

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO

CAROLINE MARIA RISTOW PASINOTTO DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS NO PROCESSO DE
TRABALHO ENTRE TRABALHADORES DA ÁREA DA SAÚDE: REVISÃO
DE LITERATURA**

CURITIBA
2016/2018

CAROLINE MARIA RISTOW PASINOTTO DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS NO PROCESSO DE
TRABALHO ENTRE TRABALHADORES DA ÁREA DA SAÚDE: REVISÃO
DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a Especialização em
Medicina Do Trabalho, do
Departamento de Saúde Coletiva da
Universidade Federal do Paraná, como
requisito parcial à conclusão do Curso.

Orientador(a): Professor Me
Raffaello Di Bernardi

CURITIBA
2016/2018

RESUMO

Os transtornos mentais e do comportamento são um problema de saúde pública. Neste estudo revisou-se na literatura documentos a respeito da identificação dos fatores de risco, riscos e danos psicossociais entre trabalhadores da área de saúde e buscou-se por ferramentas capazes de auxiliar na identificação e mensuração destes riscos entre estes trabalhadores.

Foram inclusos estudos que continham entre os descritores pelo menos um dos seguintes unitermos: "saúde ocupacional", "saúde do trabalhador", "saúde mental", "riscos psicossociais", "questionários", "burnout" ou "Síndrome de Burnout". Foram critérios de exclusão textos em língua estrangeira ou que não abrangessem os trabalhadores da área de saúde.

Os riscos psicossociais são permeados por demandas individuais, organizacionais e sociais. Os danos psicossociais podem decorrer da intersecção entre esses fatores. Existem diferentes modelos teóricos que ao relacionarem o estresse, o trabalho e as demandas citadas anteriormente sugerem fatores de risco psicossociais, genéricos ou específicos, para o adoecimento mental dos trabalhadores. Revisando-se diferentes instrumentos psicométricos, que avaliam esses fatores de risco, procuramos expor aos leitores ferramentas capazes de se avaliar os riscos e danos psicossociais e, assim, identificar ferramentas que podem auxiliar no reconhecimento de perfis de adoecimento, diagnósticos situacionais, identificação de dados epidemiológicos e, assim, auxiliar no planejamento de estratégias de intervenção direcionadas à melhoria das condições de trabalho, de qualidade de vida dos trabalhadores, redução de absenteísmo e gastos previdenciários.

Consideramos a aplicação dessas ferramentas importante: seu uso junto aos trabalhadores da área da saúde revela o interesse de cuidar de quem cuida e em última análise o seu uso pode nos auxiliar no incremento de uma rede protetora a fim de evitarmos e prevermos agravos relacionados à saúde mental nestes trabalhadores e assim, extrapolar esses cuidados à população geral.

Palavras-Chave: "saúde ocupacional", "saúde mental", "riscos psicossociais", "profissionais da saúde".

ABSTRACT

Mental and behavioral disorders are a public health problem. In this study we reviewed the literature regarding the identification of risk factors, risks and psychosocial damages of health workers and we search for tools that can help to identify and measure these risks among these workers.

Studies that have at least one of the following key-words were included: "occupational health", "worker's health", "mental health", "psychosocial risks", "questionnaires", "burnout" or "Burnout Syndrome". Texts written in a foreign language and that did not cover health workers were excluded.

Psychosocial risks are permeated by individual, organizational and social demands. Psychosocial damages result from the intersection between these factors. There are different teorical models that relate stress, work and the demands mentioned above and they can suggest psychosocial risk factors.

By reviewing different psychometric instruments that evaluate these risk factors, we try to expose to the readers tools that allow the evaluation of psychosocial risks and damages and, thus, identify tools that can help in the recognition of profiles of illness, situational diagnoses, identification of data epidemiological. The use of this tools can help in the planning of intervention strategies aimed at improving working conditions, quality of life of workers, reduction of absenteeism and social security expenditures.

We consider the application of these tools important: their use in health workers reveals the interest of caring for the caregivers and can help us to form a protective network in order to avoid and predict mental and behavioral problems in these workers and thus extrapolate these care to the general population.

Key-Words: "occupational health", "mental health", "psychosocial risks", "health workers".

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 MÉTODOS	8
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	9
3.1 IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO, RISCOS E DANOS PSICOSSOCIAIS INTRÍNSECOS AO PROCESSO DE TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE.....	9
3.1.1 Conceitos sobre Fatores de Riscos e Riscos Psicossociais no Trabalho.....	9
3.1.2 Modelos Teóricos com enfoque psicológico sobre a relação entre Trabalho e o Homem	13
3.1.3 Considerações sobre Danos Psicossociais relacionados ao Trabalho na Área de Saúde.....	19
3.2 APLICAÇÃO DE FERRAMENTAS QUE AUXILIAM NA IDENTIFICAÇÃO E MENSURAÇÃO DE RISCOS E DANOS PSICOSSOCIAIS ENTRE TRABALHADORES NA ÁREA DA SAÚDE ...	21
3.2.1 Considerações gerais sobre uso de ferramentas e escalas para fins psicométricos	21
3.2.2 Escalas Psicométricas para Triagem de Transtornos Mentais em Populações Gerais	23
3.2.3 Escalas para Avaliação de Saúde Geral e de Qualidade de Vida e no Trabalho	26
3.2.4 Escalas para Avaliação de Violência no Ambiente de Trabalho	28
3.2.5 Escalas para Avaliação de Estresse Profissional	29
3.2.6 Escalas para Avaliação de Fadiga por Compaixão.....	33
3.2.7 Escalas para Avaliação de Estratégias de Adaptação ao Estresse	35
3.2.8 Escalas de Avaliação de Satisfação em Relação ao Trabalho	36
3.2.9 Avaliação de Riscos Psicossociais por "Metodologia-Processo"	36
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
5 REFERÊNCIAS.....	46

1 INTRODUÇÃO

A saúde mental, segundo Freud, é a capacidade de amar e de trabalhar. Recentemente, Codo, Soratto e Vasques-Menezes referem-se à saúde mental como a capacidade de construir a si próprio e à espécie, produzindo e reproduzindo a si próprio e à espécie. Desequilíbrios nessa dinâmica se traduzem como distúrbios psicológicos ou sofrimentos psicológicos. (BORSOI, 2007).

A Psicopatologia ou Psicodinâmica do Trabalho estuda as relações entre o homem, o trabalho, o lazer e o sofrimento, buscando compreender como os trabalhadores sujeitos às mais diversas pressões no trabalho podem conseguir evitar doenças mentais. Nesse contexto, considera-se o conceito de funcionalidade: um indivíduo saudável mentalmente é aquele no qual as doenças estão estabilizadas e os sofrimentos compensados e, assim, considera-se que a normalidade não é isenta de sofrimento. (RAMMINGER, 2002).

Os transtornos mentais e do comportamento, de acordo com Glina e Rocha (2010), são causas frequentes de afastamento ao trabalho e diminuição de produtividade. Estima-se que cerca de 50% dos casos de transtornos mentais que ocorrem na comunidade são identificados, e menos de 10% deles recebem tratamento apropriado.

Estudos multicêntricos em países desenvolvidos e em desenvolvimento mostram que mais de 25% das pessoas apresentam um ou mais transtornos mentais ou comportamentais ao longo da vida. A OMS (Organização Mundial da Saúde) estima que entre os trabalhadores, 30% deles tenham transtornos mentais menores e que 5 a 10% tenham transtornos graves. Apontamentos indicam que os transtornos mentais e os relacionados ao comportamento são as doenças que afastam por mais tempo os trabalhadores do trabalho. (GLINA; ROCHA, 2010). Dados do Observatório Europeu dos Riscos, segundo Gomes et al.(2013), indicam que entre 50 e 60% dos dias de trabalho perdidos estão relacionados ao fenômeno estresse. O National Institute for Occupational Safety and Health define estresse ocupacional ou estresse no trabalho, como as reações físicas e emocionais nefastas que ocorrem quando as exigências

da função não coincidem com as capacidades, recursos ou necessidades do trabalhador. (GOMES et al., 2013). Nas instituições de saúde, o estresse tem sido responsável por diminuição da qualidade do desempenho profissional, diminuição da satisfação e bem-estar do indivíduo, estagnação do desenvolvimento pessoal e absenteísmo laboral, diminuição da qualidade dos serviços prestados, aumento do número de erros e elevados custos financeiros. (GOMES et al., 2013).

Em 1999, o Ministério da Saúde publicou em Portaria (número 1339/1999) uma lista de transtornos mentais e dos comportamentos que podem ser considerados relacionados ao trabalho e nela estão listados: Demência, Delírium não sobreposto à demência, Transtorno Cognitivo Leve, Transtorno Orgânico da Personalidade, Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado, Alcoolismo Crônico, Episódios Depressivos, Transtorno do Estresse pós-traumático, Síndrome da Fadiga Crônica, Neurose Ocupacional, Transtorno do ciclo sono-vigília (incluído transtorno do ciclo sono-vigília não orgânicos), Burnout ou Síndrome do Esgotamento Profissional. (BRASIL, 1999).

Segundo Glina e Rocha (2010), em 2002, no Brasil, os transtornos mentais foram a terceira causa de concessão de benefícios pelo INSS (Instituto Nacional do Seguro Social). Em 2004 as doenças mentais responderam por 9,8% do total de benefícios de auxílio-doença, sendo os motivos mais frequentes, em ordem decrescente de prevalência: depressão, transtornos ansiosos, alcoolismo, reações ao estresse grave, esquizofrenia, transtornos afetivos bipolares. Entre 2008 a 2011 o adoecimento mental também foi a terceira causa em prevalência dos motivos de concessão beneficiária pelo INSS (9,3% dos benefícios concedidos). Os transtornos do humor (CID F30-39) foram os mais frequentes entre 2008 e 2010, entretanto no ano de 2011 os transtornos relacionados ao "stress" e transtornos somatoformes (CID F40-48) assumiram o primeiro lugar nas causas de auxílio-doença entre os transtornos mentais. (SILVA-JUNIOR; FISCHERLL, 2014).

Os transtornos mentais e do comportamento são um problema de saúde pública e estabelecer quais riscos psicossociais relacionados ao processo de trabalho é de fundamental importância para melhorar a qualidade de vida da população e dos trabalhadores. Neste estudo foram levantados

dados relacionados à avaliação dos riscos psicossociais entre trabalhadores da área da saúde, com o intuito de voltar os olhos para quem cuida de quem cuida. Foram objetivos deste trabalho a identificação na literatura dos fatores de risco, riscos e danos psicossociais intrínsecos ao processo de trabalho na área da saúde e a busca através de revisão de literatura por ferramentas que auxiliam na identificação e mensuração destes riscos entre trabalhadores da área da saúde.

2 MÉTODOS

Para a elaboração dessa revisão de literatura foram utilizadas teses de mestrado e doutorado, dois livros textos publicados no Brasil (um publicado em 2010, e o outro em 2016), dados de um caderno avulso da Sociedade Portuguesa da Medicina do Trabalho publicado em 2013, artigos indexados de domínio público e com texto em língua portuguesa pesquisados nas bases de dados Bireme e Scielo. Quanto aos artigos, um deles foi publicado em 1994 e os demais entre os anos de 2000 a 2017. Entre os descritores pesquisados um dos seguintes unitermos deveria estar presente: "saúde ocupacional", "saúde do trabalhador", "saúde mental", "riscos psicossociais", "questionários", "burnout" ou "Síndrome de Burnout". Foram critérios de exclusão artigos ou teses em língua estrangeira ou estudos que não abrangessem os trabalhadores da área de saúde.

A revisão de literatura foi estruturada sob os itens:

1. Identificação dos Fatores de Risco, Risco e Danos Psicossociais intrínsecos ao Processo de Trabalho na Área da Saúde: Conceitos sobre Fatores de Risco e Riscos Psicossociais no Trabalho, Modelos Teóricos com enfoque psicológico sobre a relação entre Trabalho e o Homem, Considerações sobre Danos Psicossociais relacionados ao Trabalho na Área de Saúde.

2. Ferramentas que auxiliam na Identificação e Mensuração de Riscos e Danos Psicossociais entre Trabalhadores da Área da Saúde: Considerações gerais sobre uso de ferramentas e escalas para fins psicométricos, Escalas Psicométricas para triagem de Transtornos Mentais em populações gerais,

Escalas para Avaliação de Saúde Geral e de Qualidade de Vida e no Trabalho, Escalas para Avaliação de Violência no Ambiente de Trabalho, Escalas para Avaliação de Estresse Profissional, Escalas para Avaliação de Fadiga por Compaixão, Escalas para Avaliação de Estratégias de Adaptação ao Estresse, Relação ao Trabalho, Questionários de Avaliação de Riscos Psicossociais por "Metodologia-Processo".

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO, RISCOS E DANOS PSICOSSOCIAIS INTRÍNSECOS AO PROCESSO DE TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE

3.1.1 Conceitos sobre Fatores de Riscos e Riscos Psicossociais no Trabalho

A OIT (Organização Internacional do Trabalho) considera que o ambiente psicossocial no trabalho engloba a sua organização e as relações sociais de trabalho e que presença de riscos psicossociais está ligada à presença de fatores causadores de risco, que são aqueles que dizem respeito à interação entre diferentes variáveis: o meio de trabalho, o seu conteúdo, a organização e as competências e habilidades do trabalhador, a cultura e causas extralaborais, que pela percepção e experiência podem influenciar a saúde, o desempenho e a satisfação do trabalhador. (PELLEGRINI et al., 2010).

