



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO

AMÁLIA IVINE COSTA SANTANA

**ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS
ENTRE TRABALHADORES DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA**

FEIRA DE SANTANA – BAHIA

2015

AMÁLIA IVINE COSTA SANTANA

**ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS
ENTRE TRABALHADORES DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Feira de Santana, como critério de avaliação final para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Epidemiologia

Linha de Pesquisa: Saúde, Ambiente e Trabalho

Orientadora: Prof^a Dr^a Maura Maria Guimarães de Almeida

FEIRA DE SANTANA – BAHIA

2015

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

S223a Santana, Amália Ivine Costa
Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre
trabalhadores da saúde do Estado da Bahia / Amália Ivine Costa Santana
Costa Santana. – Feira de Santana, 2015.
94 f. : il.

Orientadora: Maura Maria Guimarães de Almeida.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de

AMÁLIA IVINE COSTA SANTANA

**ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS
ENTRE TRABALHADORES DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Feira de Santana, como critério de avaliação final para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Epidemiologia

Linha de Pesquisa: Saúde, Ambiente e Trabalho

Feira de Santana, 02 de março de 2015.

Prof^ª Dr^ª Maura Maria Guimarães de Almeida
Professora Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof Dr Isaac Suzart Gomes Filho
Professor Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof^ª Dr^ª Kionna Oliveira Bernardes Santos
Professora Assistente da Universidade Federal da Bahia

“Não há estrada real para a ciência, e só têm
a probabilidade de chegar a seus cimos
luminosos aqueles que enfrentam a canseira
de galgá-los por veredas abruptas.”

Karl Marx

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter me dado a vida e provido os meios necessários para que eu pudesse concluir essa etapa tão importante da minha vida.

Aos meus pais por todo amor que sempre dedicaram a mim, sempre abrindo mão de muitas coisas para tornar os meus sonhos possíveis.

Aos meus irmãos pelo carinho e atenção que sempre tiveram comigo, me ajudando em todos os momentos.

Ao meu esposo, que ao longo desse caminho conheci, namorei, noivei e casei. Você me fez acreditar que nada é impossível!

À minha grande família, pelo amor e apoio de sempre.

À minha orientadora, pelo ensinamento e dedicação dispensados no auxílio à concretização dessa dissertação. Você me inspira, na vida.

Gostaria de agradecer muito especialmente aos professores Isaac Suzart e Kionna Bernardes por aceitarem prontamente o convite de participar dessa banca de defesa. Jamais esquecerei o que vocês fizeram por mim...

À professora Tânia Araújo por todas as contribuições valiosas investidas nesse trabalho.

Aos amigos que fiz durante o curso, em especial, Mariana e Técia: sem vocês essa trajetória não seria tão prazerosa;

Aos companheiros e professores do Núcleo de Epidemiologia pelo conhecimento, pelo apoio e pela amizade. É tão bom estar com vocês!

Aos funcionários do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva pela disponibilidade, competência e gentileza.

Às instituições que colaboraram com a realização dessa pesquisa pelo imenso apoio e participação fundamental na realização desse trabalho.

A todos os trabalhadores da saúde que despretensiosamente deram um pouco de si ao se permitirem participar dessa investigação.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior por tornar possível a minha dedicação exclusiva a esse processo.

RESUMO

A influência do trabalho na vida das pessoas tem sido consistentemente apontada na literatura. No entanto, o trabalho também pode contribuir para alterações da saúde física e mental dos indivíduos. Os transtornos mentais relacionados ao trabalho têm atingido uma parcela significativa da população trabalhadora brasileira, nesse contexto, cabe evidenciar os transtornos mentais comuns (TMC), que no âmbito do trabalho em saúde se configuram como um problema de grande relevância, pois implicam em comprometimento do cuidado prestado ao usuário. No campo da saúde ocupacional, os aspectos psicossociais do trabalho têm sido objeto de estudos que demonstram haver no trabalho fatores de risco invisíveis capazes de gerar sofrimento e adoecimento. Dentre os instrumentos capazes de avaliar os aspectos psicossociais do trabalho está o modelo demanda-controle (MDC) e o modelo de desequilíbrio esforço-recompensa (effort-reward imbalance model - ERI), ambos largamente utilizados na literatura e cujas propostas consistem em evidenciar diferentes estressores laborais e sua relação com desfechos sobre a saúde. **OBJETIVOS:** avaliar a contribuição da análise de modelos combinados de estresse psicossocial no trabalho e sua associação com TMC e evidenciar a interação entre os aspectos psicossociais do trabalho e a ocorrência de TMC. **MÉTODOS:** Tratou-se de estudo transversal conduzido com amostra representativa de trabalhadores da atenção básica de cinco municípios do estado da Bahia. A variável desfecho foram os TMC mensurados pelo SRQ-20 e as de exposição foram os modelos demanda-controle-apoio social e desequilíbrio esforço-recompensa. Foram avaliados os desempenhos dos modelos parciais e completos e a combinação dos modelos parciais, a interação foi verificada através do afastamento da aditividade dos efeitos para os fatores estudados a partir do cálculo do excesso de risco devido à interação, proporção de casos atribuída à interação e índice de sinergia. As razões de prevalência ajustadas com 95% de confiança foram obtidas pelo método de regressão de Poisson com variância robusta. **RESULTADOS:** A prevalência global de TMC foi de 21,0% e esteve associada à alta exigência e ao alto desequilíbrio esforço-recompensa e apresentou maior magnitude no grupo de exposição combinada. **CONCLUSÃO:** Os resultados demonstraram melhor desempenho do modelo de desequilíbrio esforço-recompensa completo e da combinação dos modelos parciais para predizer o evento. Evidenciaram ainda, existir interação entre os aspectos psicossociais do trabalho e TMC, com direção para a sinergia dos efeitos.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Saúde do trabalhador. Transtornos mentais. Aspectos psicossociais.

