculado. Todas as análises foram realizadas no pacote estatístico gratuito R versão 4.4.0.

## 5.10 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução 466/12 (que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos); e a Resolução 510/16 (que dispõe sobre as normas aplicáveis às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais).

Para iniciar a pesquisa em campo envolvendo seres humanos, o primeiro passo foi dar início à submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), por meio da Plataforma Brasil; para análise do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora. A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF, ocorreu em 09 de abril de 2024, através do parecer 6.752.420 (Anexo).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) foi disponibilizado a todos entrevistados antes de iniciar a entrevista.

Esse estudo foi autorizado a ser realizado nas dependências da Prefeitura de Leopoldina, Minas Gerais de acordo com a Carta de Anuência para a realização da pesquisa, que foi inserida como documento na Plataforma Brasil.

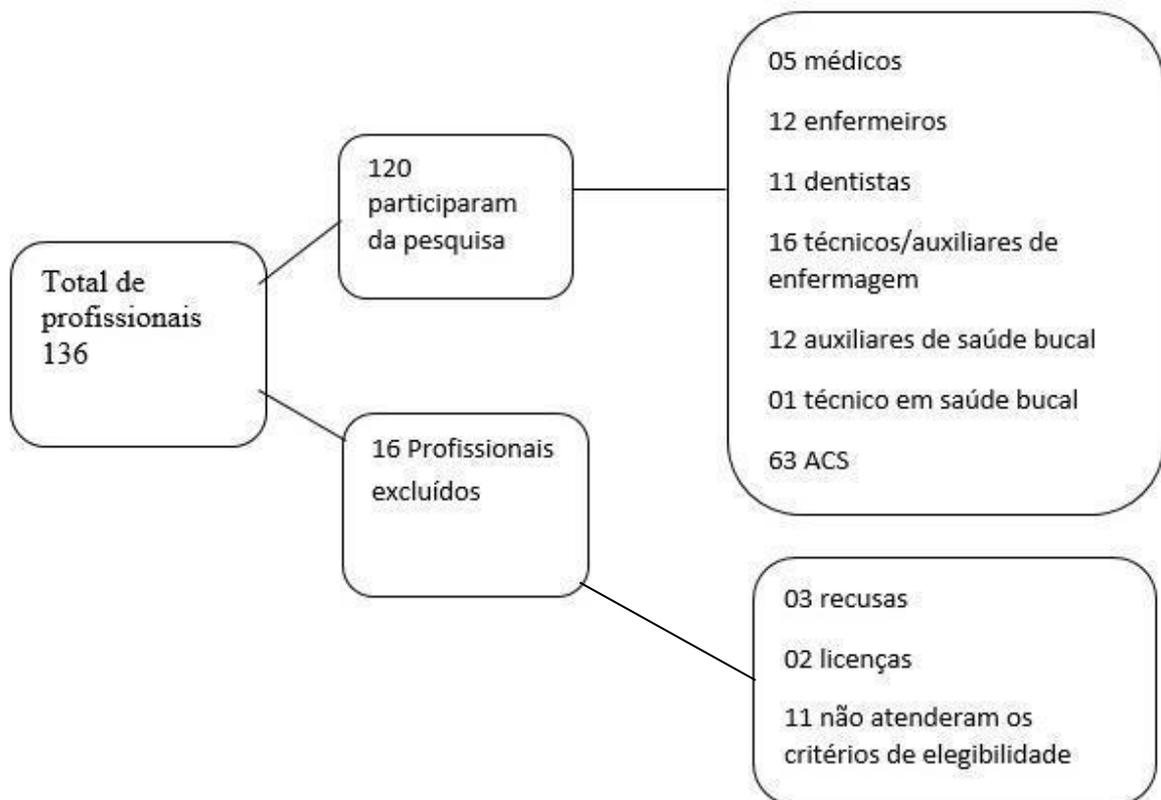
## 6 RESULTADOS

O município de Leopoldina possui, atualmente, 15 unidades de saúde e 16 equipes de ESF, sendo 12 unidades urbanas e quatro rurais.

Na ocasião da coleta de dados, eram 14 equipes. Foi criada mais uma equipe e desmembrado um dos territórios da zona rural devido à extensão territorial, por serem dois distritos e a equipe ter que ficar se intercalando entre os dois locais. Das 14 equipes que responderam o questionário, uma apresentou ausência do dentista, e algumas, do ACS.

O Fluxograma 1 apresenta a caracterização dos profissionais participantes da pesquisa em Leopoldina, Minas Gerais, no ano de 2024.

Fluxograma 1 - Profissionais participantes na pesquisa em Leopoldina/MG, 2024



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

## 6.1 ANÁLISE EXPLORATÓRIA DOS DADOS

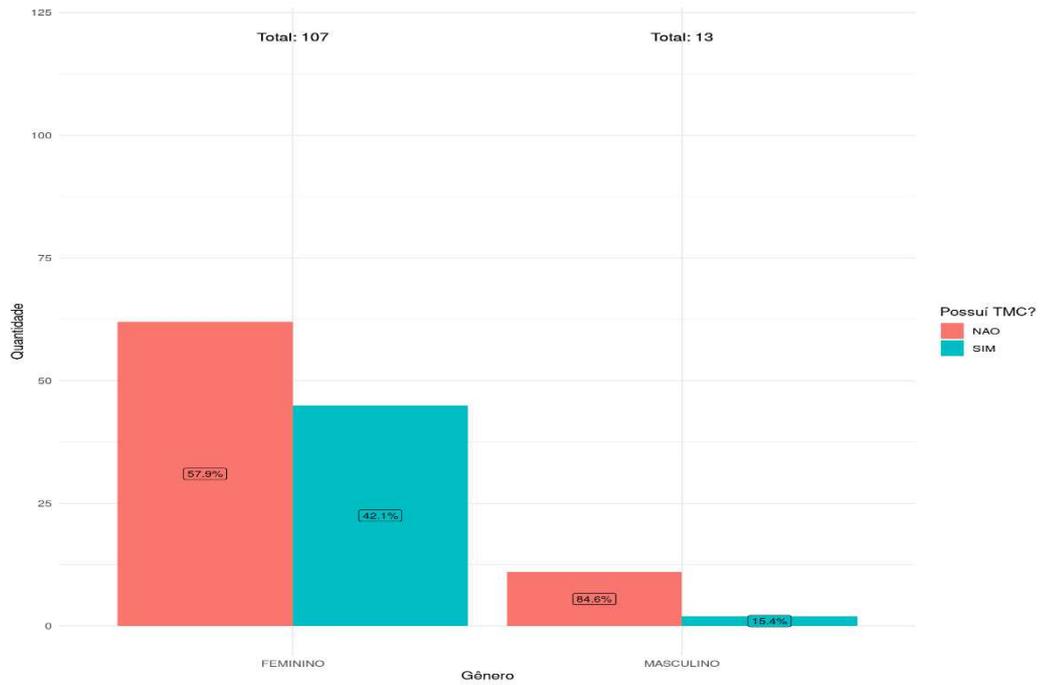
Foi realizada uma análise descritiva e exploratória do conjunto de dados disponibilizado que contou com 120 observações e 140 variáveis. Dado à alta dimensionalidade dos dados do estudo, suas variáveis foram divididas em três categorias distintas para a etapa de visualização:

- a) variáveis Pessoais/ Sociodemográficas: visualização das variáveis que explicitam características e ações individuais. Essas variáveis compuseram o questionário semiestruturado criado pela autora, baseado nas questões usadas pelo IBGE, como escolaridade, gênero, cor autodeclarada;
- b) variáveis do Trabalho: visualização das variáveis que demonstram o nível de satisfação do indivíduo com o local, colegas, exigências e demais questões ligadas ao trabalho. As variáveis de trabalho foram oriundas do instrumento *Job Stress Scale (JSS)*, já descrito anteriormente, juntamente com a Escala Perfil do Ambiente e Condições de Trabalho, adaptada pela autora, para avaliar o perfil do ambiente e condições de trabalho, para as quais o entrevistado atribui uma nota de zero a três para cada item perguntado, e questões referentes à atividade ocupacional, como tempo de serviço, tempo na função;
- c) variáveis de Saúde: visualização de variáveis que informam condições de saúde do indivíduo estudado. As variáveis de saúde foram medidas por meio dos questionários IPQA (versão adaptada), da escala *Self-Reporting Questionnaire (SRQ -20)* e do questionário semiestruturado elaborado pela autora que avaliou uso de medicamentos e doença.

Primeiramente, as variáveis pessoais do tipo categóricas foram estudadas. Uma variável que apresentou grande diferença entre as classes foi o gênero dos indivíduos estudados, em que há uma predominância significativa de mulheres, que representam 89,16% dos entrevistados (Gráfico 1). Outra variável com grande discrepância entre as classes foi a utilização de tabaco, com apenas 5% dos entrevistados afirmando que fazem uso dele (Gráfico 2). Além disso, a variável que mostrou a maior diferença foi o uso de redes sociais, com apenas um entrevistado respondendo que não utiliza nenhuma rede. As demais variáveis mostraram um maior equilíbrio entre as classes estudadas. Entre essas, a única que apresentou um

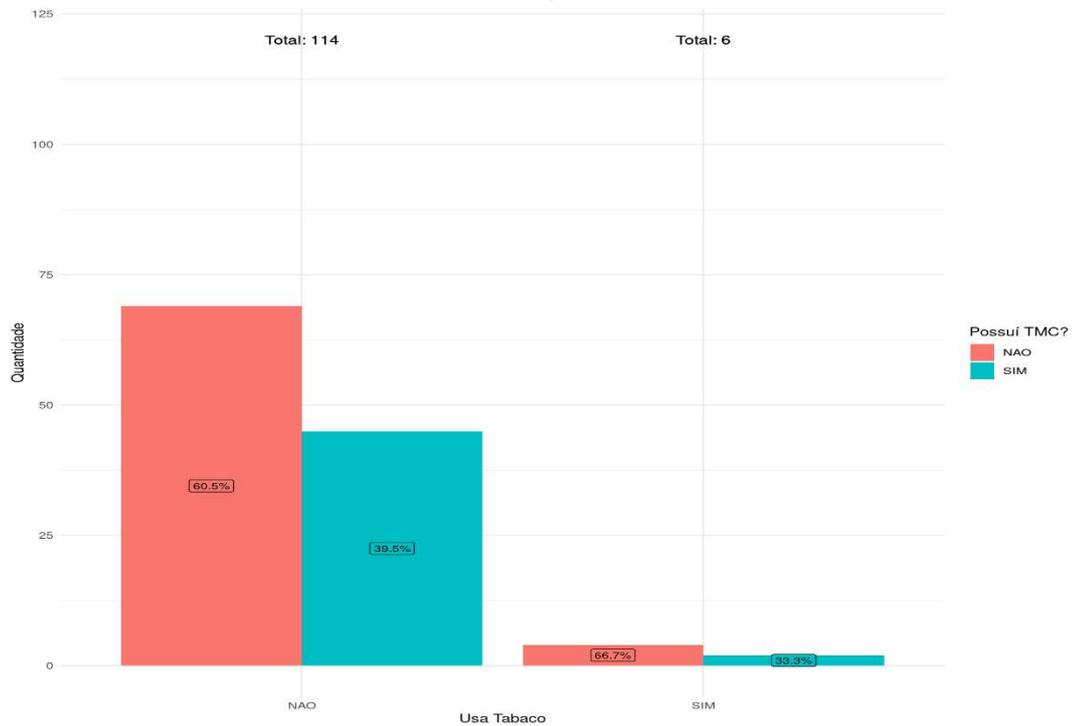
número maior de pessoas com suspeição de TMC foi a variável de utilização de medicamentos (Gráfico 3).

Gráfico 1: Distribuição das características de gênero da população (n=120). Atenção Básica/Primária à Saúde. Leopoldina – Minas Gerais, 2024



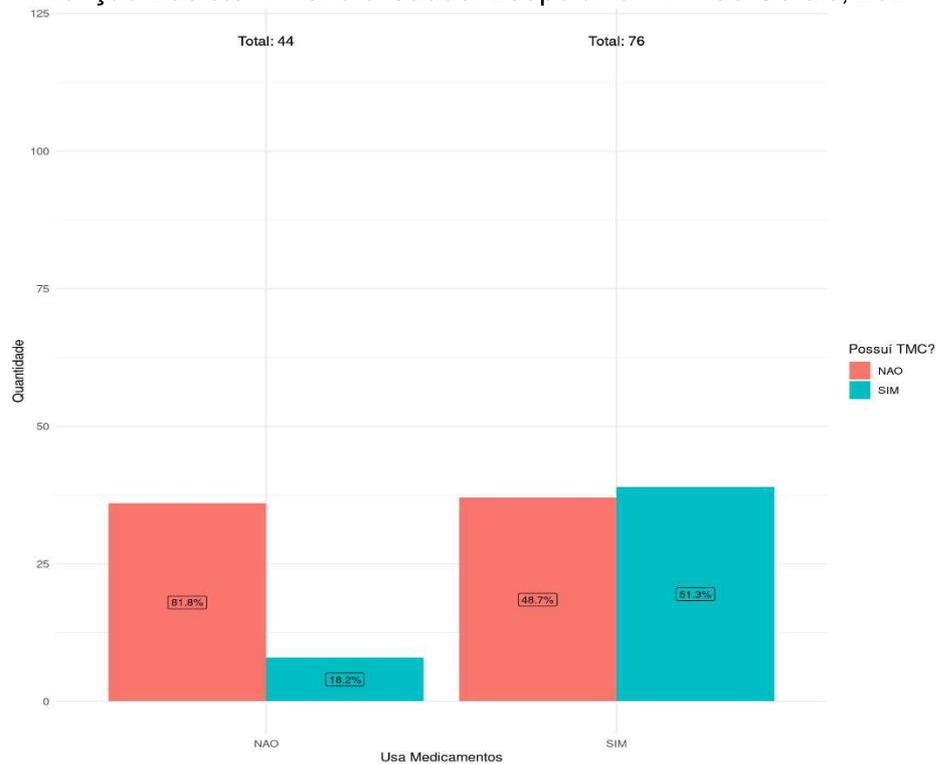
Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Gráfico 2: Distribuição das características de uso de tabaco da população (n=120). Atenção Básica/Primaria à Saúde. Leopoldina – Minas Gerais, 2024



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Gráfico 3: Distribuição das características de uso de medicamento da população (n=120). Atenção Básica/Primaria à Saúde. Leopoldina – Minas Gerais, 2024



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Na classe das variáveis pessoais do tipo numéricas, muitas dessas apresentaram semelhança entre os grupos estudados, não sendo possível traçar grandes paralelos entre o aumento ou diminuição de TMC entre elas.

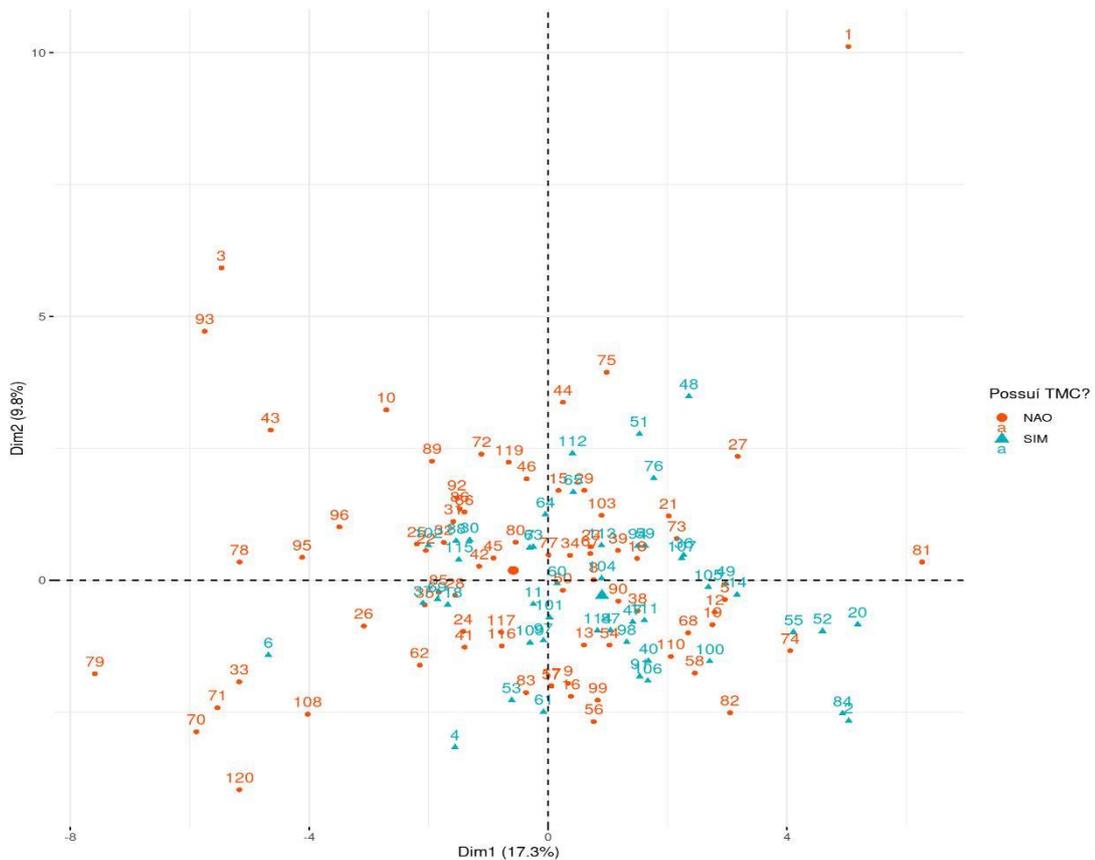
A segunda categoria de variáveis analisadas foram as de trabalho, no qual se mostraram como boas divisoras entre os grupos de indivíduos com e sem suspeição de TMC. As primeiras variáveis analisadas foram as do tipo categóricas, possuindo os níveis: **discordo**, **discordo totalmente**, **concordo** e **concordo totalmente** e os níveis **nunca**, **raramente**, **às vezes** e **frequentemente**, variáveis oriundas da escala *Job Stress*. Essas não apresentaram relevância na associação com os transtornos mentais.

Após essa primeira análise, os dados foram submetidos a uma nova etapa, usando a técnica estatística Análise de Componentes Principais (PCA) que é uma técnica estatística que ajuda a simplificar dados complexos. Quando lidamos com um grande conjunto de dados contendo muitas variáveis diferentes, pode ser difícil entender as relações entre todas essas variáveis. O PCA transforma esses dados em uma forma mais simples, preservando as informações mais importantes.

O objetivo do método é reduzir a dimensionalidade dos dados, transformando um grande número de variáveis em apenas dois ou três componentes principais. Isso facilita a visualização e interpretação dos dados, que seriam extremamente complexas de compreender em um espaço de alta dimensionalidade. Essa simplificação ajuda a identificar padrões, tendências e relações importantes de forma mais clara e intuitiva.

Após a realização do PCA, o seguinte gráfico foi construído, no qual as duas primeiras componentes foram utilizadas:

Gráfico 4 - Características sociodemográficas, de morbidade, do trabalho e TMC - Análise de correspondência da 1ª e 2ª dimensões



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

A partir do gráfico das duas componentes principais e suas correlações, foi possível identificar as seguintes relações que as observações de pessoas que não apresentaram suspeição de TMC estavam localizadas predominantemente na área centro-esquerda do gráfico, enquanto as observações que foram classificadas com algum tipo de TMC estavam localizadas em sua maior parte na área centro-direita. Ao interpretar a componente 1, vimos que essa possui uma correlação negativa com as variáveis ligadas ao trabalho. Portanto, observações com baixos valores nesse componente (observações localizadas à esquerda do gráfico) tendem a apresentar maiores valores das variáveis de trabalho.

Com esses dados, pode-se avaliar que, novamente, as variáveis ligadas ao trabalho foram aquelas fundamentais para a tentar entender a divisão entre as pessoas que foram classificadas com suspeição de TMC.

## 6.2 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, COMPORTAMENTAL E FUNCIONAL

A população alvo do estudo envolveu 136 trabalhadores ativos. Foi obtida uma amostra por conveniência, constituída por 120 trabalhadores que responderam ao questionário. Como nenhuma pessoa trans/travesti respondeu ao questionário, para fins de escrita, quando o texto se referir a "homem" e "mulher", está se referindo às identidades de gênero cis.

Observou-se na população de estudo o predomínio de mulheres com 89,16% (n=107). Em relação à idade, 40% dos trabalhadores se concentraram na faixa de 40-50 anos, com idade média variando entre 30 a 60 anos.

Em relação à cor autorreferida, a soma de pretos e pardos totalizou 54,2% da amostra.

Neste estudo, observou-se que 44% da população estudada possui nível superior, mesmo entre os profissionais para os quais não é exigido o nível superior, como o ACS, caracterizando uma população com alta grau de escolaridade.