Segundo a Agência Europeia para a Saúde riscos psicossociais são: "(...) são os aspectos de programação de organização e gestão do trabalho, que em interação com os seus contextos sociais e ambientais, têm potencial para causar dano psicológico, social ou físico (...)" . Nesse contexto, uma das preocupações da Agência Europeia para a Saúde é o surgimento de Riscos Psicossociais emergentes. (PELLEGRINI et al., 2010).

Considerando-se riscos psicossociais faz-se necessário diferenciar fatores de risco, risco e dano. O risco é definido como probabilidade de ocorrência de uma doença, agravo, óbito ou condição relacionada a saúde em

uma população ou grupo durante um período de tempo determinado. Dano corresponde ao prejuízo causado a alguém ou a uma instituição pela deteriorização ou inutilização de um bem, físico ou mental. Entende-se como fatores de risco psicossociais os aspectos de concepção, gestão, contexto social e organizacional que têm o potencial de causar dano psicológico, mental ou físico. (COSTA, 2009).

O tema "riscos psicossociais do trabalho" tem obtido destaque, principalmente nos últimos vinte anos, e isso é explicado por amplas e complexas transformações das dinâmicas do mercado de trabalho, das organizações de trabalho e das sociedades. (NETO, 2015).

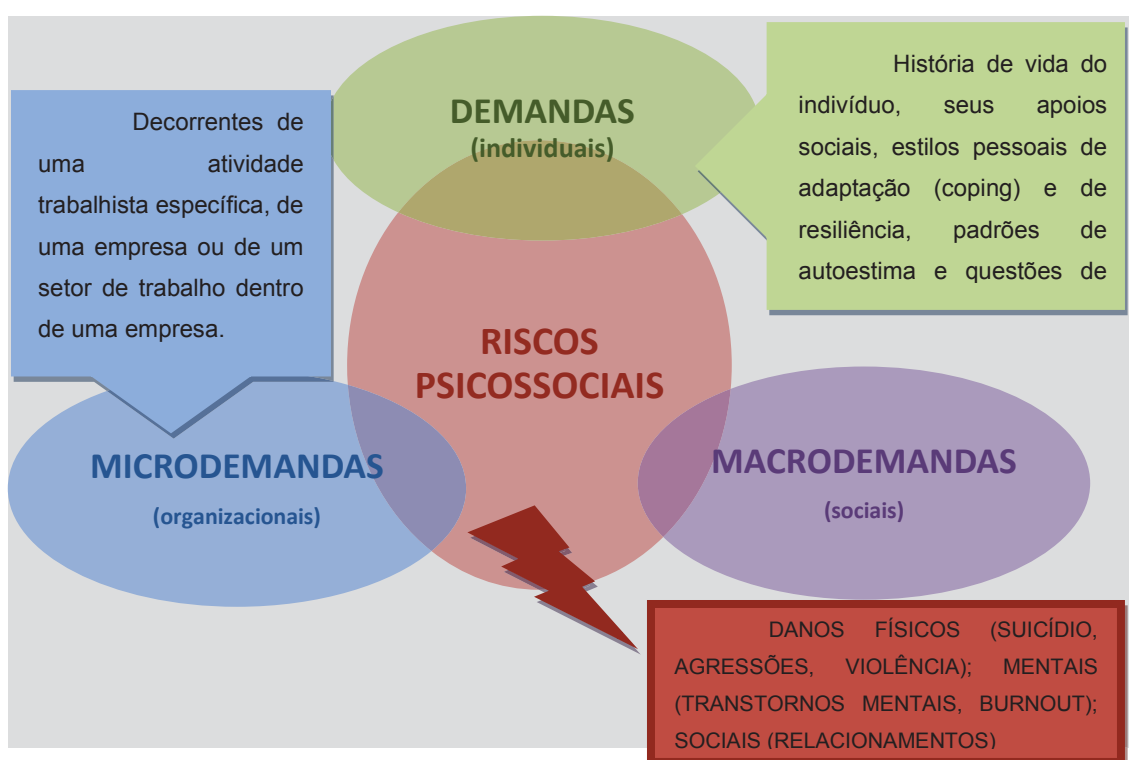
A flutuação econômica influencia negativamente sobre a viabilidade e na capacidade de estabelecimento de relações contratuais e na estabilidade remuneratória. Conseqüentemente, gera-se precarização das relações laborais e diminuição da qualidade percebida no ambiente psicossocial do trabalho. Neste cenário, uma das questões prioritariamente levantadas é a insegurança dos trabalhadores sobre a garantia de empregabilidade. (NETO, 2015).

Em alguns países a legislação trabalhista tem propiciado relações trabalhistas precárias, potencializando individualização, flexibilização e desproteção dos trabalhadores com um conseqüente aumento de precariedade, desqualificação, intensificação e despersonalização das experiências de trabalho. (NETO, 2015). Com as mudanças legislativas que vem ocorrendo no Brasil no âmbito trabalhista, essa desproteção pode vir a ser um problema a ser enfrentado pelos trabalhadores brasileiros e pela Saúde Ocupacional.

Globalmente, a automação dos processos de trabalho diminui a necessidade de mão de obra e aumenta a necessidade de qualificação e formação contínua dos trabalhadores para se disputar o mercado de trabalho. Frequentemente os indivíduos estão necessitando adquirir novas competências para trocar de emprego ou de atividade remuneratória ao longo de suas vidas. Tem-se exigido mais também por parte dos trabalhadores disponibilidade de tempo para exercer funções e maior necessidade de inteligência emocional para a execução de tarefas. Além disso, no contexto social há também uma exigência da valorização das mulheres, tolerância étnico cultural e quanto a questões de gênero. Não obstante, passamos mundialmente por um processo

de envelhecimento etário. (NETO, 2015). Em outro polo estão as demandas microrregionais e individuais. Entre as demandas microrregionais citam-se as decorrentes de uma atividade trabalhista específica, de uma empresa ou de um setor de trabalho dentro de uma empresa. Entre as demandas individuais estão a história de vida do indivíduo, seus apoios sociais, estilos pessoais de adaptação (coping) e de resiliência, padrões de autoestima e questões individuais de gênero. Essas questões permeiam as relações interpessoais dentro de um contexto social.

FIGURA 1- CONTEXTOS INDIVIDUAIS, SOCIAIS E ORGANIZACIONAIS E SUA RELAÇÃO COM RISCOS PSICOSSOCIAIS



FONTE: Adaptada de Neto (2015).

Todas essas situações geram exigências psicossociais cuja mensuração e exploração ainda são subdimensionadas. Apesar das dificuldades em se delimitar os riscos psicossociais e quantificar financeiramente os gastos e ganhos empresariais com a gestão dos riscos psicossociais essa realidade deve ser transformada. Outras questões que necessitam ser melhores abordadas e estabelecidas é a delimitação dos papéis e funções assistencialistas de saúde pública geral dentro das questões relacionadas aos ambientes de trabalho e as dificuldades no estabelecimento

de políticas de gestão de risco psicossociais, visto que cada setor trabalhista também possui demandas psicossociais diferentes. (NETO, 2015).

Vários fatores de risco psicossociais relacionados ao trabalho têm sido enumerados, e, entre eles, citam-se: vulnerabilidade nas relações trabalhistas em um mundo globalizado (crises econômicas, instabilidade do mercado de trabalho, liberalização da legislação laboral, outsourcing, trabalho temporário, o trabalho informal involuntário, subempregos, subsalários), sentimento de insegurança e desvalorização no emprego (entre eles a falta de perspectivas de emprego, carreira e desenvolvimento profissional), ritmos, horários de trabalho e trabalho em turnos, envelhecimento da força laboral, trabalho com pouca autonomia na participação nas tomadas de decisões (subutilização de competências) e no controle sobre as atividades (com falta ou inadequação de equipamentos e recursos), trabalho com reduzidas exigências intelectuais (repetitivo/monótono), trabalho estático, condições ambientais de trabalho precárias (com presença de riscos físico-químicos), trabalho com elevadas exigências afetivas e envolvimento emocional, dificuldades de conciliação entre vida profissional, pessoal e familiar (desrespeito quanto às exigências da maternidade, paternidade e cuidado de pessoas dependentes), discriminação no tratamento pessoal e nas recompensas (recrutamento, progressão na carreira, gap salarial), relações sociais de trabalho precárias (nível baixo ou elevado de conflito, práticas de assédio moral, sexual ou bullying, presença de liderança agressiva, falta de apoio e de solidariedade), ambiguidade na definição de objetivos e funções (precariedade de sistemas de avaliação de desempenho ou instrumentalização de objetivos de desempenho), precariedade na representação dos trabalhadores, estruturas de comunicação organizacional deficitárias, saúde geral dos trabalhadores prejudicada (como os problemas de saúde sem nexo trabalhista, uso de substâncias psicoativas). (NETO, 2015).

A OIT enumera como riscos psicossociais a sobrecarga horária, sobrecarga de trabalho mental e físico, a monotonia, a falta de empowerment, o burnout, o assédio moral e violência, a insegurança no emprego, o estresse individual e o relacionado ao trabalho. (TEIXEIRA, 2014).

A European Agency for Safety and Health at Work (EASHW), em 2007, enumeraram como fatores de risco psicossociais emergentes os contratos

precários num contexto de trabalho instável, o aumento da vulnerabilidade dos trabalhadores no contexto da globalização, as novas formas de contrato de trabalho, o sentimento de insegurança, o envelhecimento da força de trabalho, as muitas horas de trabalho, a intensificação do trabalho, o outsourcing, as elevadas exigências emocionais no trabalho e a dificuldade de equilíbrio entre o trabalho e a vida privada. (TEIXEIRA, 2014).

Os profissionais da saúde, segundo Leite e Uva, agrupam-se num grupo chamado de “profissões de ajuda” com múltiplas exigências a nível físico e psicológico, exigências essas que os tornam mais vulneráveis ao risco psicossocial. Agravantes dessa situação é o fato destes profissionais serem responsáveis por outras pessoas (o doente, seus familiares e seus cuidadores) e a relação com estes deve atingir questões relacionadas à satisfação e comunicação eficiente. (TEIXEIRA, 2014).

Entre os fatores de risco psicossociais na área da saúde, os mais frequentemente observados são: ritmo intenso de trabalho, déficit de recursos humanos e materiais, pressão exercida pelos gestores, baixos salários, duplas ou triplas jornadas de trabalho, desgaste causado pelo trabalho em turnos, convívio com pessoas enfermas, muitas vezes em fase terminal de vida. (SANTANA et al., 2016).

O profissional de saúde pública no Brasil é um exemplo de categoria submetida à influência vários estressores, como os inúmeros problemas estruturais e infraestruturais, a deficiência de materiais e insumos básicos para o desenvolvimento do trabalho, a forte demanda imposta pelos órgãos competentes, e a necessidade estar atentos a seus papéis frente aos usuários e à instituição pública frente ao usuário. (SANTOS, 2013).

3.1.2 Modelos Teóricos com enfoque psicológico sobre a relação entre Trabalho e o Homem

Para Codo, psicólogo, a essência do trabalho é o controle: trabalhar implica em transformar a realidade dos outros, do mundo a de si mesmo. Ou seja, implica na capacidade de controle sobre o mundo. Quando é retirada do trabalhador a possibilidade de controle sobre as coisas, real ou simbolicamente, resta-lhe repetir movimentos e o trabalho transforma-se numa

tarefa sem sentido. Para o autor, a perda de controle é, portanto, uma das fontes de sofrimento no trabalho, em dimensões objetiva (a tarefa, o ritmo, o poder de decisão, a autonomia, etc.) e subjetiva (sentimento de controle pelo indivíduo). Codo defende que o sentimento e a percepção de controle e de domínio sobre o processo de trabalho é essencial para a saúde mental dos trabalhadores e para o significado que atribuem ao seu trabalho. (UNIÃO, 2014).

Estudos sobre a Qualidade de Vida no Trabalho passaram a aparecer a partir do início do século XX, na década de 50, em Londres. Eric Trist e os seus colaboradores começaram a estudar um modelo macro para agrupar o trinômio Indivíduo/Trabalho/Organização. Nos Estados Unidos, nesta mesma época, Louis Davis e os seus colaboradores pesquisavam formas para modificar as linhas de montagens a fim de tornar o trabalho mais agradável e satisfatório. (UNIÃO, 2014).

Desde então vários modelos teóricos com enfoque psicológico foram propostos a fim de discorrer, compreender e propor fatores de risco genéricos ou específicos e as relações entre estresse e saúde ocupacional. Entre esses modelos estão: Modelo de Estresse Organizacional de Michigan, Modelo Demanda-Controle (MDC), Modelo Vitamínico, Modelo Ecológico, Modelo NIOSH, Modelo RED (Resources, Exigences and Demands).

O Modelo de Estresse Organizacional de Michigan, de 1962, afirma que as características organizacionais podem originar stress psicológico o que pode levar a doença física e ou mental. (PELLEGRINI et al., 2010).