ABSTRACT

The importance of work in people's lives has been consistently reported in the literature. However, the work may also contribute to changes in physical and mental health of the individuals. Mental disorders related to work, has reached a significant portion of the Brazilian population, in this context, it is highlight common mental disorders (CMD), which under the health work are configured as a highly relevant problem because imply commitment of care provided to the user. In the field of occupational health, psychosocial aspects of work have been the subject of numerous studies, showing that there is at work risk factors invisible capable of causing suffering and illness. Among the tools to evaluate the psychosocial aspects of work is the demand-control model (MDC) and the model of effort-reward imbalance (effort-reward imbalance model - ERI), both widely used in the literature and whose proposals are to show different work stressors and their relationship to outcomes on health. This study has the following objectives: evaluate the contribution of analysis models combined psychosocial work stress and its association with TMC and highlight the interaction between psychosocial aspects of work and the occurrence of TMC. This was a cross-sectional study conducted with a representative sample of primary care workers in five counties of the state of Bahia. The outcome variable was the TMC measured by SRQ-20 and exposure models were demand-control-support social and effort-reward imbalance. We evaluated the performance of partial and complete models and combination of partial models, the interaction was verified by the departure from additivity of effects for the factors studied by calculating the excess risk due to interaction, proportion of cases attributed to the interaction and synergy index. The adjusted prevalence ratios with 95% confidence limits were obtained by Poisson regression with robust variance method. The overall prevalence of CMDs was 21.0% and was associated with high strain and effort-reward imbalance high and showed greater magnitude in the combined exposure group. The results showed better performance than full effort-reward imbalance model and the combination of partial models to predict the event, showed still exist interaction between psychosocial aspects of work and TMC, directed to the synergy of effects.

Keywords: Primary health care. Occupational health. Burnout. Mental disorders. Psychosocial aspects.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 Ambiente psicossocial do trabalho

Figura 2 Modelo demanda-controle

Figura 3 Modelo demanda-controle-apoio social no trabalho

Figura 4 Modelo do desequilíbrio esforço-recompensa

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1 Características sociodemográficas, do trabalho e hábitos de vida dos trabalhadores da saúde, Bahia, 2012.

Tabela 2 Razões de prevalência brutas e ajustadas da associação entre aspectos psicossociais do trabalho, modelo demanda-controle e TMC, trabalhadores da saúde, Bahia, 2012.

Tabela 3 Razões de prevalência brutas e ajustadas da associação entre dimensões do modelo desequilíbrio esforço-recompensa e TMC, trabalhadores da saúde, Bahia, 2012.

Tabela 4 Razões de prevalência de TMC brutas e ajustadas segundo modelos de estresse ocupacional completos e parciais combinados, trabalhadores da saúde, Bahia, 2012.

Artigo 2

Tabela 1 Características sociodemográficas dos trabalhadores segundo modelo demanda-controle e apoio social no trabalho, trabalhadores da saúde, Bahia, 2012.

Tabela 2 Prevalência bruta e razões de prevalência brutas e ajustadas das exposições isoladas e combinadas segundo ocorrência de TMC, trabalhadores da saúde, Bahia, 2012.

Tabela 3 Excessos de prevalência e de razões de prevalência para efeitos isolados e combinados da alta exigência e do baixo apoio social no trabalho sobre a ocorrência de TMC, trabalhadores da saúde, Bahia, 2012.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AP** Proporção de casos atribuída à interação
- AST** Apoio social no trabalho
- CAPS** Centro de Atenção Psicossocial
- CE** Comprometimento excessivo
- CEO** Centro de Especialidades Odontológicas
- CEREST** Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
- CTA** Centro de Testagem e Aconselhamento
- MDC** Modelo demanda-controle
- ERI** Effort-reward imbalance
- ERP** Efeito combinado dos fatores
- ESF** Equipes de Saúde da Família
- JCQ** Job Content Questionnaire
- NASF** Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- OR** Odds ratio
- PACS** Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- RERI** Excesso de risco relativo devido à interação
- RP** Razão de prevalência
- S** Índice de sinergia
- SRQ-20** Self Reporting Questionnaire
- TMC** Transtornos mentais comuns
- UBS** Unidades Básicas de Saúde
- UEFS** Universidade Estadual de Feira de Santana
- UESB** Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
- UESC** Universidade Estadual de Santa Cruz
- UFBA** Universidade Federal da Bahia
- UFRB** Universidade Federal do Recôncavo Baiano
- UNIVASF** Universidade Federal do Vale do São Francisco

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
2 OBJETIVOS	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1 O trabalho nos serviços de saúde.....	15
3.2 Processo de trabalho na atenção básica	16
3.3 Aspectos psicossociais do trabalho.....	17
3.4 Modelos de estresse ocupacional.....	19
3.4.1 Modelo demanda- controle-apoio social.....	20
3.4.2 Modelo de desequilíbrio esforço recompensa	22
3.5 Os transtornos mentais comuns	23
3.6 Interação em epidemiologia.....	25
4 METODOLOGIA.....	27
4.1 Tipo de estudo	27
4.2 Campo de estudo	27
4.3 População e planejamento amostral	28
4.4 Instrumentos de coleta de dados	29
4.4.1 Job Content Questionnaire	30
4.4.2 Effort-reward imbalance.....	31
4.4.3 Self Report Questionnaire.....	31
4.5 Procedimentos de coleta de dados	32
4.6 Variáveis de estudo.....	32
4.6.1 Variável de exposição.....	32
4.6.2 Variável desfecho.....	34
4.6.3 Covariáveis	34
4.7 Análise dos dados	35
4.7.1 Artigo 1.....	36
4.7.2 Artigo 2	37
4.8 Aspectos éticos da pesquisa.....	38
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
5.1 Artigo 1.....	40
5.2 Artigo 2.....	58
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS	74
ANEXO A: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	82
ANEXO B: TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	93
ANEXO C: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	94