Os dados demonstraram que 79,2% dos trabalhadores possuem renda até quatro salários mínimos.

Todos os dados acima estão abaixo na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das características sociodemográficas da população (n=120).  
Atenção Básica/Primaria à Saúde. Leopoldina, Minas Gerais, 2024

<b>VARIÁVEL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Gênero</b>		
<b>Feminino</b>	107	89,16
<b>Masculino</b>	13	10,83
<b>Idade</b>		
<b>&lt; 30</b>	4	3,33
<b>30 a 40</b>	35	29,16
<b>40 a 50</b>	48	40
<b>50 a 60</b>	26	20,83
<b>&gt;60</b>	7	5,83
<b>Cor de pele</b>		
<b>Branca</b>	55	45,8
<b>Parda</b>	38	31,66
<b>Preto</b>	27	22,5
<b>Renda</b>		
<b>Ate 2 SM</b>	47	39,16
<b>De 2 a 4 SM</b>	48	40
<b>De 4 a 10 SM</b>	20	16,66
<b>Acima de 10 SM</b>	5	4,16
<b>Escolaridade</b>		
<b>Superior</b>	53	44,16
<b>Não superior</b>	67	55,83
<b>Com especialização</b>	27	22,49

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Quanto às características de comportamento e de morbidade na população estudada, o uso de medicamentos teve uma prevalência de 51,32%; uso de tabaco 33,33%; uso de álcool 36,25%; uso de rede social 39,5%; uso de serviço de saúde 20% e diagnóstico de doença 26,67%. Somente um entrevistado respondeu não usar nenhum tipo de rede social (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das características de comportamento e morbidade da população (n=120). Atenção Básica/Primaria à Saúde. Leopoldina, Minas Gerais, 2024

Variável	N	% (prevalência)
<b>Uso de medicamentos</b>		
Sim	76	51,32
Não	44	18,18
<b>Uso de tabaco</b>		
Sim	6	33,33
Não	114	39,47
<b>Uso de álcool</b>		
Sim	80	36,25
Não	40	45
<b>Rede social</b>		
Sim	119	39,5
Não	1	0
<b>Uso de serviços de saúde</b>		
Sim	15	20
Não	105	41,9
<b>Diagnóstico de doença</b>		
Sim	45	26,67
Não	75	46,67

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Quanto às características funcionais, no que se refere ao tempo de serviço na instituição, é possível perceber predominância de indivíduos com 10 a 20 anos no serviço de APS (64,16%). Em relação ao tempo na função atual, 61,66% dos trabalhadores tem entre 10 a 20 anos na função atual. Somente 13,33% do grupo estudado responderam estar em desvio de função.

Em relação à carga horária de trabalho, 93,3% dos trabalhadores trabalham 8h/dia, ou seja, em regime de turno contínuo (40 horas semanais). Apenas 15% dos trabalhadores exercem jornada de trabalho em outra instituição além da Prefeitura de Leopoldina.

Quanto ao tipo de vínculo empregatício, 81,68% tem vínculo empregatício estatutário.

Os dados demonstram tratar-se de uma população com longo tempo na instituição, com predominância de vínculo formal estatutário e predomínio de ausência de outros vínculos de trabalho.

Todos os dados acima estão abaixo na Tabela 3.

Tabela 3 - Características Ocupacionais dos trabalhadores da Atenção Básica/Primária à Saúde (n=120). Leopoldina, Minas Gerais, 2024

<b>VARIÁVEL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Categoria profissional</b>		
<b>Médico</b>	5	4,16
<b>Enfermeiro</b>	12	10
<b>Dentista</b>	11	9,16
<b>Técnico Saúde Bucal</b>	01	0,83
<b>Técnico/Auxiliar de Enfermagem</b>	16	13,33
<b>Auxiliar Saúde Bucal</b>	12	10
<b>ACS</b>	63	52,50
<b>Especialização</b>		
<b>Sim</b>	36	30
<b>Não</b>	84	70
<b>Tempo no serviço</b>		
<b>&lt; 10 anos</b>	34	28,33
<b>10 a 20 anos</b>	72	64,16
<b>20 a 30 anos</b>	11	9,16
<b>&gt;30</b>	3	2,49
<b>Tempo na Função</b>		
<b>&lt; 10 anos</b>	30	24,99
<b>10 a 20 anos</b>	74	61,66
<b>20 a 30 anos</b>	11	9,16
<b>&gt;30</b>	5	4,16
<b>Tipo de vínculo</b>		
<b>Estatutário</b>	98	81,68
<b>Contrato</b>	20	16,66
<b>Outros</b>	2	1,66
<b>Outros vínculos empregatícios</b>		
<b>Sim</b>	18	15
<b>Não</b>	102	85
<b>Jornada de trabalho semanal</b>		
<b>40 horas</b>	112	93,33
<b>Outras</b>	8	6,66

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

### 6.3 TRANSTORNO MENTAL COMUM: DISTRIBUIÇÃO DE PREVALÊNCIAS

Nesta seção, apresentamos a distribuição da prevalência de TMC segundo as características sociodemográficas, comportamentais e ocupacionais dos trabalhadores da APS do Município de Leopoldina, Minas Gerais.

Considerando as respostas ao *SRQ-20* (n=120), a prevalência de suspeição TMC encontrada entre os trabalhadores da APS do Município de Leopoldina, Minas Gerais foi de 39,16 % (n=47) (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Prevalência de TMC em trabalhadores da Atenção Básica/Primária à Saúde (n=120). Leopoldina – Minas Gerais, 2024



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

### 6.3.1 Características sociodemográficas e comportamentais

Analisando as prevalências, em relação às características sociodemográficas, foram maiores entre a faixa de 40-50 anos (47,92%), entre as mulheres (42,06%), entre pessoas pretas (37,04%), entre aqueles com renda até quatro salários mínimos (41,05%), entre aqueles com diagnóstico prévio de alguma doença autorreferida (26,67%), entre os que utilizam bebida alcoólica (36,25%), que utilizam serviços de saúde (20%) e entre os que usam algum tipo de medicamento (51,3%).

Entretanto, as diferenças proporcionais de TMC entre essas variáveis (p-valor  $\geq 0,05$ ) só foram estatisticamente significantes para a variável uso de medicamentos (p-valor  $< 0,01$ ) (Tabela 4).

Tabela 4 – Prevalência (%) de TMC segundo características sociodemográficas da população (n=120). Atenção Primária à Saúde, Leopoldina, Minas Gerais, 2024.

Variável	% (prevalência)	p-valor
Uso de medicamentos	51,32	0,01
Uso de álcool	36,25	0,93
Uso de serviços de saúde	20	0,61
Diagnóstico de doença	26,67	0,31
Faixa etária 40 a 50	47,92	
Mulheres	42,06	0,48
Pessoas pretas	37,04	
Renda até 4 salários	41,05	0,96

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

### 6.3.2 Características ocupacionais

Com relação às características ocupacionais, as prevalências de TCM foram maiores entre os trabalhadores que responderam ter menor equidade na distribuição das tarefas (64%), entre os que “frequentemente” possuem trabalho excessivo (32%), entre os trabalhadores que “às vezes” e “frequentemente” realizam tarefas rápidas (50%), entre os que não participam de decisões no trabalho (46,67%) e entre os que trabalham nas ESF Pirineus (66,67%), ESF Tebas/Peacatuba (63,64%) e ESF Ribeiro (60%).

Tabela 5 – Prevalência (%) de TMC segundo características ocupacionais da população (n=120). Atenção Primária à Saúde, Leopoldina, Minas Gerais, 2024.

Variável	% (prevalência)	p-valor
Equidade de tarefas	63,64	0,31*
Trabalho frequentemente exige demais	55,32	
Tarefas rápidas:		0,94*
Frequentemente	50,00	
As vezes	33,9	
Não participa de decisões	46,67	0,58*
Trabalham nas unidades:		
ESF Pirineus	66,67	
ESF Tebas/Peacatuba	63,64	
ESF Ribeiro	60,00	

\*O p-valor de modelagem foi calculado apenas para as variáveis utilizadas no modelo final.

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Um dos objetivos específicos do estudo foi comparar a ocorrência de transtornos mentais segundo a região/bairro da Unidade Básica de Saúde (UBS). Conforme resultados apresentados na Tabela 6, as ESF Pirineus (66,67%) ESF Tebas/Peacatuba (63,64%) e ESF Ribeiro (60%) foram as que apresentaram maiores prevalências de suspeição de TMC. Porém, nenhuma delas revelou significância estatística.

Tabela 6 – Prevalência (%) de TMC segundo região de saúde (n=120). Atenção Primária à Saúde, Leopoldina-Minas Gerais, 2024.

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>% (prevalência)</b>
<b>Região norte</b>		
ESF Bandeirantes	7	14,29
ESF Bela Vista I	8	12,5
ESF Nova Leopoldina	9	44,44
ESF Pirineus	9	66,67
ESF Bela Vista II	9	55,56
<b>Região Sul</b>		
ESF Providência	11	45,45
<b>Região Leste</b>		
ESF Ribeiro	10	60,00
<b>Região Oeste</b>		
ESF Tebas/Peacatuba	11	63,64
ESF Vale do Sol	7	42,86
ESF Quinta Residência	9	11,11
<b>Região Nordeste</b>		
ESF São Cristóvão	9	33,33
ESF Três Cruzes	6	16,67
<b>Centro</b>		
ESF Seminário	8	37,50
ESF Alto da Ventania	7	14,29

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

#### 6.4 DISTRIBUIÇÃO DAS PREVALÊNCIAS DE TMC POR CATEGORIAS PROFISSIONAIS E GRUPOS DE SINTOMAS, DO SRQ-20

A categoria com maior prevalência foi a de ACS (20,8%), seguida pela de dentistas e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem, ambos com 5% (Tabela 7).

Tabela 7 - Manifestação do *Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)* distribuídas por categorias profissionais (n=120), com ponto de corte  $\geq 7$ . Atenção Primária à Saúde, Leopoldina-Minas Gerais, 2024.

Categoria Profissional	SRQ -20 Positivo		SRQ-20 Negativo		N= 120
	N	%	N	%	
Médico	1	0,8	4	3,3	5
Enfermeiro	4	3,3	8	6,6	12
Dentista	6	5	5	4,2	11
Técnico/Auxiliar Enfermagem	6	5	10	8,3	16
Auxiliar de Saúde Bucal	5	4,2	7	5,8	12
Técnico de Saúde Bucal	1	0,8	0	0	1
ACS	25	20,8	38	31,6	63

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Nesta etapa do trabalho (Tabela 8), foram analisados os quatro grupos de sintomas do *SRQ-20*: sintomas somáticos, humor depressivo-ansioso, decréscimo de energia vital e pensamentos depressivos.

Tabela 8. Prevalências (%) dos fatores somáticos, depressivo-ansioso, decréscimo, de energia vital e pensamentos depressivos do *Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)* da população (n=120), com ponto de corte  $\geq 7$ . Atenção Primária à Saúde, Leopoldina-Minas Gerais, 2024.

Grupos de sintomas SRQ-20	Sim		Não	
	N	Prevalência %	N	Prevalência %
<b>Sintomas somáticos</b>				
Você tem dores de cabeça frequentes?	47	61,7	73	24,66
Dorme mal?	53	62,26	67	20,9
Tem falta de apetite?	4	100	116	37,07
Tem tremores nas mãos?	23	56,52	97	35,05
Tem má digestão	34	79,41	86	23,26
Tem sensações desagradáveis no estômago	36	80,56	84	21,43
<b>Depressivo-ansioso</b>				
Assusta-se com facilidade?	46	65,22	74	22,97
Sente-se nervoso (a), tenso(a) ou preocupado(a)?	89	49,44	31	9,68
Tem se sentido triste ultimamente?	44	75	76	18,42
Tem chorado mais do que de costume?	24	83,33	96	28,12
<b>Decréscimo de energia vital</b>				
Tem dificuldade para pensar com clareza?	39	76,92	81	20,99
Encontra dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias?	47	78,72	73	13,7
Tem dificuldade para tomar decisões?	48	68,75	72	19,44
Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento?)	30	76,67	90	26,67
Sente-se cansado(a) o tempo todo?	49	65,31	71	21,13
Você se cansa com facilidade?	44	77,27	76	17,11
<b>Pensamentos depressivos</b>				
Sente-se incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	17	94,12	103	30,1
Tem perdido o interesse pelas coisas?	38	84,21	82	18,29
Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	12	100	108	32,41
Tem tido ideia de acabar com a vida?	4	100	116	37,7

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Entre os respondentes que disseram SIM, em relação aos sintomas somáticos (Tabela 8), a prevalência foi de sensações desagradáveis no estômago com 80,56%, seguido de má digestão (79,41%), sono ruim (62,26%), dores de cabeça (61,7%) e 56,52 tremores nas mãos.

Quanto aos sintomas depressivo-ansiosos (Tabela 8), a prevalência foi de 83,3% entre os que informam ter chorado mais que de costume; 75% se sentiu triste ultimamente; 65,2% alegam se assustar com facilidade e 49,4% dos trabalhadores afirmam que se sentem nervosos, tensos ou preocupados.

No que tange aos sintomas de energia vital (Tabela 8), 78,72% dos entrevistados referiram dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias, 77,27% se cansam com facilidade, 76,92% têm dificuldade de pensar com clareza, 76,67% relatou dificuldade no serviço, 68,75% têm dificuldade para tomar decisões e 65,31% sentem-se cansados.

No que se refere aos sintomas depressivos (Tabela 8), os dados encontrados foram que 94,12% dos entrevistados se sentem incapazes de desempenhar um papel útil em sua vida, 84,21% têm perdido o interesse pelas coisas, 100% se sentem uma pessoa inútil, sem préstimo e 100% têm tido ideia de acabar com a vida.

## 6.5 MODELO FINAL

Após a etapa descritiva, observou-se que certas variáveis tenderam a ter maior relação com a presença de algum tipo de sofrimento mental nos profissionais de saúde estudados. Para estudar com maiores detalhes tal relação, testes Qui-Quadrado (Testes de Independência) foram aplicados buscando observar se tais variáveis apresentavam dependência com a presença de TMC. Tais testes apresentam as seguintes hipóteses:

- a)  $H_0$  : As variáveis testadas são independentes;
- b)  $H_1$  : As variáveis testadas são dependentes.

A análise exploratória realizada apontou grande importância das variáveis relacionadas ao trabalho, portanto continuamos as análises com manutenção dessas variáveis.

Foi construído um modelo para a inferência de quais variáveis estavam mais relacionadas com a prevalência do TMC.

Dada a natureza da variável de interesse estudada, a qual seus valores assumem apenas **Sim ou Não** para a presença de TMC, o indivíduo estudado, o modelo básico utilizado foi o de Regressão Logística e calculada a Razão de Chance (Odds Ratio).

A regressão logística é uma técnica estatística usada para modelar a probabilidade de um evento binário ocorrer, ou seja, um evento que tem dois resultados possíveis, como “sim” ou “não”. Diferente da regressão linear, que prevê valores contínuos, a regressão logística prevê probabilidades.

Para a construção do modelo final, inicialmente, três modelos foram testados, cada um utilizando sua própria estratégia de inclusão de variáveis:

- a) Modelo 1: selecionamos um conjunto de variáveis com base na análise exploratória. Após a estimação do modelo, observou-se que esses possuíam um alto número de covariáveis, em que poucas dessas se mostraram significativas;
- b) Modelo 2: a partir da aplicação de um teste Qui-Quadrado, verificou-se quais variáveis eram significativas. Apenas essas variáveis foram utilizadas para a construção do segundo modelo. Esse se mostrou mais parsimonioso, apresentando métricas de critério de informação (AIC e BIC) melhores que os demais modelos;
- c) Modelo 3: o terceiro modelo utilizou como covariáveis aquelas que se mostraram significativas no teste Qui-Quadrado (assim como o modelo 2) e mais algumas variáveis de trabalho. Apesar de sua importância na análise exploratória, as variáveis de trabalhos testadas não se mostraram significativas.

Após testados esses modelos, foram selecionadas o conjunto final de variáveis a seguir que demonstraram maior relevância:

- a) dias de caminhada – variável numérica que indica o número de dias da semana no qual o indivíduo caminhou durante um período contínuo de no mínimo 10 minutos;
- b) liberdade de expressão – variável numérica do tipo pontuação, com valores indo de 0 a 3. Indica o nível que o indivíduo acredita que possui de oportunidade para expressar suas opiniões relacionadas ao trabalho;

- c) relevância do trabalho – variável numérica do tipo pontuação, com valores indo de 0 a 3. Representa o nível que o indivíduo acredita que há de relevância do seu trabalho para a empresa/instituição e a sociedade;
- d) oportunidade de crescimento – variável numérica do tipo pontuação, com valores indo de 0 a 3. Indica o nível de crescimento e aperfeiçoamento profissional oferecidos pela empresa/instituição;
- e) equidade de tarefas – variável numérica do tipo pontuação, com valores indo de 0 a 3. Representa a frequência na qual o indivíduo acredita ter tarefas de seu trabalho dividida de forma equânime;
- f) uso de medicamentos – variável categórica binária. Indica se o indivíduo faz o uso de medicamentos;
- g) equilíbrio trabalho-família – variável numérica do tipo pontuação, com valores indo de 0 a 3. Representa o nível de equilíbrio entre a vida profissional e pessoal/familiar do indivíduo.

Tabela 9 – Resultado da regressão logística para variáveis relacionadas e TMC nos trabalhadores da APS do Município de Leopoldina (n=120), Minas Gerais, 2024.

Variável	OddsRatio	Erro Padrão	Estatística	p-valor	Significância
Dias caminhada	0.777	0.117	-2.156	0.031	*
Liberdade expressão	0.430	0.376	2.245	0.025	*
Relevância trabalho	2.445	0.388	2.304	0.021	*
Oportunidade de crescimento	2.236	0.342	2.352	0.019	*
Equidade tarefas	0.408	0.352	-2.546	0.011	*
Uso de medicamentos	5.719	0.588	2.965	0.003	**
Equilíbrio trabalho família	0.221	0.430	-3.511	0.000	**

\*\* p-valor menor que 1%

\* p-valor menor que 5%

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

As variáveis que apresentaram associação com suspeição de TMC foram dias de caminhada (p-valor 0,031), liberdade de expressão (p-v 0,025), relevância do trabalho (p-valor 0,021), oportunidade de crescimento (p-valor 0,019), equidade de tarefas (p-valor 0,011), uso de medicamentos (p-valor 0,003) e equilíbrio trabalho família (p-valor 0,000) sendo que as duas últimas variáveis tiveram maior relevância

em relação as demais. Foi constatado, neste estudo, que os indivíduos que tem menor equilíbrio entre trabalho e família e fazem uso de medicamentos têm maiores chances de desenvolver TMC (Tabela 9).

Após as análises do modelo final, foram realizadas as análises de pressuposições e diagnósticos do modelo.

Pontos de alavanca e influência são duas características que podem ter um impacto significativo nos resultados da regressão logística. Pontos de alavanca são observações que têm valores extremos nas variáveis independentes e podem influenciar de maneira desproporcional o ajuste do modelo. Já os pontos de influência são aqueles que, se removidos, causam uma mudança significativa nos coeficientes do modelo. Identificar e entender esses pontos é crucial para garantir a validade e a robustez do modelo.

O modelo final estimado incluiu sete covariáveis, sendo cinco delas relacionadas ao ambiente de trabalho. Este modelo demonstrou um bom desempenho, apresentando os menores valores de AIC (Akaike Information Criterion) e BIC (Bayesian Information Criterion) entre os modelos testados, além de baixos valores de VIF (Variance Inflation Factor) para as covariáveis, indicando ausência de multicolinearidade significativa. Todos os resíduos do modelo ficaram dentro da banda de confiança construída, reforçando a adequação do modelo.

Durante a análise de diagnóstico, três observações se destacaram: 37, 53 e 75. A observação 37 apresentou altos níveis de equilíbrio trabalho-família e equidade de tarefas, o que se destoou do padrão do grupo com suspeição de TMC. Em contraste, a observação 75 mostrou valores significativamente baixos para equilíbrio trabalho-família, relevância do trabalho e dias de caminhada, comparados à média do grupo sem TMC. Essas diferenças apontam para a importância de fatores relacionados ao equilíbrio e à qualidade do ambiente de trabalho na mitigação do TMC entre os profissionais de saúde da APS.

Tabela 10 - Observações das análises de pressuposições e diagnósticos do modelo nos trabalhadores da APS do Município de Leopoldina (n=3), Minas Gerais, 2024.