O Modelo Demanda-Controle (MDC), de 1979, desenvolvido por Karasek e Theorell, é considerado um dos mais influentes e defende que é essencial promover a aprendizagem e a motivação no trabalho. Propõe que a maioria das reações psicológicas adversas e a doença física surgem quando no processo laboral existem muitas exigências e pouco controle. (PELLEGRINI et al., 2010). De acordo com Urbanetto et al. (2013), este modelo bidimensional relaciona duas variáveis, a demanda psicológica e o controle sobre o trabalho, ao risco de adoecimento. Este modelo qualifica a demanda como pressões psicológicas no trabalho, tanto de ordem quantitativa (tempo e velocidade na realização do trabalho) como qualitativa (conflitos e demandas contraditórias). Os cruzamentos de níveis altos e baixos dessas duas dimensões (exigências e

controle) resultam em quatro quadrantes, denominados quadrantes do MDC. O trabalho com alto desgaste (formado por alta demanda psicológica e baixo controle sobre o trabalho) é considerado o quadrante de maior risco para a saúde, pois pode ter efeitos nocivos como fadiga, depressão e ansiedade. O quadrante trabalho passivo (baixa demanda psicológica e baixo controle sobre o trabalho) pode produzir perda de habilidade e desinteresse no trabalho e é considerado o segundo quadrante mais relacionado aos agravos à saúde. O quadrante trabalho ativo, com alta demanda psicológica e alto controle sobre o trabalho, é considerada menos prejudicial uma vez que considera o trabalhador como um desafio. Neste modelo, o trabalho com baixo desgaste (baixa demanda psicológica e alto controle) é considerado a situação ideal, pois o trabalhador encontra-se confortável para realizar suas atividades. (URBANETTO et al., 2013).

Pellegrini et al. (2010), afirma que segundo o MDC, pode ser possível melhorar a saúde mental no trabalho sem sacrificar a produtividade, através do aumento do controle do trabalho, independentemente das mudanças nas demandas, e que mudanças na estrutura administrativa são importantes para melhorar a habilidade do trabalhador na tomada de decisão e para aumentar sua influência em decisões organizacionais, permitindo o uso de seu potencial. O autor sugere também que ocorre motivação para desenvolver novos comportamentos no trabalho ativo (alta demanda e alto controle), ao contrário do trabalho passivo (baixa exigência e baixo controle), que pode levar à redução da atividade do indivíduo e da sua capacidade de produzir soluções para as atividades e os problemas enfrentados. Apesar desse modelo teórico demonstrar o impacto das demandas e o controle do trabalho no estresse, ele recebe críticas por não identificar estressores específicos do ambiente de trabalho que poderiam ser modificados para reduzir o estresse por não indicar fatores críticos dentro de cada grupo estressor e não focaliza a interação entre o indivíduo e o ambiente conforme características individuais e valores. Em 1988, Jonhson e Hall propuseram um modelo derivado do MDC, o Modelo Demanda-Controle-Apoio, no qual sugere que o apoio social de superiores e ou colegas pode funcionar como amortecedor na relação exigência-controle. (PELLEGRINI et al., 2010).

O Modelo Vitamínico de Peter Warr, de 1987, defende que a saúde psicossocial dos trabalhadores depende de: oportunidade para controle pessoal, oportunidade para uso de habilidades, metas externas, variedade, clareza /transparência ambiental, oportunidade de contacto interpessoal, salário justo, valorização social, supervisão adequada, perspectiva de carreira, equidade. O autor faz uma analogia entre o consumo de vitaminas e os determinantes ambientais propostos: o consumo em excesso ou a ausência de consumo de vitaminas (no caso, a precariedade ou excesso da presença dos determinantes propostos no modelo) traz malefícios. (PELLEGRINI et al., 2010). Em 1996 e 1998, o autor passou a focar a sua atenção no bem-estar psicológico e afetivo no trabalho como medida central da saúde mental e passou a incluir os fatores individuais (personalidade) e sócio-demográficos (idade, sexo). (GONÇALVES, 2013).

O Modelo de Equilíbrio-Recompensa, de 1998, defende que o trabalho é crucial na autoestima, na autoeficácia e na estrutura social do indivíduo. Propõe que níveis elevados de esforço e pouca recompensa resultam num desequilíbrio emocional com consequências negativas para a saúde. Esse modelo considera que ameaças são possíveis quando se interrompe ou se perde as funções e os papéis sociais. Este modelo enfatiza mais a recompensa que o controle do trabalho e considera que aspectos de mercado de trabalho (salário, perspectiva de promoção, segurança no trabalho), do local de trabalho e componentes intrínsecos individuais podem determinar coping (estratégias para adaptar-se a demandas e estresse) e overcommitment (quando um conjunto de atitudes, comportamentos e emoções refletem um esforço excessivo associado ao forte desejo de ser reconhecido e estimado). (PELLEGRINI et al., 2010).


Levi e Kagan, em 1998, propuseram o Modelo Ecológico. Este modelo considera que situações ocupacionais ocorrem em uma estrutura e em um processo social, enquanto os estímulos psicossociais atuam sobre o trabalhador. Para esses autores as respostas a demandas e estímulos no ambiente de trabalho dependem de ajustes individuais, de ordem cognitiva, afetiva, comportamental ou fisiológica. O autor também considera que a proposição desse modelo é complementar aos Modelos MDC e ao Modelo de Equilíbrio-Recompensa. (PELLEGRINI et al., 2010).


















O Modelo de NIOSH, de 2004, enfatiza o stress definindo-o como reações físicas e emocionais decorrentes de exigências não correspondem às capacidades individuais, aos recursos ou às necessidades do trabalhador. O modelo não especifica os efeitos das interações desses componentes propostos. Trata-se de um modelo genérico que integra os modelos anteriores e enfatiza as condições laborais como importantes elementos a serem priorizados em uma abordagem coletiva. (PELLEGRINI et al., 2010).

O Modelo RED (Resources, Experiences and Demands), de 2009, propõe uma extensão dos modelos de Exigências-Controle e Exigências-Recursos. Avalia os recursos individuais, organizacionais e os extraorganizacionais (por exemplo, a conciliação trabalho-família). Este modelo inova ao inserir a avaliação dos recursos pessoais, tanto individuais quanto em relação aos grupos de trabalho, e destaca as crenças individuais de eficácia, como as de autoeficácia e eficácia coletiva. Quando se fala em autoeficácia, se consideram as crenças que a pessoa tem em relação em suas próprias competências para realizar uma tarefa. Eficácia coletiva diz respeito à crença compartilhada entre os membros de um grupo em relação à crença do grupo, como equipe, realizar bem uma tarefa. Este modelo defende que a saúde psicossocial é determinada, não apenas pelas exigências e recursos laborais, mas, também, pelos recursos pessoais. Este modelo tem sido alvo de algumas críticas, por envolver o risco de deixar de ser parcimonioso e de se tornar um modelo heurístico. (GONÇALVES, 2013).

Dessa maneira, quando se objetiva a avaliação de fatores de risco dentro do ambiente de trabalho, o referencial teórico a ser adotado para se realizar essa busca deve preconizar o uso de modelos capazes de traduzir com maior especificidade e sensibilidade quais os fatores de risco possíveis de serem encontrados tanto nas esferas individuais, organizacionais e sociais.

QUADRO 1 - APONTAMENTOS SOBRE ALGUNS MODELOS TEÓRICOS DE ESTRESSE E BEM ESTAR NO TRABALHO

MODELOS	FATORES DE RISCO	APONTAMENTOS
Modelo do Estresse	 Fatores organizacionais	Sugere que doenças físicas ou mentais desenvolvem-se a partir de dimensão de organização do trabalho,

Organizacional de Michigan (1962)	(microdemandas)  Fatores individuais	estruturas hierárquicas, ambiguidade, conflitos de papéis. Considera condições situacionais como o apoio social. Considerado pela literatura um modelo muito genéricos
Modelo Demanda-Controle ou Exigência-Controle (1979)	 Fatores organizacionais (microdemandas)  Fatores individuais	Avalia o trabalho conforme suas exigências e o controle do trabalhador sobre o trabalho. Neste modelo, o controle/autonomia é visto como o controle sobre a exigência do trabalho e não sobre a tomada de decisões no trabalho. Criticado por priorizar pouco os aspectos individuais e não identificar especificamente o que dentro do trabalho deve ser mudado. Em 1998 foi proposto a inserção dos aspectos que o apoio social insere sobre o trabalho. O modelo considera que: 1)  Exigência  Controle = trabalho estressante 2)  Exigência  Controle = trabalho ativo 3)  Exigência  Controle = trabalho com pouco estress 4)  Exigência  Controle = trabalho passivo Os itens 2 e 4 seriam ambientes de trabalho com motivação e tendência para o aprendizado e 1 e 3 seriam ambientes de trabalho com fatores de risco para desenvolvimento de estresse e doença.
Modelo Vitamínico (1987)	 Fatores organizacionais (microdemandas)  Fatores individuais	A primeira proposta desse modelo foca os fatores de risco ambientais organizacionais (por exemplo: oportunidade de controle, capacidade de uso de habilidades, metas, variabilidade de tarefas, transparência de informações relevantes, disponibilidade de recursos, segurança no trabalho) como determinantes de estímulos individuais, como competência, aspiração, autonomia, funcionalidade integrativa. Em 1998 propôs-se a adição de avaliação de fatores de risco individuais.
Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa (1996)	 Fatores organizacionais (microdemandas)  Fatores individuais	Considera o trabalho como função autorreguladora do indivíduo, com seus aspectos pessoais e individuais para o ajuste e desajuste dentro daquele ambiente de trabalho (conforme coping e personalidade). Considera e coloca o trabalho como uma troca social verificando a percepção de pertencimento no grupo de trabalho, questões de gratificação (salários) e estatus (condições de controle).
Modelo Ecológico (1998)	 Fatores organizacionais (microdemandas)  Fatores individuais	Considera que fatores organizacionais, incluindo o apoio social dentro do ambiente de trabalho, associado a características individuais (como o coping) determinam reações individuais que podem ser divergentes conforme cada indivíduo.

<p>Modelo NIOSH (2004)</p>	<p>Fatores organizacionais (microdemandas)</p> <p>Fatores individuais</p>	<p>Avalia questões organizacionais do trabalho como horários de descanso, turnos, rotinas, estilos de gestão (comunicação, tomadas de decisões, política favorável à vida da família), condições ambientais (condições perigosas, condições desagradáveis)</p> <p>Condições individuais e sociais são avaliados através das relações interpessoais (apoio de supervisores, papéis), preocupações com carreira, responsabilidades.</p>
<p>Modelo RED (Resources, Experiences and Demands) (2009)</p>	<p>Fatores organizacionais (microdemandas)</p> <p>Fatores individuais</p> <p>Fatores extraorganizacionais (macrodemandas)</p>	<p>Avaliação individual: recursos pessoais a nível individual e grupal (burnout, workalcoholic, tecnostress), engagement, satisfação, emoções positivas</p> <p>Avaliação organizacional (microdemandas): desempenho, qualidade no trabalho, absentismo...</p> <p>Avaliação de fatores extraorganizacionais (exigências (hidrance stressor), conciliação trabalho/família, condições ameaçadoras, condições desafiantes ("challenge stressor"). Esses são fatores que podem comprometer o coping.</p> <p>Conforme perda de confiança ou perda de eficácia, o profissional pode sse sentir abalado e com isso desencadear reações ameaçadoras e diminuir recursos laborais (comprometimento de espirais motivacionais e desencadeando deteriorização da saúde).</p>

FONTE: Adaptado de Pelegrini (2010) e Gonçalves (2013).

3.1.3 Considerações sobre Danos Psicossociais relacionados ao Trabalho na Área de Saúde

Quando se avaliam danos, considera que eles podem ser evidenciados através de consequências na saúde do trabalhador, quanto no equipamento de trabalho ou no funcionamento organizacional da instituição. (NETO, 2015).

A ACT (Autoridade para as Condições de Trabalho de Portugal) agrupou, em 2012, as consequências (danos) psicossociais para a saúde de trabalhadores em sintomas em físicos, psicológicos e comportamentais. Entre os sintomas físicos consideram-se: dor, lesões ou alterações musculoesqueléticas, dificuldade respiratória, alergias, hipertensão e perturbações cardiovasculares, perturbações sexuais, gastrointestinais, insônias, fragilidade imunitária, fadiga. Entre os sintomas psicológicos citam-se:

depressão e stress, nervosismo e irritabilidade, crises de choro, tristeza e ansiedade, alterações de memória e esgotamento, dificuldade de concentração e na tomada de decisão, instabilidade afetiva, subjugação e dependência de outrem, oscilação emocional e despersonalização. E entre os sintomas comportamentais podem estar presentes: isolamento, descuido com necessidades pessoais, aumento do consumo drogas (álcool, tabaco, automedicação, drogas, cafeína), conflitos interpessoais e familiares, agressividade, falta de cooperação e indiferença, faltas ao trabalho e a compromissos, erro e falhas no desempenho, suicídio. (TEIXEIRA, 2014).

No que diz respeito às consequências organizacionais a ACT informa que podem ocorrer: comportamentos e ambientes de trabalho hostis, trabalho inacabado, acumulação injustificada de serviço, humilhação e boatos contra a reputação e dignidade pessoal, manipulação de informação e comunicação, sobrecarga de trabalho, diferenciação negativa no tratamento dos trabalhadores, conflitos, absentéismo e aumento de rotatividade, redução na produtividade, maior possibilidade de erro e de acidente de trabalho, degradação das relações de trabalho, desigualdades salariais, desigualdades de tratamento entre trabalhadores, ruído nas comunicações, perdas de eficiência e de vitalidade dos grupos, necessidade treinamento e formação de trabalhadores novos, conflitos e desconfianças face chefias, custos com saúde decorrentes de doenças, pagamentos de indenizações e compensações, aumento de conflitos e reclamações, perda de clientes/usuários e deterioração da imagem da própria instituição (TEIXEIRA, 2014).

Quanto às consequências institucionais, Santana et al. (2016), por exemplo, encontraram que em sua amostra populacional (trabalhadores de ambiente hospitalar) a causa mais frequente de afastamento foi depressão, seguida de transtornos ansiosos e em terceiro lugar foram as reações ao estresse. Esses autores indicaram que os transtornos mentais que mais mantiveram afastados do trabalho foram o transtorno afetivo bipolar e episódio maníaco (afastamento geralmente superior a sete dias), e apontaram que além de danos em âmbito pessoal, familiar, social e institucional, os transtornos mentais são a terceira causa de absentéismo em ambiente hospitalar gerando custos adicionais às instituições e refletem na economia do país. (SANTANA et al., 2016).

