



Prevalência e fatores associados aos distúrbios psíquicos menores em trabalhadores do serviço hospitalar de limpeza*

Prevalence and factors associated with minor psychiatric disorders in hospital housekeeping workers

Prevalencia y factores asociados con los disturbios psíquicos menores en trabajadores del servicio hospitalario de limpieza

Cintia da Silva Marconato¹, Ana Carolina de Souza Magnago², Tânia Solange Bosi de Souza Magnago², Grazielle de Lima Dalmolin², Rafaela Andolhe², Juliana Petri Tavares³

Como citar este artigo:

Marconato CS, Magnago ACS, Magnago TSBS, Dalmolin GL, Andolhe R, Tavares JP. Prevalence and factors associated with minor psychiatric disorders in hospital housekeeping workers. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03239. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016026303239>

* Extraído da dissertação “Distúrbios psíquicos menores em trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza”, Universidade Federal de Santa Maria, 2015.

¹ Universidade Federal de Santa Maria, Hospital Universitário, Santa Maria, RS, Brasil.

² Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

³ Centro Universitário Metodista, Porto Alegre, RS, Brasil.

ABSTRACT

Objective: Investigating the prevalence and factors associated with minor psychiatric disorders (MPDs) in Hospital housekeeping workers. **Method:** A cross-sectional study carried out in 2013 with workers from the cleaning service of a public university hospital in Rio Grande do Sul, Brazil. Data were collected through a form containing sociodemographic, occupational, habits and health variables. The *Self-Reporting Questionnaire-20* was used in order to evaluate MPDs. **Results:** The study population consisted of 161 workers. The overall prevalence of suspected MPD was 29.3%. The chances of suspected MPDs were higher in workers with Effort-Reward Imbalance, those who did not have time or who occasionally had time for leisure activities, and those taking medications. **Conclusion:** The prevalence of MPDs was similar to that found in the literature for health workers. Therefore, we consider it important to include these workers in institutional programs for continuing health education.

DESCRIPTORS

Housekeeping, Hospital; Workers; Stress, Psychological; Occupational Health; Occupational Risks.

Autor correspondente:

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago
Universidade Federal de Santa Maria,
Centro de Ciências da Saúde
Av. Roraima, 1000, Prédio 26
CEP 97105-900 – Santa Maria, RS, Brasil
tmagnago@terra.com.br

Recebido: 13/07/2016
Aprovado: 21/03/2017

INTRODUÇÃO

Os trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza (SHL) desenvolvem suas atividades com a finalidade de assegurar aos usuários e trabalhadores em saúde um ambiente limpo, agradável e com menor risco de contaminação⁽¹⁾. Compõem o organograma das instituições como trabalhadores do serviço de apoio e podem desenvolver suas atividades laborais em vários cenários: hospitais, clínicas, unidades básicas, consultórios, entre outros⁽²⁾.

Neste estudo, destaca-se o ambiente hospitalar como local de atuação dos trabalhadores do SHL, que, embora não realizando atividades diretamente com o paciente, estão expostos às implicações que este convívio pode trazer à sua saúde. Para a contratação desses profissionais não é exigida formação técnica. Eles recebem um treinamento sobre as atividades que irão desenvolver e lhes são apresentadas as normas e as rotinas da instituição⁽¹⁾. Após este treinamento são inseridos na rotina de trabalho e começam a conviver com a subjetividade peculiar do ambiente hospitalar. Desta, destaca-se o convívio com a dor, com o sofrimento e a morte de alguns pacientes. Realidade bem diferente dos trabalhadores da área da saúde, que possuem formação acadêmica e têm disciplinas específicas para ajudá-los a compreender e conviver com tais situações.

Além disso, o ambiente hospitalar é um local que expõe os trabalhadores a vários riscos de adoecimento (físicos, biológicos e mentais, por exemplo) e outros agravantes como a falta de recursos físicos, materiais e humanos, os quais podem repercutir em adoecimento físico e mental⁽³⁻⁴⁾. Dentre os riscos mentais, ressaltam-se os Distúrbios Psíquicos Menores (DPMs), foco deste estudo, os quais podem provocar insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas como cefaleia, dor estomacal e falta de apetite⁽⁵⁾. São considerados como distúrbios psíquicos leves e não fazem parte da Classificação Internacional de Doenças – CID10⁽⁶⁾. Para mensurá-los, a Organização Mundial de Saúde (OMS) solicitou a um grupo de pesquisadores a elaboração de um questionário, o *Self-Reporting Questionnaire-20* (SRQ 20), o qual se caracteriza por ser um instrumento de triagem de fácil aplicação e que pode ser utilizado para estudos com as mais variadas populações⁽⁶⁾.