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Toda atividade humana é um ato produtivo, pois modifica intencionalmente um objeto produzindo algo novo. Ao transformar a natureza o homem também transforma a si mesmo, pois o trabalho promove a expressão e aprimoramento das potencialidades humanas, criando a possibilidade não apenas de inventar novos produtos, mas de, através das relações sociais de produção, interferir na maneira como os homens pensam sobre si e sobre o mundo (MARX, 1883; MENDES GONÇALVES, 1994).

O trabalho em saúde por sua vez, é essencial para a vida humana e faz parte do setor de serviços. É considerado uma atividade da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não existe uma distinção clara entre o produto e o processo produtivo, pois o fruto do trabalho em saúde é a própria realização da atividade (PIRES, 1996).

Ainda nesse aspecto, vale a pena ressaltar que o trabalho no âmbito da saúde é coletivo, uma vez que é realizado por profissionais de saúde e outros grupos de trabalhadores que desenvolvem uma série de atividades necessárias à manutenção da estrutura institucional prestadora de serviços (MERHY; FRANCO, 2006). O trabalhador coletivo consiste da soma de trabalhadores parciais, sendo este último aquele que se aperfeiçoa em um método, tornando-o exclusivo de si mesmo (MARX, 2013). Essa afirmação se justifica no fato de que não há trabalhador que sozinho, satisfaça todas as necessidades de uma instituição de saúde, todos os profissionais são fundamentais para que o trabalho de um dê sentido ao trabalho do outro.

Em virtude de tudo o que o trabalho representa para a vida humana, ao possibilitar, dentre outras coisas, a manutenção da sobrevivência do próprio trabalhador e dos seus dependentes, deveria ser fonte apenas de prazer. No entanto, o trabalho pode exercer influências negativas sobre a saúde, e hoje, já estão bem estabelecidas as relações entre trabalho e processo saúde-doença. Destaca-se aqui, o aumento das doenças relacionadas ao trabalho ou atípicas e, entre elas, os transtornos mentais (SILVA JUNIOR; FISCHER, 2014).

Os transtornos mentais comuns (TMC) referem-se a um quadro de sintomas que não correspondem aos critérios diagnósticos de depressão e/ou ansiedade propostos pela Classificação Internacional de Doenças – 10^a Revisão, e pelo Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais – 4^a Edição, mas cujos sintomas, além de implicar

em sofrimento, são capazes de incapacitar, constituindo-se como uma causa importante de dias de trabalho perdidos. O indivíduo com sintomatologia compatível com TMC apresenta insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (GOLDBERG; HUXLEY, 1992). Os trabalhadores da saúde apresentam prevalências de TMC aproximadamente duas vezes maior (42,0%) que a observada em investigações conduzidas em outras populações (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

Dentre os eventos capazes de desencadear TMC entre os trabalhadores estão os aspectos psicossociais do trabalho que correspondem por um lado, às interações entre o trabalho, o meio ambiente e às condições organizacionais e por outro às características do trabalhador, suas expectativas, cultura e experiências, tornando a natureza do seu conceito bastante complexa (SAUTER et al, 1998). Estudos têm demonstrado que os aspectos psicossociais do trabalho, dependendo da maneira como se apresentem, podem contribuir para uma série de danos à saúde (ARAÚJO et al, 2003; MARTINEZ; PARAGUAY, LATORRE, 2004; MAGNAGO et al, 2010).

Assim sendo, percebe-se que os fatores psicossociais do trabalho podem influenciar na saúde, no desempenho e na satisfação dos trabalhadores. Portanto, surge como problema de pesquisa: “Qual a influência dos aspectos psicossociais do trabalho sobre a ocorrência de transtornos mentais comuns entre os trabalhadores da saúde do Estado da Bahia?”.

Este estudo propõe-se a investigar a associação entre TMC, um agravo de alta ocorrência entre trabalhadores da saúde, responsável por incapacidades, presenteísmo e absenteísmo, e os aspectos psicossociais do trabalho. A perspectiva de análise dessa associação no contexto dos modelos combinados e da interação biológica tem sido pouco explorada, especialmente no Brasil. Partindo do pressuposto de que a saúde mental dos trabalhadores da saúde pode ter impacto sobre a qualidade da assistência prestada aos usuários, este trabalho poderá contribuir para subsidiar o planejamento de políticas e programas de saúde capazes de gerar bem-estar e de evitar o adoecimento dos trabalhadores, além de colaborar para o avanço do conhecimento na área da saúde do trabalhador.

2 OBJETIVOS

2.1 Avaliar a contribuição da análise de modelos combinados de estresse psicossocial no trabalho e sua associação com transtornos mentais comuns entre trabalhadores da Atenção Básica à saúde do Estado da Bahia;

2.2 Estimar a interação entre os aspectos psicossociais demanda psicológica, controle sobre o trabalho e apoio social no trabalho para a ocorrência dos transtornos mentais comuns entre trabalhadores da Atenção Básica à saúde do Estado da Bahia.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico foi elaborado com o de objetivo contextualizar o tema do estudo. Assim sendo, esse tópico abordará os seguintes aspectos: O trabalho nos serviços de saúde; Processo de trabalho na Atenção Básica; Aspectos psicossociais do trabalho; Modelos de estresse ocupacional; Os transtornos mentais comuns e Interação em epidemiologia.