Segundo dados do Ministério da Previdência Social, na população geral de trabalhadores, somente em 2011, transtornos desta natureza custaram aos cofres públicos o equivalente a mais de R\$ 211 milhões devido ao pagamento de novos benefícios previdenciários. Existem estimativas que em 20 anos o impacto econômico global por estes agravos fique em torno de US\$ 16 trilhões. (SANTANA et al., 2016).

FIGURA 2- RISCOS PSICOSSOCIAIS DE ORDEM PSICOSSOCIAL E ALGUMAS DE SUAS CONSEQUÊNCIAS



FONTE: Adaptado de Neto (2015) e Teixeira (2014).

3.2 APLICAÇÃO DE FERRAMENTAS QUE AUXILIAM NA IDENTIFICAÇÃO E MENSURAÇÃO DE RISCOS E DANOS PSICOSSOCIAIS ENTRE TRABALHADORES NA ÁREA DA SAÚDE

3.2.1 Considerações gerais sobre uso de ferramentas e escalas para fins psicométricos

Sobre a estimativa e identificação de riscos psicossociais, a literatura propõe várias abordagens, porém, há quem defenda a impossibilidade de se

estimar a relação entre doenças mentais e trabalho, dados características subjetivas no desenvolvimento dessas doenças. Neste contexto, estimar os riscos psicossociais num determinado ambiente de trabalho favoreceria a gestão riscos a que os trabalhadores estão expostos e explicitaria o papel da saúde pública na abordagem do problema, visto que os transtornos mentais podem ser reflexo da saúde pública mal gerida dentro ambiente do trabalho. (GLINA; ROCHA, 2010).

Alguns autores referem que é necessário observar o discurso do trabalhador e os aspectos objetivos de seu trabalho a fim de "compreender a subjetividade concreta". (BORSOI, 2007).

Da necessidade da avaliação da eficácia de tratamentos clínicos propostos para as enfermidades psiquiátricas surgiram as escalas psicométricas, principalmente a partir da década de 60. Elas procuram quantificar características psíquicas e comportamentais que nem sempre são observáveis. No entanto, elas têm função complementar ao diagnóstico clínico, auxiliando na avaliação, no monitoramento, na documentação da gravidade e de necessidade de nível de cuidado a ser dispensado para com o indivíduo avaliado. Para sua aplicação estão envolvidas questões financeiras (os custos de obtenção de questionários, caso não forem de domínio público), necessidade de treinamento para aplicação dos mesmos e tempo despendido para a aplicação das escalas junto aos avaliados. (GORENSTEIN, 2016).

Uma escala confiável é aquela mais precisa o possível: com menos sujeição a erros por viés ou acaso. Outro requisito importante nas escalas psicométricas, além de sua confiabilidade, é sua validade, ou seja, o quão é eficaz para o diagnóstico naquela população estudada. Cita-se aqui o exemplo de que a tradução simples de escalas de um idioma estrangeiro para o Português do Brasil pode ser insuficiente do ponto de vista de aplicabilidade, pois as expressões utilizadas na língua mãe para a língua traduzida podem ter diferentes interpretações e assim, questões culturais podem prejudicar a validação de um questionário. (GORENSTEIN, 2016).

Yuan-Pang sugere duas estratégias para diagnóstico em saúde mental: o uso de entrevistas padronizadas e estruturadas (os roteiros diminuiriam a heterogenicidade de coleta de dados), e a utilização de escalas de triagem em centros não especializados em saúde mental (a fim aumentar a captura de

casos suspeitos e após diagnóstico efetuado propor intervenções). (GORENSTEIN, 2016).

Apesar dos questionários e escalas psicométricas serem ferramentas importantes na seleção de doentes dentro de uma população geral ou de uma população de trabalhadores, são capazes de detectar riscos psicossociais individuais específicos, e, em se tratando de saúde do trabalhador, podem deixar a desejar como ferramenta de ação preventiva de riscos psicossociais na população geral de trabalhadores. (NETO, 2015).

Ou seja, é importante a avaliação de riscos visando a prevenção de agravos, inclusive os psíquicos, na população trabalhadora. E isso deve ser ainda mais preconizado, quando se estima que apenas 50% dos casos de transtornos mentais que ocorrem na comunidade são identificados, e menos de 10% deles recebem tratamento apropriado. (GLINA: ROCHA, 2010).

Existem várias escalas e questionários disponíveis na literatura, tanto em domínio público como em domínio privado. Cada uma dessas escalas objetiva a análise de um determinado desfecho (risco ou dano) e entre as escalas abordadas nesta revisão estão: escalas psicométricas para triagem de transtornos mentais em populações gerais, escalas para avaliação de saúde geral e de qualidade de vida e no trabalho, escalas para avaliação de violência no ambiente de trabalho, escalas para avaliação de estresse profissional, escalas para avaliação de fadiga por compaixão, escalas para avaliação de estratégias de adaptação ao estresse, escalas de avaliação de satisfação em relação ao trabalho, questionário de avaliação de riscos psicossociais por "metodologia-processo".

3.2.2 Escalas Psicométricas para Triagem de Transtornos Mentais em Populações Gerais

O uso de questionários ou escalas, como já mencionado, não substitui as entrevistas diagnósticas, visto que não realizam em si diagnósticos clínicos, apenas sugerindo-os. São, portanto, ferramentas de triagem. Entre as escalas de triagem para o diagnóstico de transtornos psiquiátricos com tradução, confiabilidade e validade para o Brasil estão a GHQ-12 (General Health Questionnaire), SRQ-20 (Self-Reporting Questionnaire), PHQ-9 (Patient Health

Questionnaire). Essas escalas de triagem são ótimos instrumentos para identificar os transtornos mentais mais comuns no meio social. (GLINA; ROCHA, 2010).

O GHQ-12 é uma escala autoaplicável, fora de domínio público, que avalia o bem-estar psicológico e é composta de itens que contemplam perguntas com base em sintomas comuns sugestivos de transtornos psiquiátricos mais comuns, não severos. (BORGES; ARGOLO, 2002). Este instrumento produz um escore que expressa a severidade de distúrbios psiquiátricos não psicóticos. A primeira versão do GHQ-12 continha 60 itens e posteriormente chegou-se a 12 itens, sem prejuízo de confiabilidade. Cada item é avaliado numa escala tipo Lickert com escores de 1 a 4. Estudos encontraram que na avaliação global dos 12 itens obteve-se valor de alfa de Cronbach igual a 0,829. (GOMES; SANTOS; CAROLINO, 2013). São avaliados os itens: estresse psíquico, desejo de morte, falta de confiança na capacidade de desempenho, distúrbios do sono e distúrbios psicossomáticos. O QSG apresenta grande perspectiva de uso no país para fins clínicos e para avaliação da saúde mental na população geral. (PASQUALI, et al., 1994).

Borges e Argolo (2002) defendem que a presença de transtornos leves indica alguma afecção da estrutura da vida psíquica de trabalhadores e, portanto, devem correlacionados aspectos e inter-relações com sua vida social. O GHQ-12 é um instrumento no qual, pacientes de baixo nível sociocultural podem se apresentar como falso-positivos e homens como falso-negativos. Alguns autores consideram que o uso desse questionário é desaconselhável em pacientes defensivos, com transtornos psiquiátricos graves ou doentes cronicamente enfermos. Também se questiona sua validade para a população com transtornos psicóticos, infantes ou adolescentes. (GORENSTEIN, 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), norteadada pela preocupação com o impacto dos agravos de saúde mental, propôs a composição do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) como instrumento de triagem para transtornos mentais em países em desenvolvimento. Avaliam-se quatro grupos de sintomas prevalentes: o do humor depressivo-ansioso (como tensão, preocupação e tristeza), o dos sintomas somáticos (como qualidade de sono, presença do desconforto estomacal, problemas digestivos e inapetência), o de decréscimo de energia vital (cansaço, insatisfação, dificuldade em tomar

decisões, sofrimento em realizar o trabalho e dificuldade em pensar claramente), e o dos pensamentos depressivos (desinteresse, sentimento de inutilidade e pensamentos de por fim à vida). (URBANETTO, et al., 2013).

O SRQ-20 foi validado no Brasil em 1986 e obteve-se neste estudo sensibilidade de 83% e especificidade de 80% para diagnóstico de transtornos mentais. Outros estudos encontraram sensibilidade e especificidade variando de 62,9% a 99% e 44% a 95%, respectivamente. (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

A principal versão da SRQ-20, composta de vinte questões sob forma autoavaliável, com respostas "sim" ou "não", avaliam sintomas psiquiátricos não-psicóticos. O ponto de corte mais adequado para o SRQ-20 é 7/8, independentemente do sexo. Nesse score, considera-se a sensibilidade para a presença de transtorno mental não psicótico de 86,33% e a especificidade de 89,31% com valores preditivos positivo de 76,43% e negativo de 92,21%. (GONCALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008).

O PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) foi formulado com intuito de detectar depressão nos centros de atenção primária. É um instrumento que permite o rastreamento, favorece a avaliação e o monitoramento da gravidade da depressão. (MENDES, 2008).

O PHQ-9 é um questionário de livre acesso composto de perguntas que podem ser respondidas gradualmente em notas que vão de 0 a 3 por resposta, sendo a maior pontuação possível de 27 pontos. Tem sensibilidade e especificidade do teste para diagnóstico de depressão conforme o ponto de corte e os autores sugerem diagnósticos provisórios conforme a pontuação obtida. O questionário é realizado conforme a frequência dos sintomas dos últimos 14 dias em relação ao interesse em realizar atividades/coisas, sentimento de desânimo, depressão ou falta de perspectivas, insônia inicial ou em manter o sono ou excesso de sonolência, sintomas de cansaço e pouca energia, sintomas de excesso ou falta de apetite, sentir-se mal em relação a si próprio (a exemplo sentir-se um fracassado ou decepcionado consigo mesmo(a) ou em relação à própria família), dificuldades de concentração (como ao ler o jornal ou ver televisão), sentir-se com lentidão para movimentar-se ou para falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou sentir-se agitado(a) (a ponto de ficar andando de um lado para o outro), presença de

pensamento suicida (pensamento que seria melhor estar morto(a) ou se autoagredir, e também busca saber se os sintomas anteriormente perguntados causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas. Para as respostas são consideradas as seguintes frequências de acontecimento: 0- nunca (em nenhum dia), 1- em vários dias (menos de uma semana), 2- em mais da metade dos dias (uma semana e ou mais), 3- em quase todos os dias. (SANTOS, et al., 2013).

Estudos sugerem que o PHQ-9 é mais adequado para o rastreamento de episódio depressivo maior na comunidade, porém há divergências quanto o valor de corte para se sugerir o diagnóstico de Depressão maior. Alguns estudos sugerem pontuação acima de 10 e outros acima de 13. Considerando a pontuação 13 ou acima de 13 para o diagnóstico de Depressão maior, um estudo evidenciou sensibilidade de 42,5% (IC95%: 27,0-59,1) e especificidade de 95,3% (IC95%: 92,8-97,2) para este diagnóstico. (SANTOS, et al., 2013).

3.2.3 Escalas para Avaliação de Saúde Geral e de Qualidade de Vida e no Trabalho

O Short Form Health Survey – 36 Item version 2(SF-36v2) tem como objetivo medir e avaliar ou monitorizar o estado de saúde de populações e indivíduos com ou sem doença. Pode ser aplicado em adolescentes, adultos e idosos. As oito dimensões podem ser agrupadas em duas componentes: saúde física e saúde mental. (UNIÃO, 2014). Esta escala foi validada no Brasil em uma população portadora de Artrite Reumatóide. (CICONELLI, 1997).

Entre as oito dimensões avaliadas pela SF-36v2 estão: a) função física (desde a limitação para executar atividades físicas menores a maiores, como tomar banho, vestir-se, levantar ou carregar as compras da mercearia, subir lances de escadas, inclinar-se, ajoelhar-se, baixar-se ou mesmo andar uma determinada distância), b) dor (intensidade, desconforto causados pela dor e como a dor interfere nas atividades usuais), c) saúde geral (mede a partir do conceito de percepção holística da saúde: estado de saúde atual, resistência, aparência saudável), d) vitalidade (níveis de energia e de fadiga), e) função social (pretende captar a quantidade e a qualidade das atividades sociais,

assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas atividades sociais), f) desempenho emocional e g) desempenho físico (as escalas de desempenho procuram medir a limitação em saúde em termos do tipo e da quantidade de trabalho executado. Inclui a limitação no tipo usual de tarefas executadas, a necessidade de redução da quantidade de trabalho e a dificuldade de realizar as tarefas, h) saúde mental (avalia sintomas de ansiedade, depressão, perda de controle em termos comportamentais ou emocionais e o bem-estar psicológico). (FERREIRA, 1998).

A qualidade de vida foi definida pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". (FLECK, et al., 2000).

Porém, o conceito de qualidade de vida e de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) apresenta uma série de definições e noções divergentes entre os estudiosos, ao longo do tempo. A partir do proposto pelo Programa Internacional para o Melhoramento das Condições e dos Ambientes de Trabalho (PIACT), da Organização Internacional do Trabalho (OIT), em 1976, o entendimento que se tem sobre a QVT tenta articular duas tendências: a primeira compreendendo a QVT como parte da noção de qualidade geral de vida; a outra, como algo voltado para o aumento da participação dos trabalhadores no ambiente de trabalho e na sua vida profissional. (DUARTE; MORAES, 2016).