Evidências científicas apontam elevadas prevalências de DPMs (20,6% a 51,1%) em trabalhadores que atuam no ambiente hospitalar, como em trabalhadores de enfermagem e em profissionais residentes de medicina, enfermagem, nutrição e saúde coletiva⁽⁷⁻⁸⁾. No que tange a investigações com os trabalhadores do SHL, poucos estudos foram publicados, sobretudo referentes a esta temática. Em uma busca realizada nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Publicações Médicas (PubMed) e no banco de Teses e Dissertações da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e do Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), em junho de 2015, encontraram-se quatro estudos. Destes, apenas um contemplava a temática transtornos mentais, mas não referente a DPMs.

Nesse contexto, questiona-se qual é a prevalência e os fatores associados aos DPMs em trabalhadores do Serviço

Hospitalar de Limpeza. Para responder a esta questão, este estudo objetiva investigar a prevalência e os fatores associados aos DPMs em trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza de um hospital universitário público do Rio Grande do Sul, Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal realizado com trabalhadores do SHL num hospital universitário público, de médio porte, do interior do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Os trabalhadores do SHL são divididos em equipes de serventes de limpeza e de auxiliares de limpeza de materiais. Fazem parte de um serviço terceirizado dentro da referida instituição e estão amparados por um contrato de serviço com base na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

A população do estudo foi composta pelos 161 trabalhadores do SHL. Destes, dois (1,2%) foram excluídos por estarem em licença de saúde. Da população elegível (N=159), 157 responderam ao questionário (98,7%). As perdas (1,3%) resultaram de recusas.

Os critérios de inclusão adotados foram: ser profissional terceirizado que estivesse atuando no SHL por um período de 30 dias ou mais anteriores à coleta de dados, atendendo à exigência do SRQ-20. Foram excluídos os trabalhadores que estivessem em licença ou afastamento por qualquer motivo durante o período de coleta.

O instrumento de coleta de dados foi composto por questões referentes às variáveis independentes: sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, número de filhos e renda); laborais (função, turno de trabalho, trabalhou em outro setor, realiza horas extras, o número de pessoas na escala de trabalho, recebe treinamentos e possui outro emprego), de saúde (tabagismo, consumo bebida alcoólica – CAGE⁽⁹⁾, dor musculoesquelética – DME⁽¹⁰⁾, atendimento médico no último ano, uso de medicação, acompanhamento psicológico no último ano, número de doenças com diagnóstico médico, afastamento para o trabalho, Índice de capacidade para o trabalho – ICT⁽¹¹⁾, estresse ocupacional [Desequilíbrio Esforço-Recompensa – DER]⁽¹²⁾ e tempo para o lazer).

O ICT é um formulário de pesquisa elaborado na Finlândia por um grupo de pesquisadores para avaliar a capacidade do trabalhador para a realização de suas atividades laborais. Em 1997, foi traduzido, validado e adaptado para o português do Brasil⁽¹¹⁾. É autoaplicável, composto por 10 itens agrupados em sete dimensões, tem um escore que varia de sete pontos (pior índice) a 49 pontos (melhor índice)⁽¹¹⁾.

Para avaliar a presença de dor de origem musculoesquelética percebida na última semana⁽¹⁰⁾, inicialmente, foram definidos como portadores de DMEs aqueles trabalhadores que responderam afirmativamente à pergunta *Nos últimos sete dias, você teve dor ou desconforto em alguma destas regiões: pescoço, ombros, membros superiores, costas, quadril e membros inferiores?* A escala de avaliação da dor apresenta uma pontuação que varia de zero a 10, onde o zero representa a total ausência de dor e 10 é a dor mais intensa já percebida pelo indivíduo⁽¹⁰⁾. Esta variável foi avaliada de forma dicotômica (presente/ausente).

O questionário CAGE avalia o abuso ou dependência de álcool. Em 1983, foi validado no Brasil⁽⁹⁾. É constituído por

quatro questões referentes ao anagrama *cut-down*, *annoyed*, *guilty* e *eye-opener*. As questões apresentam respostas dicotômicas (Sim/Não) e o ponto de corte é duas respostas afirmativas, sugerindo *screening* positivo para abuso ou dependência de álcool⁽⁹⁾.

A escala DER traduzida e validada no Brasil⁽¹²⁾ é autoaplicável e composta por 23 questões. Seis avaliam o esforço, 11, a recompensa e seis, o excesso de comprometimento. As questões referentes ao esforço apresentam respostas dicotômicas (concordo ou discordo). Para os participantes que assinalaram “concordo” nos itens 1 a 6 e 10 a 13, são apresentadas quatro opções de resposta em escala Likert, que vão de “nem um pouco estressado” a “muito estressado”⁽¹²⁾.

As mesmas opções estão ligadas a “discordo” nas questões de 7 a 9 e 14 a 17. As respostas aos seis itens de “esforço extrínseco” e para os 11 itens da “recompensa” são pontuadas em uma escala de cinco pontos, variando de 1 (não estressante) a 5 (muito estressante). Para analisar as relações entre o esforço e a recompensa, calcula-se inicialmente o escore de cada dimensão. A dimensão esforço varia de 6 a 30 (seis questões com escores entre 1 e 5) e a recompensa varia de 11 a 55 (11 questões com escores entre 1 e 5)⁽¹²⁾.

