




Saúde mental dos trabalhadores da saúde pública em Bento Gonçalves, no Rio Grande do Sul

Mental health of public health workers
in Bento Gonçalves, Rio Grande do Sul, Brazil

Neice Muller Xavier Faria¹, Raquel Ferreira Silveira Klosinski¹,
Graciane Rustick¹, Luciana De Marco Oliveira²

RESUMO | **Contexto:** Os transtornos mentais relacionados ao trabalho são reconhecidos como um problema global de saúde. **Objetivo:** Este estudo buscou avaliar a prevalência e os fatores associados aos transtornos mentais mais frequentes, além da ideação suicida recorrente entre os trabalhadores públicos da área da saúde. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal entre trabalhadores municipais que atuam na área da saúde. Coletaram-se dados sociodemográficos e fatores ocupacionais como tipo de vínculo, setor de atuação, função desempenhada, antiguidade no cargo e existência de conflitos interpessoais no trabalho (CIT). Os indicadores de saúde mental utilizados foram transtornos mentais comuns (TMC) e ideação suicida, usando *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20). A análise estatística recorreu aos métodos χ^2 e regressão de Poisson. **Resultados:** Entre os 597 entrevistados, verificou-se prevalência de TMC de 20,3% e de ideação suicida de 11,6%. Trabalhadores concursados e mais jovens apresentaram aumento nas taxas de TMC, enquanto a ideação suicida predominou entre pessoas com escolaridade alta e viúvos ou separados/divorciados. Os trabalhadores que exercem as funções de médicos, administrativos, higienizadoras e agentes comunitários apresentaram as prevalências mais elevadas de TMC. No entanto não houve associação entre função e ideação suicida após análise multivariada. A ocorrência de CIT associou-se com o aumento dos indicadores de saúde mental, de forma mais intensa quando relacionada a chefias e colegas. **Conclusão:** Os dois indicadores estudados (TMC e ideação suicida) alertam para uma situação preocupante quanto à saúde mental dos profissionais responsáveis por cuidar da saúde coletiva. Apesar de possíveis limitações do questionário utilizado para definir os critérios, o CIT foi o principal fator associado com a piora dos indicadores de saúde mental, sinalizando a necessidade de abordagens específicas para melhorar o ambiente psicossocial de trabalho. **Palavras-chave** | saúde mental; saúde do trabalhador; transtornos mentais; ideação suicida; conflito (psicologia).

ABSTRACT | **Background:** Work-related mental disorders are an acknowledged global health problem. **Objective:** The aim of the present study was to investigate the prevalence of and factors associated with common mental disorders and suicidal ideation among public health workers. **Methods:** We conducted a cross-sectional study with municipal healthcare workers. We collected sociodemographic and occupational data including employment relationship, job area, professional category, length of work in current job and interpersonal conflict in the workplace (ICW). The analyzed mental health indicators were common mental disorders (CMD) and suicidal ideation by means of the *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Statistical analysis included the χ^2 test and Poisson regression. **Results:** The prevalence of CMD and suicidal ideation was 20.3% and 11.6%, respectively, among the 597 participants. Permanent and younger employees exhibited higher CMD rates, while suicidal ideation predominated among the participants with higher educational level and the widowed/separated/divorced. Physicians, administrative employees, cleaning personnel and community health agents exhibited the highest rates of CMD. In turn, there was no association between professional category and suicidal ideation on multivariate analysis. ICW was associated with poorer mental health indicators, the association being stronger when conflict involved supervisors and coworkers. **Conclusion:** Both analyzed indicators (CMD and suicidal ideation) point to a worrisome situation as concerns the mental health of professionals charged of collective health care. The possible limitations of the questionnaire applied notwithstanding, ICW was the main factor associated with poorer mental health indicators. These findings point to the need to develop specific approaches to improve the psychosocial work environment. **Keywords** | mental health; occupational health; mental disorders; suicidal ideation; conflict (psychology).

¹Secretaria Municipal de Saúde, Vigilância em Saúde do Trabalhador - Bento Gonçalves (RS), Brasil.

²Prefeitura de Bento Gonçalves, Serviço Especializado em Segurança e em Medicina do Trabalho - Bento Gonçalves (RS), Brasil.

DOI: 10.5327/Z1679443520180196

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (2016), nos últimos anos “tem crescido a atenção para o impacto dos riscos psicossociais e estresse relacionado ao trabalho entre pesquisadores, profissionais e gestores políticos”¹. Riscos psicossociais relacionados ao trabalho são determinados pela organização, pelas relações e pelo conteúdo do trabalho e ocorrem quando as exigências não correspondem às capacidades, aos recursos ou às necessidades do trabalhador ou os excedem¹.

Avaliando a dimensão dos problemas de saúde mental na população, uma revisão de estudos brasileiros que usaram o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) identificou prevalências de transtornos mentais que variaram entre 20 e 56%, com diferenças conforme o tipo de população².

Em serviços de saúde, o trabalho tem sido associado a grande sobrecarga psíquica, com elevado número de afastamentos em razão de transtornos mentais³. Transtornos mentais comuns (TMC) têm sido frequentemente identificados entre trabalhadores de saúde, sobretudo entre aqueles com alta demanda psicológica e baixo controle sobre as atividades laborais^{4,5}, tanto em hospitais⁴ como na atenção básica⁵. Entre os trabalhadores da atenção básica, a prevalência de TMC (também identificados como distúrbios psiquiátricos menores) variou de 16%, em um estudo realizado nas regiões Nordeste e Sul⁶, a 42,6% no município de Botucatu, na estado de São Paulo⁵. Sobrecarga de trabalho, ritmos excessivos, condições laborais precárias, atividades em turnos, especialmente o noturno, falta de oportunidades de desenvolvimento na carreira e conflitos interpessoais estão entre as principais causas dos problemas psicossociais no trabalho.

Transtornos psiquiátricos como depressão e transtornos bipolares podem levar a pensamentos suicidas⁷. O manual da Organização Mundial da Saúde (OMS) de prevenção ao suicídio aponta algumas ocupações da área da saúde, como médicos, dentistas e farmacêuticos, associadas às taxas mais elevadas de suicídio⁷. Um estudo de revisão confirmou e ampliou essa lista de profissionais de risco para suicídio, incluindo as enfermeiras. Além disso, identificou fatores de risco ocupacionais para ideação suicida entre médicos como assédio moral, sobrecarga e síndrome de *burnout*.⁸

Embora sejam de percepção mais difícil, os conflitos interpessoais no trabalho (CIT), como por exemplo agressão verbal (mesmo que pontual), hostilidade, boatos sobre outra pessoa⁹

e demais formas, mais “leves”, de comportamento agressivo, foram identificados como frequentes entre profissionais de saúde¹⁰, considerados como preditores de problemas psicológicos como depressão, baixa autoestima e sintomas somáticos¹¹. Alguns autores consideram humilhações, agressões verbais e outras formas de CIT como violência psicológica no trabalho¹² e relacionam os CIT ao adoecimento mental dos trabalhadores¹. Além disso, os CIT estão associados com menos qualidade da assistência ao paciente, com um nível mais alto de síndrome de *burnout* pessoal e com maiores custos diretos e indiretos de cuidados¹⁰.