O WHOQOL-100 é um instrumento com perspectiva transcultural, ou seja, pensada para uso internacional, para avaliar a qualidade de vida. O Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde desenvolveu a versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-Bref, que contempla 26 questões divididas em quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e já foi validado no Brasil. As questões são respondidas de acordo com uma escala tipo Likert, variando entre 1 e 5, sendo que, há quatro tipos de escalas de resposta: intensidade, capacidade, avaliação e frequência. Entre os domínios avaliados pelo WHOQOL-Bref estão: a) Físico: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, capacidade para o

trabalho; b) Psicológico: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/religião/crenças pessoais; c) Relações sociais: relações pessoais, suporte/apoio social, atividade sexual; d) Meio ambiente: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade), oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em e oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima), transporte. (FLECK, et al., 2000).

2.4 Escalas para Avaliação de Violência no Ambiente de Trabalho

A violência no trabalho é considerada fenômeno crescente no mundo e o setor da saúde é apontado como área de risco para agressões aos trabalhadores. As prevalências do evento nos serviços de saúde variam de 17 a 94%, e frequentemente ultrapassam 50% dos trabalhadores. O risco (probabilidade) do evento pode ser atribuído às características das atividades desempenhadas pelos profissionais da saúde: relações interpessoais que englobam contato físico e emocional constante, e por vezes intenso, com as pessoas que recebem os cuidados prestados, seus familiares e acompanhantes. Condições desfavoráveis para os atendimentos podem ser geradoras de desacordos, podendo evoluir para agressões entre pacientes e profissionais de saúde, ou entre os próprios profissionais. Nesse contexto, entende-se a violência no trabalho como "agressões que decorrem das relações laborais e que se apresentam sob a forma de ameaças, abusos ou ataques, tendo sua gênese diretamente relacionada às condições e à organização do trabalho". (PAI et. al., 2015). Os trabalhadores de saúde que sofrem violência em seu ambiente de trabalho têm apresentado de forma mais frequentes sintomas de burnout e transtornos psíquicos menores. O Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector foi proposto pela Organização Mundial da Saúde, Organização Internacional do Trabalho e de Serviços Públicos e Conselho Internacional de Enfermagem em 2003, e foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Palacios em 2008. (EGRY; BERLIGUER, 2015). O Questionário engloba questões sobre dados pessoais e

do local de trabalho, violência física no local de trabalho (nos últimos 12 meses), Violência psicológica no local de trabalho (abuso emocional), questões sobre o empregador / patrão do setor de saúde. (PALACIOS, 2002).

3.2.5 Escalas para Avaliação de Estresse Profissional

Entre os instrumentos para avaliar o estresse profissional estão o Job Stress Scale (JSS), o IMPACTO-BR, Maslach Burnout Inventory (MBI) e o Copenhagen Burnout Inventory (CBI).

A versão em português da Job Stress Scale inclui 41 questões: 17 a respeito de controle sobre o trabalho (seis sobre habilidades e 11 sobre poder de decisão), 13 perguntas sobre demanda (oito sobre demanda psicológica e cinco sobre demanda física), e 11 perguntas sobre suporte social. As questões são respondidas em uma escala de 1 a 4 (1 = discordo; 2 = discordo parcialmente; 3 = concordo e 4 = concordo fortemente). A validação do JSS indica um bom desempenho deste instrumento. No Brasil, um estudo para sua validação encontrou resultado satisfatório e estudos conduzidos no Brasil apresentam resultados consistentes com os obtidos em outros países. (TIRONI, et al., 2009). A Job Stress Scale, versão resumida do instrumento de coleta do Modelo Demanda-Controle (MDC), já foi validada para o português. (URBANETTO et al., 2013).

O IMPACTO-BR é um questionário autoaplicável que foi traduzido e adaptado para a cultura brasileira pelo Laboratório de Investigações em Saúde Mental da Universidade de São Paulo e a análise e a validação das escalas foram feitas no Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental da Universidade de São João Del Rei (LAPSAM), sendo partes de um projeto multicêntrico da OMS. (DE MARCO et al., 2008).

O IMPACTO-BR contém 34 questões, com respostas com cinco níveis de escala ordinal, que visam a avaliar a sobrecarga sentida pelos profissionais de saúde mental, em consequência do trabalho diário com pessoas portadoras de transtornos psiquiátricos. Entre os itens, incluem-se as questões quantitativas da escala propriamente dita que avaliam o grau de sobrecarga sentida pela equipe, as questões descritivas que colhem informações complementares sobre as repercussões deste tipo de trabalho em suas vidas e

as questões sociodemográficas. O IMPACTO-BR apresenta alfa de Cronbach de 0,879. (DE MARCO et al., 2008).

A versão abreviada da escala IMPACTO-BR (IMPACTO-BR/versão abreviada) também tem como objetivo avaliar a sobrecarga dos profissionais de serviços de saúde mental. É uma escala autoadministrada que apresenta 18 questões, agrupadas em três fatores. O primeiro fator da escala contém 5 itens que avaliam o impacto do trabalho sobre a saúde física e mental da equipe. Referem-se aos efeitos do trabalho em saúde mental sobre os seguintes aspectos: a frequência de problemas físicos ressentidos pelo profissional da equipe, a frequência de suas consultas ao médico, a frequência em que ele toma medicamentos, o efeito do trabalho sobre a estabilidade emocional e sobre a necessidade de procurar ajuda profissional em consequência destes problemas. O segundo fator contém seis itens que se referem aos efeitos no funcionamento da equipe com relação aos seguintes aspectos: a frequência em que o profissional pensa em mudar de campo de trabalho, a frequência em que ele pensa que outro tipo de trabalho o faria sentir mais saudável, afastamentos por doença devido ao estresse no trabalho, grau em que o profissional tem receio de ser agredido no trabalho, efeito do trabalho na qualidade do sono, efeito do trabalho na sua saúde em geral. O terceiro fator da escala contém cinco itens que avaliam o sentimento de estar sobrecarregado e os efeitos do trabalho no estado emocional do profissional. Abordam os seguintes aspectos da sobrecarga: se sentir frustrado com os resultados do trabalho, se sentir sobrecarregado pelo contato constante com os pacientes, se sentir cansado após o trabalho, se sentir deprimido por trabalhar com pessoas com distúrbios mentais e se sentir estressado por trabalhar com doença mental. Além desses itens, a escala apresenta duas questões adicionais que se referem ao impacto do trabalho em saúde mental sobre a vida social do profissional e sobre sua vida familiar. As alternativas de resposta aos itens estão dispostas em uma escala ordinal do tipo Likert de 1 (representa que o usuário está muito insatisfeito) a 5 (muito satisfeito). (LEAL, et al., 2012).

A Síndrome de Burnout é definida como conjunto de sintomas (baixa autoestima, fadiga emocional e física, falta de entusiasmo pelo trabalho e pela vida, sentimento de impotência e inutilidade) decorrente da atividade laboral, podendo levar o profissional à depressão e ao suicídio. Esta concepção teórica

apresenta uma visão unidimensional da síndrome relacionando-a a atividade laboral por características do próprio indivíduo e devido seu caráter individualista, foi progressivamente abandonada, e a dimensão social passou a ser incluída. Na concepção organizacional, o burnout é apresentado como consequência de um desajuste entre as expectativas do trabalhador e os interesses da instituição e os agentes estressores organizacionais desencadeiam o processo. Nesta concepção as dimensões apresentadas na síndrome (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional) seriam estratégias de enfrentamento e os agentes estressores organizacionais os desencadeadores do burnout. Na concepção sócio-histórica, o burnout é relacionado a um conjunto de características psicológicas de uma sociedade cada vez mais individualista e competitiva, mais do que fatores pessoais ou institucionais. Atualmente, a concepção mais utilizada é a sociopsicológica. Nela, as características individuais associadas as do ambiente e do trabalho proporciona o surgimento de fatores multidimensionais da síndrome: exaustão emocional, distanciamento afetivo (despersonalização) e baixa realização profissional. A exaustão emocional é considerada o principal evento da síndrome e sua manifestação mais óbvia. Existem diferentes modelos de avaliação da síndrome. (SANTOS, 2013).

O Maslach Burnout Inventory (MBI) tornou-se o modelo padrão para avaliar o Burnout. Atualmente existem três versões distintas do MBI, desenvolvidas em função de diferentes áreas profissionais. A primeira, que se destina para aplicação aos profissionais da área da saúde, é a “Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBIHSS)”. A segunda versão, com 22 itens, é utilizada para profissionais inseridos em contextos educativos e chama-se “Maslach Burnout Inventory - Educators Survey (MBI-ES)”. A terceira versão, que é a mais genérica, tem 16 itens, e é adaptada aos trabalhadores em geral “Maslach Burnout Inventory - General Survey (MBI-GS)”. (FONTE, 2011). O MBI-HSS é composto por 22 afirmações sobre sentimentos e atitudes que englobam as três dimensões fundamentais da síndrome. A exaustão profissional é avaliada por nove itens, a despersonalização por cinco itens e a realização pessoal por oito itens. Segundo os resultados de validação do inventário: a) para exaustão emocional, uma pontuação maior ou igual a 27 indica alto nível; de 17 a 26, nível moderado; e menor que 16 nível baixo; b)

para despersonalização, pontuações iguais ou maiores que 13 indicam alto nível, de 7 a 12 moderado e menores de 6 nível baixo; c) para a realização profissional, a pontuação vai em direção oposta às outras, onde pontuações de zero a 31 indicam alto nível, de 32 a 38 nível moderado e maior ou igual a 39, baixo. (TIRONI, et al., 2009).

Alguns investigadores têm apontado falhas na concepção do modelo proposto por Maslach, tanto teóricas, quanto metodológicas (na elaboração do MBI). Tem se observado que MBI-HSS na sua generalidade apresenta uma consistência interna satisfatória, particularmente nas dimensões exaustão emocional e realização pessoal, mas na dimensão despersonalização a fiabilidade é inferior dos achados da versão original, em população não anglo-saxônica. (VICENTE, et al., 2013). Esses achados põe em risco a validade dos achados epidemiológicos e com isso novas definições de Burnout têm sido propostas. Ou seja, o MBI não tem sido suficiente para explicar o Burnout, pois não capta os aspectos críticos da relação dos indivíduos com o seu trabalho. (UNIÃO, 2014).

Além disso, é importante dizer que não há na literatura um consenso para a definição da síndrome da estafa profissional a partir dos valores encontrados no questionário Maslach: a maior parte dos autores descreve os níveis obtidos nas três dimensões sem um critério definido para agrupá-las. Desta forma, a definição de estafa profissional é confundida com as próprias dimensões. Segundo Grunfeld e seus colaboradores, a síndrome é caracterizada pela presença de cansaço emocional ou despersonalização altos ou realização pessoal baixa. De acordo com Ramirez, apenas os indivíduos que apresentam as três dimensões características do desgaste profissional podem ser considerados portadores da síndrome. Assim, apesar de o questionário Maslach ser específico para o diagnóstico da síndrome, a falta de padronização para sua interpretação dificulta a avaliação dos resultados. (PEREIRA, 2015).

Pines e Aronson definiram Burnout como “um estado de exaustão física, emocional e mental causado por um envolvimento a longo prazo em situações de elevada exigência”. Não restringem o conceito ao campo ocupacional. O instrumento desenvolvido por Pines e Aronson, chamado Burnout Measure (BM), é apontado como o segundo mais utilizado, até 1998,

após o MBI. Shirom e Melamed consideram que o Burnout é um estado afetivo singular caracterizado pela sensação de perda de energia física, mental e cognitiva, que ocorre como reação ao estresse crônico. O instrumento desenvolvido pelos autores é o Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM). Demerouti desenvolveu o Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), que abrange os aspectos físicos e cognitivos da exaustão (o MBI avalia apenas o aspecto afetivo da exaustão). (UNIÃO, 2014).

Kristensen considera como aspecto central da Síndrome de Burnout a fadiga/exaustão e a sua atribuição, pelo indivíduo, a determinada esfera da sua vida. Desta forma, o instrumento desenvolvido pelos autores, o Copenhagen Burnout Inventory (CBI), avalia Burnout em três dimensões: pessoal (genérico, isto é, representando o quanto o indivíduo se sente cansado ou exausto, de maneira geral), ligado ao trabalho (o grau de exaustão física ou psicológica que é percebida pelo sujeito como relacionada ao trabalho) e ligado ao cliente (ou seja, o quanto a exaustão da pessoa é atribuída ao seu trabalho com outras pessoas). O Copenhagen Burnout Inventory é um instrumento construído no âmbito do projeto PUMA (sigla dinamarquesa para o Projeto de Burnout, Motivação e Satisfação no Trabalho) iniciado em 1997. Este projeto foi desenhado como um estudo de intervenção longitudinal e foi desenvolvido ao longo de cinco anos, tendo como objetivos estudar a prevalência e a distribuição do Burnout, as causas e consequências do Burnout e as possíveis intervenções para reduzir o desgaste, se necessário. Assim, este questionário foi desenvolvido para avaliar o Burnout em trabalhadores dos serviços humanos. (UNIÃO, 2014).