3.1 O trabalho nos serviços de saúde

O trabalho é a forma mais genuína do homem se relacionar e de construir a sua história, por isso, a importância do trabalho na vida das pessoas tem sido consistentemente apontada na literatura científica (MENDES GONÇALVES, 1994). Além de prover os meios necessários para a subsistência humana, o trabalho ajuda a definir o status que o indivíduo assume na sociedade e a sua própria identidade pessoal, permite a organização do tempo e possibilita o enriquecimento das relações sociais (ESTRAMIANA, 2012).

Em qualquer atividade humana de produção, a construção mental do produto a ser realizado antecede o processo de trabalho. É essa construção mental que lhe dá sentido. O processo de produção envolve sempre alguns componentes: o trabalho do homem em si, o conjunto de elementos que são tomados como matéria-prima e os que são utilizados como ferramentas ou instrumentos (MARX, 2013). Este modo de organizar o processo envolve a mobilização de habilidades e saberes que permitem ao homem juntar todos esses componentes e com seus atos ‘vivos’ realizar certo produto (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

O processo de trabalho configura-se como o momento em que o homem com sua própria ação transforma a natureza a fim de conferir-lhe utilidade, logo, é subordinado a um objetivo específico e que portanto encerra-se com a finalização do seu produto. O produto é um valor de uso, adequado para satisfazer uma determinada necessidade (MARX, 2013).

Nesse sentido, vale considerar que o trabalho em saúde tem o compromisso com as diversas necessidades dos usuários que buscam o consumo de ações de saúde, uma vez que essas ações lhe proporcionam algo com valor de uso fundamental: mantê-

lo vivo e com autonomia para exercer seu modo de andar a vida (CAMPOS, 1992). O que se busca através do trabalho em saúde é a produção de uma intervenção resolutiva sobre os problemas de saúde das populações, atuando efetivamente nos processos sociais de produção da saúde e da doença, tendo como foco principal o ser humano e a defesa da vida (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

O trabalho em saúde é uma atividade do setor de serviços cujo fator determinante para o alcance da sua finalidade são as relações pessoais. Executa-se o serviço sobre as pessoas com base numa inter-relação em que o consumidor tanto é parte quanto contribui para o processo de trabalho, processo esse que é marcado pela intencionalidade de produzir uma atuação útil sobre o objeto (NOGUEIRA, 2000).

Nesse processo, os trabalhadores da saúde se propõem a fazer um enfrentamento diário com a doença e com a morte, e apesar das dificuldades inerentes a sua profissão, almejam ter prazer no trabalho, estabelecerem uma relação essencial e indissociável entre sua vida privada e seu meio de sobrevivência (BECK; DENARDIN; GONZÁLEZ, 2005). No entanto, esses trabalhadores têm enfrentado uma realidade adversa, na qual estão submetidos a situações que vão desde riscos biológicos, como também fatores relativos à organização e precarização do trabalho (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; ANTUNES, 2012).

A saúde dos trabalhadores da saúde é esquecida tanto pelos gestores, como pelos próprios profissionais, que evitam o afastamento para impedir a perda salarial associado ao sentimento de não poder ficar doente por ser responsável pela saúde de outros. Por isso, muitas vezes as sobrecargas de trabalho passam despercebidas ou são tidas como naturais pelos próprios trabalhadores, que as consideram “ossos do ofício” (CARREIRO et al, 2013).

3.2 Processo de trabalho na atenção básica

A esfera produtiva dos serviços de saúde tende a ser vista como íntima e invariavelmente ligada à ciência e portanto, subordinada aos seus instrumentos de trabalho materiais, fazendo com que a representação do trabalho em saúde o reduza a uma prática que apesar de científica é meramente técnica (MENDES GONÇALVES, 1994).

No entanto, o processo de trabalho na atenção básica à saúde preconiza o uso de tecnologias de baixa densidade e alta complexidade, uma vez que privilegia as

relações interpessoais. Pauta-se no estabelecimento de vínculo, na escuta qualificada e na criação de um espaço de acolhimento, com o objetivo de inverter a lógica do modelo assistencial hegemônico até então vigente no país (TOMASI et al, 2011).

A atenção básica foi concebida para atender a necessidade de descentralização dos serviços de saúde, permitindo que as ações ocorressem o mais próximo possível da vida das pessoas. Nesse aspecto, deve ser o contato preferencial dos usuários, sendo considerada a principal porta de entrada do usuário com a rede de atenção à saúde e para tanto, é necessário que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade, garantindo aos usuários a acessibilidade, a continuidade do cuidado, a humanização e a participação social (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, cabe considerar a complexidade do processo de trabalho nesse nível de atenção, uma vez que quanto mais complexo o processo de trabalho e quanto menos sistematizado ele for, mais difícil será refletir sobre ele. Essa é uma característica muito presente na atenção básica, pois o processo de trabalho é marcado por atividades coletivas, ou seja, pelos profissionais que fazem parte da equipe de saúde e pelos próprios usuários que ao mesmo tempo em que sofrem a ação, dela também são sujeitos, pois participam ativamente do resultado sobre sua saúde (FARIA; WERNECK; SANTOS, 2009).