<b>Variáveis</b>	<b>Obs37</b>	<b>Obs53</b>	<b>Obs75</b>	<b>Grupo F</b>	<b>Grupo T</b>
<b>Dias caminhada</b>	2	4	1	3.54	2.42
<b>Liberdade_expressão</b>	2	3	2	1.81	1.29
<b>Relevancia_trabalho</b>	2	2	0	2.07	1.87
<b>Oportunidade_crescimento</b>	0	0	2	1.12	1.11
<b>Equidade tarefas</b>	3	1	2	1.82	1.20
<b>Equilibrio_trabalho_família</b>	3	2	0	2.12	1.49

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

## 7 DISCUSSÃO

Segundo dados da OMS em relatório no ano de 2022, o Brasil é o país com o maior número de pessoas com ansiedade 9,3% da população. Este estudo traz um alerta sobre a saúde mental dos Brasileiros, já que um em cada quatro pessoas no país sofrerá com algum transtorno mental ao longo da vida (CNS, 2023). Dados da OPAS (2021), um em cada quatro pessoas nas Américas sofrem de doença mental e/ou faz uso de substâncias de forma desordenada durante a vida. Estima-se que mais de 300 milhões de pessoas sofram com depressão no mundo.

Considerando grupos de trabalhadores da área da saúde, estudos tem demonstrado taxas de prevalência elevadas para TMC, como o realizado com profissionais de saúde do Município de Alagoa Grande–PB que verificou prevalência de depressão de 31% (n=126), 39,7% de ansiedade e 38,8% de estresse. O mesmo estudo ainda demonstrou que 68,3% dos profissionais apresentaram *Burnout* moderado, 30,2% *Burnout* leve e 1,6% foram classificados com níveis de *Burnout* grave (Silva *et al*, 2024).

Resultados semelhantes foram encontrados na pesquisa realizada com ACS em Uberlândia/MG, no qual a maior parte dos ACS entrevistados apresentou grau de ansiedade moderado e um grupo considerável apresentou ansiedade grave. Os autores concluíram que o fato de estarem presentes níveis de ansiedade, mesmo que predominantemente moderados, sugeriram uma provável interferência de características específicas das profissões ligadas à área da saúde (Resende *et al* 2011).

Tais informações alertam para a necessidade de vigilância e políticas de assistência em saúde mental, tanto para a população geral quanto para grupos específicos, como categorias profissionais.

Considerando as respostas ao SRQ-20 (n=120), a prevalência de 39,16% (n=47) de suspeição de TMC entre os trabalhadores da APS do Município de Leopoldina, Minas Gerais pode ser considerada alta se comparada à prevalência encontrada em outros estudos Brasileiros com trabalhadores da APS, que variaram entre 7% e 30% (Carreiro *et al*, 2013), 19,7% (Moreira *et al*, 2016), 22,7% e 35% (Santos *et al*, 2022; Resende *et al*, 2011). Porém, mostrou-se menor que a encontrada no estudo de Oliveira *et al* (2021), que foi de 43,2%. Por outro lado, dados semelhantes ao deste estudo foram encontrados em estudo realizado com

profissionais da rede de AB de Saúde do Município de Botucatu/SP, na qual a prevalência de TMC foi alta: dos 378 trabalhadores que participaram da pesquisa, 161 (42,6%) apresentaram TMC. (Braga; Carvalho; Binder, 2010).

Importante destacar as variações da taxa de prevalência de suspeição de TMC entre as categorias profissionais apontadas neste e em outros estudos, como o realizado por Moreira *et al* (2016), com profissionais da ESF do município de Santa Cruz do Sul/RS, no qual se observou a prevalência de TMC de 14,3% entre os médicos e 25%, entre os enfermeiros; e o de Fernandes (2018), estudo composto em sua maioria por médicos e profissionais da enfermagem da área hospitalar, em que a prevalência de TCM encontrada foi de 45,10%.

A análise da prevalência por grupos de sintomas do SRQ-20 apontou maior número de participantes com sintomas da categoria “pensamento depressivo” (94,12% se sente incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida), sendo que “humor depressivo” (83,3% ter chorado mais que de costume), “sintomas somáticos” (80,56% tem sensações desagradáveis no estômago) e “energia vital” (dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias 78,72%) destacaram-se com prevalência elevada.

Em estudo realizado com 607 indivíduos do serviço de APS em um município de médio porte na região Centro-Oeste do Brasil, as respostas obtidas por meio do instrumento de rastreamento de TMC, a prevalência para sentir-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a) foi de 65,7 %, sentir-se triste ultimamente 41,4% e ter dores de cabeça frequentes 39,4% (Lucchese *et al*, 2014).

Dados semelhantes foram encontrados em estudo realizado com profissionais de saúde em comunidades virtuais, no qual na dimensão depressivo-ansioso, o sintoma mais prevalente foi à sensação de nervosismo, tensão ou preocupação (55,4%), enquanto no contexto de decréscimo de energia vital, 39,3% relatam que se cansam com facilidade. Em relação aos sintomas somáticos, identificou que 30,4% apresentam dores de cabeça frequente. Quando avaliados os pensamentos depressivos, verificou-se dificuldade na tomada de decisões em 36,6% dos participantes (Junior; Fenandes; Junior, 2024).

Dado parecidos foram encontrados por Alves *et al.*, 2015, em pesquisa com profissionais de saúde, em que predominou a categoria de sintomas depressivo/ansiosos, com destaque para a queixa sentir-se nervoso, tenso ou

preocupado - 64,6%. No grupo de sintomas somáticos, dormir mal representou 45,1% entre os sujeitos pesquisados.

Em estudo realizado com pós-graduandos, do primeiro e segundo anos, matriculados, em 2007, nos programas de residência da cidade do Recife (PE), das áreas de medicina, enfermagem, nutrição e saúde coletiva, entre os residentes médicos, as três queixas do SRQ-20, mais relatadas foram "sentir-se nervoso, tenso ou preocupado" (73%), "dormir mal" (69,1%) e "cansar-se com facilidade" (61,2%) (Carvalho *et al*, 2013).

Os estudos que analisam diferenças de taxas de suspeição de TMC entre as categorias profissionais que atuam na APS apresentam diferentes achados.

Quando analisadas as diferenças proporcionais de TMC em relação às categorias profissionais, a prevalência mais alta foi encontrada entre os 63 ACS (20,8%; n=25). Essa taxa se assemelha ao estudo de Dilèlio *et al* (2012), realizado com profissionais da APS das regiões Sul e Nordeste do país, que encontrou uma prevalência de TCM de 18,4% em ACS, maior que todas as outras categorias que fazem parte da equipe da ESF que fizeram parte do estudo.

No entanto, no presente estudo, a prevalência de suspeição de TMC ficou abaixo dos dados encontrados por Santos *et al*, (2017), em estudo desenvolvido no Município de Montes Claros/MG, utilizando o SRQ-20, em que a prevalência entre ACS foi de 41,6%. Prevalências mais altas também foram identificadas por Silva e Menezes (2008), em pesquisa realizada no município de São Paulo, que detectou 43,3% de TMC entre os agentes comunitários de saúde; e por Santos *et al* (2024), com profissionais da APS do Município de Campina Grande/PB que encontrou uma prevalência de TMC 50% entre os ACS. Como demonstra, também, Lopes *et al* (2021) em estudo realizado com profissionais da APS de Municípios da Bahia, que verificou prevalência de TMC em ACS quatro vezes maior que nas demais categorias, seguidos de enfermeiros três vezes mais e técnico de enfermagem duas vezes mais. Resultado semelhante foi identificado por estudo realizado com profissionais da região norte de Minas Geras, a prevalência de TCM foi maior entre os ACS (31,6%) seguidos dos enfermeiros (23,9%) e técnico de enfermagem (11%) (Oliveira *et al*, 2023).

Embora o resultado encontrado em nossa pesquisa seja menor do que em outros estudos, os dados obtidos também são consistentes com outras pesquisas. Ressalta-se que todos os estudos apontam para uma prevalência maior entre os ACS

quando comparados às demais categorias profissionais, revelando a importância de maior atenção ao significativo adoecimento mental nesse grupo ocupacional.

A inexperiência presente nos trabalhadores que iniciam a carreira e a frustração ao perceber que aquela profissão não atinge os seus anseios, assim como tempo de trabalho podem estar associados a processos de adoecimento mental entre ACS. Estudos apontam que o tempo de experiência é determinante para o enfrentamento dos problemas no ambiente de trabalho, impactando na manutenção de comportamento de calma e racionalização diante do estresse. Quando o ACS desenvolve essas características tende a ter maior capacidade de resolução dos problemas. Outro aspecto que merece ser considerado é a baixa rotatividade entre ACS garantindo maior vinculação com a comunidade que, por um lado, mostra-se como fator fundamental para o trabalho da ESF, por outro, pode acarretar maior demanda da população que, por vezes, não distingue o papel do ACS como sujeito da comunidade e trabalhador do serviço (Trindade *et al*, 2010; Mota; Dosea; Nunes, 2014).

O grande envolvimento dos ACS com a comunidade, aliado à frustração de baixa resolutividade dos problemas identificados que dependem do envolvimento de toda equipe da APS, tem se mostrado um fator importante associado a processos de adoecimento psíquico (Albuquerque; Melo; Neto, 2012).

Outro aspecto a ser considerado ao se analisar a prevalência mais elevada de TMC entre os ACS é a formação desses trabalhadores. É reconhecido que não basta ofertar somente educação pontual, mas há a necessidade de processos formativos contínuos pelo e no trabalho, no início e durante o exercício de sua função, que permitam atender às diversas demandas cotidianas do serviço (Brasil; Amorim; Queiroz, 2013).

Em nosso estudo, a população médica foi pequena, correspondendo a apenas 4,1% da população estudada, com prevalência de TMC de 0,8%. Do total dessa população (n=14), somente dois se recusaram a participar e sete não preencheram os critérios de inclusão de tempo mínimo de atuação no serviço. A maior parte dos médicos da APS do município estudado possuem vínculo de trabalho temporário (contrato), gerando grande rotatividade deste profissional.

Os dados em relação à categoria médica divergem dos dados encontrados por SANTOS *et al* (2024). Em seu estudo constatou uma prevalência elevada de TMC (41,2%), superior também ao que foi relatado por Moreira *et al* (2016) que foi de

14,3%, Dilélio *et al* (2012) (15%); e Braga *et al* (2010) (33%). O autor explica que tal diferença pode ser explicada pelas características ocupacionais dos médicos que integraram esta pesquisa, na qual 24 eram residentes e 10, preceptores.

A população médica do presente estudo foi constituída por médicos jovens, com contratos temporários e com alta rotatividade. Além disso, o tamanho da amostra da categoria médica foi pequena.

Em estudo realizado com médicos nos anos de 2009, 2010 e 2011 no Brasil, no qual se mediu a rotatividade dos médicos nos serviços de saúde, no Brasil constatou-se maior índice de rotatividade nas regiões Sudeste e Sul, com médias superiores à nacional (36,7%). A menor média foi demonstrada na região Norte (24,7%). A análise por porte populacional aponta para maior rotatividade nos grupamentos de municípios com população entre dez mil e cem mil habitantes; e menor índice nos municípios de grande porte (Pierantoni *et al*, 2015). O município participante desta pesquisa se encaixa no perfil dos municípios onde ocorre maior rotatividade de médicos na APS.

Massena (2021) realizou estudo sobre formação médica e cenários da APS explorando a percepção dos estudantes e preceptores do curso de Medicina de um município de pequeno porte da Zona da Mata Mineira encontrou resultado semelhante de alta rotatividade dos médicos da APS que atuavam como preceptores dos estudantes de medicina. Dado que a autora também identificou foi que, na percepção dos alunos e preceptores, as práticas na APS propiciam uma formação crítica, humanística e reflexiva, e contribuem na percepção da determinação social do processo saúde-doença, permitem que os atributos do SUS sejam vivenciados durante o período de formação, como é proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2014. No entanto, embora preparem o estudante para trabalhar na Atenção Básica, notou-se que essas vivências não contribuíram para promover a intenção do estudante em se especializar em Medicina de Família e Comunidade e se fixar na APS.

A alta rotatividade não pode ser inteiramente compreendida sem que se analise o contexto no qual estão inseridos os profissionais, como condições de trabalho, satisfação pessoal, oportunidades de trabalho e estudo (Pierantoni *et al*, 2015).

A alta rotatividade da força de trabalho médica é resultado da precarização do trabalho em saúde, evidenciado por modelos de contratos inseguros para o trabalhador, salários defasados, além de precárias condições de trabalho

relacionadas com ambiente físico, equipamentos e materiais disponíveis, gerando prejuízo para a efetividade dos resultados esperados, assim como no estabelecimento de vínculo com a comunidade. Contudo, resolver esse problema é um grande desafio para o SUS, tendo em vista a multiplicidade das causas (Borges; Santos; Fischer, 2019).

Em estudo realizado com médicos da ESF em Ponta Grossa/PR constatou-se alta concentração de médicos que trabalhavam na ESF há menos de seis meses (59%) e de profissionais que ingressaram no serviço através do “Programa Mais Médicos” (82%). Quando analisou a variável “tempo que pretende continuar trabalhando na ESF”, foi possível observar que 77,1% dos médicos pretendia sair em um prazo de cinco anos, sendo que a maioria (45,9%) respondeu que poderia sair a qualquer momento ou em um prazo de até dois anos. Os autores reforçam que entre as causas citadas para a rotatividade do profissional médico estão a alta carga de trabalho, condições de trabalho inadequadas, falta de médicos com perfil adequado para atuar na ESF e o alto índice de contratação de recém-formados, os quais saem da ESF para realização de residência médica (Nogueira; Junior; Muller, 2021).

Diferente dos achados de outros estudos que apontam uma menor adesão da categoria médica quando comparados aos demais profissionais pesquisados, gerando dificuldade na obtenção de respostas e, conseqüentemente, menor compreensão dos processos de adoecimento mental entre eles, nossa pesquisa não evidenciou tal dificuldade havendo boa receptividade e resposta ao estudo proposto (Barbosa *et al* 2012; Fernandes, 2018).

Conforme achados de Fernandes (2018), em estudo realizado com médicos e profissionais da enfermagem, que revelou aumento significativo de TMC entre os médicos; de Marcelino e Araújo (2015) que encontrou TMC entre médicos de 44% e o de Barbosa *et al* (2012) cujo resultado encontrado do SRQ-20 positivo (ponto de corte  $\geq 7$ ) foi 17, 4% os autores apontam ser necessária uma análise cautelosa dos resultados na categoria médica, considerando-se a prevalência encontrada poderia ter sido ainda maior, visto o número considerável de recusas e respostas ignoradas no SRQ-20.

Nas categorias de Dentistas e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem a prevalência foi de 5%. Este achado de maior prevalência entre tais trabalhadores quando comparados ao de enfermeiros (3,3%) e médicos (0,8%) coincide com outros estudos como o realizado por Resende *et al* (2011) que encontrou maior pontuação

positiva na *SRQ-20* na categoria dentista. Soares (2020), em estudo realizado com cirurgiões dentistas da rede do SUS de Uberlândia/MG, onde se pesquisou sobre as doenças ocupacionais da prática odontológica, a taxa de TMC foi a mais alta no grupo estudado (14,4%), seguido por Doenças do Olho e Anexos (13,3%) e Doenças do Aparelho Circulatório (6,9%).

A profissão de cirurgião-dentista tem sido apontada como uma das profissões que se expõe a riscos ocupacionais peculiares da sua atuação, como a demanda de precisão, concentração e responsabilidade nos procedimentos, elevada carga horária de trabalho, postura de trabalho de risco ergonômico, necessidade de cuidado e atenção no manejo de elementos químicos e biológicos e atividades de administração e organização do ambiente de trabalho (Pinheiro *et al*, 2020; Souza *et al*, 2017).

A prevalência de TMC entre os Enfermeiros do estudo ficou abaixo do encontrado em outros estudos, verificando que em um grupo de 12 profissionais, quatro (3,3%) apresentaram *SRQ-20* positivo. Em estudo realizado com profissionais de enfermagem no Pronto Socorro de hospital público de ensino e em duas Unidades de Pronto Atendimento públicos, do interior de Minas Gerais, a prevalência de TMC representou 20,5% (Moura *et al*, 2022). Estudos realizados na rede de APS de Botucatu/SP, a prevalência de TMC entre os enfermeiros foi ainda mais alta, 48%, (Braga; Carvalho; Binder, 2010).

Pesquisas com enfermeiros de serviços da Atenção Secundária e Terciária encontraram taxas de prevalência semelhantes àsquelas da APS, variando de 33,6% (Alves *et al*, 2015) a 55,6% (Marcelino Filho; Araujo, 2015). Estudo realizado com trabalhadores de enfermagem de um hospital da Bahia onde foi usado o *SRQ-20* encontrou prevalência de TMC semelhante entre os enfermeiros (38,1%), técnicos de enfermagem (35,3%) e auxiliares de enfermagem (30,8%) (Rodrigues *et al.*, 2014).

A enfermagem se destaca como sendo uma profissão imersa em situações estressoras e desencadeadoras de adoecimento mental, nas quais não há uma relação horizontal e social de cooperação entre supervisores e membros da equipe. Essa relação está ligada diretamente a danos psicológicos maiores ou menores, alta carga de trabalho e baixo poder de decisão, o que resultam em profissionais mais frustrados e com alto estresse ocupacional (Pereira *et al*, 2021).

Usualmente encontramos, na literatura, dados referentes à equipe/profissional de Enfermagem na mesma categoria, sem a divisão em grupos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem por se tratar de profissões que se

complementam. Tais profissionais são agrupados em uma única categoria devido semelhança técnica das atividades desenvolvidas (consultas, administração de medicamentos, curativos, esterilização e desinfecção de materiais) apesar da diferença social expressa na renda e na escolaridade (Dilélio *et al*, 2012).

Segundo dados do Conselho Regional de Enfermagem – SP (COREN-SP, 2020), em pesquisa realizada com 23.737 profissionais de enfermagem sobre adoecimento mental, 53% dos participantes afirmaram sofrer de adoecimento mental decorrente do trabalho. Destes, a ansiedade foi declarada por 79,3%, a depressão apareceu em 50,8% das respostas, a Síndrome de *Burnout* em 27,3%, estresse e síndrome do pânico 6,1%. As principais causas para o adoecimento citadas na pesquisa foram: a sobrecarga, as condições e jornada de trabalho, além do clima organizacional, somado a falta de local para descanso (COREN-SP, 2020).

No presente estudo, a taxa de suspeição de TMC foi maior entre Técnicos/Auxiliares de Enfermagem quando comparado aos Enfermeiros. Esse dado diverge dos dados encontrados em outros estudos nos quais foi encontrada maior prevalência entre os Enfermeiros. Moreira *et al* (2016) evidenciou que Técnicos de Enfermagem apresentaram taxa de 15,8% enquanto em Enfermeiros foi de 25%. Diferença ainda maior foi encontrada por Santos *et al* (2024) no qual entre os Técnicos de Enfermagem foi de 26% e entre os Enfermeiros 50%. Uma possível explicação possa ser o fato de que, no Município de Leopoldina, uma parcela dos Técnicos de Enfermagem tem a formação de Técnico, mas quando fizeram o concurso público só havia a opção do cargo de Auxiliar de enfermagem para atuar na ESF. Desta forma, esses profissionais atuam em um cargo diferente de sua formação, contribuindo para evidenciar a diferença social expressa na renda e na escolaridade e, conseqüentemente, gerando insatisfação entre a categoria.

Embora a análise das diferenças proporcionais de TMC em relação às variáveis sociodemográficas não tenham apresentado significância estatística, alguns pontos merecem ser discutidos qualitativamente, considerando sua relevância social e cultural. Um desses pontos, é que a suspeição de TMC foi maior entre Mulheres (42,1%), quando comparada a dos Homens (15,4%).

Segundo Campos *et al* (2020), a literatura apresenta dados de maior frequência de adoecimento mental entre as mulheres. Nas populações estudadas encontrou-se altas prevalências de TMC entre as trabalhadoras de saúde em comparação com os

homens, variando de 25,0% a 32,5% entre as mulheres, e de 9,0% a 12,2% em homens (Campos *et al*, 2020; Pina, 2017; Alves *et al*, 2015; Fernandes, 2018).

Em pesquisa realizada com profissionais de saúde de um hospital universitário do triângulo Mineiro foi possível identificar que o sexo feminino predominava com 77,2% da força de trabalho do hospital, em que 32,5% das mulheres entrevistadas apresentavam indícios de algum transtorno mental (Alves *et al*, 2015). Dados semelhantes encontrados por Fernandes (2018) em que a população do sexo feminino apresentou uma taxa de prevalência de TMC de (52,80%), significativamente maior, comparado ao sexo masculino, 26,80%. Assim como o estudo realizado por Carlotto (2016) em que a prevalência de transtornos mentais em mulheres foi de 31,7%. O mesmo autor relaciona esse dado com as questões culturais que permeiam as questões do gênero feminino com o trabalho e formas de lidar com os agentes estressores. O estudo contribuiu para confirmar a desigualdade de gênero no adoecimento por TMC.