Profissionais da saúde que atuam no atendimento direto, como médicos, enfermeiros e tecnólogos, trabalham em ambientes complexos e estressantes propensos à existência de conflitos^{12,13}. Embora nem sempre resulte em danos, o conflito disfuncional pode trazer impactos negativos para a qualidade do atendimento ao paciente, a satisfação dos funcionários em realizar o trabalho e o bem-estar dos funcionários¹³.

Considerando a alta frequência dos transtornos mentais em diversos contextos dos serviços de saúde, este estudo foi realizado para avaliar a prevalência e os fatores no ambiente de trabalho associados com TMC e ideação suicida entre trabalhadores da rede pública municipal de saúde.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal com trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Bento Gonçalves, cidade gaúcha com cerca de 110 mil habitantes à época da pesquisa. Foram incluídos trabalhadores com todos os tipos de vínculo (concursados, contratados pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho — CLT, terceirizados, estagiários e cargos de confiança), que atuavam em diversos setores: Unidade Básica de Saúde da Estratégia Saúde da Família (UBS/ESF), urgência (Pronto Atendimento e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência — SAMU), vigilância em saúde (Sanitária, Epidemiológica e Ambiental), serviços de referência (especialidades, materno infantil, Centros de Atenção Psicossocial — CAPS, Centro de Testagem e Aconselhamento, serviços de nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, entre outros), serviços de apoio (transporte, manutenção, almoxarifado, recepção e outros), serviços de diagnóstico e tratamento (farmácia, laboratório e radiologia) e setores de coordenação administrativa.

Foram excluídos o primeiro escalão da SMS (secretário e secretária adjunta), a equipe de coordenação da pesquisa (Vigilância de Saúde do Trabalhador e a médica do trabalho da prefeitura) e aqueles funcionários que estavam afastados no período do trabalho de campo (novembro e dezembro de 2013) por razões diversas, como férias, licenças ou cedências. Não foram incluídos os trabalhadores do hospital de referência do Sistema Único de Saúde (SUS), que é uma instituição privada no município.

Considerando esses critérios, foram identificados 670 trabalhadores elegíveis e entrevistadas 597 pessoas. Ou seja, houve 11% de perdas e recusas. Ocorreu maior proporção de perdas entre motoristas e trabalhadores do setor de apoio/manutenção, e as recusas predominaram entre os médicos. Por conta da elevada proporção de perdas e respostas ignoradas nas questões de saúde mental, a análise de funções não incluiu os motoristas nem trabalhadores do setor de apoio.

Os dados foram obtidos por meio de questionário individual autoaplicado, em urna lacrada, sem identificação do entrevistado. Avaliaram-se as variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, escolaridade e estado civil), hábitos de vida (tabagismo, problemas com álcool conforme teste CAGE, amplamente reconhecido em pesquisas sobre alcoolismo, além de atividade física em horas/semana) e condição de saúde (presença ou não de doenças crônicas e uso de medicamentos controlados). A prevalência de doenças crônicas foi captada mediante a resposta positiva à questão “Você tem alguma doença crônica?”. Quando a resposta foi positiva, solicitou-se o tipo de doença crônica. Foram consideradas doenças crônicas aquelas morbidades que precisam de acompanhamento médico periódico (como, por exemplo, asma, diabetes, hipertensão, doenças da tireoide e doenças reumáticas, neurológicas ou psiquiátricas). De forma semelhante, o uso de remédios controlados foi coletado com a questão “Você utiliza alguma medicação de uso controlado (que necessita de receita controlada)?”. Foram considerados remédios controlados todos aqueles de uso contínuo que carecem de receita médica. O teste CAGE foi apontado como positivo quando haviam duas ou mais respostas positivas¹⁴.

Entre os aspectos ocupacionais, foram examinados: tipo de vínculo de trabalho (concursados, terceirizados com contrato celetista e outros), jornadas de trabalho (horas semanais), antiguidade na SMS (em anos), frequência de trabalho noturno e nos fins de semana, setores de trabalho (atenção básica/ESF, urgências/SAMU, Serviços de Referência, Diagnóstico

e Tratamento — SADT, vigilâncias, coordenações administrativas e setor de apoio) e função (médicos, enfermeiras, outros profissionais de nível superior, técnicas e auxiliares de enfermagem, outros técnicos e auxiliares de saúde bucal, laboratório, raio X, farmácia, auxiliares administrativos, higienizadoras, agentes comunitárias de saúde — ACS e outros).

Para examinar os impactos dos CIT a respeito da prevalência de insônia, um amplo estudo japonês utilizou o *Brief Job Stress Questionnaire*, com escala de quatro categorias e duas questões sobre conflitos interpessoais e outra acerca da percepção de relações mais amigáveis¹⁵. Outra investigação com trabalhadores jovens desenvolveu um modelo conceitual propondo a identificação da fonte dos conflitos ao considerar que o relacionamento do indivíduo com um supervisor é qualitativamente diferente do seu relacionamento com colegas de trabalho¹¹.

Na presente pesquisa foi utilizada uma abordagem mais sintética, que combinou conceitos propostos pelos referidos estudos, investigando a ocorrência de CIT pela escala dicotômica e identificando o tipo de pessoa que foi a fonte dos conflitos, ampliando-o para um terceiro tipo, que abrange os usuários dos serviços, supervisores e colegas. Além disso, captaram-se de forma mais específica os conflitos que geraram impactos psicológicos negativos com base na percepção do entrevistado. Assim, a ocorrência de CIT foi alcançada por meio da resposta positiva ao questionamento “Já teve atritos ou problemas sérios, que lhe trouxeram efeitos psicológicos, com algum destes tipos de pessoas: chefias, colegas ou usuários dos serviços?”. Embora esse instrumento não tenha sido validado em estudos epidemiológicos, a informação obtida aproxima o tema dos CIT haja vista a percepção dos trabalhadores. Essa abordagem está em sintonia com o conceito de violência psicológica no trabalho usado por Heloani e Barreto¹⁶, explicitado por “agressões verbais, coações, injúrias, maledicências, desqualificações, discriminações, práticas racistas, ameaças ou humilhações que ocorrem de forma pontual”. Esse bloco de questões foi construído em reuniões interdisciplinares com a equipe com base em situações observadas nos locais de trabalho, porém, por não ser um instrumento validado, será aqui apresentado da forma como foi captado, ou seja, atritos e conflitos entre pessoas no trabalho.