Apesar dos avanços e conquistas, a atenção básica ainda impõe uma série de limitações não só aos usuários que dela dependem, mas aos trabalhadores que nela atuam. Fatores como composição insuficiente das equipes; baixos salários; precariedade nos contratos de trabalho; inadequação da estrutura física das unidades; sobrecarga de atendimento; poucas possibilidades de promoção; conflitos das equipes de saúde com os poderes locais e avaliação baseada em produtividade têm sido considerados como responsáveis por gerar insatisfação e adoecimento entre os trabalhadores (PAIM, 2003; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004; BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; MENEZES; GUEDES, 2014; PIERATONI; VARELLA, 2014).

3.3 Aspectos psicossociais do trabalho

A Organização Internacional do Trabalho publicou em 1986 um documento que enfatizou a importância dos aspectos psicossociais do trabalho para o estado de saúde dos trabalhadores. Defendia que não apenas os riscos químicos, biológicos e

físicos desenvolviam efeitos sobre a saúde do trabalhador, mas também os fatores psicossociais presentes no trabalho (DA SILVA JUNIOR; FISCHER, 2014).

Os fatores psicossociais do trabalho compreendem os aspectos da organização do trabalho, assim como a qualidade das relações sociais. Todos esses fatores interagem entre si e repercutem sobre a saúde tanto física quanto mental dos trabalhadores. São concebidos como o intercâmbio entre o trabalho e as particularidades que ele abarca e as características inerentes ao trabalhador. Nesse sentido, sua conceituação é complexa e de difícil explicação uma vez que representa fatores que se referem tanto ao trabalhador quanto às condições e organização do trabalho (REIS; FERNANDES; GOMES, 2010).

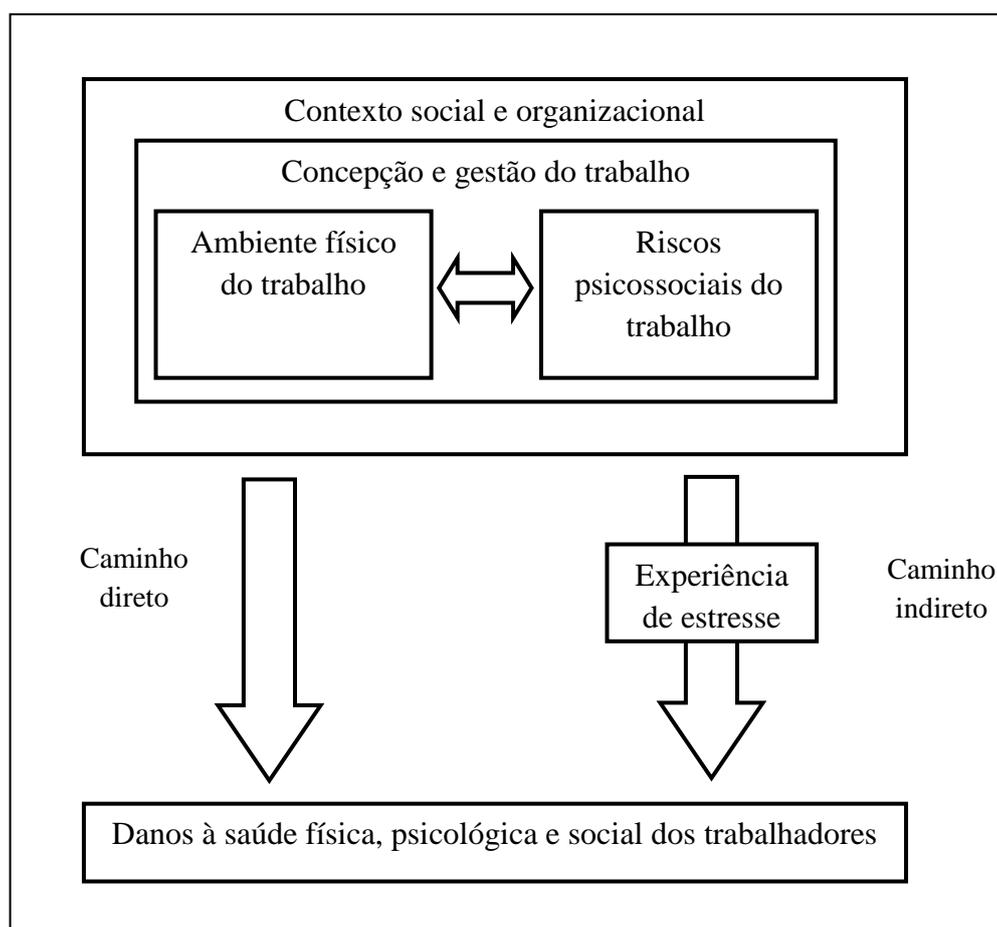
Em relação às características individuais do trabalhador, inclui-se suas capacidades e limitações em relação às suas exigências no trabalho, assim como a satisfação das suas necessidades e expectativas. As condições de trabalho assim como a sua organização incluem a tarefa em si, as condições físicas, as relações dos trabalhadores com seus supervisores e as práticas da administração (OIT, 2010).

Assim sendo, os fatores psicossociais do trabalho podem afetar a saúde dos trabalhadores tanto positiva quanto negativamente. Quando de maneira positiva, esses aspectos são capazes de facilitar o trabalho, promover o desenvolvimento de habilidades laborais e contribuir para altos níveis de satisfação no trabalho, garantindo a produtividade através da motivação dos trabalhadores (KALIMO, 1988). Por outro lado, quando os fatores psicossociais apresentam-se de maneira negativa, provocam respostas de desajustamento entre os trabalhadores, e conseqüentemente sentimentos de tensão e respostas psicofisiológicas evidenciadas pelo estresse. Quando os aspectos psicossociais do trabalho apresentam-se como fatores capazes de afetar negativamente a saúde e o bem-estar dos trabalhadores são considerados como fatores de risco (BENAVIDES et al, 2002).