A relação de TMC com gênero – maior ocorrência entre as mulheres – pode ser explicada em razão de responsabilidades assumidas com a família e cuidados dos filhos, longas jornadas de trabalho, ambientes hostis, inserção em postos de trabalho mais precários e menos valorizados, somando-se às atividades domésticas e às atividades laborais. Entretanto, ao mesmo tempo, a mulher é exposta à sobrecarga laboral e a possibilidades reduzidas de atividades de lazer e de cuidado próprio. Isso, por sua vez, pode contribuir para que as mulheres estejam 50% mais propensas a desenvolver transtorno mental, se comparadas aos homens, ao longo da vida. Elas possuem maiores chances de apresentar ansiedade, desgaste mental, estresse, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e transtornos alimentares (Rosa; Campos, 2012; Lucchese *et al*, 2014; Moura *et al*, 2022).

A literatura sobre saúde mental e gênero aponta ainda para a questão da vulnerabilidade da mulher no contexto relacional, no qual as relações de poder e de hierarquias sociais desempenham importante papel (Rosa; Campos, 2012).

Semelhante a outros estudos, esta pesquisa também identificou a predominância do sexo feminino entre os profissionais das ESF estudadas, independentemente da categoria profissional. Dados semelhantes foram encontrados em estudo com profissionais de nível superior vinculados à Rede de Atenção Primária à Saúde (REAPS) do município de Aracaju/SE, no qual não foram identificadas 'diferenças de gênero' na prevalência da síndrome de *Burnout*. No entanto, foi

observado que a população estudada era majoritariamente feminina (83.5%) corroborando com outros estudos quanto a feminilização entre os profissionais da saúde (Silva *et al*, 2015; Santos *et al*, 2020). Desta forma é importante considerar essa proporção na população estudada quando se analisa as taxas de TMC.

Esse fato pode ser explicado pelo processo de feminilização das profissões relacionadas à área da saúde de forma geral (Barbosa *et al*, 2012; Moreira *et al* 2016; Pina, 2017; Santos *et al*, 2020; Garcia; Marziale, 2021). Fatores como aumento no nível de escolaridade e instrução, em associação com a diminuição das taxas de fecundidade, podem explicar o fenômeno de inserção feminina no mercado de trabalho formal e remunerado (Moreira *et al*, 2016).

Outro ponto é que quando analisada a faixa etária, a suspeição de TMC foi maior entre os trabalhadores concentradas na faixa de 40 a 50 anos, (47,92%). No entanto a variável idade não apresentou relevância estatística. Segundo Moreira *et al* (2019), a literatura é bastante controversa em relação à associação de sofrimento psíquico e idade. Corroborando esse estudo, Santos *et al* (2022), estudando população similar com idade de 19 a 60 anos, os autores encontraram resultados conflitantes como fator de risco: a taxa de depressão, ansiedade, transtorno do estresse pós-traumático e ideação suicida mostrou-se consideravelmente maior em indivíduos com idade de vinte e nove anos ou menos. Embora haja dados que afirmam que a cada ano de vida acrescentado as chances do desenvolvimento de ansiedade ficam maiores, Santos e Siqueira (2010) apontaram que, tomando-se a idade como referência, os indivíduos pertencentes à faixa etária de 25-54 anos apresentam maiores prevalências de TMC.

Segundo Silva *et al* (2022), em uma revisão integrativa, verificou que estudos realizados com profissionais de saúde, de idade menor ou igual a 30 anos, apresentaram maior risco de adoecimento mental no Egito e na Arábia Saudita, assim como em estudo realizado na Itália, onde considerou-se como profissionais jovens os que possuíam idade igual ou menor a 40 anos. Também em estudo realizado na Índia, demonstrou-se que havia altos índices de depressão e ansiedade nos profissionais da saúde jovens e solteiros (Suryavanshi, *et al*, 2020).

Resultados semelhantes foram encontrados em pesquisa com profissionais de saúde em comunidades virtuais, onde as análises de regressão logística identificaram os preditores independentes correlacionados com o sofrimento mental. Os resultados mostraram uma associação estatisticamente significativa com a idade, em que cada

aumento de um ano na idade estava relacionado com a redução de cerca de 8% nas chances de manifestar sofrimento mental, ou seja, quanto maior a idade menor as chances de adoecimento mental (Rodrigues Junior; Fenandes; Camargo Junior, 2024).

Segundo Andrade e Dantas (2015), alguns estudos relatam que profissionais mais experientes obtêm a capacidade de lidar melhor com situações potencialmente estressantes e momentos de sobrecarga de trabalho e essa característica não é observada em profissionais mais jovens atuantes na área da médica. Geralmente, os mais jovens apresentam mais sintomas relacionados ao estresse do que os mais velhos, com mais experiência na área, devido à falta de apropriação do conhecimento, e à experiência necessária de lidar com situações estressantes.

Em relação à renda, a taxa de suspeição de TMC foi maior entre os trabalhadores com renda até quatro salários mínimos (41,05%) e não apresentou associação com TCM.

Corroborando com esse resultado, em estudo realizado com população similar, a variável renda também não demonstrou ser estatisticamente significativa, ressaltando que quanto menor a renda, maior é a presença de TMC (Alves *et al*, 2015).

De acordo Kasper e Schermann (2014), em relação aos fatores associados ao TMC na população geral, é consenso na literatura que baixa escolaridade, baixa renda e sexo feminino aumentam a tendência dessas manifestações. Em estudo realizado com técnicos de enfermagem atuantes em um hospital universitário em Montes Claros/MG, utilizando o instrumento SRQ-20, mostrou maior prevalência de TMC entre os indivíduos com renda familiar inferior a quatro salários mínimos (RP=1,41) (Santos *et al*, 2020).

A relação entre renda e TMC pode ser explicada pelo fato de que maiores rendas possibilitam melhores condições de vida, reduzindo a exposição a outros determinantes associados ao adoecimento psíquico (Alves *et al*, 2015)

No que se refere à escolaridade, a suspeição de TMC foi maior no grupo que não tem ensino superior (n=67; 55,83%) e menor entre os de que relataram ter especialização (n=27; 22,49%).

Quanto a escolaridade, Moura *et al* (2018) realizou estudo sobre a presença de ansiedade em profissionais da ESF, em Goiás. No estudo, predominou pessoas casadas e com escolaridade de ensino médio completo e superior, no qual também a

escolaridade não apontou relação com a presença de ansiedade na população estudada.

Estudo realizado por Rodrigues Júnior, Fenandes e Camargo Júnior (2024) identificou que os profissionais de saúde com pós-graduação e pertencentes à categoria de trabalho de nível superior obtiveram maior ocorrência de sofrimento psíquico, 24 (64,9%) e 34 (91,9%), respectivamente, corroborando com este estudo de Silva *et al* (2021) no qual também encontrou resultados positivos quanto a prevalência de TMC com maior nível de escolaridade, em seu estudo com profissionais de enfermagem de um hospital público do Sul do Brasil. Os autores encontraram associação entre adoecimento mental e ter pós-graduação. Importante salientar que o estudo identificou que enfermeiras com alto grau de especialização vivenciaram maiores níveis de exigência no trabalho e maiores demandas intelectuais quando comparadas às categorias com menores níveis de graduação, o que pode contribuir para o adoecimento. Esses resultados vão de encontro ao referencial teórico de Karasek que propõe em seu modelo aumento do risco de adoecimento quando exposto a altas demandas e baixo controle (Karasek, 1979).

O grau de formação da população estudada é importante, uma vez que, atualmente ESF demanda profissionais cada vez mais preparados e qualificados diante de todos os requisitos que são pautados, como garantir ao usuário um atendimento resolutivo e qualificado.

Em relação à cor autorreferida, também não apresentou relevância para o adoecimento mental, neste estudo. Entretanto, os dados mostram que a suspeição de TMC foi maior entre negros (pretos=37,04% e pardos=36,84%), quando comparados aos indivíduos que se reconheceram como brancos (41,82%).

Em estudo realizado com trabalhadores de saúde da Bahia apontou maior prevalência de TMC entre as mulheres negras, seguidas das mulheres não negras, homens negros e homens não negros. O estudo, que avaliou interação entre raça e gênero, encontrou resultados que reforçam a hipótese de que esses fatores, em conjunto, elevam a ocorrência de TMC (Campos *et al*, 2020).

Em estudo realizado com professores universitários da área da saúde de várias regiões do Brasil, a variável cor da pele mostrou-se associada aos sintomas da depressão e estresse. Observou-se que a prevalência de transtornos mentais foi maior na população não branca, quando comparada com a população branca, demonstrando a relevância entre a raça/cor não branca e transtornos mentais, mesmo

após controle de variáveis socioeconômicas, como escolaridade ou renda família (Freitas *et al*, 2021).

Dados encontrados por Santos *et al* (2017), no que se refere à associação de TMC com características sociodemográficas, a prevalência de TMC foi maior entre os ACS de cor autodeclarada não branca. Esse dado corrobora com os de Araujo *et al* (2011), cujo estudo demonstrou prevalência de TMC encontrada entre os trabalhadores de cor negra de 28,2% (preta) e 27,1% (parda).

As desigualdades raciais e de gênero, relacionam-se diretamente com as condições de trabalho e de vida, podendo influenciar na saúde mental dos trabalhadores. Apesar do reconhecimento das influências de gênero e raça/cor na situação de saúde das pessoas, a literatura descreve poucos estudos com este foco, especialmente no campo de saúde e trabalho, dificultando a identificação das necessidades dos grupos mais vulneráveis (Araujo *et al*, 2009; Campos *et al*, 2020).

Segundo Smolen e Araújo (2017), a lacuna existente na literatura sobre associação entre raça/cor da pele e saúde mental no Brasil, ou até mesmo sobre a inclusão da raça como unidade de análise pode ser atribuído a três possíveis hipóteses: dificuldade da população geral de classificar raça/cor da pele, a ideia de que estudar a dimensão de classe já abarcasse os significados da dimensão étnico-racial e a aceitação do “mito de democracia racial” difundido no país levando a uma carência de pesquisas acadêmicas em relação à raça/etnia. Os autores também destacam as dificuldades metodológicas dos estudos revisados, como ponto de corte dos instrumentos utilizados, diferentes transtornos mentais estudados, as formas de categorizar raça/cor.

Quando analisadas as prevalências de suspeição de TMC segundo as características ocupacionais da população (Tabela 5), os dados revelam que a prevalência foi mais elevada entre os trabalhadores que responderam ter menor equidade na distribuição das tarefas (63,64%), entre os que “frequentemente” possuem trabalho excessivo (55,32%), entre os trabalhadores que “às vezes” e “frequentemente” realizam tarefas rápidas (50%), entre os que possuem pouca participação de decisões no trabalho (46,67%) e entre os que trabalham nas ESF Pirineus (66,67%) ESF Tebas/Peacatuba (63,64%) e ESF Ribeiro (60%). No entanto, a única variável das citadas acima que apresentou significância estatística foi equidade na distribuição de tarefas (p-valor 0,011).

Segundo Schmidt (2013), em resultado de revisão integrativa identificou também que os Distúrbios Psíquicos Menores (DPM) apresentaram associação positiva com o domínio Demanda, ou seja, quanto maior a Demanda, maior a presença de DPM. Nesses estudos observou-se que a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) ficou entre 23,6% e 26,3%.

Dados semelhante foi encontrado em estudo com ACS do Município de Aracaju/Sergipe, utilizando a escala JSS, que avaliou a exposição ao estresse no trabalho, foi observado que 72,5% dos ACS apresentam alta demanda psicológica. (Mota; Dosea; Nunes, 2014)

Jacinto e Tolfo (2017) também identificaram em estudo de revisão que os profissionais com maior ocorrência no quadrante de alta exigência – quando submetidos a altas demandas e baixo controle – e que tiveram maiores prevalências de TMC, foram os trabalhadores área da saúde e professores.

Em relação à variável pouca participação de decisões no trabalho observa-se ainda que nas instituições de saúde há predominância de modelos tradicionais de gestão, com tendências à hierarquização e centralização das tomadas de decisões por um chefe, coordenador. Esse modelo favorece a divisão dos profissionais dentro do trabalho, reafirma o papel de chefe e subordinado, gerando distanciamento entre os membros da equipe. Reforça ainda que democratizar as relações de poder existentes nas organizações de saúde, de forma a modificar o modelo de gestão atual para uma gestão colegiada, participativa e compartilhada é um grande desafio no SUS (Penedo; Gonçalo; Queluz, 2019).

Dentre as ESF que apresentaram maior suspeição de TCM a que apresentou maior valor está localizada em uma região com uma população de poder aquisitivo maior, há uma dificuldade dos ACS realizar cadastramento dessa população, assim como a adesão às visitas domiciliares, às consultas de acompanhamento de pré-natal e de puericultura. Também é uma das unidades de ESF mais novas do município. Anteriormente, existia uma unidade tradicional com atendimento de especialistas, demandando um processo de educação em saúde para a população sobre a nova forma de atendimento.

As outras duas ESF são localizadas em distrito. Essas não têm estrutura física própria, (apesar de terem passado por reformas recentes), tem um longo percurso de deslocamento da maioria dos profissionais, que de certa forma gera um desgaste maior e, conseqüentemente, uma rotatividade maior dos profissionais nesta ESF. Tem

grande extensão territorial devido à parte rural o que pode dificultar a realização das ações da equipe.

Embora não tenha sido objeto desta pesquisa, o levantamento das possíveis causas de diferença da taxa de suspeição de TMC entre as ESF, talvez, a maior dificuldade de interação com a população e a localização de algumas delas possam ajudar a analisar, futuramente, os determinantes do processo de desgaste psíquico entre os profissionais desses serviços.

As variáveis tempo na instituição, tempo na função e tipo de vínculo não demonstraram correlação com TMC neste estudo. Trata-se de uma população, majoritariamente, com carga horária semanal de 40 horas, com vínculo estatutário e com mais de 10 anos de exercício na função atual e na prefeitura. Esses resultados discordam de outros estudos que apontam essas variáveis correlacionadas com TMC mostrando que quanto maior o tempo no serviço e na função, e quanto mais estável o vínculo de trabalho menor a taxa de TMC.

Marcelino e Araújo (2015) verificaram que profissionais com tempo de trabalho menor que cinco anos no serviço foram os que apresentaram as maiores prevalências de TMC (55,6%). Os autores elucidam que quanto mais maduro era o indivíduo e quanto maior o tempo na unidade, menor era a prevalência de TMC. Este fato pode estar indicando que os profissionais tendem a se adaptar às condições difíceis, traçando melhores estratégias que melhor os protejam; ou seja, com o tempo aprendem a solucionar possíveis dificuldades ou mesmo conseguem ocupar situações de mais baixas exposições.

Em estudo realizado com profissionais da ESF, em um Município do Estado da Bahia, o tipo de vínculo de trabalho mais frequente foi o cooperativado com 93,3%: entre os médicos, 85,1%; enfermeiros 97,1%; e cirurgiões-dentistas 97,0%. Segundo o autor, essa estratégia de contratação impõe aos trabalhadores a sua vinculação de forma compulsória à cooperativa de trabalho, sendo uma das consequências a perda da sua autonomia, a subordinação aos interesses do contratante, em especial, as precárias condições de infraestrutura da rede assistencial da ESF. O mesmo autor afirma que essa condição é um fator desestimulante para os profissionais (Barbosa *et al*, 2012).

Moura *et al* (2022) salientam que os postos de trabalho com vínculos estáveis, segundo a literatura, representam maior segurança aos profissionais, sentindo-se mais seguros em comparação com os trabalhadores temporários/não concursados.

De acordo com Pina (2017), a reestruturação produtiva acarretou consequências desastrosas não só às empresas privadas, mas também aos serviços públicos, incluindo os da saúde. Nota claramente a fragilidade do vínculo trabalhista celetista, o que compromete também o vínculo no trabalho, com os colegas e com o usuário. Segundo o autor, as consequências desses princípios da organização do trabalho são a necessidade de produtividade e da riqueza e a erosão do lugar acordado à subjetividade e à vida no trabalho. Essa nova organização do trabalho resulta em agravamento das patologias mentais decorrentes do trabalho e desenvolve situações de sofrimento laboral.

Depois de testados os três modelos estatísticos, as variáveis que apresentaram maior relevância nas análises de dados de associação com os TMC foram dias de caminhada, liberdade de expressão, relevância do trabalho, oportunidade de crescimento, equidade das tarefas, uso de medicamentos, equilíbrio trabalho família, cabe ressaltar que a grande maioria das variáveis que apresentaram relevância são as variáveis ligadas às questões do trabalho (Tabela 9).

O Uso de Medicamentos (OR=5,71; p-valor=0.003), variável categórica binária, compôs instrumento que mediu as características de morbidade. As análises demonstraram que os indivíduos que fazem uso de medicamentos têm maiores chances de desenvolverem TCM, sendo a variável que apresentou maior correlação com a suspeição de TMC.

Estudos já realizados relacionando o uso de medicamentos em profissionais de saúde, apresentaram resultados semelhantes à presente pesquisa, embora a maioria deles fossem voltados para profissionais que atuam na área hospitalar. (Carvalho; Araújo; Bernardes, 2016; Rocha *et al* 2023; Martins *et al*, 2014).

Segundo Machado, Morais e Algeri (2022), entre os profissionais da saúde, cerca de 10 a 15%, consumirá substâncias psicoativas em algum momento do exercício da profissão, 6 a 8% apresentam algum problema ligado ao uso drogas e a frequência aumenta para 14% quando se analisa o consumo de bebida alcoólica. Os opióides são a classe de substância de maior prevalência entre os profissionais da saúde.

Em estudos com trabalhadores da APS, também revelaram alta prevalência de uso de medicamentos e correlação com adoecimento psíquico. Estudo realizado com profissionais que atuam na APS da Região de Saúde de

Jequitinhonha/Diamantina/Minas Gerais, observou que 10,7% dos profissionais da saúde entrevistados utilizavam psicofármacos (Rocha *et al*, 2023).

Outra pesquisa realizada com trabalhadores da APS em três municípios de pequeno porte da Zona da Mata Mineira, o uso de medicamentos apresentou associação significativa com a presença de esgotamento profissional ( $p < 0,01$ ). O uso de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e antidepressivos esteve associado a uma chance de aproximadamente 9:1 para a classificação positiva de esgotamento profissional (*Burnout*), quando comparado aos que não utilizam esses tipos de medicamento ( $p < 0,01$ ) (Martins *et al*, 2014).

O estresse relacionado ao trabalho – condições de trabalho inadequadas, falta de recursos humanos e sobrecarga de trabalho – foi apontado com fator fomentador para que profissionais de enfermagem iniciassem o uso de medicações como ansiolíticos, antidepressivos, sem prescrição médica, assim como fatores ligados. (Machado; Moraes; Algeri, 2022).

O uso de substâncias psicoativas entre a população, principalmente as prescritas por profissionais de saúde, é bem aceito pela sociedade, independente do motivo que levou à sua prescrição. Mesmo entre os profissionais de saúde, que é um grupo que, em tese, sabem os malefícios que o uso dessas substâncias pode trazer para a saúde, quando usado de forma incorreta, essa aceitação se mantém. Contudo, o uso abusivo de substâncias psicoativas tem sido alvo de preocupação da sociedade e considerado um problema de saúde pública (Minas; Rodacoski; Sdoukos, 2019.)

Assim como a variável Uso de Medicamentos, a variável Oportunidade Crescimento (OR=2,23; p-valor=0.019) também demonstrou associação com os TMC. Essa variável compõe uma escala no instrumento que avaliou o Perfil do Ambiente e Condições de Trabalho, em que o entrevistado atribuía uma nota de 0 a 3 para a oportunidade de crescimento e aperfeiçoamento profissional oferecidos pela empresa. As análises demonstraram que os indivíduos que atribuíram uma nota menor tiveram maiores chances de desenvolver TMC. Este resultado está em consonância com outras pesquisas nacionais.

Santos *et al* (2021) analisou nível de ansiedade e estresse laboral em trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde de Caxias/MA, através da Escala de Estresse no Trabalho (EET), composta por 23 fatores. Foi constatado que os fatores estressores que obtiveram médias mais altas referem-se à deficiência nos

treinamentos para capacitação profissional, as poucas perspectivas de crescimento na carreira dentro da empresa e a forma como as tarefas são distribuídas.

Corroborando com esse estudo, Carlos (2017), em pesquisa que teve como objetivo traçar o perfil socioprofissional, analisar a prevalência do estresse no trabalho, a qualidade de vida e o grau de risco do uso e abuso de álcool dos trabalhadores da ESF, verificou, ao aplicar a Escala de Estresse no Trabalho (EET), que os fatores mais estressantes foram a deficiência nos treinamentos para capacitação profissional, as poucas perspectivas de crescimento na carreira, a forma como as tarefas são distribuídas, o tempo insuficiente para realizar o trabalho, a divulgação de informações sobre decisões organizacionais e a realização de tarefas que estão além da capacidade profissional.