3.2.6 Escalas para Avaliação de Fadiga por Compaixão

Fadiga por compaixão é o nome do processo no qual o profissional ligado ao atendimento de uma clientela, que tem como demanda o sofrimento, torna-se fatigado, exausto física e mentalmente, devido ao constante contato com o estresse provocado pela compaixão. Desta forma, estão sujeitos à fadiga por compaixão, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, enfim, quaisquer profissionais que tenham como parte do seu ofício o contato com a dor e o sofrimento. De forma geral, a

fadiga por compaixão ocorre quando o profissional não consegue mais lidar de uma forma saudável com os sentimentos negativos que emergem do sofrimento dos pacientes que ele atende. Em decorrência disso, estes profissionais começam a apresentar respostas somáticas e/ ou defensivas em relação ao seu trabalho. Como o próprio nome indica, a fadiga por compaixão tem como base a experiência da compaixão, definida como sendo um estado de preocupação, de aflição pelo bem-estar de outrem, tendo em vista o estresse e o desconforto que o sofrimento alheio nos causa. Alguns estudos sugerem que a fadiga por compaixão é a principal ameaça à saúde mental dos profissionais de Saúde. Apesar de ser relativamente recente o estudo da fadiga por compaixão conta com o desenvolvimento diversos instrumentos de mensuração e entre eles estão, a saber: Compassion Fatigue Self Test (Figley, 1995); Compassion Satisfaction and Fatigue Test (Figley & Stamm, 1996); Compassion Fatigue Scale (Gentry et al., 2002); Professional Quality of Life Scale (Stamm, 2005); Compassion Fatigue – Short Scale (Adams; Boscarino; Figley, 2006). (LAGO;CODO, 2013).

A concepção de fadiga por compaixão, elaborada por Figley e Stamm, em 1996), é atualmente a mais adotada. Esta concepção entende que a fadiga por compaixão é um fenômeno multidimensional composto por: fadiga por compaixão, burnout e satisfação por compaixão. De acordo com esta concepção, a fadiga por compaixão refere-se os efeitos nocivos da exposição secundária a eventos ligados à dor e ao sofrimento e o burnout se refere aos aspectos ligados à exaustão emocional. Ou seja, um sentimento de falta de energia, de desânimo. E satisfação por compaixão ao prazer proveniente do sentir-se capaz de desempenhar bem o seu trabalho, um sentimento de satisfação por sentir-se capaz de ajudar as pessoas que estão sofrendo. Esta concepção entende que as três dimensões estão relacionadas, e, portanto, atuam de forma conjunta no desenvolvimento da síndrome. A relação entre a síndrome de burnout e a fadiga por compaixão ainda permanece controversa na literatura existente. Alguns autores defendem que a fadiga por compaixão seria um estágio avançado do burnout, outros acreditam que fadiga por compaixão e a síndrome de burnout são um único fenômeno designados de formas diferentes, e por fim, há aqueles que argumentam que a síndrome de burnout é uma das dimensões da fadiga por compaixão. No Brasil está em

processo de validação a escala ProQol-IV, que acredita que o burnout é uma das dimensões da fadiga por compaixão.(LAGO;CODO, 2013).

3.2.7 Escalas para Avaliação de Estratégias de Adaptação ao Estresse

Além da importância de avaliar a relação entre trabalho e estresse, é importante avaliar as estratégias de adaptação ao estresse, visando o equilíbrio do estado mental e físico de trabalhadores.

O Brief-COPE (adaptado para a população portuguesa) foi utilizado para identificar as estratégias de coping utilizadas pelo indivíduo quando se depara com situações potencialmente geradoras de estresse. O Brief-COPE constitui uma versão abreviada do COPE Inventory, e é constituído por 14 dimensões, com dois itens cada, que abrangem: a) coping ativo: iniciar uma ação ou fazer esforços, para remover ou circunscrever o estressor; b) planejamento: pensar sobre o modo de se confrontar com o estressor, planejar os esforços de coping ativos; c) utilizar suporte instrumental: procurar ajuda, informações, ou conselho acerca do que fazer; d)utilizar suporte social emocional: conseguir simpatia ou suporte emocional de alguém; e) religião: aumento de participação em atividades religiosas; f) reinterpretação positiva: fazer o melhor da situação crescendo a partir dela, ou vendo-a de um modo mais favorável; g) auto-culpabilização: criticar-se a si próprio pelo que aconteceu; h) aceitação: aceitar o fato que o evento estressante ocorreu e é real; i) expressão de sentimentos: aumento da consciência do estresse emocional pessoal e a tendência concomitante para exprimir ou descarregar esses sentimentos; j) negação: tentativa de rejeitar a realidade do acontecimento estressante; k) auto distração: desinvestimento mental do objetivo com que o estressor está a interferir, através do sonho acordado, dormir, ou auto distração; l) desinvestimento comportamental: desistir, ou deixar de se esforçar da tentativa para alcançar o objetivo com o qual o estressor está a interferir; m) uso de substâncias (medicamentos/ álcool): passar a usar álcool ou outras drogas (medicamentos) como um meio de alívio em relação ao estressor; n) humor: fazer piadas acerca do estressor. (RIBEIRO; RODRIGUES, 2004).

3.2.8 Escalas de Avaliação de Satisfação em Relação ao Trabalho

A Escala de Avaliação da Satisfação da Equipe em Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR) é um instrumento autoaplicável que foram traduzidos e adaptados para a cultura brasileira pelo Laboratório de Investigações em Saúde Mental da Universidade de São Paulo e a análise e a validação das escalas foram feitas no Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental da Universidade de São João Del Rei (LAPSAM), sendo partes de um projeto multicêntrico da OMS. (DE MARCO et al., 2008).

O SATIS-BR contém 69 questões, sendo elas: 1) questões quantitativas, que visam a avaliar o grau de satisfação da equipe em relação aos serviços oferecidos e as condições de trabalho na instituição em que atuam; 2) questões qualitativas e descritivas que complementam estas informações e que se referem a opinião da equipe sobre os serviços; e 3) questões que avaliam os dados sociodemográficos. A escala global apresenta alfa de Cronbach de 0,899. (DE MARCO et al., 2008).

3.2.9 Avaliação de Riscos Psicossociais por "Metodologia-Processo"

A metodologia-processo tem se destacado para a avaliação dos riscos psicossociais de trabalhadores uma vez que inclui a utilização de instrumentos que avaliam várias dimensões de fatores psicossociais. Advoga-se a favor do uso destas ferramentas porque, apesar de se perder em especificidade diagnóstica em relação aos questionários psicométricos, esses instrumentos possuem maior amplitude, ou seja, maior sensibilidade diagnóstica, diminuindo o tempo para as devidas ações necessárias junto ao trabalhador e assim diminuir os danos. (NETO, 2015).

O instrumento mais citado na literatura que engloba a "metodologia-processo" é o COPSOP (Questionário Copenhague Psychosocial Questionnaire II). O COQSOP é um instrumento multidimensional, passível de uso em qualquer tipo de trabalho, que tem como objetivo final a prevenção de riscos psicossociais. Para tanto avalia necessidades gerais relacionadas ao tema "estresse no trabalho" baseando-se no modelo teórico de exigência e controle, ou seja, que considera o estresse como resultado de elevada

exigência no ambiente de trabalho e um baixo apoio social. É um questionário que cobre diferentes dimensões psicossociais, individual, de validade internacional para várias línguas, porém até o momento não está validada para a língua portuguesa do Brasil e sim de Portugal. (ROSÁRIO, 2013).

No formato reformulado de 2007 (COPSOQ II) tem três versões distintas: a) uma versão curta (23 dimensões e 40 perguntas), visando a autoavaliação dos trabalhadores ou aplicação em local de trabalho com menos de trinta trabalhadores, b) uma versão média (28 dimensões e 87 perguntas), destinadas ao uso por profissionais de saúde ocupacional, nomeadamente na avaliação de riscos, planificação e inspeção, c) uma versão longa (41 dimensões e 128 perguntas). De acordo com os autores do questionário a versão curta e média incluem somente as dimensões psicossociais com evidências epidemiológicas de relação com saúde, sendo necessário para sua efetuação o envolvimento de todos os agentes relacionados com o trabalho: serviço de saúde ocupacional, representantes da direção da empresa e representantes dos trabalhadores. O questionário é individual, anônimo e as respostas são pessoais e voluntárias. As três versões são avaliadas em escala tipo Likert de 5 pontos (1-nunca ou quase nunca, 2- raramente, 3 -as vezes, 4- muito, 5- extremamente). Os itens e subescalas avaliados são: a) exigências laborais (exigências quantitativas, ritmo de trabalho, exigências cognitivas, exigências emocionais, exigências de esconder emoções), b) organização do trabalho e conteúdo (influencia no trabalho, possibilidades de desenvolvimento, variação no trabalho, significado do trabalho, compromisso face ao local de trabalho), c) relações sociais e liderança (previsibilidade, recompensas, transparência do papel laboral desempenhado, conflitos de papéis laborais, qualidade de liderança, apoio social de superiores, apoio social de colegas), d) interface trabalho-indivíduo (insegurança laboral, satisfação laboral, conflito trabalho/família, conflito família/trabalho), e) valores no local de trabalho (confiança vertical, confiança horizontal, justiça e respeito, comunidade social no trabalho, responsabilidade social), f) personalidade (autoeficácia), g) saúde bem-estar (saúde geral, stress, burnout, problemas em dormir, stress somático, stress cognitivo, sintomas depressivos), h) comportamentos ofensivos. As perguntas do questionário relativas às condições do trabalho pertencem principalmente ao questionário psicossocial Copenhagen que investiga

condições de trabalho, realização profissional, relações sociais, carência emocional, plenitude e significado das tarefas, grau de autonomia no trabalho, qualidade da liderança, satisfação de trabalho, conflitos do cargo, sobrecarga de trabalho, grau de participação e interesse pela profissão e pela própria organização do trabalho. (DONATELLA; SARQUIS; COSTA, 2009).

O Inquérito Saúde e Trabalho (INSAT), 2007, foi inspirado em conhecimentos explorados por três diferentes inquéritos: Inquérito SUMER ("Surveillance Médicale des Risques Professionnels", com objetivo estudar a penosidade do trabalho), Inquérito EVREST ("Évolutions et Relations en Santé au Travail", que tem como objetivo o conhecimento dos riscos do trabalho, da organização do trabalho, da saúde dos trabalhadores e das suas interações) e Inquérito SIT ("Saúde, Idade e Trabalho", que procura compreender como e em que medida as condições de trabalho atuais e passadas influenciam, favorável ou desfavoravelmente, a qualidade do processo de envelhecimento e a saúde). (BARROS-DUARTE, et.al., 2007).

O INSAT busca pelas consequências do trabalho e das condições de trabalho, atuais e passadas, ao nível da saúde e do bem-estar. Ele pretende criar condições para que sejam declarados os problemas que constituem fonte de sofrimento, mesmo aqueles que se revelam transitórios e que não se consolidam num quadro de patologia, embora possa ser identificada uma associação com o trabalho. É um inquérito epidemiológico, que pretende neste momento caracterizar, através de uma amostra setorial significativa, os principais riscos profissionais de alguns setores de atividade e compreender a influência que os constrangimentos de trabalho têm na saúde do trabalhador. Em termos dos objetivos específicos que lhe estão inerentes citam-se: elaborar uma caracterização das condições de trabalho associadas à atividade profissional em diferentes sectores de atividade, identificar os principais fatores de risco e as interações existentes entre eles, bem como a influência de certas variáveis relacionadas com o conteúdo de trabalho e a sua organização, oferecer aos investigadores um suporte para definir as prioridades de futuros estudos, definir medidas que possam promover uma melhoria das situações de trabalho (e que, concomitantemente, minimizem os efeitos dessas situações sobre o risco de deterioração da saúde dos trabalhadores, no desempenho da sua atividade de trabalho), contribuir para que as empresas e os médicos do

trabalho identifiquem os riscos a que se encontram expostos os trabalhadores e assim possam desenvolver ações preventivas, promover uma tomada de consciência individual e coletiva relativamente aos efeitos do trabalho e das condições de trabalho na saúde e bem-estar. (BARROS-DUARTE, et.al., 2007).

O INSAT, conforme Barros-Duarte, et al. (2007), está organizado em eixos principais: a) "O meu trabalho", b) "Condições e características do meu trabalho", c) "Condições de vida fora do trabalho", d) "O que me custa mais no meu trabalho", e) "Formação no meu trabalho", f) "O meu estado de saúde", g) "Saúde no meu trabalho", h) informações, de carácter sócio-demográfico, sobre o trabalhador (sexo, idade, nível de escolaridade), i) informações sobre o estabelecimento de emprego (setor de atividade, tipo de empresa, ...).

Os autores do INSAT reforçam a importância da análise da realidade: como as atividades são realizadas e em que condições elas são desenvolvidas. No Brasil, uma equipe da Fiocruz está experimentando uma versão adaptada do INSAT. (BARROS-DUARTE, et.al., 2010).

QUADRO 1 - ESCALAS COM PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS CAPAZES DE AUXILIAR NA MENSURAÇÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS

ESCALA	OBJETIVO	AVALIA	ITENS/DOMÍNIOS
GHQ-12 (General Health Questionnaire)	Expressa a severidade de distúrbios psiquiátricos não psicóticos	Fatores individuais ↓ Riscos Psicossociais Individuais não necessariamente relacionados ao trabalho	Avalia a presença de estresse psíquico, desejo de morte, falta de confiança na capacidade de desempenho, distúrbios do sono e distúrbios psicossomáticos
		Avaliação de riscos psicossociais em esfera coletiva?	
SRQ-20 (Self-Reporting Questionnaire)	Instrumento de triagem para transtorno mentais (transtornos de humor não-psicóticos)	Fatores individuais ↓ Riscos Psicossociais Individuais não necessariamente relacionados ao trabalho	Avalia quatro dimensões dos transtornos de humor não-psicótico: a) humor depressivo-ansioso (como tensão, preocupação e tristeza); b) sintomas somáticos (qualidade de sono, presença do desconforto estomacal, problemas digestivos e inapetência); c) decréscimo de energia vital (cansaço, insatisfação, dificuldade em tomar decisões, sofrimento em realizar o trabalho e dificuldade em pensar claramente);
		RASTREAMENTO Avaliação de riscos	

psicossociais em esfera coletiva? d) pensamentos depressivos.