Para avaliação de problemas de saúde mental, foi usado o teste SRQ-20¹⁷, um instrumento com 20 itens frequentemente utilizados em estudos epidemiológicos para avaliar distúrbios psiquiátricos menores, também conhecidos

como TMC, como ansiedade, depressão, pânico e distúrbios psicossomáticos. Foi considerado resultado positivo quando apareciam oito ou mais respostas alteradas para mulheres e seis ou mais para os homens¹⁷; esse foi o critério aplicado na análise multivariada. Para avaliação descritiva do SRQ-20, recorreu-se à proposta de agrupamentos do estudo, que avaliou o desempenho do referido instrumento numa análise fatorial¹⁸.

Outra variável, a ideação suicida, foi extraída do SRQ-20 e identificada com a resposta positiva para a pergunta “Alguma vez você pensou em acabar com sua vida?”.

A análise estatística, desenvolvida por meio do programa IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22, examinou média e desvio padrão (dp) para variáveis contínuas, bem como proporções para as variáveis categóricas. A análise bivariada ocorreu com o teste χ^2 de Pearson e o de tendência linear. Com base em um modelo hierarquizado, fez-se a análise multivariada utilizando regressão de Poisson, com variância robusta, e foram aplicadas como critério para permanecer no modelo variáveis que apresentaram associação com erro alfa inferior a 20%, sendo significativas as associações com $p=0,05$.

O modelo hierarquizado incluiu as seguintes variáveis:

- 1º nível: questões sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade e estado civil) e tipo de vínculo de trabalho;
- 2º nível: outros indicadores ocupacionais (setor, função, antiguidade no cargo, jornadas de trabalho, trabalho noturno e trabalho nos fins de semana), hábitos de vida e saúde (tabagismo, alcoolismo e atividade física);
- 3º nível: variáveis que representam CIT.

Como parte das doenças crônicas era psiquiátrica (muitas vezes concomitantes com outras), por causa da sobreposição de efeitos, doenças crônicas e uso de remédios controlados, elas não foram incluídas na análise multivariada. Os desfechos foram os indicadores de saúde mental (TMC e ideação suicida).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade Cenecista de Bento Gonçalves (FACEBG), por intermédio da Plataforma Brasil, conforme parecer nº 473.768/2013, e Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012. Os cuidados éticos buscaram preservar o sigilo da fonte, sendo solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes do preenchimento do questionário.

RESULTADOS

Entre os 597 entrevistados, 81,3% eram mulheres e 18,7% homens (Tabela 1). A idade média foi de 37,3 anos ($dp=10,7$), variando de 18 a 69 anos, e a escolaridade média foi de 13,1 anos completos ($dp=2,8$), ficando entre 3 e 18 anos.

O tabagismo foi relatado por 14,7% dos participantes da pesquisa (7,3% fumam diariamente e 7,3% ocasionalmente), sendo menor no grupo com escolaridade de nível superior ($p<0,001$). O teste CAGE foi considerado positivo para apenas três pessoas (0,5%) e, por causa do número limitado, não foi incluído na análise. A prática regular de atividade física durante pelo menos três horas semanais foi relatada por 27,8% dos entrevistados — sendo associada com aumento da escolaridade ($p<0,001$).

À época da pesquisa, a SMS tinha sua força de trabalho dividida basicamente entre dois tipos de vínculo — concursados (49,6%) e terceirizados, contratados por uma fundação (47,4%) —, além de outros vínculos ou ignorados (Tabela 2). Em média, os funcionários trabalhavam 36 horas por semana na SMS ($dp=8,7$): 71% atuavam 40 horas semanais (Tabela 2) e 6,6% mais de 60 horas semanais. O grupo com jornadas elevadas era predominantemente do setor de urgência. A média de tempo de trabalho na SMS foi de 5,5 anos, sendo maior entre os concursados.

Entre os entrevistados, 116 (20,1%) relataram doenças crônicas, sendo as mais frequentes hipertensão, hipotireoidismo, asma, diabetes e doenças psiquiátricas (muitas vezes concomitantes com as anteriores). Entre os que usavam remédios controlados, 74% faziam uso de pelo menos um medicamento psiquiátrico. A proporção de pessoas com doenças crônicas referidas e/ou uso de remédios controlados foi mais elevada nos grupos de higienizadoras e ACS.

O relato de CIT que geraram efeitos psicológicos variou conforme o tipo de pessoa envolvida: 16,1% apontou CIT envolvendo chefias, 20,2% com colegas de trabalho e 18,8% descreveu conflitos com usuários (pacientes e/ou acompanhantes) (Tabela 2).

Avaliando os indicadores de saúde mental, a prevalência de TMC foi de 20,3%, e ideação suicida foi identificada entre 11,6% dos entrevistados. A análise bivariada sinalizou tendência de aumento da prevalência de TMC entre mulheres (Tabela 1) e no grupo etário mais jovem ($p=0,07-0,08$). A ideação suicida apresentou maior prevalência entre o grupo de separados, divorciados e viúvos, baixa escolaridade e ex-fumantes. Tanto o indicador TMC quanto o

Tabela 1. Fatores sociodemográficos, aspectos de saúde e indicadores de saúde mental: transtornos mentais comuns e ideação suicida, Bento Gonçalves, 2017 (n=567)**.

Variável	Amostra n (%)	TMC n (%)	Ideação suicida n (%)
Total	597 (100%)	102 (20,3%)	68 (11,6%)
Sexo		p=0,08	p=0,09 ^(b)
Masculino	107 (18,7)	13 (13,3)	7 (6,7)
Feminino	466 (81,3)	85 (21,2)	58 (12,6)
Faixa etária (anos)		p=0,07	p=0,82
Até 25	76 (13,2)	22 (32,8)	10 (13,3)
26 a 35	218 (37,8)	34 (18,2)	23 (10,8)
36 a 45	144 (25,0)	22 (18,8)	16 (11,3)
46 e mais	139 (24,1)	22 (19,0)	19 (13,9)
Estado civil		p=0,72	p=0,06
Casado/acompanhado	361 (61,4)	58 (19,3)	40 (11,3)
Solteiro	175 (29,8)	31 (20,4)	16 (9,2)
Separado/divorciado/viúvo	52 (8,8)	11 (24,4)	11 (21,2)
Escolaridade (anos)		p=0,70	p=0,002*
11 (ensino médio)	231 (39,8)	38 (20,5)	39 (17,5)
12 a 15	201 (34,7)	33 (19,1)	17 (8,5)
16 e mais	148 (25,5)	31 (23,0)	11 (7,5)
Tabagismo		p=0,43	p=0,03
Nunca fumou	443 (75,6)	74 (19,2)	43 (9,8)
Ex-fumante	57 (9,7)	13 (26,5)	11 (19,3)
Fumante	86 (14,7)	15 (22,7)	14 (16,7)
Atividade física		p=0,72	p=0,21*
Não	334 (59,1)	61 (21,6)	43 (13,3)
Até duas horas/semana	74 (13,1)	12 (19,0)	9 (12,5)
3 horas/semana ou mais	157 (27,8)	26 (18,4)	14 (8,9)
Doença crônica		p<0,001	p=0,01
Sim	461 (79,9)	63 (16,2)	43 (9,5)
Não	116 (20,1)	33 (33,3)	20 (17,5)
Remédios controlados		p<0,001	p<0,001
Não usa	485 (81,6)	64 (15,3)	40 (8,4)
Usa	109 (18,4)	38 (45,8)	28 (25,7)