Apesar dos dois estudos citados não medirem TMC, eles são relevantes uma vez que se referem ao estresse nos trabalhadores que pode contribuir para processos de adoecimento mental.

A variável Relevância do Trabalho (OR=2,44; p-valor=0.021) também compõe a escala que avaliou o Perfil do Ambiente e Condições de Trabalho, em que o entrevistado atribuía uma nota de 0 a 3 para a relevância de seu trabalho para a instituição e a sociedade. As análises demonstraram que os indivíduos que atribuíram uma nota menor para a relevância do seu trabalho tiveram maiores chances desenvolver TMC.

Pina (2017) destaca que um fator contributivo para insatisfação dos profissionais dos serviços de saúde é a falta de reconhecimento e valorização das atividades desempenhadas, tanto por colegas da equipe de trabalho, quanto por gestores das instituições. O profissional que atua na em ESF demonstra insatisfação em relação ao seu trabalho devido à falta de reconhecimento e de valorização das atividades que desempenham. Falta de reconhecimento em duas vertentes, ou seja, o reconhecimento no sentido da constatação e o reconhecimento no sentido de gratidão.

Em estudo realizado com profissionais de saúde de nível médio das Unidades UBS de Fortaleza, Ceará, os profissionais queixaram-se da falta de reconhecimento de seus superiores e dos usuários das unidades. Segundo os autores, o não reconhecimento pode levar o trabalhador à insatisfação e a sentimentos negativos que irão repercutir no atendimento aos usuários e, por conseguinte, na ampliação do

sentimento de insatisfação para além dos muros das unidades de saúde (Maciel; Santos; Rodrigues, 2015).

Em estudo realizado com profissionais de saúde vinculados às UBS's do município de Natal/RN demonstrou que a forma de organização dos serviços estava contribuindo de forma negativa para a motivação dos profissionais que nele vivenciam o seu trabalho. O mesmo autor destacou a fragilidade do sistema de saúde em Natal. A desumanização no desempenho profissional provavelmente está associada a problemas como distribuição inadequada dos servidores, carência de mecanismos de avaliação de desempenho, discrepâncias salariais entre outros (Alves Filho; Borges; 2014).

Segundo Rosado (2015), inúmeros aspectos são considerados nas análises no que concerne à motivação com o trabalho. No que tange às condições de trabalho, incluem os equipamentos e materiais disponíveis, as relações de trabalho entre os profissionais e desses com os gestores, a situação salarial, a intensidade e multiplicidade das atividades demandadas, entre outros aspectos.

Em estudo realizado com profissionais da APS, em uma cidade de Tríplice Fronteira, no qual se pesquisou o nível de estresse e revelou que aqueles profissionais que não estavam satisfeitos com o trabalho tiveram 94% maior escore de estresse percebido do que aqueles que estavam satisfeitos. Os profissionais que estavam satisfeitos com o trabalho apresentaram menores níveis de estresse, representando um fator de proteção relevante no contexto do trabalho. Segundo os autores, entre os fatores geradores de insatisfação no trabalho em saúde, bem como no âmbito da APS, que têm sido responsáveis por doenças relacionadas ao trabalho, encontra-se trabalhar em local que não é de sua escolha, a sobrecarga de trabalho, absenteísmo e problemas psicossociais. Essas questões podem levar aos agravos, como estresse, ansiedade, depressão, outros transtornos mentais e abuso de álcool e drogas (Lima; Gomes; Barbosa, 2020).

Não ter reconhecimento profissional, seja pela instituição, seja pelos colegas ou pela sociedade, resulta em insatisfação pessoal, gera uma carga negativa para o indivíduo na vida, assim como nas atividades laborais, podendo ocasionar desgastes de cunho psíquicos e, conseqüentemente, repercutindo na vida laboral, pessoal/familiar e social. Ser valorizado e reconhecido no trabalho constitui, portanto, uma condição fundamental para que o ser humano busque sua identidade e estabeleça relações saudáveis (Navarro; Guimarães; Garanhani, 2013).

No presente estudo, o absenteísmo entre os profissionais foi de 15,83%. Esta variável, também, não demonstrou correlação com adoecimento mental. As categorias “encontra-se em local que não é sua escolha”, “sobrecarga de trabalho” e “problemas sociais” não fizeram parte do escopo da pesquisa.

Apesar da ESF ser a porta de entrada para a rede de atenção do SUS, estar presente na grande maioria das cidades Brasileiras, atender diariamente milhares de pessoas, com oferta de serviços desde vacinação, curativo, a consulta medica, ainda assim, não há um reconhecimento da importância deste serviço pela população, gestão e sociedade, como se o trabalho na ESF fosse menos importante, do que o trabalho nos serviços de atenção especializada.

As análises da variável Liberdade de Expressão (OR=0,17; p-valor=0.025), que compõe uma das perguntas da escala que avaliou o Perfil do Ambiente e Condições de Trabalho, demonstraram que os indivíduos que tiveram menor pontuação nessa escala tiveram mais chances de desenvolver TMC.

Poucos estudos foram encontrados na revisão da literatura sobre o tema. Segundo Cavalcanti e Martins (2015), a liberdade de expressão permite que o profissional expresse suas contestações, questionamentos, contribuições, contrariedade, considerações, críticas e sugestões que podem promover mudanças nas condições de trabalho, a partir de formas de executar as atividades e melhorar a organização deste trabalho tornando o ambiente satisfatório e saudável. Os mesmos autores avaliaram, em seu estudo, o domínio Liberdade de Expressão, que compõe a Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST), trata-se do sentimento de estar livre para pensar, organizar e falar sobre o trabalho e tem como objetivo promover o prazer nas atividades na APS. Esse domínio teve como indicador Moderado/Crítico entre os profissionais do estudo.

Dado divergente foi encontrado por Santiago (2016), quando utilizou a mesma escala no grupo de ACS de Juiz de Fora/MG, para o domínio liberdade de expressão, todos os itens foram satisfatórios. O autor infere que o estudo demonstrou haver uma relação horizontal no trabalho, onde há liberdade para conversar sobre os problemas e buscar soluções para os mesmos.

A variável Equidade de tarefas (OR=0,40; p-valor=0.011), compõe uma escala que avaliou o Perfil do Ambiente e Condições de Trabalho, em que o entrevistado atribuía uma nota de 0 a 3 para a distribuição das tarefas. As análises demonstraram

que os indivíduos que atribuíram uma nota menor tiveram maiores chances de desenvolver TMC.

Em pesquisa com enfermeiras de ESF reforçou as críticas sobre a divisão de tarefas, sobretudo a pouca participação dos médicos na esfera gerencial da unidade e sistema de informação. As participantes da pesquisa responsabilizam os distritos pela desigualdade na repartição de tarefas, afirmando que as equipes distritais e locais reproduzem concepções arraigadas da dimensão gerencial do trabalho da enfermeira que não condizem com a ESF. A falta de equidade nas tarefas gera o sentimento de injustiça constante (Feliciano; Kovacs; Sarinho, 2010).

A compreensão e a definição clara dos papéis profissionais associados a determinada tarefa são indispensáveis no serviço público. Principalmente porque a indefinição ou a ambiguidade relativa ao papel profissional pode gerar conflitos na equipe ao acumular-se expectativas inadequadas ou mal delimitadas entre seus membros. O autor salienta que a delimitação do papel profissional acompanha as expectativas dos outros membros da equipe quanto ao papel que o profissional em questão deve exercer, acrescidas das próprias expectativas do profissional sobre sua capacidade de realização e de interpretação das expectativas dos outros. Desse modo a divisão de tarefas devem estar claro para cada profissional (Aguilar-da-Silva; Scapin; Batista, 2011).

Em estudo realizado com profissionais de saúde no município de Joinville, Santa Catarina, foi observado que algumas das atividades de trabalho executadas como a visita domiciliar e a organização da demanda dos serviços na unidade geravam conflito. Segundo os autores, essa situação demonstra como o trabalho em saúde é fragmentado. Essa manifestação reforça os aspectos da hierarquia e das relações desiguais entre os trabalhadores dentro da organização do trabalho em saúde. Portanto, entende-se que a atividade de trabalho acarreta a contradição em seu processo, e que essa contradição preside a estrutura do modelo da divisão do trabalho, bem como a demarcação social entre trabalhadores e gestores (Ayala; Oliveira, 2007).

O trabalho na ESF é permeado por vários fatores já citados anteriormente, a complexidade de estar inserido dentro do território, as relações entre os membros da equipe, e entre a equipe e usuários, equipe e gestão. O trabalho de cada profissional que compõe a equipe se complementam, de modo que, cada um entender seu papel nesse processo é fundamental para que o sistema funcione. Falar em divisão de

tarefas de forma meramente mecânica, fragmentada, não é o que se propõe, sendo fundamental que cada trabalhador reconheça o fazer sua tarefa e seu papel social dentro do sistema.

Equilíbrio Trabalho-Família (OR=0,22; p-valor=0.000) é a variável que compõe a escala que avaliou o Perfil do Ambiente e Condições de Trabalho, em que o entrevistado atribuía uma nota de 0 a 3 para o nível de equilíbrio entre seu trabalho e família. As análises demonstraram que os indivíduos que atribuíram uma nota menor tiveram maiores chances de desenvolver TMC, ou seja, quanto menor o equilíbrio entre o trabalho e a família, maior a chance de desenvolver TCM. Este resultado é corroborado por outros estudos.

Segundo estudo de Goulart Junior *et al* (2013), relações difíceis na família e tensão relacionada à vida conjugal e aos filhos pode ter relação negativa com o desempenho do profissional no trabalho e contribuir com o absenteísmo, gerando mais desgaste profissional no trabalho, menor concentração e piores resultados de desempenho. Outro achado desta pesquisa foi de que quanto maior a interferência do trabalho na família, menor é a percepção do profissional sobre a saúde no trabalho e menor é a sua percepção de segurança e competência no trabalho. Tais achados podem indicar que as influências e interferências da família no trabalho podem estar diretamente ligadas ao aparecimento do estresse ocupacional (Goulart Junior *et al*, 2013)

De acordo com Rocha *et al* (2023) fatores que também influenciam na saúde mental dos profissionais que compõem as equipes de saúde no contexto da APS são os problemas familiares. Como qualquer outra pessoa, estes profissionais passam por situações difíceis na família, em especial o adoecimento de familiares quando a responsabilidade acaba sendo atribuída a esses profissionais, por já atuarem na área da saúde.

Todavia, essa relação entre trabalho e família é pouco referida na literatura. Alguns estudos trazem a relação do adoecimento com ter filhos (Pina, 2017; Rosado, 2015; Lima, Gomes, Barbosa, 2020), relacionando a maior presença de adoecimento entre mulheres e a sobrecarga de trabalho delas, já citado anteriormente.

Cabe ressaltar que, após uma vasta pesquisa nas bases de dados, pouco foi encontrado na literatura sobre a influência das relações familiares no trabalho dos profissionais. Entretanto, neste estudo, esse dado foi relevante demonstrando significância estatística.

A instituição família sofreu mudanças significativas nas últimas décadas, em sua conformação, a presença da mulher como responsável familiar, faz – se necessário mais estudos voltados a essa temática.

Segundo Mascarenhas, Prado e Fernandes (2013), a mulher agora exerce dupla jornada de trabalho, tendo que trabalhar e cuidar da casa e dos filhos, o que acaba gerando uma série de conflitos uma vez que o excesso de atividades limita o tempo de estar com a família e de desenvolver atividades que a realize pessoalmente, prejudicando seu desempenho como mãe, esposa, filha, amiga e mulher.

Portanto não se trata apenas de um impasse entre carreira profissional e família, trata-se de desenvolver competências necessárias para lidar com os desafios de equilibrar a carreira profissional e a vida familiar. A inserção, cada vez maior, da mulher no mercado de trabalho apontam para as diversas consequências que isto tem acarretado, principalmente, no que diz respeito à “dupla jornada de trabalho”, que passou a enfrentar, pois suas “responsabilidades” como dona de casa, esposa e mãe se mantiveram (Guimarães; Petean, 2012).

Por fim, a variável Dias de Caminhada (OR=0,77; p-valor 0.031), que indica o número de dias da semana no qual o indivíduo caminhou durante um período contínuo de no mínimo 10 minutos. Essa variável foi aferida através da escala IPQA (versão reduzida). As análises demonstraram que aqueles indivíduos que caminharam tiveram menores chances de desenvolver TMC (OR=0,77).

É sabido os benefícios da atividade física na vida das pessoas, e amplamente discutido na literatura quanto aos benefícios na melhora para a saúde física e mental, com impacto na prevenção de várias doenças, como demonstrou o estudo realizado com profissionais da APS que verificou, entre o grupo estudado, os profissionais que não tinha tempo para lazer nem realizavam atividade física apresentaram associações estatisticamente significantes com TMC (Carvalho; Araújo; Bernardes, 2016; Neme; Limongi, 2019; Lopes *et al*, 2021).

Em pesquisa realizada com estudantes da área da saúde, a ausência de ansiedade ou ansiedade baixa foi mais observada em quem pratica atividade física (66,5%). Os autores salientam que a prática de atividades físicas reduz a ansiedade, além do que, praticar exercício físico é fundamental para o bom funcionamento do corpo, para reduzir o estresse, melhorar a qualidade do sono, o ânimo e a disposição, todos esses fatores contribuem para prevenir instabilidades que desgastam o corpo e a mente (Galvão *et al*, 2021).

De acordo Neme e Limongi (2019) a atividade física foi relatada por 81,2% dos participantes em sua pesquisa com professores universitários em Brasília/DF e manteve como fator de proteção para TMC na análise bivariada e no modelo final de regressão. Os autores inferem que a prática de atividade física tem mostrado eficiência na prevenção e no tratamento de diferentes processos de adoecimento psíquico.

Em estudo realizado com profissionais da APS de municípios da Bahia, onde se avaliou a associação entre inatividade física no lazer e TMC entre trabalhadores. Os resultados demonstraram que os indivíduos inativos fisicamente no lazer apresentaram maior prevalência de TMC, isto é, ser inativo no lazer aumentou em 36% a prevalência de TMC entre os trabalhadores da APS.

É importante salientar que a prática de atividade física regular é fator de proteção para o adoecimento mental, pois promove a sensação de bem estar e melhora a capacidade de suportar as tensões em situações distintas do cotidiano, inclusive no ambiente de trabalho (Lopes *et al*, 2021).

## 8 PRODUTO TÉCNICO TECNOLÓGICO (PTT)

Segundo manual da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) do Ministério da Educação do Brasil (MEC), produto é o resultado palpável de uma atividade docente ou discente, podendo ser realizado de forma individual ou em grupo. O produto é algo tangível, que se pode tocar, ver, ler, etc. Pode ser um cultivar ou um conjunto de instruções de um método de trabalho. O Produto é confeccionado previamente ao recebimento pelo cliente/receptor, que só terá acesso após a conclusão dos trabalhos (Brasília, 2019).

Ao longo do primeiro semestre de 2023, nas orientações do trabalho de conclusão, já havia sido pensado juntamente com a orientadora sobre a produção do produto.

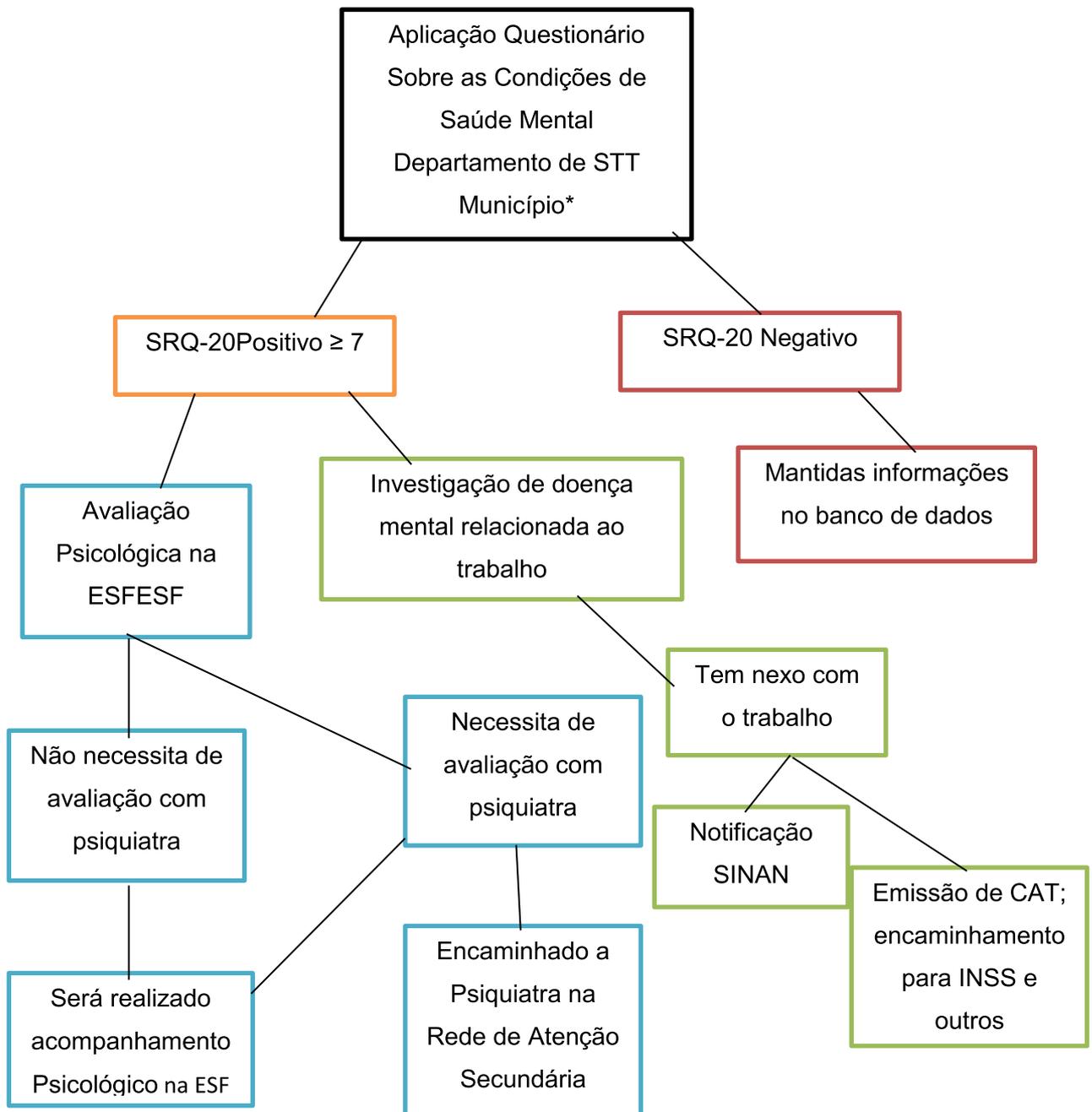
O produto técnico criado foi um banco de dados, produzido a partir do resultado da pesquisa, contendo todas as variáveis estudadas na pesquisa. A partir desse banco de dados será desenvolvido um instrumento de avaliação e acompanhamento das condições de saúde geral e mental dos trabalhadores da APS/AB do Município de Leopoldina, Minas Gerais. Além do Instrumento de Avaliação foi criado também um fluxograma de como esse profissional será atendido dentro da rede (Fluxograma 2). Com tais instrumentos, pretende-se criar um programa de acompanhamento dos profissionais.

O questionário proposto deverá ser aplicado pela enfermeira do Departamento de Saúde do Trabalhador já existente na Secretaria de Municipal de Saúde do Município de Leopoldina, Minas Gerais. A proposta de fluxo de acompanhamento prevê que os trabalhadores identificados com possível adoecimento mental (*Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)*), com ponto de corte  $\geq 7$ , seja encaminhado para uma avaliação com um psicólogo que compõe a equipe multiprofissional do Município e, se esse julgar necessário, será encaminhado para uma avaliação com um psiquiatra, da Rede da Atenção Secundária. Caso o trabalhador não compareça à primeira avaliação será realizada uma busca ativa pela psicóloga que compõe a equipe multiprofissional do município que tem acesso a todas as equipes de ESF.

Após a finalização da etapa de apresentação dos resultados do estudo será apresentado, ao Secretário de Saúde do Município, a proposta de fluxo de acompanhamento anual dos trabalhadores.

Acridita-se que esse PTT poderá melhorar a saúde dos profissionais ao identificar possíveis trabalhadores que necessitem de cuidados de saúde e realizar ações de prevenção. Conseqüentemente, espera-se ocorrer impacto na qualidade do serviço ofertado aos usuários uma vez que o adoecimento mental de trabalhadores gera afastamentos temporários ou permanentes para tratamento.