Para cada participante, foi construída uma razão, utilizando a fórmula: $e/(r*c)$, em que “e” é o escore obtido pelas perguntas de esforço, “r” é o escore obtido pela soma das perguntas de recompensa e “c” é um fator de correção (0,545454), considerando o número de itens do numerador comparado ao denominador (6/11). Valores próximos a zero indicam uma condição favorável (relativa a baixo esforço e alta recompensa) e valores superiores a 1 indicam maior esforço gasto e menor recompensa recebida⁽¹²⁾.

Os trabalhadores que apresentaram escores acima do valor correspondente ao terceiro tercil da distribuição foram classificados como “expostos” ao desequilíbrio esforço-recompensa (alto DER), enquanto os demais (primeiro e segundo tercis) foram incluídos no grupo de “não expostos” (baixo DER). O alto DER corresponde ao grupo de alto risco para estresse ocupacional (situação de alto esforço e baixa recompensa).

A variável dependente DPM foi coletada por meio do *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20). Instrumento autoaplicável, indicado pela OMS para avaliar a suspeição de DPMs, validado para o português⁽¹³⁾. Este formulário contém 20 questões com respostas dicotômicas (Sim/Não), em que o escore 1 indica que os sintomas estavam presentes no último mês e zero, que estavam ausentes. O ponto de corte utilizado para definir a suspeição de DPMs foi de seis ou mais respostas positivas para homens e de oito ou mais para mulheres, conforme o manual de utilização do instrumento⁽¹³⁾.

Os dados foram coletados, em 2013, por entrevistadores previamente capacitados pelo responsável pela pesquisa. A equipe de coleta contou com acadêmicos do curso de Graduação em Enfermagem, mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Enfermeiros do hospital, campo do estudo. Os pesquisadores envolvidos no projeto tiveram o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados.

Os participantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma ficando de posse do participante da pesquisa e a outra de posse dos pesquisadores. O instrumento

de pesquisa foi preenchido durante o horário de trabalho dos pesquisados (manhã, tarde e noite) em local privativo.

Os dados foram digitados no programa Epi-info®, versão 6.4, com dupla digitação independente. Após a verificação de erros e inconsistências na digitação, a análise dos dados foi realizada no programa PASW Statistics® (*Predictive Analytics Software*, da SPSS Inc., Chicago, USA) 18.0 for Windows. Utilizou-se da estatística descritiva e inferencial. Para as variáveis categóricas foram calculadas as frequências absoluta (N) e relativa (%) e, para as quantitativas, calcularam-se média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo. Para verificar a distribuição da normalidade dos dados realizou-se o Teste de Kolmogorov-Smirnov. Por fim, para verificação de associações entre os DPMs (variável dependente) e demais variáveis, foi adotado o teste Qui-Quadrado ou Exato de Fisher, a um nível de significância de 5%.

A análise multivariada ajustada por fatores de confundimento (variáveis associadas ao desfecho com $p < 0,15$) foi realizada por meio da Regressão de Poisson. Utilizaram-se das Razões de Prevalência (RPs) de seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%) para a estimativa das associações. Foram consideradas associadas significativamente ao desfecho as variáveis cujo $p < 0,05$.

Este estudo atende à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, tendo sido o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob o Parecer n. 205.862, em 25 de fevereiro de 2013.

RESULTADOS

Os trabalhadores eram predominantemente do sexo feminino (n=138; 87,9%), com média de idade de 39,9 anos (DP=9,78; mínimo de 19 e máximo de 60 anos), ensino médio completo (n=86; 54,8%), casados/com companheiro(a) (n=101; 64,3%), com até três filhos (n=114; 72,6%) e renda familiar *per capita* menor que um salário-mínimo nacional (n=103; 66%).

Referente às variáveis laborais predominaram trabalhadores com cargo de Servente de Limpeza (n=103; 65,6%), que desempenhavam suas funções durante o dia (n=127; 81%), já haviam trabalhado em outro setor da instituição (n=99; 63%), não realizavam horas extras (n=106; 67,5%), consideravam o número de trabalhadores suficiente na escala de trabalho (n=116; 73,9%), que recebiam treinamento em serviço (n=113; 72%) e não possuíam outro emprego (n=139; 88,5%).