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)

Instrumento que visa o rastreamento, a avaliação e o monitoramento da gravidade da depressão

RASTREAMENTO

Fatores individuais

↓

Riscos Psicossociais Individuais não necessariamente relacionados ao trabalho

Avaliação de riscos psicossociais em esfera coletiva?

Avalia os sintomas dos últimos 14 dias em relação: ao interesse em realizar atividades/coisas, sentimento de desânimo, depressão ou falta de perspectivas, insônia inicial ou em manter o sono ou excesso de sonolência, sintomas de cansaço e pouca energia, sintomas de excesso ou falta de apetite, se sentiu-se mal em relação a si próprio (a exemplo sentir-se um fracassado ou decepcionado consigo mesmo(a) ou em relação à própria família), dificuldades de concentração (como ao ler o jornal ou ver televisão), sentir-se com lentidão para movimentar-se ou para falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou sentir-se agitado(a) (a ponto de ficar andando de um lado para o outro), presença de pensamento suicida (pensamento que seria melhor estar morto (a)) ou se autoagredir, e também busca saber se os sintomas anteriormente perguntados causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas.

SF-36v2

(Short Form Health Survey – 36 Item version 2)

Instrumento genérico para avaliação e/ou monitorização de qualidade de vida de indivíduos saudios ou doentes dentro da população geral

Fatores individuais

↓

Riscos Psicossociais Individuais não necessariamente relacionados ao trabalho

Avaliação de riscos psicossociais em esfera coletiva?

Engloba oito dimensões:

- função física (desde a limitação para executar atividades físicas menores a maiores, como tomar banho, vestir-se, levantar ou carregar as compras da mercearia, subir lances de escadas, inclinar-se, ajoelhar-se),
- dor (intensidade, desconforto causados pela dor e como a dor interfere interfere nas atividades usuais),
- saúde geral (mede a partir do conceito de percepção holística da saúde: estado de saúde atual, resistência, aparência saudável),
- vitalidade (níveis de energia e de fadiga),
- função social (pretende captar a quantidade e a qualidade das atividades sociais, assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas atividades sociais),
- desempenho emocional e g) desempenho físico (as escalas de desempenho procuram medir a limitação em saúde em termos do tipo e da quantidade de trabalho executado. Inclui a limitação no tipo usual de tarefas executadas, a necessidade de redução da quantidade de trabalho e a dificuldade de realizar as tarefas,
- saúde mental (avalia sintomas de ansiedade, depressão, perda de controle em termos comportamentais ou emocionais e o bem estar psicológico)

<p>WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life)</p>	<p>Instrumento genérico para avaliação de qualidade de vida</p>	<p>Fatores individuais</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Riscos Psicossociais Individuais não necessariamente relacionados ao trabalho</p> <p>Avaliação de riscos psicossociais em esfera coletiva?</p>	<p>Domínios de avaliação:</p> <p>a) Físico: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, capacidade para o trabalho.</p> <p>b) Psicológico: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; auto-estima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/religião/crenças pessoais.</p> <p>c) Relações sociais: relações pessoais, suporte/apoio social, atividade sexual.</p> <p>d) Meio ambiente: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade), oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em e oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima), transporte.</p>
<p>SQWVHS (Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector)</p>	<p>Rastreamento da ocorrência de violência no setor de saúde, ocorridos nos últimos 12 meses</p>	<p>Fatores individuais</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Riscos e Danos Psicossociais Individuais</p> <p>Avaliação de riscos e danos psicossociais em esfera coletiva?</p>	<p>Engloba questões sobre dados pessoais e do local de trabalho, violência física no local de trabalho (nos últimos 12 meses), Violência psicológica no local de trabalho (abuso emocional), questões sobre o empregador / patrão do setor de saúde.</p>
<p>JSS (Job Stress Scale)</p>	<p>Avaliação estresse profissional controle sobre o trabalho</p> <p>Baseado na Modelo Teórico MDC</p>	<p>Fatores individuais e organizacionais (microdemandas)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Riscos e Danos Psicossociais Individuais</p> <p>Avaliação de riscos e danos psicossociais em esfera coletiva?</p>	<p>Avaliação do Controle sobre o trabalho: habilidades e decisão no trabalho)</p> <p>Avaliação do Estresse: demanda psicológica e demanda física</p> <p>Avaliação de suporte social</p>
<p>O IMPACTO-BR</p>	<p>Avaliar a sobrecarga dos profissionais de</p>	<p>Fatores individuais e organizacionais (microdemandas)</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>1) Primeira parte: a frequência de problemas físicos ressentidos pelo profissional da equipe, a frequência de suas consultas ao médico, a frequência em que ele toma medicamentos, o efeito do trabalho sobre a estabilidade emocional e sobre a necessidade de procurar ajuda profissional em consequência destes problemas</p> <p>2) Segunda parte se refere aos efeitos no funcionamento da equipe com relação aos seguintes aspectos: a frequência em que o profissional pensa em mudar de campo de trabalho, a frequência em que ele pensa que outro tipo de trabalho o faria sentir mais saudável, afastamentos por doença devido ao estresse no trabalho, grau em que o profissional tem receio de ser agredido no trabalho, efeito do trabalho na qualidade do sono, efeito do trabalho na sua saúde em geral.</p>

versão abreviada	serviços de saúde mental	Riscos e Danos Psicossociais Individuais	3) Terceira parte avalia o sentimento de estar sobrecarregado e os efeitos do trabalho no estado emocional do profissional: se sentir frustrado com os resultados do trabalho, se sentir sobrecarregado pelo contato constante com os pacientes, se sentir cansado após o trabalho, se sentir deprimido por trabalhar com pessoas com distúrbios mentais e se sentir estressado por trabalhar com doença mental.
		Avaliação de riscos e danos psicossociais em esfera coletiva?	4) Questões adicionais (2): sobre o impacto do trabalho em saúde mental sobre a vida social do profissional e sobre sua vida familiar.
MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory - Human Service Survey)	Detectar casos de Síndrome de Burnout nos Prestadores de Serviços Humanos	Fatores individuais ↓ Riscos e Danos Psicossociais Individuais Avaliação de riscos e danos psicossociais coletivos?	A exaustão profissional é avaliada por nove itens, a despersonalização por cinco itens e a realização pessoal por oito itens. Não há na literatura um consenso para a definição da síndrome da estafa profissional a partir dos valores encontrados no questionário Maslach. Segundo Grunfeld e seus colaboradores, a síndrome é caracterizada pela presença de cansaço emocional ou despersonalização altos ou realização pessoal baixa. De acordo com Ramirez, apenas os indivíduos que apresentam as três dimensões características do desgaste profissional podem ser considerados portadores da síndrome. Ou seja, a falta de padronização para sua avaliação dificulta a interpretação dos resultados.
CBI (Copenhagen Burnout Inventory)	Instrumento que visa a mensuração de Burnout	Fatores individuais em relação ao trabalho desenvolvido ↓ Riscos e Danos Psicossociais Individuais Avaliação de riscos e danos psicossociais coletivos?	Avalia três dimensões: 1) esfera pessoal (representando o quanto o indivíduo se sente cansado ou exausto, de maneira geral), 2) esfera de sintomas relacionadas ao trabalho (o grau de exaustão física ou psicológica que é percebida pelo sujeito como relacionada ao trabalho) 3) esfera de sintomas relacionadas ao cliente (o quanto a exaustão da pessoa é atribuída ao seu trabalho com outras pessoas)
BRIEF COPE	Identificar estratégias de coping	Fatores individuais ↓ Riscos Psicossociais Individuais não necessariamente relacionados ao trabalho	Avalia 14 escalas, com 2 itens cada, que abrangem: a)Coping ativo: iniciar uma ação ou fazer esforços, para remover ou circunscrever o estressor b) Planejamento: pensar sobre o modo de se confrontar com o estressor, planejar os esforços de coping ativos c)Utilizar suporte instrumental: procurar ajuda, informações, ou conselho acerca do que fazer d)Utilizar suporte social emocional: conseguir simpatia ou suporte emocional de alguém e)Religião: aumento de participação em atividades religiosas f)Reinterpretação positiva: fazer o melhor da situação crescendo a partir dela, ou vendo-a de um modo mais favorável g)Auto-culpabilização: criticar-se a si próprio pelo que aconteceu h)Aceitação: aceitar o fato que o evento estressante ocorreu e é real

Avaliação de riscos psicossociais em esfera coletiva?

- i) Expressão de sentimentos: aumento da consciência do estresse emocional pessoal e a tendência concomitante para exprimir ou descarregar esses sentimentos
- j) Negação: tentativa de rejeitar a realidade do acontecimento estressante
- k) Auto distração: desinvestimento mental do objetivo com que o estressor está a interferir, através do sonho acordado, dormir, ou auto distração
- l) Desinvestimento comportamental: desistir, ou deixar de se esforçar da tentativa para alcançar o objetivo com o qual o estressor está a interferir
- m) Uso de substâncias (medicamentos/ álcool): passar a usar álcool ou outras drogas (medicamentos) como um meio de alívio em relação ao estressor
- n) Humor: fazer piadas acerca do estressor

SATIS-BR

Avaliar o grau de satisfação da equipe em serviços de saúde mental

Fatores individuais e organizacionais (microdemandas)



Riscos e Danos Psicossociais Individuais que podem vir a serem extrapolados para avaliação de riscos e danos psicossociais em esfera coletiva.

- 1) questões quantitativas, que visam a avaliar o grau de satisfação da equipe em relação aos serviços oferecidos e as condições de trabalho na instituição em que atuam;
- 2) questões qualitativas e descritivas que complementam estas informações e que se referem a opinião da equipe sobre os serviços;
- 3) questões que avaliam os dados sociodemográficos.

COPSOQ

(Copenhagen Psychosocial Questionnaire version II)

Avaliar o estresse relacionado ao trabalho

Utiliza o MDC

Fatores individuais e organizacionais (microdemandas)



Riscos e Danos Psicossociais Individuais que podem vir a serem extrapolados para avaliação de riscos e danos psicossociais em esfera coletiva.

Explica estresse como resultado de elevada exigência no ambiente de trabalho e um baixo apoio social.

- a) exigências laborais: exigências quantitativas, ritmo de trabalho, exigências cognitivas, exigências emocionais, exigências de esconder emoções;
- b) organização do trabalho e conteúdo: influencia no trabalho, possibilidades de desenvolvimento, variação no trabalho, significado do trabalho, compromisso face ao local de trabalho
- c) relações sociais e liderança: previsibilidade, recompensas, transparência do papel laboral desempenhado, conflitos de papéis laborais, qualidade de liderança, apoio social de superiores, apoio social de colegas;
- d) interface trabalho-indivíduo: insegurança laboral, satisfação laboral, conflito trabalho/família, conflito família/trabalho;
- e) valores no local de trabalho: confiança vertical, confiança horizontal, justiça e respeito, comunidade social no trabalho, responsabilidade social;
- f) personalidade: autoeficácia;
- g) saúde e bem-estar: saúde geral, stress, burnout, problemas

em dormir, stress somático, stress cognitivo, sintomas depressivos;
h) comportamentos ofensivos.

INSAT

Avaliar as consequências do trabalho e das condições de trabalho, atuais e passadas, ao nível da saúde e do bem-estar.

Fatores individuais , organizacionais e sociais



Riscos e Danos Psicossociais Individuais que podem vir a serem extrapolados para avaliação de riscos e danos psicossociais em esfera coletiva.

Eixos principais:

- a) "O meu trabalho",
- b) "Condições e características do meu trabalho",
- c) "Condições de vida fora do trabalho",
- d) "O que me custa mais no meu trabalho",
- e)"Formação no meu trabalho, ",
- f) "O meu estado de saúde",
- g) "Saúde no meu trabalho",
- h) informações, de carácter sócio-demográfico, sobre o trabalhador (sexo, idade, nível de escolaridade),
- i) informações sobre o estabelecimento de emprego (setor de atividade, tipo de empresa, ...).

FONTE: Adaptado da compilação de vários autores referendados no corpo do texto

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As repercussões dos agravos à saúde mental do trabalhador trazem consequências importantes aos trabalhadores, às organizações, à sociedade e ao Estado e afeta a capacidade de trabalho do indivíduo e sua participação social. A prevenção dos agravos mentais e de comportamento na população trabalhadora exige o reconhecimento, a análise de riscos (previstos pelo PPRA e PCMSO), a análise na percepção do trabalho, do processo de trabalho e riscos aos quais os próprios trabalhadores estão expostos.

Da necessidade de critérios científicos que auxiliem especificamente a análise da saúde mental de trabalhadores e quanto o trabalho possa estar interferindo negativamente ou positivamente nesta população exposta surgiu a ideia de se realizar a revisão proposta.

A identificação e estimação de riscos psicossociais é o primeiro passo para a gestão dos riscos psicossociais em ambiente de trabalho e deve ser realizada junto a trabalhadores, chefias e a própria equipe gestora dos riscos.

Os riscos psicossociais são permeados por demandas individuais, organizacionais e sociais. Os danos psicossociais podem decorrer da

intersecção entre esses fatores. Existem diferentes modelos teóricos que ao relacionarem o estresse, o trabalho e as demandas citadas anteriormente sugerem fatores de risco psicossociais para o adoecimento mental dos trabalhadores. Revisando-se diferentes instrumentos psicométricos, que avaliam esses fatores de risco, procuramos expor aos leitores ferramentas capazes de se avaliar os riscos e danos psicossociais e, assim, identificar ferramentas que podem auxiliar no reconhecimento de perfis de adoecimento, diagnósticos situacionais, identificação de dados epidemiológicos e, assim, auxiliar no planejamento de estratégias de intervenção direcionadas à melhoria das condições de trabalho, de qualidade de vida dos trabalhadores, redução de absenteísmo e gastos previdenciários.