TMC: transtornos mentais comuns; p conforme teste χ^2 ; *teste de tendência linear; **foram excluídos dados ignorados.

Tabela 2. Fatores ocupacionais e indicadores de saúde mental, Bento Gonçalves, 2017 (n=567)**.

Variável	Total n (%)	TMC n (%)	Ideação suicida n (%)
Total	597 (100%)	102 (20,3%)	
Tipo de vínculo		p=0,07	p=1,00
Terceirizados e outros	299 (50,4)	42 (16,7)	34 (11,7)
Servidor concursado	294 (49,6)	58 (23,3)	34 (11,7)
Setor UPA/SAMU		p=0,04	P=0,13
Não	493 (83,3)	92 (22,1)	32 (9,9)
Sim	99 (16,7)	10 (12,2)	36 (14,0)
Setor Atenção Básica		p=0,02	P=0,13
Não	331 (55,9)	47 (16,7)	61 (12,6)
Sim	261 (44,1)	55 (25,3)	7 (7,2)
Antiguidade na SMS-BG		p=0,004	p=0,58
Até 11 meses	146 (24,6)	15 (12,4)	12 (8,4)
Um ano a <4 anos	170 (28,7)	44 (29,3)	22 (13,1)
4 anos a <9 anos	123 (20,7)	19 (19,8)	15 (12,7)
Nove anos e mais	154 (24,0)	22 (16,7)	17 (11,1)
Função (em grupos)		p=0,001	p<0,001
Motorista/setor de apoio	20 (3,4)	-	-
Técnicos/Auxiliares de enfermagem	109 (18,4)	10 (11,5)	14 (13,3)
Outros Técnicos (RX/ laboratórios/odontologia)	30 (5,1)	4 (16,0)	4 (13,8)
Médicos(as)	75 (12,7)	11 (15,9)	5 (6,7)
Enfermeiros(as)	66 (11,1)	12 (20,3)	4 (6,1)
Outros profissionais de nível superior	67 (11,3)	11 (19,3)	1 (1,5)
Administrativos(as)	127 (21,3)	21 (19,3)	12 (9,7)
Fiscais/vigilâncias	12 (2,0)	4 (36,4)	4 (33,3)
Higienizadoras	32 (5,4)	8 (34,8)	9 (28,1)
ACS	54 (9,1)	20 (45,5)	14 (25,9)
Jornada semanal (total)		p=0,22	p=0,01
Até 39 horas	43 (9,4)	7 (17,1)	1 (2,4)
40 horas	323 (70,8)	63 (22,8)	45 (14,2)
41 horas e mais	90 (19,7)	11 (14,3)	5 (5,6)

Continua...

Tabela 2. Continuação.

Variável	Total n (%)	TMC n (%)	Ideação suicida n (%)
Trabalho noturno		p=0,20	p=0,48
Não	435 (72,9)	81 (21,7)	52 (12,2)
Sim	162 (27,1)	21 (16,4)	16 (10,1)
Trabalho no fim de semana		p=0,26	p=0,51
Não	374 (65,3)	71 (22,0)	47 (12,7)
Sim	199 (34,7)	29 (17,7)	21 (10,8)
Conflito com chefias		p<0,001	p=0,005
Não	434 (83,9)	59 (15,7)	42 (9,7)
Sim	83 (16,1)	30 (41,7)	17 (20,5)
Conflito com colegas		p<0,001	p=0,001
Não	419 (79,8)	48 (13,4)	38 (9,1)
Sim	106 (20,2)	44 (46,3)	21 (20,2)
Conflito com usuários		p<0,001	p=0,02
Não	428 (81,2)	61 (16,6)	42 (9,9)
Sim	99 (18,8)	31 (35,2)	18 (18,2)

% das funções na amostra inclui motoristas/setor de apoio; TMC: transtornos mentais comuns; UPA/SAMU: unidades de pronto atendimento/ Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; SMS-BG: Secretaria Municipal de Saúde de Bento Gonçalves; RX: raio X; ACS: agentes comunitárias de saúde; p conforme teste χ^2 ; *teste de tendência linear; **foram excluídos os dados ignorados.

ideação suicida estavam associados com relatos de doenças crônicas e/ou uso de medicamentos controlados, mas não demonstraram associação com a prática de atividade física.

Sobre os aspectos ocupacionais, na análise bruta, para servidores concursados que trabalhavam na atenção básica, que não atuavam em serviços de urgência e com tempo de um a quatro anos de atividade, o resultado foi aumento de prevalência de TMC (Tabela 2). As funções que demonstraram elevação dos indicadores de saúde mental foram: fiscais das vigilâncias, ACS e higienizadoras (sendo que os dois últimos exibiram aumento de TMC e de ideação suicida). Não foram encontradas associações entre TMC e jornada de trabalho (em diversos recortes), trabalho noturno ou nos fins de semana e os indicadores de saúde mental (Tabela 2). Aumento de ideação suicida foi observado no grupo que trabalhava 40 horas semanais. Ambos os indicadores estavam associados com a ocorrência de CIT, independentemente do tipo de pessoa envolvida no conflito.

Examinando os CIT, não foram verificadas diferenças na prevalência por sexo ou idade; eles foram mais frequentes no grupo com escolaridade mais elevada. Os conflitos envolvendo chefias e colegas foram mais comuns entre servidores concursados, e não foram significativas as diferenças envolvendo CIT com usuários. Ao averiguar os resultados de CIT conforme a função exercida, enfermeiras e fiscais das vigilâncias destacaram-se pelas maiores proporções de conflitos com, principalmente, chefias e colegas. Os conflitos com usuários repetiram-se mais não apenas entre as enfermeiras, mas também entre médicos, administrativos e ACS.