Quanto à variável saúde, prevaleceram trabalhadores não fumantes (n=79; 50,3%) e que não consumiam álcool (n=140; 89,1%). Dos que consumiam bebidas alcólicas, 35,3% (n=6) apresentaram suspeição para o abuso ou dependência de álcool (Teste CAGE). Ainda, prevaleceram trabalhadores que referiram a presença de dor musculoesquelética (n=110; 70,1%), que precisaram de atendimento médico no último ano (n=92; 58,6%), que necessitaram fazer uso de medicação (n=80; 51%) e que precisaram de acompanhamento psicológico (n=10; 6,3%). Houve também o predomínio de trabalhadores que relataram não ter nenhuma doença com diagnóstico médico (n= 47; 29,9%), que não necessitaram afastar-se do trabalho no último ano (n=89; 56,7%) e estavam com boa/ótima capacidade para o trabalho (ICT) (n=125; 79,6%). Quanto à exposição para o estresse ocupacional (DER), 33,1% (n=52) foram

classificados no grupo de expostos (alto DER) e, quanto ao tempo para o lazer, prevaleceram os trabalhadores que tinham tempo (n=93; 59,2%).

A prevalência global para DPMs nos trabalhadores do SHL foi de 29,3%. A média de respostas positivas evidenciadas no SRQ-20 foi de 4,25 (DP 3,74). Metade dos trabalhadores teve três respostas positivas (IQ 1-6), mínimo de zero e máximo 15 respostas positivas. O grupo de sintomas que apresentou as maiores prevalências foi o Humor depressivo-ansioso, variando de 21% (n=33) a 55,4% (n=87). Das 20 questões, as que apresentaram maior prevalência de repostas positivas foram: “sentir-se nervoso, tenso ou preocupado” com 55,4% (n=87) das respostas, seguida por “sentir dores de cabeça frequentemente” com 40,1% (n=63), “ter dificuldade

de tomar decisões” com 29,9% (n=47), e “ter perdido interesse pelas coisas” com 17,2% (n=27).

Não foi evidenciada associação estatística significativa entre DPMs, variáveis sociodemográficas e laborais pesquisadas ($p>0,05$). No que tange às variáveis sobre a saúde dos trabalhadores, evidenciaram-se associações estatísticas significativas ($p<0,05$) com: uso de medicação (38,8%; n=31); número de doenças diagnosticadas (15,8% a 60%); exposição ao estresse ocupacional (55,8%; n=29); presença de dor musculoesquelética (36,4%; n=40); afastamento do trabalho (39,7%; n=27); não ter tempo para o lazer (64,7%; n=11); e baixa capacidade para o trabalho (56,3%; n=18).

Na Tabela 1, estão apresentadas as associações bruta e ajustada entre DPM e variáveis com p-valor < 0,15.

Tabela 1 – Distribuição das associações bruta e ajustada, segundo as variáveis sociodemográficas, laborais e de saúde – Rio Grande do Sul, Brasil, 2013.

Variáveis	RPb	IC (95%)	p	RPaj	IC (95%)	p
Número de filhos						
Mais de 3 filhos	1,05	0,85 - 1,29	0,624	--	--	--
Até 3 filhos	0,90	0,76 - 1,06	0,216	--	--	--
Nenhum filho	1,00	--	--	--	--	--
Renda per capita familiar						
< 1 salário	1,11	0,99 - 1,24	0,072	1,06	0,95 - 1,17	0,277
1 a 2 salários	1,00	--	--	1,00	--	--
Turno de trabalho						
Diurno	1,13	0,99 - 1,29	0,058	0,98	0,84 - 1,09	0,518
Noturno	1,00	--	--	1,00	--	--
Uso de medicação						
Sim	1,16	1,04 - 1,29	0,006	1,11	1,02 - 1,22	0,011
Não	1,00	--	--	1,00	--	--
Atendimento médico						
Sim	1,08	0,97 - 1,21	0,141	1,00	0,91 - 1,10	0,870
Não	1,00	--	--	1,00	--	--
Acompanhamento psicológico						
Sim	1,173	0,94 - 1,45	0,145	1,09	0,91 - 1,30	0,322
Não	1,00	--	--	1,00	--	--
Doenças com diagnóstico médico						
5 ou mais doenças	1,27	1,09 - 1,48	0,002	1,09	0,94 - 1,27	0,241
4 doenças	1,29	0,97 - 1,72	0,075	1,24	0,90 - 1,71	0,184
3 doenças	1,14	0,94 - 1,38	0,171	0,93	0,77 - 1,12	0,472
2 doenças	0,92	0,78 - 1,08	0,312	0,89	0,77 - 1,02	0,118
1 doença	0,93	0,81 - 1,07	0,373	0,91	0,81 - 1,03	0,142
Nenhuma doença	1,00	--	--	1,00	--	--
Estresse Ocupacional (DER)						
Alto	1,34	1,20 - 1,49	< 0,0001	1,22	1,08 - 1,38	0,001
Baixo	1,00	--	--	1,00	--	--
Dor musculoesquelética						
Sim	1,20	1,08 - 1,34	0,001	1,03	0,92 - 1,16	0,583
Não	1,00	--	--	1,00	--	--
Afastamento do trabalho						
Sim	1,15	1,03 - 1,28	0,011	0,98	0,88 - 1,09	0,763
Não	1,00	--	--	1,00	--	--
Tempo para lazer						
Não	1,43	1,23 - 1,66	< 0,0001	1,22	1,04 - 1,43	0,012
Às vezes	1,25	1,19 - 1,41	< 0,0001	1,18	1,06 - 1,31	0,002
Sim	1,00	--	--	1,00	--	--
Capacidade para o trabalho						
Baixa a moderada	1,27	1,12 - 1,44	< 0,0001	1,02	0,89 - 1,18	0,712
Boa a ótima	1,00	--	--	1,00	--	--

* RPb: Razão de Prevalência bruta. RPaj: Razão de Prevalência ajustada. IC (95%): Intervalo de Confiança. p: valor de p.