Quando se apresentam como fatores de risco e geradores de estresse, os aspectos psicossociais do trabalho são inúmeros e de diferente natureza. Desse modo, seu conceito implica fatores envolvidos com processos psicológicos ligados ao ambiente de trabalho e seus contextos sociais que podem ter importante participação no desenvolvimento de danos físicos ou psicológicos entre os trabalhadores (STANSFELD; CANDY, 2006). O estresse ocupacional media indiretamente os efeitos negativos sobre a saúde do trabalhador (Figura1) e representa a resposta do desequilíbrio entre as exigências do trabalho que ultrapassam as habilidades do trabalhador de lidar com a situação (LEKA; JAIN, 2010).

É recente na literatura a inclusão dos aspectos psicossociais como fatores de risco relevantes para o adoecimento dos trabalhadores e esse fato configura-se como um relevante avanço nesse campo do conhecimento, pois tradicionalmente, apenas os aspectos objetivos, ou seja, os riscos químicos, biológicos e físicos, mereciam destaque e eram objeto de investigação no campo da saúde do trabalhador (RUIZ; ARAÚJO, 2012).

Figura 1 Ambiente psicossocial do trabalho



Fonte: Adaptado de Cox, Griffiths & Rial-González (2000)

3.4 Modelos de estresse ocupacional

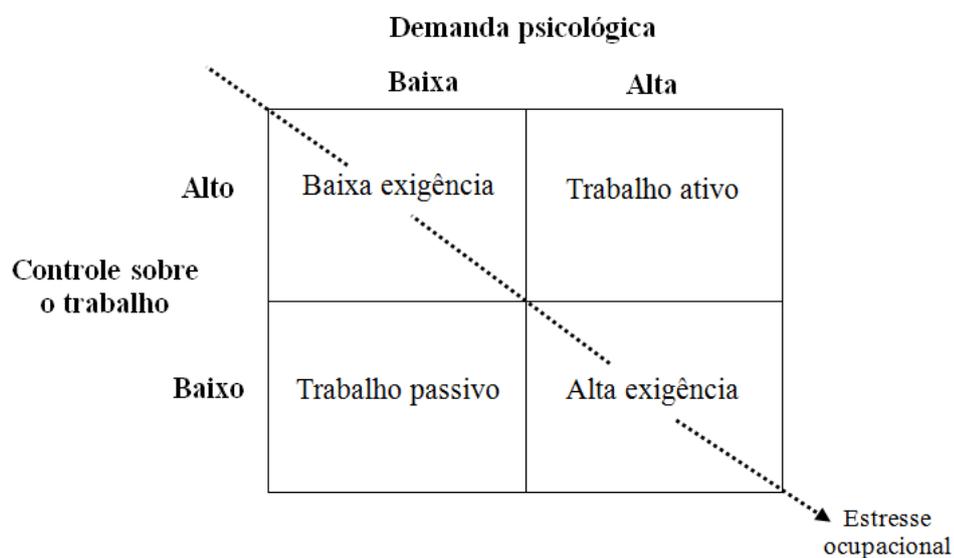
Com o intuito de explicar os efeitos do estresse ocupacional sobre a saúde dos trabalhadores foram desenvolvidos modelos teóricos, dentre os quais dois receberam atenção especial e têm sido largamente utilizados na literatura: o modelo demanda-controle-apoio social e o modelo do desequilíbrio esforço-recompensa.

3.4.1 Modelo demanda-controle-apoio social

Entre os modelos mais utilizados em saúde pública para o estudo do estresse ocupacional está o modelo demanda-controle, proposto por Robert Karasek em 1979. Logo que idealizado, esse modelo permitia identificar dois aspectos fundamentais capazes de desencadear o estresse no trabalho: a demanda psicológica e o controle sobre o trabalho. Esse modelo advoga que o estresse é fruto de uma combinação de altas demandas psicológicas e baixo controle sobre o trabalho, cuja relação aponta para a direção do desequilíbrio entre essas dimensões (KARASEK, 1979).

As demandas são elementos relacionados à quantidade de trabalho a ser realizado, o ritmo frenético de trabalho, o tempo insuficiente para executar as tarefas, o trabalho feito sob pressão, o excesso de volume de trabalho. O controle por sua vez, refere-se ao domínio que o trabalhador possui sobre a tarefa e sua capacidade de organização sobre o próprio trabalho. Esta dimensão possui dois componentes: o uso de habilidades (envolve aprender coisas novas, incentivo à criatividade e desenvolvimento de habilidades próprias) e a autoridade de decisão (diz respeito à capacidade do indivíduo para tomar a suas próprias decisões e habilidade de influenciar o grupo de trabalho ou instituição) (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003). A combinação dessas duas dimensões fornece quatro possibilidades de experiências no trabalho: a baixa exigência, o trabalho ativo, o trabalho passivo e a alta exigência (Figura 2).