A Tabela 3 traz as prevalências dos sintomas de TMC captados pelo SRQ-20 em grupos. O sintoma mais frequente foi nervosismo/tensão/preocupação, que afetou quase metade dos trabalhadores. Também foram bastante recorrentes dores de cabeça, distúrbios do sono, dificuldade de pensar com clareza, tristeza e cansaço (nas duas variáveis testadas). No grupo

dos pensamentos depressivos, o principal sintoma foi “estar perdendo o interesse pelas coisas” (14,7%). Considerando a frequência (11,6%) e o fato de ser um sintoma que sinaliza a

Tabela 3. Prevalência dos sintomas de transtornos mentais comuns (*Self Reporting Questionnaire – SRQ-20*) por grupos, Bento Gonçalves, 2017 (n=567)*.

SRQ-20	n	%
Sintomas somáticos		
Dores de cabeça frequentes	187	32,0
Falta de apetite	43	7,4
Dorme mal	167	28,6
Tremores nas mãos	59	10,1
Má digestão	107	18,2
Sente alguma coisa desagradável no estomago	104	17,7
Humor depressivo/ansioso		
Assusta-se com facilidade	116	19,9
Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	281	48,4
Tem se sentido triste ultimamente	166	28,3
Tem chorado mais que de costume	76	13,0
Decréscimo de energia vital		
Tem dificuldade de pensar com clareza (ideias ficam embaralhadas)	160	27,6
Tem dificuldade em sentir satisfação nas atividades diárias	94	16,2
Tem dificuldade para tomar decisões	119	20,4
Acha que seu trabalho é penoso e lhe causa sofrimento	65	11,1
Sente-se cansado o tempo todo	117	20,0
Cansa-se com facilidade	153	26,0
Pensamentos depressivos		
Sente-se incapaz de desempenhar papel importante na sua vida	69	11,9
Tem perdido o interesse pelas coisas	86	14,7
Sente-se inútil, sem valor	38	6,5
Já pensou em acabar com sua vida	68	11,6

*Foram excluídas respostas ignoradas.

maior gravidade dos transtornos mentais, a ideação suicida foi vista como um desfecho específico.

ANÁLISE MULTIVARIADA: TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

Não houve evidência de associação entre sexo ou estado civil e TMC. A prevalência de TMC permaneceu menor entre trabalhadores com idade acima de 25 anos após análise ajustada (Tabela 4).

Os concursados, bem como aqueles com um a quase quatro anos de atividade na SMS, apresentaram maior prevalência de TMC. A associação entre setor e TMC não se manteve após análise ajustada.

A análise por função mostrou que a prevalência de TMC foi mais elevada entre médicos, administrativos, higienizadoras e, principalmente, entre as ACS.

A ocorrência de CIT mostrou-se associada ao aumento de TMC, sendo o risco mais acentuado nos casos de conflitos com chefia e colegas (Tabela 4).

ANÁLISE MULTIVARIADA: IDEAÇÃO SUICIDA

O aumento da escolaridade mostrou-se inversamente ligado com a prevalência de ideação suicida, tanto na análise bruta como na ajustada (Tabela 4). Não houve associação conforme sexo. Trabalhadores viúvos, separados e divorciados apresentaram aumento da ideação suicida, mas o tabagismo não se manteve associado a ela na análise ajustada. A jornada de trabalho também não se associou à ideação suicida na análise multivariada. Na análise bruta, a ideação suicida apresentou-se mais elevada entre higienizadoras, ACS e, de forma limítrofe ($p=0,06$), entre os fiscais das vigilâncias ($RP=2,50$), contudo nenhuma função indicou aumento significativo na análise ajustada (Tabela 4).

A ocorrência de CIT com os diversos tipos de pessoas se mostrou relacionada com o aumento de ideação suicida (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Este estudo identificou prevalência considerável de TMC e de ideação suicida, revelando a complexa situação dos problemas de saúde mental entre profissionais de saúde.

A prevalência de TMC foi maior do que 16%, resultado encontrado em pesquisa realizada com a atenção básica⁶, e menor conforme outras investigações que também usaram

Tabela 4. Análise multivariada: fatores associados com transtornos mentais comuns (TMC) e ideação suicida, Bento Gonçalves, 2017 (n=567).

Variáveis	TMC		Ideação suicida	
	RP bruta (IC)	RP ajustada (IC)	RP bruta (IC)	RP ajustada (IC)
Sexo	p=0,09	p=0,17	p=0,10	p=0,28
Masculino	1	1	1	1
Feminino	1,60 (0,93 - 2,75)	1,45 (0,85 - 2,49)	1,88 (0,88 - 3,99)	1,52 (0,72 - 3,24)
Faixa etária (anos)	p=0,05	p=0,03	p=0,82	----
Até 25	1	1	1	
26 a 35	0,55 (0,35 - 0,88)	0,53 (0,27 - 0,83)	0,81 (0,41 - 1,62)	
35 a 45	0,57 (0,34 - 0,95)	0,48 (0,27 - 0,86)	0,85 (0,40 - 1,77)	
46 e mais	0,58 (0,35 - 0,96)	0,47 (0,37 - 0,94)	1,04 (0,51 - 2,12)	
Escolaridade (anos)	p=0,70	-----	p=0,004*	p=0,002*
11 (ensino médio)	1		1	1
12 a 15	0,93 (0,61 - 1,41)		0,49 (0,28 - 0,83)	0,50 (0,28 - 0,89)
16 e mais	1,12 (0,74 - 1,70)		0,43 (0,23 - 0,81)	0,44 (0,23 - 0,83)
Estado civil	p=0,72	----	p=0,05	p=0,07
Casado/Acompanhado	1		1	1
Solteiro	1,06 (0,71 - 1,56)		0,82 (0,47 - 1,42)	0,95 (0,53 - 1,70)
Separado/viúvo	1,26 (0,72 - 2,22)		1,87 (1,02 - 3,40)	1,89 (1,06 - 3,38)
Vínculo: concurso	p=0,08	p=0,02	p=1,00	----
Não	1	1	1	
Sim	1,38 (0,97 - 1,97)	1,60 (1,08 - 2,39)	1,00 (0,64 - 1,56)	
Tabagismo	p=0,42	-----	p=0,03	p=0,11
Nunca fumou	1		1	1
Ex-fumante	1,38 (0,83 - 2,30)		1,98 (1,08 - 3,61)	1,69 (0,89 - 3,21)
Fumante	1,18 (0,73 - 1,93)		1,71 (0,98 - 2,98)	1,63 (0,85 - 2,81)
Antiguidade	p=0,005	p=0,007	p=0,59	----
Até 11 meses	1	1	1	
1 a <4 anos	2,37 (1,39 - 4,04)	2,25 (1,29 - 3,92)	1,56 (0,80 - 3,04)	
4 a <9 anos	1,60 (0,86 - 2,97)	1,36 (0,69 - 2,70)	1,52 (0,74 - 3,11)	
9 anos e mais	1,34 (0,73 - 2,47)	1,16 (0,54 - 2,51)	1,32 (0,66 - 2,67)	
Função	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,01
Técnico/auxiliar de enfermagem	1	1	1	1
Téc. bucal/RX/laboratorial	1,39 (0,48 - 4,06)	1,03 (0,24 - 4,45)	1,03 (0,37 - 2,90)	1,01 (0,39 - 2,63)

Continua...