Após ajustes por fatores de confundimento (variáveis associadas ao desfecho com $p < 0,15$), permaneceram associadas aos DPMs: fazer uso de medicação (Rpaj=1,11; IC 95%=1,02-1,22), alto estresse no trabalho (Rpaj=1,22; IC 95%=1,08-1,38), não ter tempo para o lazer (Rpaj=1,22; IC 95%=1,04-1,43) e às vezes ter tempo para o lazer (Rpaj=1,18; IC 95%=1,06-1,31).

DISCUSSÃO

No Brasil, estudo de revisão sistemática evidenciou altos índices de prevalência geral de transtornos mentais na população adulta, acometendo principalmente mulheres e trabalhadores (20% a 56%)⁽¹⁴⁾. A prevalência de DPMs nos trabalhadores do SHL deste estudo está inclusa nessa variação.

Estudo realizado em quatro hospitais governamentais na cidade de Zagazig (Egito), que comparou as respostas ao SRQ-20 de trabalhadores de limpeza com vínculos temporário e permanente, encontrou uma proporção de transtornos mentais comuns, significativamente maior nos trabalhadores temporários (59,1%) em comparação aos permanentes (29,7%) (OR: CI 3,4, IC 95%: 2,27-5,17). No Egito, a prevalência geral de desordens mentais na população adulta é de 16,9%⁽¹⁵⁾.

Neste estudo, ao ser comparada com trabalhadores do ambiente hospitalar, a prevalência de DPMs nos trabalhadores do SHL foi superior à verificada em estudo realizado com uma equipe multiprofissional de saúde (médico, psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e equipe de enfermagem) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (27,9%)⁽¹⁶⁾. Esse resultado indica que os profissionais do SHL estão expostos aos riscos de sofrimento mental, com indícios de que pode haver maior prevalência de adoecimento que nos trabalhadores da saúde que atuam no ambiente hospitalar.

Em vista disso, há que se considerar a falta de preparo acadêmico dos profissionais do SHL, no que se refere ao enfrentamento das demandas mentais. Os trabalhadores da área da saúde têm, durante o seu período de formação, disciplinas específicas para melhor enfrentar as situações de dor e sofrimento alheio presentes no ambiente hospitalar. Tal evidência sinaliza para a necessidade de os trabalhadores do SHL também fazerem parte de programas para prevenção do sofrimento psíquico advindo do trabalho.

Na análise dos grupos de sintomas propostos pelo SRQ-20, os resultados aqui evidenciados corroboram os de outros estudos realizados com trabalhadores da saúde do Município de João Pessoa, na Paraíba⁽¹⁷⁾, e com docentes dos cursos de graduação em enfermagem das sete universidades federais do Rio Grande do Sul⁽¹⁸⁾. Nesses estudos, também prevaleceu o grupo de sintomas Humor depressivo-ansioso, com maior percentual de respostas afirmativas para a questão “sentir-se nervoso, tenso ou preocupado”, sendo respectivamente 81% e 49,2%.

Este fato pode ser reflexo do momento de mudanças ocorridas no mercado de trabalho e da atual crise do sistema financeiro, em que o trabalhador pode ser inundado por angústias e incertezas. Assim, esses sentimentos podem atingir diretamente a saúde dos trabalhadores, gerando desgaste e

sofrimento mental, e no caso dos trabalhadores do ambiente hospitalar o sofrimento pode ser agravado pelo convívio com o ser humano, em alguns dos momentos mais difíceis da sua vida, que são o momento da doença e da finitude.

Outro resultado evidenciado neste estudo que merece destaque é o grupo de sintomas referente aos pensamentos depressivos, que, apesar de não apresentarem prevalências tão elevadas, apresentaram questões de cunho delicado. Pois as questões desse grupo estão relacionadas à incapacidade de desempenhar papel útil na vida, falta de interesse pelas coisas, ter pensamentos de tirar a própria vida e sentir-se inútil. Questões estas que podem evidenciar a vivência de um intenso sofrimento psíquico por parte de alguns trabalhadores e até mesmo o risco de suicídio.