O uso de escalas auxilia na mensuração de riscos psicossociais individuais e, dependendo do instrumento utilizado, pode ser possível também mensurar danos psicossociais individuais, como é o caso das escalas que procuram pelo diagnóstico de Burnout.

É importante mencionar que as escalas genéricas que avaliam sintomas individuais, e que não avaliam o quanto esses sintomas estão relacionadas ao trabalho, não podem ser consideradas capazes de avaliar riscos e dano psicossocial relacionado ao trabalho.

A extrapolação dos achados resultantes de aplicação de escalas dentro de uma coletividade, como por exemplo, achados de questionário aplicado a trabalhadores de uma unidade de saúde, podem não corresponder a análise de riscos ou danos psicossociais dentro daquele grupo de trabalhadores, e nesse aspecto deve-se cuidar com generalizações. Para avaliação de grupos de trabalhadores devem ser observados os grupos homogêneos de trabalho e exposição, vieses individuais e aspectos limitantes de cada tipo escala utilizada. Relatamos também que as escalas psicométricas, de forma geral, traduzem dados e análise momentânea e circunstancial daquele indivíduo ou daquela coletividade, daí a importância de monitorização contínua.

Ao se escolher qual escala ou estudo psicométrico irá se utilizar, é importante buscar por uma ferramenta capaz de avaliar questões individuais relacionadas e não relacionadas ao trabalho, questões organizacionais e questões extralaborais. Se essa escala não estiver disponível, sugere-se preconizar o uso associado de mais de uma ferramenta, para ter-se uma maior

visão possível do contexto do social do trabalhador ou de uma coletividade trabalhista.

É fundamental frisar que o uso dessas ferramentas não substitui a avaliação *in loco* e a avaliação clínica individual.

Não menos importante, é a abordagem da saúde mental como questão de saúde pública: ações governamentais são necessárias a fim de se determinar uma reforma nas estruturas de assistência pública brasileira que abordam questões de saúde mental, buscando integrar a assistência à saúde mental com a qualidade de vida, a fim de que se consiga agir precocemente em determinantes de processos de adoecimento.

Ao se associar prevenção em ambiente de trabalho dos trabalhadores da saúde, melhorias nos serviços de saúde ocupacional e de saúde pública, busca-se assegurar a saúde de quem cuida e, assim, estaremos criando uma rede protetora que visa a prevenção de transtornos mentais e o desenvolvimento de estratégias protetivas que por fim irão atingir a qualidade da saúde mental de toda população.

5 REFERÊNCIAS

BARROS-DUARTE, C.; CUNHA, L. & LACOMBLEZ, M. (2007). INSAT: uma proposta metodológica para análise dos efeitos das condições de trabalho sobre a saúde. **Laboreal - Portugues**, 3, (2), 54-62. Dez. 2007. Disponível em: <<http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45nSU547112311:499682571>>. Acesso em março de 2018.

BARROS-DUARTE, C.; CUNHA, L. INSAT 2010 Inquérito Saúde e Trabalho: outras questões, novas relações. **Laboreal Portugues**, vol. VI · nº2 · 2010 · pp. 19-26. Disponível em: <http://laboreal.up.pt/files/articles/2010_12/pt/19-26f.pdf>. Acesso em: mar 2018.

BORGES, L. O. de; ARGOLO, J. C. T. Adaptação e validação de uma escala de bem-estar psicológico para uso em estudos ocupacionais. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 17-27, jun. 2002. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712002000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 mar. 2017.

BORSOI, Izabel Cristina Ferreira. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. **Psicologia & Sociedade**. Porto Alegre, v.19, n. spe, p. 103-111, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822007000400014>>. Acesso em set 2017.

BRAGA, L.C; CARVALHO, L.R.de.; BINDER, M.C.P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1585-1596, 2010. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700070>>. Acesso em: fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1339,18 de novembro de 1999. Dispõe sobre a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 18 nov. 1999. Disponível em: <<http://www.bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: dez.2017.

CICONELLI, Rozana Mesquita. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)”**. São Paulo, 1997. 148 p. Tese (Doutorado em Medicina) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 1997. Disponível em: <<http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/15360>>. Acesso em out. 2017

COSTA, E. A., org. Vigilância Sanitária: temas para debate [online]. Salvador: EDUFBA, 2009. 237 p. ISBN 978-85-232-0881-3. Disponível em: SciELO Books. Acesso em: mar. 2018.

DE MARCO, P. F. et al. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. 2008;57(3):178-183. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852008000300004>>. Acesso em: jan.2018.

DONATELLA, C; SARQUIS, L.M.M.; COSTA, G. Condições do trabalho, saúde e bem estar dos trabalhadores de enfermagem na Europa (Nurses'early exit study.) **Cogitare Enfermagem**. v.14, n.1,mar. 2009. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/14413>> Acesso em: nov..2017.

DUARTE, Lucas Có Barros; MORAES, Thiago Drumond. Saúde mental de psicólogos atuantes em serviços de atenção primária à saúde. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia, Londrina**, v. 7, n. 2, p.123-146, dez. 2016). Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eip/v7n2/a08.pdf>>. Acesso em: mar. 2017.

EGRY, Emiko Yoshiakawa; Professor Giovanni Berlinguer: a saúde, a enfermagem e a ética sentirão sua falta!. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo v. 49, n. 3, p. 360-361, Jun. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000300001>>. Acesso em: dez. 2017.

FERREIRA, Pedro Lopes. A Medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36. **Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra**. 1998. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/9969/1/RD199802.pdf>>. Acesso em mar. 2018.

FLECK, Marcelo PA et al . Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 34, n. 2, p. 178-183, Abr. 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>..Acesso em: mai.2017.

FONTE, Cesaltino Manuel S. da. **Adaptação e Validação para Português do Questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI)**. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre-Faculdade de Economia de Coimbra, Agos. 2011. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt>>. Acesso em: mai.2017

GLINA, D. M. R. ; ROCHA L. E. (Org.). **Saúde Mental no Trabalho - Da Teoria À Prática**. São Paulo: Roca, 2010.

GOMES, Sandra da Fonte Sousa; SANTOS, Margarida Maria Magalhaes Cabugueira Custodio dos; CAROLINO, Elisabete Teresa da Mata Almeida . Riscos psicossociais no trabalho: estresse e estratégias de coping em enfermeiros em oncologia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1282-1289, dez. 2013. ISSN 1518-8345. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/76051>>.Acesso em: jan. 2017.

GONCALVES, Daniel Maffasioli; STEIN, Airton Tetelbon and KAPCZINSKI, Flavio.Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cad. Saúde Pública**, 2008, vol.24, n.2, pp.380-390. ISSN 1678-4464. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>> Acesso em: fev. 2017.

GONÇALVES, Sónia P. Stress e bem-estar no trabalho. Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho. **Caderno Avulso**, n.º 7, Julho de 2013. Disponível em: <https://docs.wixstatic.com/ugd/a7d6ed_d44639be23964b6eb3670502133d847e.pdf> Acesso em: fev.2018.

GORENSTEIN, C.; WANG, Y-P.; HUNGERBÜHLER, I. **Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental**. 1a. edição. Artmed, 2016.

LAGO K.; CODO W. Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. Universidade de Brasília. **Estudos de Psicologia**, 18(2), abril-junho/2013, 213-221. ISSN (versão eletrônica): 1678-4669. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n2/v18n2a06.pdf>>. Acesso em: jan. 2018.

LEAL, R. Maria de A. C.; BANDEIRA, M. B.; AZEVEDO, K. R. N. Avaliação da qualidade de um serviço de saúde mental na perspectiva do trabalhador: satisfação, sobrecarga e condições de trabalho dos profissionais. **Psicol. teoria e prática**, São Paulo, v.14, n.1, p.15-25, 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=arttext&pid=S1516-36872012000100002&lng=PT&nrm=iso>>. Acesso em: jan.2016.

MENDES, Ana Vilela. **Cuidados Primários à Saúde Mental: depressão materna e aspectos comportamentais de crianças em idade escolar**. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, SP. 2008. Dissertação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17148/tde-26032009-202413/publico/A.pdf>>. Acesso em: mar. 2018.

NETO Hernâni Veloso. Estratégias organizacionais de gestão e intervenção sobre riscos psicossociais do trabalho. **International Journal on Working Conditions. RICOT (Rede de Investigação sobre Condições de Trabalho)** - Instituto de Sociologia da Universidade do Porto, Porto, Portugal. No.9, June 2015, ISSN 2182-9535. Disponível em: <<http://ricot.com.pt>>. Acesso em: mai. 2017.

PAI, Daiane Dal et al . Violência, burnout e transtornos psíquicos menores no trabalho hospitalar. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.49, n.3, p.457-464, Jun. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342015000030001>>. Acesso em: dez. 2017.

PALACIOS Marisa. Relatório Preliminar de Pesquisa. Violência no trabalho no Setor Saúde - Rio de Janeiro - Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: **Universidade Federal do Rio de Janeiro**; 2002 [citado 2014 set. 03]. Disponível em:

http://www.assediomoral.org/IMG/pdf/pesquisa_sobre_Violencia_no_trabalho_Universidade_Federal_RJ.pdf . Acesso em: nov. 2017.

PASQUALI, L., Gouveia, V. V., Andriola, W. B., Miranda, F. J. & Ramos, A. L. M. Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG): adaptação brasileira. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 10(3), 421. 1994. Disponível em: < <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/es/psi-144-437>>. Acesso em: jun.2017.

PELLEGRINI P. R. dos. et al. Estresse e fatores psicossociais. **Psicologia Ciência e Profissão**. 2010, vol. 30, n.4. pp. 712-725. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282021785004>> Acesso em out. 2017.

PEREIRA, Selda Heloisa Cavalcanti do Nascimento. **Avaliar a prevalência da síndrome de Burnout em médicos peritos da previdência social na gerência executiva de Campina Grande-PB**. 2015. 89 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Católica de Santos, Santos, 2015. Disponível em: <<http://biblioteca.unisantos.br:8181/handle/tede/1441>>. Acesso em jun. 2017.

RAMMINGER, Tatiana, A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. **Bol. da Saúde**, v.16, n.1, 2002. Disponível em: <http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/download/20140520172224v16n1_10saudemental.pdf> . Acesso em mar 2018.

RIBEIRO José Luís Pais; RODRIGUES A.P. Questões Acerca do Coping: A Propósito do Estudo de Adaptação do Brief Cope J.L. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto 2 Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. **Psicologia, Saúde & Doenças**, 2004, 5 (1), 3-15. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10400.12/1054>>. Acesso em mar 2018.

ROSÁRIO, Susel Karine Álvaro. **Validação e Adaptação Linguística e Cultural da Versão Longa do Questionário Copenhagen Phisicosocial Questionnaire II (COPSOQ II) Em Português**. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Engenharia de Segurança e Higiene Ocupacionais Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto. 2013. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10216/69479>> . Acesso em: mar. 2018.

SANTANA, Leni de Lima et. al. Absenteísmo por transtornos mentais em trabalhadores de saúde em um hospital no sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2016 mar; 37(1):e53485. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs/revistagauchadeenfermagem>> . Acesso em jun. 2017.

SANTOS, Iná S. et al. Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among adults from the general population. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1533-1543, Agos. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00144612>>. Acesso em: abr. 2017.

SANTOS, M. R. S. da. **Síndrome de Burnout entre médicos atuantes na estratégia de saúde da família: uma análise no município do Rio de Janeiro**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<portal.estacio.br/media/3617/mário-rogerio-da-silva-santos-dissertação.pdf>>. Acesso em: dez 2017.

SILVA-JUNIOR João Silvestre da; FISCHERLL Frida Marina. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. **Rev Saúde Pública** 2014;48(1):186-190. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0186.pdf>>. Acesso em: abr. 2017.

UNIÃO B. C. A. **Stress e Burnout em Médicos Dentistas - Da Epidemiologia à Comparação de Instrumentos de Medida**. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) - Universidade Católica Portuguesa Centro Regional das Beiras. Viseu, Junho de 2014. Disponível em:<<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15310/4/>>. Acesso em: fev. 2017.

URBANETTO, S. J. de et al. Estresse no trabalho segundo o Modelo Demanda-Controle e distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP** 2013; 47(3):1186-93. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/>> Acesso em mai. 2017.

TEIXEIRA Filipa Isabel Madeira Correia. **Factores de Risco Psicossocial em Cuidados Continuados Integrados**. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias Lisboa 2014. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Continuados Integrados, no Curso de Mestrado em Cuidados Continuados Integrados, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias. Disponível em <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/5938/Filipa%20Teixeira_Tese.pdf?sequence=1>. Acesso em março de 2018.

TIRONI, Márcia Oliveira Staffa et al. Trabalho e síndrome da estafa profissional (Síndrome de Burnout) em médicos intensivistas de Salvador. **Rev. Assoc.**

Med. Bras., São Paulo, v. 55, n. 6, p. 656-662, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302009000600009>>. Acesso em: dez. 2017.

VICENTE Carla S.; OLIVEIRA Rui Aragão; MAROCO João. Análise Fatorial do Inventário de Burnout de Maslach (MBI-HSS) em Profissionais Portugueses. **Psicologia, Saúde & Doenças**, 2013, 14 (1), 152-167. EISSN - 2182-8407. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10400.12/2494>> . Acesso em: mar 2018.