Tabela 4. Continuação.

Variáveis	TMC		Ideação suicida	
	RP bruta (IC)	RP ajustada (IC)	RP bruta (IC)	RP ajustada (IC)
Médicos(as)	1,39 (0,63 - 3,07)	2,48 (1,03 - 5,95)	0,50 (0,19 - 1,33)	0,48 (0,15 - 1,57)
Enfermeiros(as)	1,77 (0,82 - 3,83)	1,56 (0,70 - 3,49)	0,46 (0,16 - 1,32)	0,40 (0,13 - 1,26)
Outros de nível superior	1,68 (0,76 - 3,69)	1,72 (0,82 - 3,62)	--- ^a	--- ^a
Administrativos	1,68 (0,83 - 3,37)	2,05 (1,00 - 4,20)	0,73 (0,35 - 1,50)	0,70 (0,32 - 1,52)
Fiscais/vigilâncias	3,16 (1,19 - 8,39)	2,43 (0,75 - 7,85)	2,50 (0,98 - 6,38)	2,26 (0,74 - 6,89)
Higienizadoras	3,03 (1,35 - 6,79)	3,84 (1,63 - 9,04)	2,11 (1,01 - 4,41)	1,70 (0,80 - 3,64)
ACS	3,96 (2,03 - 7,70)	7,43 (3,28 - 16,84)	1,94 (1,00 - 3,78)	1,88 (0,95 - 3,75)
Conflito c/ chefia	p<0,001	p<0,001	p=0,004	P<0,001
Não	1	1	1	1
Sim	2,65 (1,85 - 3,80)	3,13 (2,15 - 4,56)	2,10 (1,26 - 3,51)	2,40 (1,47 - 3,93)
Conflito com colega	p<0,001	p<0,001	p=0,001	p<0,001
Não	1	1	1	1
Sim	3,45 (2,45 - 4,84)	3,05 (2,11 - 4,40)	2,22 (1,36 - 3,62)	2,56 (1,57 - 4,20)
Conflito com usuário	p<0,001	p=0,001	p=0,02	p=0,002
Não	1	1	1	1
Sim	2,12 (1,47 - 3,05)	1,85 (1,28 - 2,68)	1,84 (1,11 - 3,06)	2,15 (1,34 - 3,47)

RP: razão de prevalência; IC: intervalo de confiança a 95%; RX: raio X; ACS: agentes comunitárias de saúde; *teste de tendência linear; regressão examinou apenas associações com p=0,20; TMC ajustado para sexo, faixa etária, escolaridade, tipo de vínculo, antiguidade, função; ideação suicida ajustada para sexo, escolaridade, estado civil, tabagismo e função; ^aexcluído da análise pelo número restrito.

SRQ-20: 28% entre trabalhadores de hospitais¹⁹; 24% entre profissionais de saúde¹⁹; e 35% no grupo de enfermagem^{4,20}. O número considerável de respostas ignoradas em questões do SRQ-20 (bem como do teste CAGE e CIT) sugere a possibilidade de a prevalência desses indicadores ter sido subestimada.

A proporção de ideação suicida, que indica nível mais intenso de sofrimento psíquico, foi maior do que aquela alcançada em outros estudos com trabalhadores da área da saúde: entre 2 e 4% em hospitais universitários^{19,21}, residentes médicos e multiprofissionais da saúde coletiva²², porém menor que os 17% encontrados na população da cidade de Campinas (São Paulo)²³. Pesquisas documentaram o aumento de ideação suicida entre profissionais de saúde^{8,24} e alertaram para o risco de suicídio nesse grupo, em razão do estresse excessivo e da sobrecarga no trabalho.

O fato de não terem sido encontradas diferenças na ocorrência de TMC por sexo ou por tabagismo é consistente

com alguns estudos^{6,22}, embora outros tenham identificado predomínio feminino²⁰ após a exclusão do fator dependência química². Em relação à ideação suicida, possíveis limitações de tamanho de amostra podem ter influenciado os resultados, pois a literatura tem apontado associação com tabagismo e outras formas de dependência química^{7,8}.

No que diz respeito à idade, a prevalência de TMC foi mais elevada entre os mais jovens, de acordo com outros estudos entre profissionais de saúde^{6,19,20}. Na mesma direção, a prevalência da síndrome de *burnout* entre profissionais da atenção básica também foi mais alta no grupo mais jovem²⁵. Por outro lado, estudos com a população geral documentaram elevação da prevalência associada ao aumento da idade²⁶. Por causa da menor experiência profissional, os mais jovens podem ser mais vulneráveis às pressões por desempenho, bem como aos problemas institucionais dos serviços de saúde. Além disso, pode haver um possível efeito

de geração, sugerindo na atualidade a existência de maior contingente de jovens emocionalmente mais sensíveis ao impacto das pressões no ambiente de trabalho.

O efeito protetor de escolaridade no tocante à ideação suicida foi consistente com um estudo desenvolvido entre trabalhadores dos Estados Unidos²⁴, mas contrasta com a elevada prevalência de pensamentos suicidas entre profissionais de nível superior, como médicos, advogados e outros^{8,24}.

A elevação da prevalência de TMC entre trabalhadores concursados, com vínculo empregatício mais estável, parece ser um efeito independente, pois se manteve mesmo após o ajuste dos índices de idade e antiguidade. Resultado equivalente foi visto no estudo de Dilélio et al. sobre a atenção básica, no qual trabalhadores com regime precário de trabalho e menor tempo na função exibiram redução na prevalência de TMC⁶. É possível que a estabilidade aumente a exposição cumulativa a eventos estressantes ou favoreça as disputas internas, com mágoas e rancores. Também deve ser considerado um possível efeito de seleção, que excluiria mais facilmente trabalhadores com vínculos menos estáveis, com problemas psíquicos, pessoais e/ou relacionados ao trabalho.