Outros estudos⁽¹⁹⁻²⁰⁾ demonstram também o resultado evidenciado neste e indicam que o suicídio de trabalhadores pode estar relacionado com o sofrimento mental advindo do próprio trabalho. Países como a França e o Japão dispõem de dados sobre o suicídio decorrido do trabalho, o qual é atribuído à intensificação e ao excesso de trabalho, à falta de solidariedade entre a equipe de trabalho e ao assédio moral e psicológico.

Em relação à análise ajustada por fatores de confundimento, evidenciou-se que a suspeição de DPMs esteve associada a fazer uso de medicação, alto estresse no trabalho, não ter tempo e ter tempo às vezes para o lazer (Tabela 1). Fazer uso de medicação evidenciou uma prevalência 11% mais elevada de apresentar DPMs do que para aqueles que não faziam uso. Considera-se que, dependendo de como são enfrentadas as dificuldades e exigências impostas pelas atividades laborais, estas podem desencadear um processo de adoecimento físico e mental nos trabalhadores. Em casos mais graves é necessário o uso de algum tipo de medicação para ajudá-los a superar ou enfrentar as dificuldades. Também, é necessário ressaltar que os DPMs provocam nos trabalhadores sintomas físicos e psíquicos como insônia, cefaleia, fadiga, irritabilidade e gastralgia⁽⁵⁾, que os levam, muitas vezes, a fazer o uso de medicação para aliviá-los.

Ainda com relação a isso, há que se considerar que o processo laboral dos trabalhadores do SHL exige grande esforço físico ao desempenharem atividades como varrer, esfregar e higienizar. Estas ações são repetidas inúmeras vezes durante o mesmo turno de trabalho. Desta forma, podem também favorecer a ocorrência de dor musculoesquelética, levando-os ao uso de medicação. Estudo egípcio evidenciou, em teste de triagem (urina) para múltiplas substâncias, maiores proporções de trabalhadores de limpeza contratados temporariamente em uso de tramadol (39,7% versus 20,6%), quando comparados aos com vínculo permanente (OR: 2,5; IC 95%: 1,63-3,96)⁽¹⁵⁾.

A dor pode provocar efeitos mentais nos indivíduos, como irritabilidade, insônia é até isolamento social devido à própria dor e/ou não compreensão por parte de colegas ou chefias. Todavia, a relação entre dor e suspeição de DPMs deve ser mais bem explorada em estudos futuros, uma vez que neste a associação entre essas variáveis não foi significativa na análise ajustada.

O alto estresse no trabalho (alto DER) foi outro fator associado à suspeição de DPMs. Para os trabalhadores que estavam em alto desequilíbrio entre o esforço empreendido e a recompensa recebida, a suspeição de DPMs foi 22% mais elevada do que naqueles em baixo desequilíbrio. Estresse no trabalho também foi evidenciado, no Egito, entre os trabalhadores de limpeza temporários em comparação aos com vínculo permanente (OR: 2,2; IC 95%: 1,36-3,54). De acordo com os autores, esse resultado pode ser atribuído à má qualidade do trabalho informal e à baixa remuneração⁽¹⁵⁾.

Se analisados estudos com trabalhadores da saúde⁽²¹⁻²²⁾, o estresse laboral entre os profissionais do SHL é semelhante ao resultado de um estudo sobre o estresse psicossocial de enfermeiros que atuavam em oncologia, no qual uma das variáveis que apresentaram associação significativa com alto DER foi a variável sentir-se triste/deprimido⁽²¹⁾.

Da mesma forma, em estudo realizado com enfermeiras japonesas, identificou-se associação positiva entre alto DER, estado depressivo e ansiedade⁽²²⁾. Tendo por base estes resultados pode-se inferir que deve haver um equilíbrio entre as exigências feitas ao trabalhador e as recompensas dispensadas a este, porque, do contrário, o trabalhador irá entrar em sofrimento mental. Porém, a recompensa não é apenas financeira, o reconhecimento do trabalho realizado, das atitudes e do empenho em prol da coletividade, tanto pelos colegas de equipe quanto pelos demais colegas e gerência, também se constitui em uma forma de recompensa.

Ainda, embora as atividades realizadas pelos trabalhadores do SHL sejam fundamentais tanto para uma assistência segura quanto para a saúde dos trabalhadores, eles podem sofrer com a invisibilidade comumente enfrentada no dia a dia, devido a seu trabalho ser visto como de apoio, ou seja, são lembrados apenas quando seu trabalho não é desempenhado adequadamente. E esta “invisibilidade” pode ser um fator desencadeante de estresse no trabalho e sofrimento mental.

Também, não ter tempo e ter tempo às vezes para o lazer apresentaram prevalências 22% e 18% mais elevadas de suspeição para DPMs. Corroborando, estudo realizado com trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana/Bahia, e com agentes socioeducadores do Rio Grande do Sul também evidenciaram maior prevalência de DPMs no grupo de indivíduos sem tempo para o lazer⁽²³⁻²⁴⁾.