Fluxograma 2 - Fluxograma para atendimento dos trabalhadores da APS do Município de Leopoldina, Minas Gerais, em Saúde Mental



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

\* Caso o trabalhador não compareça à primeira avaliação será realizada uma busca ativa pelos psicólogos que compõe a equipe multiprofissional do município que tem acesso a todas as equipes de ESF.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar um mestrado profissional em saúde da família ressignificou minha atuação profissional enquanto Enfermeira da ESF. Foi possível compartilhar das experiências e troca de informações de colegas inseridos em outras áreas de atuação, mas que aspiravam dos mesmos desejos, que era compreender e repensar os processos de adoecimento e saúde, e a atuação enquanto profissionais da APS.

O tema de pesquisa se tornou motivo de inquietação. Entender as conturbações e sofrimentos do trabalhador na saúde é considerar as circunstâncias do coletivo de trabalhadores, melhor dizendo, de tudo que envolve o trabalho na APS, as relações com a gestão, as relações com a equipe e com usuários, a forma que o fazer saúde para os outros impacta na vida destes trabalhadores.

Este estudo possui algumas limitações. A amostra foi obtida de forma por conveniência, caracterizando amostragem que não tem rigor na seleção dos participantes e, portanto, não se pode afirmar se todas as pessoas incluídas no estudo são representativas da população. Não se pode mensurar, por exemplo, se os 11 trabalhadores considerados inelegíveis (tempo de trabalho na instituição menor que um ano), não seriam identificados com suspeição de TMC.

O estudo não definiu diagnóstico específico de adoecimento mental, mas apontou para situação de estresse ocupacional e para nível de suspeição de TMC, sendo o SRQ-20 baseado em respostas autorreferidas.

Apesar das limitações deste estudo, como a impossibilidade de avaliar sequência temporal entre os eventos estudados e o chamado efeito do trabalhador sadio (que seleciona e mantém no trabalho apenas aqueles indivíduos saudáveis), foram produzidas informações úteis que permitem caracterizar populações que apresentam condições de vulnerabilidade que demandam intervenções que possam reduzir ou eliminar agravos.

Mesmo considerando as limitações do desenho epidemiológico adotado, o estudo respondeu aos objetivos propostos ao descrever a taxa de suspeição de TMC de 39,16%, sendo maior entre as mulheres e negros (características sociodemográficas), entre os que consomem medicamentos e realizam menos caminhada (características, comportamentais e de morbidade), entre os que “frequentemente” possuem trabalho excessivo, entre os trabalhadores que “às vezes” e “frequentemente” realizam tarefas rápidas, entre os que não participam de decisões

no trabalho (características do vínculo ocupacional e condições de trabalho), entre ACS (característica de categoria profissional), nas UBS mais recentes e mais distantes geograficamente do centro urbano do município (característica segundo a região/bairro da Unidade Básica de Saúde - UBS).

No entanto, o modelo final de análise confirmou que as variáveis que demonstraram maior correlação estatisticamente significativa com a suspeição de TMC foram o Uso de Medicamentos, Liberdade expressão, Relevância trabalho, Oportunidade de crescimento, Equidade de tarefas, Equilíbrio trabalho família demonstrando maior significância estatística. Mesmo não sendo possível identificar relação de causa-efeito, ou seja, se os trabalhadores em uso de medicamentos o faz porque já se encontram em cuidados da saúde mental ou se o uso é um preditor de TMC, este achado ratifica o grave problema de saúde pública que é o alto consumo de fármacos na população geral. Estudos que possam elucidar melhor a associação de causalidade e ações de intervenção configuram urgência para melhorar a condição de saúde mental da população estudada.

As Variáveis Trabalho no modelo final ressaltam a importância dos aspectos ocupacionais na suspeição de TMC da população avaliada.

A alta prevalência de TMC nas populações estudadas produzem consequências, individuais e sociais, reforçando a necessidade de identificação precoce, para orientar intervenções individuais e coletivas. Vale ressaltar que o impacto na área da saúde que os TMC provocam, vão além dos problemas relacionados com o adoecimento, pois são capazes de provocar as aposentadorias por invalidez.

Os TMC estão ligados à baixa qualidade de saúde e de vida, à invalidez no trabalho e aos altos custos para a saúde pública e contribuem significativamente para o alto índice global de doenças no mundo. São mais prevalentes em mulheres, negros e populações em condições socioeconômicas menos privilegiadas, mas também em populações de trabalhadores, por causa do alto *stress* da vida moderna em decorrência da competitividade e globalização.

Além disso, saúde mental ainda é uma temática que sofre estigmatização, fazendo com que muitos sujeitos adoecidos não procurem auxílio, não tenham diagnóstico e se mantenham invisíveis para os serviços de saúde, para a sociedade e para a própria instituição onde trabalha. O presente estudo pode contribuir com essa questão, ao expor as condições de vulnerabilidade da saúde mental da população

analisada e ao questionar possíveis mudanças necessárias no ambiente e na organização do trabalho e do cuidado da saúde do trabalhador na APS do município.

Diante dos resultados encontrados neste estudo, torna-se necessário desenvolver um olhar mais cuidadoso para a saúde e mental dos trabalhadores da APS. Mostra-se necessário o fortalecimento do apoio social no trabalho, a importância de um programa de acompanhamento deles, de momentos de interação em equipe e de escuta qualificada, contando com o apoio dos profissionais qualificados, além de atividades que possam enriquecer e reorganizar o processo e o fluxo de trabalho, junto com o assessoramento da gestão e dos órgãos da vigilância, e consequentemente evitar demandas exaustivas que possam tornar o ambiente laboral adoecedor.

## REFERÊNCIAS

AGUILAR-DA-SILVA, R. H.; SCAPIN, L. T.; BATISTA, N. ALVES. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Revista da Avaliação da Educação Superior**, Campinas, v. 16, n. 1, p. 165–184, mar. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/aval/a/SBnS4PFM6w8bPsbzXdRXppb/?format=html&lang=pt#>. Acesso em: 12 ago. 2014.

ALBALADEJO, R. *et al.* Síndrome de Burnout em el personal de enfermería de un hospital de Madrid. **Revista Española de Salud Pública**, Madrid, v. 78, n. 4, p. 505-516, ago. 2004. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272004000400008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000400008&lng=es&nrm=iso). Acesso em: 04 jul. 2023.

ALBUQUERQUE, F. J. B.; MELO, C.F.; NETO, J. L. A. Avaliação da Síndrome de Burnout em Profissionais da Estratégia Saúde da Família da Capital Paraibana. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v. 25, n. 3, p. 542-549, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/GkkhhsCcnWpG6kTtgvdNCJb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 ago. 2024.

ALCÂNTARA, M. A.; ASSUNÇÃO, A. Á. Influência da organização do trabalho sobre a prevalência de transtornos mentais comuns dos agentes comunitários de saúde de Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 41, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/psC38GZs8n8g3ZQRMYRG8Bv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 maio 2023.

ALCANTARA, M. A. *et al.* Fatores associados a multimorbidades autorreferidas em trabalhadores da rede de saúde municipal. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 48, p. e2, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/s6mRzBF8xyS3s5zQtGhppbb/?lang=pt#>. Acesso em: 23 maio 2023.

ALVES, A. P. Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 64–69, 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/8150>. Acesso em: 17 jul. 2024.

ALVES, M. G. M *et al.* The demand-control model for job strain: a commentary on diferente ways to operationalize the exposure variable. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 31, p. 208-212, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00080714>. Acesso em: 03 jul. 2023.

ALVES, M. G. M. *et al.* Versão resumida da "job stress scale": adaptação para o português. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 164–171, abr. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/55vCVJNVkPjCsGNjhpq5W4r/?format=html&lang=en#>. Acesso em: 13 jul. 2023.

ALVES, M. G. M.; HÖKERBERG, Y. H. M.; FAERSTEIN, E. Tendências e diversidade na utilização empírica do Modelo Demanda-Controle de Karasek (estresse no trabalho): uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 1, p. 125–136, mar. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/jMcJJKDkXqv9YfyrQZ7VWtm/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 03 jul. 2023.

ALVES FILHO, A.; BORGES, L. O. A motivação dos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde. **Psicologia: Ciência e profissão**, v. 34, n. 4, p. 984–1001, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/FqcW7SNHb8zhpHQKWr9xQbn/#>. Acesso em: 28 ago. 2024.

ANDRADE, G. O.; DANTAS, R. A. A. Work-related mental and behaviour disorders in anesthesiologists. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 65, n. 6, p. 504–510, nov. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rba/a/h9mfgsznVFkX3mf6PJcKWFm/?lang=pt#>. Acesso em: 15 ago. 2024.

ARAÚJO, E. M. *et al.*. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 31, p. 383–394, out. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/SK3Gk4HTtwRF8pLJLMzzDXq/?lang=pt#>. Acesso em: 16 jul. 2024.

ARAÚJO, T. M. D.; GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 991-1003, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/v8n4/a21v8n4.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2023

ARAÚJO, T. M. *et al.* Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 424–433, ago. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/w5hxz3s3SsQDW94cvNT7pTF/?lang=pt#4>. Acesso em: 04 jul. 2023.

AYALA, A. L. M.; OLIVEIRA, W. F. A divisão do trabalho no setor de saúde e a relação social de tensão entre trabalhadores e gestores. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 251–270, jul. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/kFFsZCmvyPvsTQfCWPTNZsn/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 13 ago. 2024.

BARBOSA, G. B. *et al.* Trabalho e saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 37, n. 126, p. 306–315, jul. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/fKHdySWQhtCN5MdQfqp9mpv/?lang=pt&format=html#>. Acesso em: 27 ago. 2024.

BENEDETTI, T. R. B. *et al.* Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 13, n. 1, p. 11–16, jan. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbme/a/qMfYbx6NVfKKFyKZLSnBJgH/#>. Acesso em: 12 jul. 2023.

BEZERRA, G. *et al.* O impacto da pandemia por COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **REAID**, 2020. Disponível em: <http://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/758>. Acesso em: 20 fev. 2022.

BORGES, N. S.; SANTOS, A. S.; FISCHER, L. A. Estratégia de Saúde da Família: Impasses e desafios atuais. **Saúde redes**, p. 105-114, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1116018>. Acesso em: 15 ago. 2024.

BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R.; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1585–1596, jun. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/h7LRRgffDcCmDmQxn6YsQcv/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 03 jul. 2023.

BRASIL. Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a política nacional de segurança e saúde no trabalho – PNSST. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 08 nov. 2011. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato20112014/2011/Decreto/D7602.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20112014/2011/Decreto/D7602.htm). Acesso em: 25 maio 2023.

BRASIL. **Doenças Relacionadas ao Trabalho**. Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas\\_relacionadas\\_trabalho\\_manual\\_procedimentos.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho_manual_procedimentos.pdf). Acesso em: 06 jul. 2023.

BRASIL. **E – Gestor: Informação Básica**. Informação e gestão da atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/reIHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 23 maio 2023.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 22 jul. 2023.

BRASIL. Nota Informativa nº 94/2019-DSASTE/SVS/MS. Orientação sobre as novas definições dos agravos e doenças relacionados ao trabalho do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em:

<https://www.saude.ba.gov.br/wpcontent/uploads/2019/09/NOTA-INFORMATIVA-N.-942019-DSASTESVSMS.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2003.

BRASIL. **Pesquisa analisa impacto psicológico da covid em profissionais da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/julho/saude-mental-pesquisa-analisa-impacto-psicologico-do-enfrentamento-a-covid-19-em-profissionais-da-saude>. Acesso em: 06 mar. 2022.

BRASIL. **PNAB: Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar>. Acesso em: 21 dez. 2023.

BRASIL. Portaria nº 1339, de 18 de novembro de 1999. Instituir a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico, constante no Anexo I desta Portaria. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 1999. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339\\_18\\_11\\_1999.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339_18_11_1999.html). Acesso em: 06 jul. 2023.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 22 set. 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 23 maio 2023.

BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 13 nov. 2019b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979\\_13\\_11\\_2019.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html). Acesso em: 23 maio 2023.

BRASIL. **Saúde do trabalhador e da trabalhadora**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 136 p. Cadernos de Atenção Básica, n. 41. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/caderno-atencao-basica-41-saude-trabalhador-trabalhadora>. Acesso em: 23 out. 2022.

BRASIL, E. G. M.; AMORIM, D.U.; QUEIROZ, M. V. O. Atuação do Agente Comunitário de Saúde no cuidado ao adolescente: propostas educativas. **Adolesc Saude**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 28-35, 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/abr-338>. Acesso em: 30 set. 2024.

BRASÍLIA. **Produção Técnica**. Grupo de Trabalho. Brasília: Ministério da Educação, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/10062019-producao-tecnica-pdf>. Acesso em: 09 nov. 2023.

BROTTO, T. C. A; ARAUJO, M. D. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador? **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional** [online], 2012, v. 37, n. 126, pp. 290-305. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572012000200011>. Acesso em: 23 nov. 2022.

CAMPOS, F. M. *et al.* Estresse ocupacional e saúde mental no trabalho em saúde: desigualdades de gênero e raça. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, p. 579–589, out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040559>. Acesso em: 16 de jul. 2024

CARLOS, M. A. **Perfil, qualidade de vida, estresse laboral, abuso e dependência de álcool dos trabalhadores da estratégia saúde da família**. 2017. 85 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/19069>. Acesso em: 26 jul. 2024.

CARLOTTO, M. S. Transtornos Mentais Comuns em trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: Prevalência e fatores associados. **Psicologia Argumento**, v. 34, n. 85, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-835174>. Acesso em: 05 jul. 2023.

CARREIRO, G.S.P. *et al.* O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. Ver. **Eletrônica de Enfermagem**. v. 15, n.1, p. 146-55, março, 2013. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/14084>. Acesso em: 12 nov. 22.

CARVALHO, C. N. *et al.*. Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 62, n. 1, p. 38–45, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/8fr7mYgBMqyJ3ptcByvMKdN/#> Acesso em: 8 ago.2024.

CARVALHO, D. B. DE.; ARAÚJO, T. M. DE .; BERNARDES, K. O.. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 41, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/5xtwTHrPRxzysVTsfsCQ3Tp/?lang=pt&format=html#>. Acesso em: 05 de jul. 2023.

CARVALHO, L.; NOVAES, M.; EMANOEL, L. Avaliação do nível de stress em profissionais de saúde. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, vol. 7, n°. 3, p. 570-582, dez. 2007. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4518/451844615016.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2022.

CAVALCANTI, E. C.; MARTINS, V. M. A. Pleasure and suffering the attention of work basic guarabira county health. **Revista Gestão e Conhecimento**, [S. l.], v. 9, n. 2, 2015. Disponível em: <https://ojs.revistagc.com.br/ojs/index.php/rgc/article/view/75>. Acesso em: 28 ago. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Conselho Nacional de Saúde Promoverá live sobre saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras no Brasil.**

Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/abril/cns-promovera-live-sobre-a-saude-mental-dos-trabalhadores-e-trabalhadoras-no-brasil>. Acesso em 21 de jun. de 2024

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM SÃO PAULO (COREN-SP). **COREN-SP Apresenta lista de ações após sondagem sobre adoecimento mental.**

São Paulo: Coren-SP, 2020. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/noticias/coren-sp-apresenta-lista-de-acoes-apos-sondagem-sobre-adoecimento-mental/#:~:text=53%25%20dos%20participantes%20afirmam%20sofrer,cen%C3%A1rio%20de%20sucateamento%20do%20SUS>. Acesso em: 22 de jul. 2024.

COSTA, D. *et al.* Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 38, n. 127, p. 11–21, jan. 2013.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/8j9nbYrQgSd7kjKs4tBqJMk/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 25 maio 2023.

CRUZ, E. L. *et al.* Transtornos mentais comuns entre profissionais da saúde. **Health Residencies Journal – HRJ**, [S. l.], v. 3, n. 14, p. 1072–1090, 2022. Disponível em:

<https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/321>. Acesso em: 5 jul. 2023.

DANNA, C. L. O teste piloto: uma possibilidade metodológica e dialógica na pesquisa qualitativa em educação. In: I COLÓQUIO NACIONAL E VII ENCONTRO DO NÚCLEO DE ESTUDOS LINGUÍSTICOS (NEL) da FURB, 16, 2012, Blumenau. **Anais eletrônicos**. Blumenau: FURB, 2012. Disponível em:

<https://www.tecnoevento.com.br/nel/anais/artigos/art16.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2023.

DANTAS, E. S. O. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, suppl 1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.200203>. Acesso em: 06 de mar. 2022.

DIAS, E. C; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência & Saude Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 817-28, 2005. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/Sx46hbnFVtzBJgXygs5FjJg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 maio 2023.

DILÉLIO, A. S. *et al.* Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 503-514, 2012. Disponível em:

<https://www.scielo.org/pdf/csp/2012.v28n3/503-514/pt>. Acesso em: 06 ago. 2024.

ESPERIDIÃO, E; SAIDEL, M. G. B; RODRIGUES, J. Mental Health: Focusing on Health Professionals. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73 N. Ver.Bras.

Enferm. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.202073supl01>. Acesso em: 29 mar. 2023.

ESPERIDIÃO, E; SAIDEL, M. G. B; RODRIGUES, J. A saúde mental: foco nos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, Suppl 1, e73supl01, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.202073supl01>. Acesso em: 29 mar. 2023.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 520–527, jun. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/cyW8bzc7CXQYKwjPLZb9TQL/?lang=pt#>. Acesso em: 09 ago. 2024.

FERNANDES, L. M. S. **Estudo de risco de suicídio e transtorno mental comum em profissionais de um hospital geral no estado de São Paulo**. 2018. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6139/tde-05032018-125427/pt-br.php>. Acesso em: 28 ago. 2024.

FERNANDEZ, M.; LOTTA, G.; CORRÊA, M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00321>. Acesso em: 18 set. 2022.

FREITAS, R. F. *et al.* Prevalência e fatores associados aos sintomas de depressão, ansiedade e estresse em professores universitários durante a pandemia da COVID-19. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 70, n. 4, p. 283–292, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/8DKtKHH8xFrMjSjTr7X93Lt/?lang=pt#>. Acesso em: 16 jul. 2024.

FUNCIA, F. R. Novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 31 de outubro de 2019. *Domingueira* nº 39, nov. 2019. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-39-novembro-2019?lang=pt>. Acesso em: 02 jan. 2024.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid-19: orientação aos trabalhadores dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41828>. Acesso em: 20 nov. 2023.

GAIOTTO, E. M. G. *et al.* Necessidades em Saúde do Trabalhador da Atenção Básica: relato de experiência de articulação entre pesquisadores, gestores e trabalhadores no Município de São Paulo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33045, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/W3bxZ5WLcN3kXpq5c5TyQcK/?lang=pt#>. Acesso em: 24 maio 2023.

GALVÃO, A. P. F. C. *et al.* Ansiedade: Fatores predisponentes em estudantes universitários para o adoecimento mental. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 7, n. 5, p. 50387–50400, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/30058>. Acesso em: 28 ago. 2024.

GARCIA, G. P. A.; MARZIALE, M. H. P. Satisfaction, stress and burnout of nurse managers and care nurses in Primary Health Care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. e03675, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/WtxT9fgVJ5fgnNDyCZqvCHC/?lang=pt#>. Acesso em: 23 jun. 2023.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. DE. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475–1482, abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TGQXJ7ZtSNT4BtZJgxYdjYG/?lang=pt#>. Acesso em: 14 fev. 2014.

GIOVANELLA, L. *et al.* A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe4, p. 161–176, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/LTxlLz5prtrLwWLzNJZfQRy/?lang=pt#>. Acesso em: 14 fev. 2024.

GOMEZ, C. M.; VASCONCELLOS, L. C. F. DE.; MACHADO, J. M. H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1963–1970, jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DCSW6mPX5gXnV3TRjfZM7ks/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 maio 2023.

GOULART JUNIOR, E. *et al.* Exigências familiares e do trabalho: um equilíbrio necessário para a saúde de trabalhadores e organizações. **Pensando fam.**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 110-122, jul. 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679494X2013000100011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679494X2013000100011&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 19 jul. 2024.

GRECO, P. B. T. *et al.* Utilização do modelo demanda-controle de Karasek na América Latina: uma pesquisa bibliográfica. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S. l.], v. 1, n. 2, p. 272–281, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2566>. Acesso em: 1 jul. 2023.

GUIMARÃES, M. G. V.; PETEAN, E. B. L. Carreira e família: Divisão de tarefas domiciliares na vida de professoras universitárias. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v. 13, n. 1, p. 103-110, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2030/203023770011.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2024.

HARDING, T.W. *et al.* Mental Disorders in Primary Health Care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychol Med**, v. 10, n.2, p. 231-41, 1980. Disponível em:

<https://doc.rero.ch/record/304727/files/S0033291700043993.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2022.

JACINTO, A.; TOLFO, S. R. Fatores psicossociais de risco no trabalho e Transtorno Mental Comum: uma revisão sistemática de estudos que utilizaram os instrumentos JCQ, JSS e SRQ-20. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 9, n. 2, p. 107-124, 2017. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6345261>. Acesso em: 14 ago. 2024.