Figura 2 Modelo demanda-controle



Fonte: Adaptado de Karasek (1979)

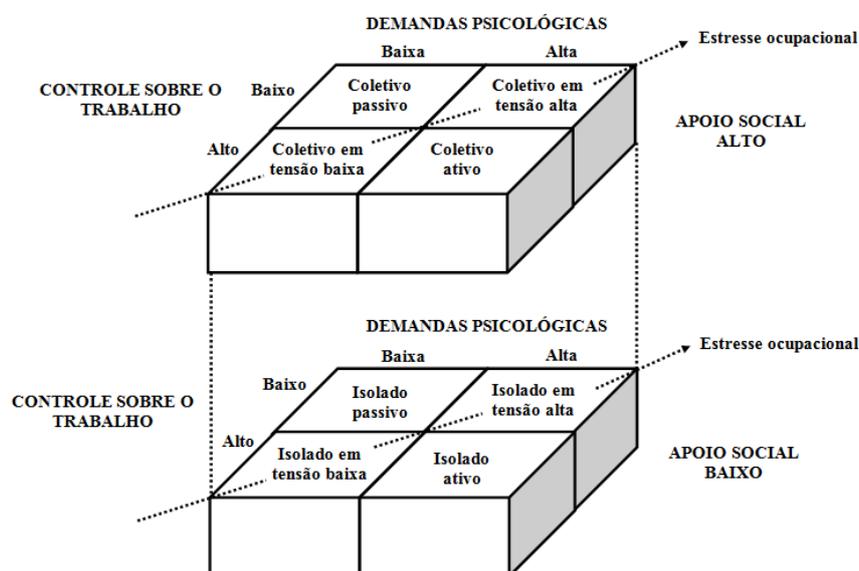
Apesar de mostrar-se adequado para mensurar os aspectos psicossociais do trabalho e sua relação com desfechos sobre a saúde, o modelo demanda-controle possui algumas críticas. A primeira delas diz respeito às questões que compõem o instrumento, pois ao se sustentarem somente em respostas autorreferidas não permite mensuração de aspectos da organização do trabalho, uma vez que evidencia a experiência individual de cada trabalhador (SANTOS, 2006).

Outra fragilidade discutida à cerca do modelo diz respeito à necessidade de adequação do contexto de trabalho que mensura, afinal, muitas mudanças ocorreram na dinâmica do mercado de trabalho desde a sua concepção. Nesse sentido, têm-se indicado a incorporação de aspectos relacionados ao trabalho na atualidade, tais como os novos arranjos laborais, a precarização do emprego, dentre outros (ARAÚJO, 2003).

A utilização do modelo bidimensional de Karasek evidenciou que ele não era suficiente para explicar a complexa relação entre os aspectos psicossociais e o adoecimento. Desse modo, o apoio social no trabalho foi depois incorporado como uma terceira dimensão do modelo demanda-controle, ao considerar que as duas dimensões inicialmente propostas eram limitadas para apreender a complexidade do processo de trabalho (Figura 3).

Nesse sentido, o apoio social no trabalho iria referir-se a um importante moderador de impacto da demanda, aumentando o controle dos indivíduos sobre o trabalho. A separação teórica entre controle coletivo e apoio coletivo é difícil de realizar afinal, trabalhadores expostos a altas demandas de trabalho tendem a unir-se e aumentar o controle sobre elas (JOHNSON, 1991).

Figura 3 Modelo demanda-controle-apoio social no trabalho



Fonte: Adaptado de Johnson (1991)

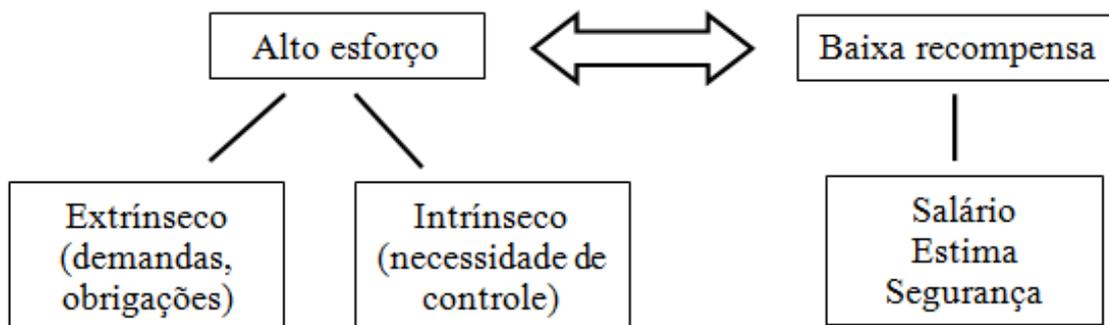
Assim, o modelo demanda-controle-apoio social advoga que existem situações que predisõem os trabalhadores a desfechos negativos sobre a saúde, ou seja, aquelas que resultam da combinação de altas demandas psicológicas e baixo controle sobre o trabalho, e que por outro lado, o apoio social moderaria os efeitos dessa combinação, conduzindo a uma melhora na situação de saúde do indivíduo (JOHNSON, 1991).

3.4.2 Modelo de desequilíbrio esforço-recompensa

O papel do trabalho na vida humana é definido por uma relação que envolve principalmente o sentimento de ser recompensado ou estimado e de pertencimento significativo a um grupo social. Dessa forma, percebe-se que o trabalho pode exercer um papel potencialmente benéfico na vida emocional dos indivíduos, mas para isto, exige como um pré-requisito básico uma relação de reciprocidade, ou seja, o esforço gasto no trabalho como parte de um processo de intercâmbio no qual a sociedade contribui com algumas recompensas (SIEGRIST, 1996).