A questão do sexo feminino é apontada como um fator que pode interferir na falta de tempo para o lazer⁽²⁵⁾. Pois, como visto neste estudo, o SHL é predominantemente desenvolvido por mulheres, casadas/com companheiro, com até três filhos e uma renda familiar *per capita* menor que um salário-mínimo. Portanto, se supõe que essas mulheres tenham dupla jornada, pois, quando estão no horário de

folga, acabam realizando tarefas muito semelhantes às que fazem durante o turno de trabalho. Com isso, parece não restar tempo para atividades de lazer e recreação, importantes estratégias para prevenção dos transtornos mentais relacionados ao trabalho, como os DPMs.

Incentivar os trabalhadores a dispensar uma parte do seu tempo de folga para realizar atividades que lhes proporcionem prazer e satisfação também é responsabilidade dos empregadores e gestores, uma vez que a prevenção dos DPMs é a estratégia mais adequada para manutenção da saúde mental dos trabalhadores.

CONCLUSÃO

A prevalência de DPMs nos trabalhadores do SHL foi elevada, demonstrando que esses trabalhadores estão expostos a riscos semelhantes aos dos trabalhadores da área da saúde. Quanto aos fatores associados (uso de medicação, estar exposto ao alto estresse no trabalho e não ter tempo e ter tempo às vezes para o lazer), estes podem estar relacionados com o processo laboral dos trabalhadores do SHL, uma vez que eles desenvolvem atividades repetitivas e de elevado desgaste físico e mental.

Dessa forma, evidencia-se que os trabalhadores do SHL, essenciais para a segurança de paciente e dos próprios trabalhadores, devem compor um número maior de estudos que abordem diferentes temáticas. Isso possibilitará a elaboração de um diagnóstico das situações de trabalho vivenciadas por eles, bem como de suas condições de saúde e os riscos específicos a que estão expostos.

Ainda, sugere-se que os trabalhadores do SHL sejam incluídos em grupos multiprofissionais para a discussão coletiva do sofrimento mental vivenciado no ambiente de trabalho, pois se supõe que discussões coletivas e multiprofissionais sejam um fator protetor da saúde mental dos trabalhadores. Os encontros devem estar previstos em escala de trabalho e ser coordenados por profissionais formalmente capacitados.

Os resultados identificados neste estudo também apontam a necessidade de o Enfermeiro, como pesquisador e integrante de serviços de Saúde e Segurança do Trabalhador, ampliar seus horizontes propondo estudos com profissionais além dos da área da saúde. Pois, embasado por dados científicos, pode sugerir alterações em rotinas e processos, contribuindo para prevenção das doenças físicas e mentais advindas do trabalho.

Como limitação deste estudo considera-se o delineamento transversal, pois há o viés da causalidade reversa. Sugerem-se novos estudos de comparação da prevalência de DPMs e fatores associados entre trabalhadores do SHL e da saúde.

RESUMO

Objetivo: Investigar a prevalência e os fatores associados aos Distúrbios Psíquicos Menores (DPMs) em trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza. **Método:** Estudo transversal, realizado em 2013, com trabalhadores do serviço de limpeza de um hospital universitário público do Rio Grande do Sul, Brasil. Os dados foram coletados por meio de um formulário contendo variáveis sociodemográficas, laborais, hábitos e saúde. Para avaliação dos DPMs utilizou-se do *Self-Reporting Questionnaire-20*. **Resultados:** A população do estudo foi composta pelos 161 trabalhadores. A prevalência global para suspeição de DPM foi de 29,3%. As chances de suspeição de DPMs foram maiores nos trabalhadores em Desequilíbrio Esforço-Recompensa, nos que não tinham ou às vezes tinham

tempo para o lazer e naqueles que faziam uso de medicação. **Conclusão:** A prevalência de DPMs assemelhou-se à encontrada na literatura em trabalhadores da área saúde. Portanto, considera-se importante a inclusão desses trabalhadores em programas institucionais de educação permanente em saúde.

DESCRITORES

Serviço Hospitalar de Limpeza; Trabalhadores; Estresse Psicológico; Saúde do Trabalhador; Riscos Ocupacionais.

RESUMEN

Objetivo: Investigar la prevalencia y los factores asociados con los Disturbios Psíquicos Menores (DPMs) en trabajadores del Servicio Hospitalario de Limpieza. **Método:** Estudio transversal, realizado en 2013 con trabajadores del servicio de limpieza de un hospital universitario público de Río Grande do Sul, Brasil. Los datos fueron recogidos mediante un formulario conteniendo variables sociodemográficas, laborales, hábitos y sanidad. Para la evaluación de los DPMs se utilizó el *Self-Reporting Questionnaire-20*. **Resultados:** La población del estudio estuvo compuesta de los 161 trabajadores. La prevalencia global para sospecha de DPM fue del 29,3%. La probabilidad de sospecha de DPMs fue mayor en los trabajadores en Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa, en los que no tenían o solo a veces tenían tiempo para el ocio y en los que utilizaban medicación. **Conclusión:** La prevalencia de DPMs se asemejó a la encontrada en la literatura en trabajadores del área de la salud. Por lo tanto, se considera importante la inclusión de dichos trabajadores en programas institucionales de educación sanitaria permanente.