As jornadas prolongadas e o trabalho noturno e em fins de semanas não se mostraram associados com nenhum dos indicadores de saúde mental. O efeito de jornadas prolongadas é uma controvérsia, com pesquisas que relatam aumento de risco^{19,20,25}, outros associação parcial com jornada semanal, mas não com carga horária diária²⁷, ou ainda redução de risco de TMC²⁸. O efeito de trabalhadores saudáveis poderia explicar esses resultados. Isto é, permaneceriam nesse ritmo e horários de trabalho as pessoas com melhores condições de saúde e maior resistência à sobrecarga de trabalho²⁷.

Na avaliação conforme função, foi identificado aumento de TMC entre trabalhadores administrativos, que lidam com a pressão direta dos usuários em busca de acesso aos serviços e com as cobranças por parte da coordenação. Médicos revelaram aumento significativo de TMC, e essa prevalência pode ser ainda maior, pois nesse grupo houve um número considerável de recusas e respostas ignoradas no SRQ-20. Esse resultado é coerente com outros estudos entre médicos de hospitais^{27,28} e residentes médicos²², embora pesquisas na atenção básica não tenham deparado com diferenças^{5,6}.

As elevadas prevalências de TMC entre as higienizadoras e ACS são consistentes com o estudo realizado na atenção básica que também verificou aumento de TMC entre ACS — índice que desapareceu após o ajuste do critério

para satisfação no trabalho (área física da UBS, visitas, atividades, equipe)⁶. A prevalência entre ACS foi semelhante à de outros estudos, que encontraram valores próximos de 43%^{5,29} e revelaram associação de TMC com esgotamento profissional²⁹. ACS enfrentam situações complexas, como violência, tráfico e consumo de drogas, além de conflitos familiares, muitas vezes sem o suporte adequado de uma rede social ou de equipe multidisciplinar qualificada²⁹. Além da baixa escolaridade, higienizadoras e ACS citaram piores condições de saúde. Ambos os grupos de trabalhadores costumam ter limitações socioeconômicas, mas não foi possível examinar a influência desses fatores.

A busca de um instrumento curto (como o questionário utilizado) limitou a avaliação de aspectos importantes, como indicadores de renda, dívidas ou conflitos entre trabalho e família, que também poderiam produzir efeitos sobre a saúde mental³⁰. A utilização de um delineamento transversal causou limitação neste estudo, a chamada causalidade reversa, restringindo afirmações sobre causalidade das associações verificadas, como entre o CIT e os indicadores de saúde mental. Fora isso, o tamanho da amostra pode ter sido insuficiente na análise de algumas funções, como motoristas (excluídos da análise) e fiscais da vigilância. Em razão do baixo poder estatístico, e mesmo com risco expressivo em ambos os indicadores de saúde mental, as associações não foram significativas para os fiscais das vigilâncias. A área da Vigilância em Saúde, quando atuante, pode envolver conflitos frequentes, com demandas tecnicamente complexas ou situações tensas, envolvendo interesses econômicos e/ou políticos, nem sempre com o suporte da gestão nas crises.

Destacou-se, neste estudo, a associação entre CIT e os dois indicadores de saúde mental. Segundo Frone, o conflito com colegas de trabalho pode afetar adversamente a autoavaliação e a saúde psicológica, porque isso mina o senso de identidade e semelhança com os outros¹¹.

O CIT tem sido relacionado com vários indicadores de saúde, como sintomas depressivos, satisfação no trabalho e sintomas somáticos^{1,9}. O efeito era mais pronunciado quando esses conflitos envolviam chefias e colegas, sugerindo que atritos com usuários seriam mais bem absorvidos pelos trabalhadores (talvez considerados “ossos do ofício?”).

Uma revisão de estudos envolvendo trabalhadores de hospitais identificou taxas elevadas de violência no trabalho, especialmente agressão verbal, sobretudo pelos pacientes e acompanhantes¹². Em relação aos colegas e às chefias, a

convivência prolongada poderia potencializar o dano psíquico decorrente desses conflitos ou permitir sua recorrência, contudo existe a possibilidade de causalidade reversa nessa associação. Ou seja, pessoas com transtornos mentais de origem não ocupacional poderiam ser mais suscetíveis, mesmo em problemas rotineiros do trabalho. Uma investigação documentou que pessoas com sintomas depressivos seriam mais vulneráveis à ocorrência de CIT, estabelecendo um círculo vicioso entre conflitos no trabalho e sintomas depressivos⁹.

Futuras pesquisas devem aprofundar o estudo dos CIT, que parecem ter dimensão e efeito bem maior sobre a saúde mental do que até então se reconhece, com a utilização de metodologias apropriadas, instrumentos validados e formas de reduzir os impactos sobre a saúde dos trabalhadores, como, por exemplo, gerenciamento de conflitos interpessoais e apoio psicossocial.

CIT frequentes e prolongados podem ser destrutivos e afetar a qualidade do serviço, trazendo prejuízos à saúde mental dos trabalhadores, incluindo aumento da ideação suicida¹. A abordagem preventiva de CIT (ou visando a agravamento dos casos já existentes) é tarefa coletiva e deve envolver trabalhadores de todos os níveis hierárquicos das empresas/instituições. Entre as ações propostas, estão capacitações para gerentes e supervisores para identificação precoce de conflitos disfuncionais e sua origem, bem como técnicas de abordagem e gerenciamento dos conflitos. Programas de redução de estresse, com demandas de trabalho mais equilibradas e melhores condições de cooperação e comunicação, também podem ser boas opções. Embora a eliminação dos conflitos interpessoais não seja possível, a gestão adequada desses conflitos é viável e recomendada¹.

Ações que buscam melhorar o ambiente psicológico e social com vistas à prevenção e abordagem adequada dos transtornos mentais têm sido apoiadas por vários autores, incluindo a Organização Internacional do Trabalho, que recomendou:

- educação, treinamento e disseminação de informações;
- melhoria do ambiente de trabalho;
- participação dos trabalhadores no processo;
- apoio aos trabalhadores com transtornos mentais².

CONCLUSÃO

Este estudo documentou uma situação complexa e preocupante relativa à saúde mental dos trabalhadores da área da saúde, identificando fatores de risco que devem subsidiar ações que visem melhorar as relações nos ambientes de trabalho. O principal destaque foi o impacto psicológico oriundo de conflitos nas relações interpessoais, que pode produzir danos psíquicos de efeito prolongado nem sempre reconhecidos pelos envolvidos ou pela instituição.

A análise dos fatores associados com problemas de saúde mental revela que as formas destrutivas de relacionamento humano podem ter impacto mais importante no sofrimento psíquico associado ao trabalho do que fatores ocupacionais clássicos como a sobrecarga laboral ou o trabalho noturno. Melhorar o ambiente psicossocial do trabalho em serviços de saúde é um desafio urgente e deve ser compromisso de todos: gestores, coordenadores, profissionais e usuários.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à coordenação da SMS de Bento Gonçalves, bem como às coordenações dos diversos setores, o apoio na realização desta pesquisa. Agradecemos especialmente aos trabalhadores que aceitaram participar do estudo, contribuindo para ampliar o conhecimento de todos sobre o tema saúde mental no trabalho.