JULIO, R. DE S. *et al.* Prevalência de ansiedade e depressão em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 30, p. e2997, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/wwr3pFwyvssv5s5wNJvXKvw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 maio 2023.

KARASEK, R. A. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. **Administrative Science Quarterly**, v. 24, n. 2, p. 285–308, 1979. JSTOR, Disponível em: <http://doi.org/10.2307/2392498>. Acesso em: 30 jun. 2023.

KASPPER, L. S.; SCHERMANN, L. B. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em usuárias de um Centro de Referência de Assistência Social de Canoas/RS. **Aletheia**, Canoas, n. 45, p. 168-176, dez. 2014. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942014000200013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942014000200013&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 11 jul. 2024.

LIMA, G. K. M. DE .; GOMES, L. M. X.; BARBOSA, T. L. DE A.. Qualidade de Vida no Trabalho e nível de estresse dos profissionais da atenção primária. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 126, p. 774–789, jul. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/M76C5zvrQZ8xxshvZ3f6rmp/#>. Acesso em: 12 jul. 2024.

LOBO, B. L. V.; ALMEIDA, P. C. de; CABRAL, M. COVID-19 e a saúde mental de médicos residentes na atenção primária: medo, ansiedade e depressão. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 44, p. 3163, 2022. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3163>. Acesso em: 21 mar. 2024.

LOPES, F. Q. R. de S. *et al.* Inatividade física no lazer e transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 5, p. 26110514690, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14690>. Acesso em: 14 ago. 2024.

LUCCHESI, R. *et al.* Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 200–207, maio 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/hPYgLCWcbcyrWt5jhgxT5z/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 jun. 2023.

MACHADO, M. L.; MORAIS DA SILVA, F.; ALGERI, S. A dependência química entre os profissionais da saúde: uma revisão integrativa. **Nursing Edição Brasileira**, [S.

l.], v. 25, n. 286, p. 7352–7367, 2022. Disponível em: <https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2321>. Acesso em: 11 jul. 2024.

MACIEL, R. H. M. DE O.; SANTOS, J. B. F.; RODRIGUES, R. L. Condições de trabalho dos trabalhadores da saúde: um enfoque sobre os técnicos e auxiliares de nível médio. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 40, n. 131, p. 75–87, jan. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/9XmPsZJtkBznK7ZdMZ9z8tD/?lang=pt#>. Acesso em: 12 ago.2024.

MAGNAGO, T. S. B. D. S.; LISBOA, M. T. L.; GRIEP, R. H. Estresse, aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, p. 118-123, 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-513372>. Acesso em: 04 jul. 2023.

MARCELINO FILHO, A.; ARAÚJO, T. M. Estresse ocupacional e saúde mental dos profissionais do centro de especialidades médicas de Aracaju. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, p. 177–199, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/Gvtb4WQFGCG94y7G8syWX3L/?lang=pt#>. Acesso em: 18 jul 2024.

MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; CARRILLO ROA, A. (Orgs.) **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABRES, Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [file:///C:/Users/DELL\\_3510/Downloads/Livro\\_SistemadeSadenoBrasil-organizaoeffinanciamento%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/DELL_3510/Downloads/Livro_SistemadeSadenoBrasil-organizaoeffinanciamento%20(1).pdf). Acesso em: 26 ago. 2016.

MARQUES, S. V. O.; MARTINS, G.B.; SOBRINHO, O.C. Saúde, Trabalho e Subjetividade: Absenteísmo-Doença de Trabalhadores em uma Universidade Pública. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 9, n. spe1, jul. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-3951201100060001>. Acesso em: 20 nov. 2022.

MARTINS, L. F. *et al.* Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2014, v. 19, n. 12, p. 4739-4750. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.03202013>. Acesso em: 11 jul. 2024.

MASCARENHAS, C. H. M.; PRADO, F. O.; FERNANDES, M. H. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1375–1386, maio 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KTDLWR8Kzb6n75jk7c6VLHR/#>. Acesso em: 08 ago. 2024.

MASSENA, P. G. **Formação Médica e cenários da APS: percepção dos estudantes e preceptores do curso de Medicina**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família). 2021. Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Juiz de Fora, MG, 2021.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181–1188, abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLFMg/?lang=pt&format=html#ModalHowcite>. Acesso em: 02 jan. 2024.

MATSUDO, S. T. *et al.* Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Rev Bras Ativ Fís Saúde**. v. 6, n. 2, p. 5-12, 2001. Disponível em: file:///C:/Users/DELL\_3510/Downloads/931-Texto%20do%20Artigo-456-1742-10-20121015.pdf . Acesso em: 12 jul. 2023.

MENDES, Á; CARNUT, L. G; LUCIA, D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**. 2018, v. 42, n. spe1, p. 224-243. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S115>. Acesso em: 21 dez. 2023.

MENDES, Á.; MARQUES, R. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p. 900–916, out. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/j4f5QkGnpbCw5BRBDYzjSLn/?format=html#>. Acesso em: 14 dez. 2023.

MINAS, H.; RODACOSKI, G.; SDOUKOS, S. Uso de medicamentos psicoativos pelos profissionais de saúde da atenção básica. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 2, p. 38-46, 18 jul. 2019. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/240>. Acesso em: 11 jul. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). **Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho**. Brasília, DF, 30 set. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/saude-do-trabalhador/vigilancia-em-saude-do-trabalhador-vigisat/doencas-e-agrivos-relacionados-ao-trabalho/transtorno-mental-relacionado-ao-trabalho>. Acesso em: 2 set. 2024.

MOREIRA I. J. B, *et al.* Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-12, 2016. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)967](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)967). Disponível em: Acesso em: 21 de jun. de 2024

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11–24, jan. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 02 jan. 2024.

MOTA, C. M; DOSEA, G. S; NUNES, P. S. Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4719-4726, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.02512013>. Acesso em: 14 ago. 2024.

MOURA, A. *et al.* Fatores associados à ansiedade entre profissionais da Atenção Básica. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 19, p. 17-26, 2018. Disponível em: <http://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://scielo.pt/pdf/rpesm/n19/n19a03.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2024.

MOURA, R. C. D. DE. *et al.* Transtornos mentais comuns em profissionais de enfermagem de serviços de emergência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, p. eAPE03032, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/wHvYRr4Q7M7p5bKyDmCpZjP/#>. Acesso em: 11 jul. 2024.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 4. ed. Londrina: Midiograf, 2006. Disponível em: [https://sbafs.org.br/admin/files/papers/file\\_llduWnhVZnP7.pdf](https://sbafs.org.br/admin/files/papers/file_llduWnhVZnP7.pdf). Acesso em: 15 maio 2023.

NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G.; FRANCALACCI, V. L. O pentágulo do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida dos indivíduos ou grupos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 5, n. 2, p. 48-59, 2000. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/1002>. Acesso em: 08 abr. 2023.

NAHAS, M. V. *et al.* Reprodutibilidade de uma escala para avaliar a percepção dos trabalhadores quanto ao ambiente e às condições de trabalho. **Rev. Bras. Saúde Ocup.** São Paulo, v. 34, n. 120, p. 179-183, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/8LLXpzhDnnBQnp5ZXknKfYM/>. Acesso em: 15 maio 2023.

NAVARRO, A. S. de S.; GUIMARÃES, R. L. de S.; GARANHANI, M. L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, [S. l.], v. 17, n. 1, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/remede/article/view/50265>. Acesso em: 9 ago. 2024.

NEME, G. G. S; LIMONGI, J. E. Prevalência e fatores relacionados a Transtornos Mentais Comuns entre professores universitários de uma universidade federal Brasileira. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 15, n. 32, p. 112–120, 2019. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/49863>. Acesso em: 13 ago. 2024.

NOGUEIRA L.S., SILVA JUNIOR, M.F., MÜLLER, E. V. Perfil sociodemográfico e fatores de atração e saída dos médicos atuantes na estratégia saúde da família no município de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2159, 2021. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2159/1624> [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2159](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2159). Acesso em: 15 ago. 2024.

NUNES, M. DE O. *et al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p.

1639–1646, nov. 2002. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csp/a/JKRYnBFxzhWvhjhtwVyxhtJ/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 04 jul. 2023.

OLIVEIRA, A. M. N. DE.; ARAUJO, T. M. DE. Situações de desequilíbrio entre Esforço-recompensa de Transtornos Mentais Comuns em trabalhadores de Atenção básica de Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 234-262, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00100>. Acesso em: 08 abr. 2023.

OLIVEIRA, F. E. S. DE. *et al.*. Common mental disorders in Primary Health Care professionals during the COVID-19 pandemic period: a cross-sectional study in the Northern health macro-region of Minas Gerais state, Brazil, 2021. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 32, n. 1, p. e2022432, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/6BZW5kxFwQzcZTZtdq536fG/?lang=pt#>. Acesso em: 21 mar. 2024.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **OMS e OIT pedem novas medidas para enfrentar os problemas de saúde mental no trabalho**. Suíça: OIT, 28 set. 2022. Disponível em: [https://www.ilo.org/Brasilia/noticias/WCMS\\_857127/lang--pt/index.htm](https://www.ilo.org/Brasilia/noticias/WCMS_857127/lang--pt/index.htm). Acesso em: 18 maio 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Depressão**. [S. l], 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>. Acesso em: 21 jun. 2024.

ORNELL, F. *et al.* The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00063520>. Acesso em: 20 fev. 2022.

PEDROSA, J. I. DOS S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 303–311, jun. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/3qnGzjkLF8NcW39S3wzRZSF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 mai. 2023.

PENEDO, R. M.; GONÇALO, C. DA S.; QUELUZ, D. DE P. Gestão compartilhada: percepções de profissionais no contexto de Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e170451, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/R7VYB6qtCbfqqWDPkS3gt6H/#>. Acesso em: 14 ago. 2024.

PEREIRA, E. C. *et al.* Occupational Health, Integrative and Complementary Practices in Primary Care, and the Covid-19 Pandemic. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 56, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0362>. Acesso em: 18 set. 2022.

PEREIRA, M. G., *et al.* Saúde mental de mulheres profissionais de saúde no Brasil: Uma revisão narrativa. **Saúde Mental e Suas Interfaces: Rompendo Paradigmas**, v. 24, 2021. Disponível em:

[https://www.poisson.com.br/livros/individuais/Saude\\_Mental\\_Paradigmas/Saude\\_Mental\\_Paradigmas.pdf](https://www.poisson.com.br/livros/individuais/Saude_Mental_Paradigmas/Saude_Mental_Paradigmas.pdf). Acesso em: 17 jul. 2024.

PIERANTONI, C. R. *et al.* Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 106, p. 637-647, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151060003006>. Acesso em: 08 ago. 2024.

PINA, E. C. P. S. Sofrimento psíquico e processo de trabalho na atenção básica de saúde: revisão na literatura. 2017. 104 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, MS, 2017. Disponível em: <http://repositorio.ufgd.edu.br/jspui/handle/prefix/1121>. Acesso em: 12 jul. 2024.

PINHEIRO, W. L. L. *et al.* Estresse e síndrome de burnout em profissionais de odontologia. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 51, p. e3270, jun. 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3270>. Acesso em: 11 jul. 2024.

PIRES, D. E. P. *et al.* Cargas de trabalho de enfermagem na saúde da família: implicações para o acesso universal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2682, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/FnLzXDCBdWRpPSvrN4mMBCz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 maio 2023.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE LEOPOLDINA: 2022 a 2025. Leopoldina, MG: Prefeitura Municipal de Leopoldina, Secretaria de Saúde, 2022.

RAMOS, A. M. T. *et al.* Saúde Mental de Profissionais de Enfermagem Durante a Pandemia de COVID-19: recursos de apoio. **Escola Anna Nery**, v. 24, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0276>. Acesso em: 6 mar. 2022.

REISER, M. N.; MATTOS, L. B. Repercussões da Covid-19 na saúde mental dos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [S. l.], v. 97, n. 3, p. e023128, 2023. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1640>. Acesso em: 21 mar. 2024.

RESENDE, M. C. DE. *et al.* Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2115–2122, abr. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/V5RQjCFDZnnHcKvxsLyDcs/?lang=pt#>. Acesso em: 11 jul. 2024

RIBEIRO, R. P. *et al.* Estresse ocupacional entre trabalhadores de saúde de um hospital universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, p. e65127, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/93bFnj3GkbyPtrpjyGvn8cj/#>. Acesso em: 04 jul. 2023.

RODRIGUES, E. P et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 296–301, mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/8cTX7L9pgrbBS8sdXwcsTLy/?lang=pt#>. Acesso em: 19 jul. 2024.

RODRIGUES JUNIOR, N. S.; FERNANDES, V. A.; CAMARGO JUNIOR, E. B. Saúde mental de profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19: Estudo em comunidades virtuais. **SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, São Paulo, v. 20, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2024.215845>. Acesso em: 18 jul. 2024.

ROSA, L. C. S.; CAMPOS, R. T. O. Etnia e gênero como variáveis sombra na saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 36, p. 648-656, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2012.v36n95/648-656/pt>. Acesso em: 29 ago. 2024.

ROSADO, I. V. M. **Trabalho e saúde: análise da relação entre condições de trabalho e motivação no emprego e suas interfaces com a saúde dos profissionais nos hospitais públicos**. 2015. 117 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/20547>. Acesso em: 28 ago. 2024.

ROSADO, I. V.M.; RUSSO, G. H. A.; MAIA, E. M.C. Produzir Saúde Suscita Adoecimento? As Contradições do Trabalho em Hospitais Públicos de Urgência e Emergência. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2015, v. 20, n. 10, p. 3021-3032, nov. 2022.

ROCHA, A. L. A. *et al.* Uso de Psicofármacos por profissionais da Atenção primária à Saúde e fatores associados. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 72, n.1, p. 29-36, jan. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/6VCCCDMk333SMXMFzsQK4N/?lang=pt#>. Acesso em: 19 mai. 2023.

SANTIAGO, R. A. **Vivências de prazer e sofrimento no trabalho de agentes comunitários de saúde**. 2016. Dissertação (Mestrado acadêmico em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Juiz de Fora, MG. 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/1297>. Acesso em: 08 ago. 2024.

SAIDEL, M. G. B. *et al.* Intervenções em saúde mental para profissionais de saúde frente a pandemia de Coronavírus. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 28, p. e49923, maio 2020. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/49923>. Acesso em: 08 abr. 2023.

SANTOS, A.S. *et al.* Contexto Hospitalar Público e Privado: Impacto no Adoecimento Mental de Trabalhadores da Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 15, n. 2, p.

421-438, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00054>. Acesso em: 21 nov. 2022.

SANTOS, É. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta Brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 3, p. 238–246, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/FNQ5qZjtSdwznsjZzHTH7jS/#>. Acesso em: 27 ago. 2024.

SANTOS, F. F. DOS. *et al.* Common mental disorders in nursing technicians of a university hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, p. e20180513, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/cKsLffMfL6dfvWG3rCRDGgR/?lang=en#>. Acesso em: 25 jul. 2024.

SANTOS, K. O. B.; CARVALHO, F. M.; ARAUJO, T. M. Internal Consistency of the Self-Reporting Questionnaire-20 in Occupational Groups. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 06, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006100>. Acesso em: 29 nov. 2022.

SANTOS, K. K. *et al.* Avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da estratégia saúde da família do município de Campina Grande–PB. **Lumen et Virtus**, v. 15, n. 38, p. 1526-1543, 2024. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/LEV/article/view/118>. Acesso em: 06 ago. 2024.

SANTOS, K. O. B. *et al.* Avaliação de um Instrumento de Mensuração de Morbidade Psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). **Baiana Saúde Pública Miolo**, v. 34, 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-592253>. Acesso em: 6 mar. 2022.

SANTOS, L. M. *et al.* Adoecimento mental em profissionais da saúde na pandemia de COVID-19: Revisão integrativa. **Tópicos em Ciências da Saúde**, v. 27, p. 7-16, 2022. Disponível em: [chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcgclclefindmkaj/https://www.poisson.com.br/livros/saude/volume27/Saude\\_vol27.pdf](chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcgclclefindmkaj/https://www.poisson.com.br/livros/saude/volume27/Saude_vol27.pdf). Acesso em: 11 jul. 2024

SANTOS, P. W. S. *et al.* Análise da ansiedade e do estresse laboral em profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 6, p. e26210615763, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15763>. Acesso em: 8 ago. 2024.

SCHMIDT, B. *et al.* Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 37, p. e200063, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/L6j64vKkynZH9Gc4PtNWQng#>. Acesso em: 14 fev. 2024.

SETA, M. H. D.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26,

p. 3781–3786, 2021. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/YDNxWmxtzxsfhTgn9zjcrhC/?lang=pt#>. Acesso em: 02 de jan. 2024.

SHIMABUKU, R. H.; MENDONCA, H.; FIDELIS, A. Presenteísmo: contribuições do Modelo Demanda-Control para a compreensão do fenômeno. **Cad. Psicol. Soc. Trab.** São Paulo, v. 20, n. 1, p. 65-78, 2017. Disponível em:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-37172017000100006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172017000100006). Acesso em: 03 de jul. 2023.

SILVA, A. T. C. DA.; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 921–929, out. 2008. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/yh9yDqhfMRQsjWZbcsHb7Zw/?lang=pt#>. Acesso em: jul. 2023.

SILVA, C. C. S. *et al.* *Burnout* e tecnologias em saúde no contexto da enfermagem na Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 2, p. e20170031, 2017. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/ean/a/yVyHVrr7DdN8dBVkdX3rWHS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 mai. 2023.

SILVA, F. A. N. *et al.* A saúde mental dos profissionais da saúde durante a pandemia da Covid-19: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 1, p. 3757–3778, 2022. Disponível em:  
<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/42705>. Acesso em: 04 set. 2024.

SILVA, M.C.P. *et al.* Enfermedad mental entre los profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19. **Enfermería Global**. v. 23, n.1, p. 206–255, 2024. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/569741>. Acesso em: 21 jun. 2024.

SILVA, R. M. DA. *et al.* Health symptoms and impacts of work on nursing professionals in a public hospital. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. e20210072, 2021. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/dxB6LQ3PMmCJHRdNkDsGpFD/?lang=pt#>. Acesso em: 18 jul. 2024.

SILVA-JUNIOR, J. S. *et al.* Atualização 2020 da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 47, e11, 2022. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/rbso/a/rbPkmWjQLBqJpqTYcGPrjYH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2023.

SILVA, S. C. P. S. *et al.* A síndrome de burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3011–3020, out. 2015. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/tMHPSfqgYFQPPDdqKqQrw6b/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 18 jul. 2024.

SCHMIDT, D. R. C. Modelo Demanda-Control e estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 5, p. 779–788, set. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/N7Wt9VyjsGyixYW4XKxrw7K/?lang=pt#>. Acesso em: 14 ago. 2024.

SMOLEN, J. R.; ARAÚJO, E. M. DE. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 4021–4030, dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RJbPdTCPbgSFcMpMYjbh8Fv/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 27 ago. 2024.

SOARES, M. S. Doenças Ocupacionais da Prática Odontológica: Implicações na Saúde dos Cirurgiões-dentistas da Rede Sistema Único de Saúde-SUS. 2020. 112 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/31394>. Acesso em: 19 jul. 2024.

SOLLA, J. J. S. P. *et al.*. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 7, n. 4, p. 495–502, out. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/LKRz4gKyS6CKyXKDTPswSbs/#>. Acesso em: 28 dez. 2023.

SOUZA, D. As dimensões da precarização do trabalho em face da pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00311>. Acesso em: 12 nov. 2022.

SOUZA, H. A.; BERNARDO, M. H. Prevenção de Adoecimento Mental Relacionado ao Trabalho: A Práxis de Profissionais do Sistema Único de Saúde comprometidos com a Saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. v. 44, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/BZfzmT5SM4p4McZfctc8vqn/?lang=pt#>. Acesso em: 6 mar. 2022.

SOUZA, S. A. S, *et al.* Síndrome de Burnout: o Cirurgião-Dentista docente e o esgotamento laboral crônico. **Revista Campo do Saber**, v.3, n.2, 2017. Disponível em: <https://clinmedjournals.org/articles/ijodh/international-journal-of-oral-and-dental-health-ijodh-4-075.php?jid=ijodh>. Acesso em: 11 jul. 2024.

SURYAVANSHI, N. *et al.* Mental health and quality of life among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic in India. **Brain and Behavior**, v. 10, n. 11, p. 1837, set. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7667343/pdf/BRB3-10-e01837.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2024.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de Atenção à Saúde: Vigilância e Saúde da Família**. Salvador: EDUFBA, 2006. Sala de aula séries, n. 3, 237 p. Disponível em:

<https://static.scielo.org/scielobooks/f7/pdf/teixeira-9788523209209.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2022.

TOMASI, E. *et al.* Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da Atenção Básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s193–s201, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/6sXhM37ZHbrmqvtBNxYfhxj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 mai. 2023.