DESCRIPTORES

Servicio de Limpieza en Hospital; Trabajadores; Estrés Psicológico; Salud Laboral; Riesgos Laborales.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2015 out. 23]. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude-limpeza-e-desinfeccao-de-superficies>
2. Petean E, Costa ALRC, Ribeiro RLR. Repercussões da ambiência hospitalar na perspectiva dos trabalhadores de limpeza. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2014 [citado 2015 out. 23];12(3):615-35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000300615
3. Martins JT, Ribeiro RP, Bobroff MCC, Marziale MHP, Robazzi MLCC, Mendes AC. Meaning of workload on the view of cleaning professionals. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(1):63-70.
4. Silva RM, Zeitoune RCG, Beck CLC, Martino MMF, Prestes FC. The effects of work on the health of nurses who work in clinical surgery departments at university hospitals. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2016;24:e2743.
5. Goldberg D, Huxley P. *Common mental disorders: a bio-social model*. London: Tavistock; 1992.
6. Santos KOB, Araújo TM, Pinho OS, Silva ACC. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). *Rev Baiana Saúde Pública*. 2010;34(3):544-60.
7. Urbanetto JS, Magalhães MCC, Maciel VO, Sant'Anna VM, Gustavo AS, Figueiredo CEP, et al. Work-related stress according to the demand-control model and minor psychic disorders in nursing workers. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2015 Oct 23];47(3):1186-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/0080-6234-reeusp-47-05-1180.pdf>. DOI: 10.1590/S0080-623420130000500024
8. Carvalho CN, Filho DAM, 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.
9. Masur J, Monteiro M. Validation of the CAGE alcoholism screening test in Brazilian Psychiatry inpatient hospital setting. *J Biol Res*. 1983;16(1):215-8.
10. Jensen MP, Karoly P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain*. 1986;27(1):117-26.
11. Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A. Índice de capacidade para o trabalho. São Carlos: Ed. UFSCar; 2005.
12. Chor D, Werneck GL, Faerstein E, Alves MGM, Rotenberg L. The Brazilian version of the effort-reward imbalance questionnaire to assess job stress. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):219-24.
13. Mari JJ, Willians P. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry*. 1981;148:23-6.
14. Santos EG, Siqueira MM. Prevalence of mental disorders in the Brazilian adult population: a systematic review from 1997 to 2009. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(3):238-46.
15. Abbas RA, Hammam RA, El-Gohary SS, Sabik LM, Hunter MS. Screening for common mental disorders and substance abuse among temporary hired cleaners in Egyptian Governmental Hospitals, Zagazig City, Sharqia Governorate. *Int J Occup Environ Med*. 2013;4(1):13-26.
16. 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.
17. Katsurayama M, Parente RCP, Moraes RD, Moretti-Pires RO. Trabalho e sofrimento psíquico na estratégia saúde da família: uma perspectiva Dejouriana. *Cad Saúde Coletiva*. 2013;21(4):414-9.
18. Tavares JP, Magnago TSBS, Beck CLC, Silva RM, Prestes FC, Lautert L. Prevalence of minor psychiatric disorders in nursing professors. *Esc Anna Nery*. 2014;18(3): 407-14.
19. Hirata H. Tendências recentes da precarização social e do trabalho: Brasil, França, Japão. *Cad CRH*. 2011;24(n.esp.):15-22.

20. Ceccon RF, Meneghel SN, Tavares JP, Lautert L. Suicídio e trabalho em metrópoles brasileiras: um estudo ecológico. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(7):2225-3.
21. Rantanen J, Feldt T, Hyvönen K, Kinnunen U, Mäkikangas A. Factorial validity of the effort-reward imbalance scale: evidence from multi-sample and three-wave follow-up studies. *Int Arch Occup Environ Health*. 2013;86(6):645-56.
22. Kikuchi Y, Nakaya M, Ikeda M, Narita K, Takeda M, Nishi M. Effort–reward imbalance and depressive state in nurses. *Occup Med (Lond)*. 2010;60(3):231-3.
23. Farias MD, Araújo TM. Transtornos mentais comuns entre trabalhadores de zona urbana de Feira de Santana-BA. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2011;36(123):25-39.
24. Greco PBT, Magnago TSBS, Urbanetto JS, Luz EMF, Prochnow A. Prevalência de distúrbios psíquicos menores em agentes socioeducadores do Rio Grande do Sul. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(1):93-101.
25. Pinho OS, Araújo TM. Association between housework overload and common mental disorders in women. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(3):560-72.

Apoio financeiro:

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ). Processo nº 481096/2013-2.
Universidade Federal de Santa Maria, fomento e Bolsa de Iniciação Científica PROBIC/FAPERGS/UFSM.



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.