REFERÊNCIAS

1. International Labour Organization. Workplace stress: a collective challenge. Geneva: International Labour Organization Publications; 2016.
2. Santos EG, Siqueira MMS. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. J Bras Psiquiatr. 2010;59(3):238-46. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000300011>
3. Silva-Junior JS, Fischer FM. Sickness absence due to mental disorders and psychosocial stressors at work. Rev Bras Epidemiol. 2015;18(4):735-44. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500040005>
4. Rodrigues EP, Rodrigues US, Oliveira LM, Laudano RC, Nascimento Sobrinho CL. [Prevalence of common mental disorders in nursing workers at a hospital of Bahia]. Rev Bras Enferm. 2014;67(2):296-301. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140040>

5. Braga LC, Carvalho LR, Binder MC. [Working conditions and common mental disorders among primary health care workers from Botucatu, Sao Paulo State]. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2010;15(Suppl. 1):1585-96. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700070>
6. Dilélio AS, Facchini LA, Tomasi E, Silva SM, Thumé E, Piccini RX, et al. [Prevalence of minor psychiatric disorders among primary healthcare workers in the South and Northeast regions of Brazil]. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(3):503-14. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300011>
7. Bertolote JM. *Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais*. Geneva: World Health Organization; 2000.
8. Cano-Langrejo M, Cicirello-Salas S, López-López A, Aguilar-Vela M. Current framework of suicide and suicidal ideation in health professionals. *Med Segur Trab*. 2014;60(234):219-38.
9. Meier LL, Semmer NK, Gross S. The effect of conflict at work on well-being: Depressive symptoms as a vulnerability factor. *Work Stress*. 2014;28(1):31-48. <https://doi.org/10.1080/02678373.2013.876691>
10. Jerng JS, Huang SF, Liang HW, Chen LC, Lin CK, Huang HF, et al. Workplace interpersonal conflicts among the healthcare workers: Retrospective exploration from the institutional incident reporting system of a university-affiliated medical center. *PloS One*. 2017;12(2):e0171696. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171696>
11. Frone MR. Interpersonal conflict at work and psychological outcomes: testing a model among young workers. *J Occup Health Psychol*. 2000;5(2):246-55.
12. Almeida NR, Bezerra Filho JG, Marques LA. Análise da produção científica sobre a violência no trabalho em serviços hospitalares. *Rev Bras Med Trab*. 2017;15(1):101-12.
13. Patton CM. Conflict in Health Care: A Literature Review. *Internet J Healthcare Administr*. 2014;9(1):1-11.
14. Masur J, Monteiro MG. Validation of the "Cage" Alcoholism Screening Test in a Brazilian Psychiatric Inpatient Hospital Setting. *Brazilian J Med Biol Res*. 1983;16(3):215-8.
15. Sakurai K, Nakata A, Ikeda T, Otsuka Y, Kawahito J. Employment type, workplace interpersonal conflict, and insomnia: a cross-sectional study of 37,646 employees in Japan. *Arch Environ Occup Health*. 2014;69(1):23-32. <https://doi.org/10.1080/19338244.2012.713040>
16. Heloani R, Barreto M. Aspectos do Trabalho Relacionados à Saúde Mental: Assédio Moral e Violência Psicológica. In: Glina DMR, Rocha LE, eds. *Saúde Mental no Trabalho: da Teoria à Prática*. São Paulo: Roca; 2010. p.31-48.
17. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986;148:23-6.
18. Santos KO, Araújo TM, Oliveira NF. [Factor structure and internal consistency of the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) in an urban population]. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(1):214-22. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100023>
19. Alves AP, Pedrosa LAK, Coimbra MAR, Miranzi MAS, Hass VJ. Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde. *Rev Enferm UERJ*. 2015;23(1):64-9. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.8150>
20. Silva JLL. Estresse e transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem. *Rev Eletr Enf [Internet]*. 2008 [citado 04 junho. 2018];10(4):1174-5. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a32.htm>
21. Barbosa KKS, Vieira KFL, Alves ERP, Virgínio NA. Sintomas Depressivos e Ideação Suicida em Enfermeiros e Médicos da Assistência Hospitalar *Rev Enferm UFSM*. 2012;2(3):515-22. <http://dx.doi.org/10.5902/217976925910>
22. Carvalho CN, Melo-Filho DA, Carvalho JAG, Amorim ACG. Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional. *J Bras Psiquiatr*. 2013;62(1):38-45. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852013000100006>
23. Botega NJ, Marín-León L, Oliveira HB, Barros MB, Silva VF, Dalgalarro P. [Prevalence of suicidal ideation, suicide plans, and attempted suicide: a population-based survey in Campinas, Sao Paulo State, Brazil]. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(12):2632-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001200010>
24. Han B, Crosby AE, Ortega LA, Parks SE, Compton WM, Gfroerer J. Suicidal ideation, suicide attempt, and occupations among employed adults aged 18-64 years in the United States. *Compr Psychiatry*. 2016;66:176-86. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.02.001>
25. Silva SC, Nunes MA, Santana VR, Reis FP, Machado Neto J, Lima SO. Burnout syndrome in professionals of the primary healthcare network in Aracaju, Brazil. *Ciêns Saúde Colet*. 2015;20(10):3011-20. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.19912014>
26. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HM, César CL. [Prevalence of common mental disorders in a population covered by the Family Health Program (QUALIS) in Sao Paulo, Brazil]. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(8):1639-48. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800012>
27. Cabana MCFL, Ludermir AB, Silva ÉR, Ferreira MLL, Pinto MER. Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. *J Bras Psiquiatr*. 2007;56(1):33-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852007000100009>
28. Assunção AA, Machado CJ, Prais HA, de Araújo TM. Working conditions and common mental disorders in physicians in Brazil. *Occup Med (Lond)*. 2013;63(3):234-7. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqt009>
29. Silva AT, Menezes PR. Burnout syndrome and common mental disorders among community-based health agents. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(5):921-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000500019>
30. Pinto KA, Menezes GM, Griep RH, Lima KT, Almeida MC, Aquino EM. Work-family conflict and time use: psychometric assessment of an instrument in ELSA-Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2016;50. <http://dx.doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005892>

Endereço para correspondência: Neice Muller Xavier Faria - Rua República, 80, 1401 - Cidade Alta - CEP: 95700-344 - Bento Gonçalves (RS), Brasil - E-mail: neicex@yahoo.com.br