TRINDADE, L.L. *et al.* Estresse e síndrome de burnout entre trabalhadores da equipe de Saúde da Família. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 5, p. 684-689, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cktRGKMFXGkGQNb4wVbsGXm/#>. Acesso em: 15 ago. 2024.

UNITED NATIONS (US). **Policybrief: COVID-19 and the need for action on mental health**. New York: United Nations; 2020. Disponível em: [https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un\\_policy\\_brief\\_covid\\_and\\_mental\\_health\\_final.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief_covid_and_mental_health_final.pdf). Acesso em: 12 nov. 2022.

## APÊNDICE A



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar o (a) Sr. (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa **“Prevalência de transtornos mentais em profissionais da atenção básica de um município mineiro”**. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é conhecer a prevalência de transtornos mentais profissionais da atenção básica e compreender como essas pessoas estão vivendo e quais são suas necessidades nesse momento. Nesta pesquisa pretendemos conhecer os transtornos mentais leves presentes entre profissionais da Atenção Básica e propor um fluxo de atendimento para estes profissionais.

Caso o (a) Sr. (a) concorde em participar, vamos aplicar um questionário autoaplicável, com perguntas simples e rápidas de serem respondida.

Esta pesquisa tem alguns riscos, que são classificados como mínimos, isto é, os mesmos riscos que se corre nas atividades cotidianas como conversar e responder perguntas e enquetes. Contudo, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, o sigilo em relação às suas respostas é garantido, e estas serão tidas como confidenciais, utilizadas para fins científicos, para isso não há identificação nominal no formulário, nem em banco de dados, a fim de, garantir seu anonimato.

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr. (a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a). O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado

sem a sua permissão. O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que a pesquisa possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável no Núcleo de Assessoramento, Treinamento e Estudos em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação Brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Leopoldina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

Assinatura do (a) Participante

---

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Elizete Pereira Carlos

**Endereço: Rua José Loureço Kelmer, s/n, Martelos – Campus da Universidade Federal de Juiz de Fora**

**Faculdade/Departamento/Instituto: Núcleo de Assessoria Treinamentos e Estudos em Saúde – NATES/UFJF**

Rubrica do Participante de pesquisa ou responsável: \_\_\_\_\_

Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_

O CEP valia protocolos de pesquisa que envolve seres humanos, realizando um trabalho cooperativo que visa, especialmente, à proteção dos participantes de pesquisa do Brasil. **Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:** CEP –

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – UFJF Campus Universitário da UFJF Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa CEP:

36036-900 Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propp@ufjf.edu.br

**APÊNDICE B****QUESTIONÁRIO**

**Número do código do participante (preenchimento do Pesquisador):**

**DADOS SOCIODEMOGRAFICOS**

**1- Nome:**

**2 – Gênero:**

( ) Masculino ( ) Feminino ( ) Outro (Qual?) ( ) Prefiro não dizer

Você é transgênero? ( ) Sim ( ) Não ( ) Prefiro não dizer

**6- Idade**

( ) 18-30 anos

( ) 31-45 anos

( ) 46-60 anos

( ) 61 anos ou mais

**4- Escolaridade**

( ) Não sabe ler/escrever

( ) Ensino Fundamental incompleto

( ) Ensino fundamental completo

( ) Ensino médio incompleto

( ) Ensino médio completo

( ) Ensino superior incompleto

( ) Ensino superior completo

( ) Especialização

( ) Mestrado

( ) Doutorado

**5 – Em relação à cor/ raça, como você se autodeclara?**

- Branca
- Preta
- Parda
- Indígena
- Amarela

**6 – Renda (em reais)**

- até R\$ 2.640,00 (2 salários mínimos)
- de R\$ 2.640,00 a R\$ 5.280,00 (2 a 4 salários mínimos)
- de R\$ 5.280,00 a R\$13.200,00 (4 a 10 salários mínimos)
- de R\$ 13.200,00 a R\$26.400,00 (10 a 20 salários mínimos)
- acima de R\$26.400,00 (mais de 20 salários mínimos)

**DADOS COMPORTAMENTAIS:**

1 – **Você usa tabaco?**  Sim  Não

Se sim, quantos cigarros por dia? \_\_\_\_\_

2 – **Você usa álcool?**  Sim  Não

Se sim, quantos (em ml) por semana? \_\_\_\_\_

**3 – Atividade física no lazer (IPAQ adaptada)**

6. Em quantos dias da última semana você CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

- 1 dia
- 2 dias
- 3 dias
- 4 dia
- todos os dia
- nenhum

2. Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?

- 0 a 30 minutos
- 30 a 60 minutos
- 60 a 90 minutos
- mais de 90 minutos

3. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA).

- 1 dia
- 2 dias
- 3 dias
- 4 dia
- todos os dias
- nenhum

4. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

- 0 a 30 minutos
- 30 a 60 minutos
- 60 a 90 minutos
- mais de 90 minutos

5. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração.

- 1 dia
- 2 dias
- 3 dias
- 4 dia
- todos os dias
- nenhum

6. Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

- 0 a 30 minutos
- 30 a 60 minutos
- 60 a 90 minutos
- mais de 90 minutos

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa, visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

7. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana?

- 0 a 30 minutos
- 30 a 60 minutos
- 60 a 90 minutos
- mais de 90 minutos

8. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de final de semana?

- 0 a 30 minutos
- 30 a 60 minutos
- 60 a 90 minutos
- mais de 90 minutos

**5. Qual é seu tempo de tela diário (considere tempo de uso de televisão, celulares, computador, tablets, videogame)?**

- 60 Minutos
- de 60 a 120 minutos
- de 120 a 180 minutos
- de 180 a 240 minutos
- mais de 240 minutos

**6. Você usa redes sociais? ( ) Sim ( ) Não**

**6.1. Se sim quais redes sociais você usa (pode marcar mais de uma opção?)**

- Facebook
- instagram
- Twitter
- WhatsAap
- tiktok
- outras

#### **VARIÁVEIS DE MORBIDADE:**

##### **1 – Teste SRQ 20 – Self Report Questionnaire.**

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

##### **Instruções**

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

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

<b>PERGUNTAS</b>	<b>RESPOSTAS</b>
9.1- Você tem dores de cabeça frequentes?	SIM( ) NÃO( )
9.2- Tem falta de apetite?	SIM( ) NÃO( )
9.3- Dorme mal?	SIM( ) NÃO( )
9.4- Assusta-se com facilidade?	SIM( ) NÃO( )
9.5- Tem tremores nas mãos?	SIM( ) NÃO( )
9.6- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	SIM( ) NÃO( )
9.7- Tem má digestão?	SIM( ) NÃO( )
9.8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	SIM( ) NÃO( )
9.9- Tem se sentido triste ultimamente?	SIM( ) NÃO( )
9.10- Tem chorado mais do que de costume?	SIM( ) NÃO( )
9.11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	SIM( ) NÃO( )
9.12- Tem dificuldades para tomar decisões?	SIM( ) NÃO( )
9.13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa-lhe sofrimento?)	SIM( ) NÃO( )
9.14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	SIM( ) NÃO( )
9.15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	SIM( ) NÃO( )
9.16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	SIM( ) NÃO( )
9.17- Tem tido ideia de acabar com a vida?	SIM( ) NÃO( )
9.18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?	SIM( ) NÃO( )
9.19- Você se cansa com facilidade?	SIM( ) NÃO( )
9.20- Tem sensações desagradáveis no estômago?	SIM( ) NÃO( )
<b>9.21-Total de respostas SIM</b> (Preenchimento do pesquisador)	
<b>9.22. Este sujeito, de acordo com a pontuação acima, tem sofrimento mental leve:</b> (Preenchimento do pesquisador)	
1[ ]Sim    2[ ]Não	

**2 – Você tem diagnóstico médico de problemas de saúde?**

Sim  Não

**2.1 – Se sim qual problema de saúde?**

Hipertensão Arterial

Diabetes

Alergias

outros

**3 – Você faz uso de medicamentos**

Sim  Não

**3.1 – Se sim qual (pode marcar mais de uma opção)?**

anti hipertensivos

benzodiazepínicos

ansiolíticos

hipoglicemiantes

outros

**4 – Qual é seu peso (referido)**

40 a 50 kg

50 a 60 Kg

60 a 70 kg

70 a 80 Kg

80 a 90 Kg

90 a 100 Kg

mais de 100 Kg

**5. Qual é sua altura?**

150 a 160 cm

160 a 170 cm

- ( ) 170 a 180 cm
- ( ) 180 a 190 cm
- ( ) mais de 190 cm

**6 – Você utilizou os serviços de saúde nos últimos 48 meses (4 anos)?**

- ( ) Sim ( ) Não

**6.1 – Se respondeu sim, qual foi o motivo?**

---

**VARIÁVEIS DO TRABALHO:**

**1 – Qual sua formação?**

- ( ) Agente Comunitário de Saúde
- ( ) Dentista
- ( ) Enfermeira (o)
- ( ) Médica (o)
- ( ) Técnica (o) de enfermagem
- ( ) Auxiliar de Saúde Bucal

**2 – Tem especialização? ( ) Sim ( ) Não**

**2.1 – Se sim qual?**

- ( ) Especialização
- ( ) Mestrado
- ( ) Doutorado

**3 – Qual cargo você exerce?**

- ( ) Agente Comunitário de Saúde
- ( ) Dentista
- ( ) Enfermeira
- ( ) Médico

- Técnico de enfermagem
- auxiliar de enfermagem
- Auxiliar de Saúde Bucal

**4 – Há Quanto tempo você trabalha?**

- De 01 a 05 anos
- De 05 a 10 anos
- De 10 a 15 anos
- De 15 a 20 anos
- De 20 a 25 anos
- Mais de 25 anos

**5 – Há quanto tempo você trabalha na atual função informada no item 3?**

- De 01 a 05 anos
- De 05 a 10 anos
- De 10 a 15 anos
- De 15 a 20 anos
- De 20 a 25 anos
- Mais de 25 anos

**6 – Quanto tempo você está neste serviço (Prefeitura)?**

- De 01 a 05 anos
- De 05 a 10 anos
- De 10 a 15 anos
- De 15 a 20 anos
- De 20 a 25 anos
- Mais de 25 anos

**7 – Qual seu vínculo empregatício?**

- Estatutário
- CLT
- Contrato

- Terceirizado
- outro

**8 – Qual sua jornada de trabalho semanal?**

- 20 horas
- 30 horas
- 40 Horas
- + de 40 horas semanais

**9 – Em qual Unidade de Saúde você trabalha?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alto da Ventania                                 | <input type="checkbox"/> Quinta Residência |
| <input type="checkbox"/> Bandeirantes                                     | <input type="checkbox"/> Ribeiro           |
| <input type="checkbox"/> Bela Vista I                                     | <input type="checkbox"/> São Cristóvão     |
| <input type="checkbox"/> Bela Vista II                                    | <input type="checkbox"/> Seminário         |
| <input type="checkbox"/> Nova Leopoldina                                  | <input type="checkbox"/> Tebas/ Piacatuba  |
| <input type="checkbox"/> Pirineus   | <input type="checkbox"/> três Cruzes       |
| <input type="checkbox"/> Providencia/ São Martinho/ São Lourenço / Abaiba | <input type="checkbox"/> Vale do sol       |

**10 – Além deste trabalho, você tem outros vínculos empregatícios?**

- Sim  Não

**11 – Encontra-se em desvio de função?**

- Sim  Não

**12 – Atua em cargos de direção/supervisão?**

- Sim  Não

**13– Você falta ao trabalho?** Sim  Não**13.1 – Se sim quantas faltas tem em média ao ano?** 0 a 5 faltas 5 a 10 faltas 10 a 20 faltas mais de 20 faltas**14 - Você se afastou de licença saúde nos últimos três anos?** Sim  Não**14.1 – Se sim, quanto tempo** até 1 mês de 1 a 2 meses de 2 a 3 meses de 3 a 4 meses de 4 a 5 meses mais de 5 meses**14.2 – Qual o motivo da licença?**

---

**15 – Job Stress Scale (JSS)**

<b>Opções de resposta de A até K: Frequentemente (F); Às vezes (AV); Raramente (R); Nunca ou quase nunca (N)</b>	<b>F</b>	<b>AV</b>	<b>R</b>	<b>N</b>
a) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?				
b) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?				

c) Seu trabalho exige demais de você?				
d) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?				
e) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?				
f) Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?				
g) seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?				
h) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?				
i) no seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?				
j) Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho				
k) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?				
<b>Opções de resposta de L até Q: Concordo totalmente (CT); Concordo mais que discordo (C); Discordo mais que concordo (D); Discordo totalmente (DT)</b>	<b>CT</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>DT</b>
l) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.				
m) No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.				
n) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.				
o) Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.				
p) No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.				
q) Eu gosto de trabalhar com meus colegas.				

## 16 – Perfil do ambiente e condições de trabalho – Adaptado

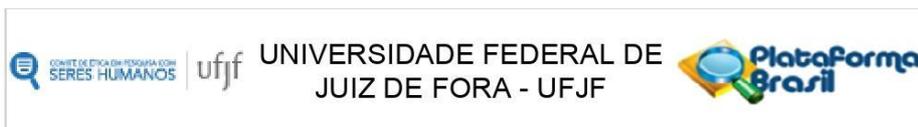
Os itens abaixo representam características ambientais e das condições de trabalho relacionadas ao bem-estar individual. Manifeste-se sobre cada item considerando a sua percepção em relação a sua realidade de trabalho:

0 = Ruim    1 = Regular    2 = Bom (Boa)    3 = Excelente

<b>Ambiente físico</b>	
A. Condições de limpeza e iluminação do seu local de trabalho	
B. Adequação ergonômica do mobiliário e equipamentos	

C. Condição de ruído e temperatura	
D. O mobiliário existente no local de trabalho	
E. Os instrumentos de trabalho para realizar as tarefas	
F. O posto de trabalho para realizar as tarefas	
G. Condições de trabalho seguras	
<b>Ambiente social</b>	
H. Oportunidade para expressar suas opiniões relacionadas ao trabalho	
I. Clareza na definição das tarefas	
J. Distribuição justa das tarefas	
K. Os trabalhadores participam das decisões	
<b>Desenvolvimento e realização profissional</b>	
L. Crescimento e aperfeiçoamento profissional oferecidos pela empresa	
M. Nível de conhecimento/habilidade para realizar suas tarefas	
N. Grau de motivação e ânimo ao chegar para trabalhar	
<b>Remuneração e benefícios</b>	
O. Remuneração em relação ao trabalho que realiza	
P. Benefícios de saúde oferecidos pela empresa aos trabalhadores	
Q. Oportunidades de lazer e conagraçamento entre trabalhadores familiares	
<b>Relevância social do trabalho</b>	
R. Imagem da empresa perante a sociedade	
S. Relevância do seu trabalho para a empresa e a sociedade	
T. Nível de equilíbrio entre sua vida profissional e pessoal/familiar	

## ANEXO



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Prevalência de transtornos mentais em profissionais da atenção básica de um município mineiro

**Pesquisador:** Elizete Pereira Carlos

**Área Temática:**

**Versão:** 5

**CAAE:** 72774123.7.0000.5147

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Juiz de Fora UFJF

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.752.420

**Apresentação do Projeto:**

As informações elencadas neste campo foram retiradas do arquivo Informações Básicas do Projeto. "O trabalho em saúde tem sido apontado como atividade ocupacional de significativo estresse. A especificidade do cuidado no trabalho dos serviços de saúde, as exigências da atividade e o não reconhecimento do trabalho, principalmente no setor público, expõem o trabalhador da saúde ao estresse. Ao realizar busca na literatura há poucos estudos relacionados aos transtornos mentais em profissionais da APS/AB. Levando ao reconhecimento das necessidades de estudos voltado para esse grupo de profissionais. Objetivo: o objetivo desse estudo é conhecer o estado de saúde mental dos profissionais da

atenção básica no município de Leopoldina-MG. Método: Será conduzido um inquérito, com delineamento observacional analítico transversal com base em serviços de saúde e equipes da APS/AB do município de Leopoldina-MG. Resultados esperados: Espera com este estudo conhecer o estado de saúde mental dos profissionais, afim de, contribuir com informações que subsidiem, para os gestores locais, traçar estratégias de políticas públicas de atenção à saúde mental dos trabalhadores".

**Objetivo da Pesquisa:**

As informações elencadas neste campo foram retiradas do arquivo Informações Básicas do Projeto. "Objetivo primário: Conhecer o estado de saúde mental dos profissionais que integram

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@ufjf.br

Continuação do Parecer: 6.752.420

as Estratégia Saúde da Família (ESF) da Atenção Primária/ Básica no município de Leopoldina-MG. Objetivo secundário: Descrever a ocorrência de transtornos mentais segundo características sociodemográficos, comportamentais e de morbidade; Descrever a ocorrência de transtornos mentais segundo características do vínculo ocupacional e condições de trabalho; Comparar a ocorrência de transtornos mentais segundo a categoria profissional; Comparar a ocorrência de transtornos mentais segundo a região/bairro da Unidade Básica de Saúde (UBS)".

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

As informações elencadas neste campo foram retiradas do arquivo Informações Básicas do Projeto. "Riscos: Os riscos existentes, de exposição dos participantes e dos dados oriundos da resposta a entrevista são mínimos. Em virtude disso, serão reduzidos da seguinte forma: somente o pesquisador responsável e a equipe de pesquisa terão acesso aos dados coletados; todos os dados coletados serão armazenados em local apropriado, inacessível ao público e por um período de 5 (cinco) anos. Após esse período, todos os dados coletados serão deletados. Desconfortos durante a participação do estudo serão minimizados, garantindo aos participantes liberdade para não responder questões constrangedoras. Será garantido aos participantes confidencialidade e privacidade; proteção da imagem e a não estigmatização; não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico e financeiro. Serão respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes dos (as) participantes. Caso aconteça algum dano ao participante, resultante de sua participação, além do direito à assistência integral, medidas indenizatórias serão adequadamente providenciadas, de acordo com a legislação vigente. Benefícios: Os resultados têm potencial de gerar melhor conhecimento acerca da saúde mental dos profissionais da APS/AB do Município. A partir do conhecimento do estado atual da saúde desses profissionais poderá subsidiar políticas públicas voltadas a esse público, assim como, a criação de fluxos e protocolos de atendimentos".

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

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N

**Bairro:** SAO PEDRO

**CEP:** 36.036-900

**UF:** MG

**Município:** JUIZ DE FORA

**Telefone:** (32)2102-3788

**E-mail:** cep.propp@ufjf.br

Continuação do Parecer: 6.752.420

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

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CEPs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

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

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: 31/10/2024.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N

**Bairro:** SAO PEDRO

**CEP:** 36.036-900

**UF:** MG

**Município:** JUIZ DE FORA

**Telefone:** (32)2102-3788

**E-mail:** cep.propp@ufjf.br

Continuação do Parecer: 6.752.420

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2179923.pdf	04/04/2024 23:03:01		Aceito
Outros	Projeto_detalhado_adequacoes_parecer_01_abril_24.pdf	04/04/2024 23:01:02	Elizete Pereira Carlos	Aceito
Outros	correcoes_parecer_11_janeiro.pdf	16/01/2024 20:35:21	Elizete Pereira Carlos	Aceito
Outros	Projeto_detalhado_CEP_adequacoes_2.pdf	20/12/2023 08:39:19	Elizete Pereira Carlos	Aceito
Outros	Projeto_detalhado_CEP_corrigido_adequacoes.pdf	15/12/2023 06:18:38	Elizete Pereira Carlos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_de_infraestrutura_concordancia.pdf	09/11/2023 08:42:46	Elizete Pereira Carlos	Aceito
Outros	Projeto_detalhado_CEP_adequacoes.pdf	09/11/2023 08:38:57	Elizete Pereira Carlos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/08/2023 15:26:18	Elizete Pereira Carlos	Aceito
Outros	LattesAndreiaAparecidadeMirandaRamos.pdf	24/07/2023 14:57:15	Elizete Pereira Carlos	Aceito
Outros	LattesElizetePereiraCarlos.pdf	24/07/2023 14:52:57	Elizete Pereira Carlos	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoElizete.pdf	19/07/2023 09:14:38	Elizete Pereira Carlos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	13/07/2023 22:52:05	Elizete Pereira Carlos	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.pdf	13/07/2023 17:39:57	Elizete Pereira Carlos	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N**Bairro:** SAO PEDRO**CEP:** 36.036-900**UF:** MG**Município:** JUIZ DE FORA**Telefone:** (32)2102-3788**E-mail:** cep.propp@ufjf.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 6.752.420

JUIZ DE FORA, 09 de Abril de 2024

---

**Assinado por:**

**Patrícia Aparecida Baumgratz de Paula  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N

**Bairro:** SAO PEDRO

**CEP:** 36.036-900

**UF:** MG

**Município:** JUIZ DE FORA

**Telefone:** (32)2102-3788

**E-mail:** cep.propp@ufjf.br