O modelo de desequilíbrio esforço-recompensa idealizado por Siegrist (1996) destaca que a falta de reciprocidade entre o investimento no trabalho, seja ele de ordem subjetiva ou objetiva, e os ganhos advindos dele, a saber, reconhecimento, *status* e remuneração, define um estado de sofrimento emocional predispondo o indivíduo ao adoecimento. Da mesma maneira que o modelo demanda-controle, o modelo de desequilíbrio esforço-recompensa sofreu a incorporação de uma terceira dimensão, o comprometimento excessivo com o trabalho, considerado uma característica intrínseca ao trabalhador capaz de potencializar os resultados negativos desse desequilíbrio sobre a saúde (GRIEP et al, 2011).

O modelo de desequilíbrio esforço-recompensa considera componentes de esforço intrínsecos e extrínsecos (Figura 4). O componente extrínseco relaciona-se com as condições do trabalho enquanto que o intrínseco diz respeito às características pessoais do trabalhador. A recompensa por sua vez reflete os ganhos advindos do trabalho e podem ou não ser de natureza objetiva (SILVA; BARRETO, 2010).

Figura 4 Modelo do desequilíbrio esforço-recompensa

Fonte: Adaptado de Siegrist (1996)

As transformações sofridas pelo mercado de trabalho na atualidade evidenciam características como a acentuada fragmentação do trabalho, a instabilidade no emprego, a competitividade e o desemprego estrutural. Ao permitir avaliar essas particularidades, o modelo de desequilíbrio esforço-recompensa possui certa vantagem em relação ao modelo demanda-controle, uma vez que este último, apesar de sua contestável relevância e contribuição, apresenta-se centrado na tarefa e capaz de mensurar elementos principalmente do trabalho industrial (ALVES; HOKERBERG; FAERSTEIN, 2013).

Desse modo, percebe-se que ambos os modelos possuem limitações para apreender a complexidade dos aspectos psicossociais do trabalho e sua relação com o processo saúde-doença. Estudos recentes recomendam a análise combinada de modelos uma vez que resulta no estabelecimento de um preditor mais eficiente do que a sua utilização em separado. Assim, ao avaliarem distintas dimensões dos estressores laborais, evidenciando relativa complementaridade, são capazes de proporcionar melhores estimativas dos efeitos das experiências estressantes no ambiente de trabalho e seus resultados sobre a saúde, oferecendo maiores contribuições para este campo do conhecimento (GRIEP et al, 2011; DA SILVA JUNIOR; FISCHER, 2014).

3.5 Os transtornos mentais comuns

Entre os casos leves e moderados dos transtornos mentais, Goldberg e Huxley (1992) distinguem os transtornos mentais comuns (TMC). Estes, abrangem distúrbios de ansiedade e depressão, além de sintomas como queixas somáticas

inespecíficas, irritabilidade, insônia, nervosismo, dores de cabeça, fadiga, esquecimento e falta de concentração.

Existem críticas dirigidas ao conceito de transtornos mentais comuns. Alguns pesquisadores consideram que tal conceito propõe uma medicalização da vida (LAKEMAN, 2013). No entanto, para além da perspectiva medicalizante, as pesquisas apontam para a conexão entre este tipo de manifestação de sofrimento e suas raízes psicossociais além de corresponderem a duas vezes mais queixas de doenças físicas entre os usuários de serviços quando comparados aos que não apresentam TMC (ARAÚJO et al., 2005; FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

Os transtornos mentais comuns, frequentes em serviços de saúde de todo mundo, causam prejuízos e incapacidades funcionais comparáveis ou mais graves que os transtornos crônicos (MARAGNO et al., 2006). Seus determinantes envolvem fatores como classe social, condições de vida, gênero e trabalho (PATEL; KLEINMAN, 2003; LUDERMIR, 2008; FUNK et al., 2010).

No Brasil, as prevalências de TMC oscilaram entre 17,0% e 35,0% nos inquéritos com populações de centros urbanos. Tais agravos apresentaram associação com sexo feminino, faixas etárias acima de 30 anos, baixa escolaridade, baixa renda, comorbidades, situações de trabalho informal e desemprego (LUDERMIR; MELO-FILHO, 2002; MARAGNO et al., 2006; MARÍN-LEÓN et al., 2007; ROCHA et al., 2010). Nesse aspecto, em estudos conduzidos com profissionais da saúde no Brasil, a prevalência de TMC, variou entre 15,8% e 43,3% (PINHO; ARAÚJO, 2007; MARCO et al., 2008; SILVA; MENEZES, 2008; BRAGA, CARVALHO, BINDER, 2010; GOMES; ARAÚJO; SANTOS, 2011; DILÉLIO et al., 2012; NEVES; PINHEIRO, 2012; URBANETTO et al., 2013). O trabalhador, ao apresentar um quadro de TMC impõe importantes encargos econômicos e sociais, uma vez que consiste em um dos principais fatores de aumento de absenteísmo nos países industrializados ocidentais (SCHAUFELI; KOMPIER, 2001).

Os aspectos psicossociais do trabalho têm sido demonstrados como fatores associados aos TMC, tendo o seu risco acrescido em situações de altas demandas psicológicas, de baixo controle sobre o trabalho, de baixo apoio social e na combinação de alta demanda e de baixo controle. O risco também pode aumentar com a combinação de alto esforço e baixa recompensa (NIEDHAMMER; CHASTANG, 2014).

Desse modo, percebe-se que os aspectos psicossociais do trabalho são fatores que, de acordo como se apresentam, podem contribuir para o adoecimento

mental. No entanto, pouco se sabe sobre se a combinação desses aspectos age como efeitos sinérgicos ou antagônicos para a ocorrência dos transtornos mentais comuns, apontando para a necessidade de investigações nesse sentido (CHOI, 2011).

Os TMC são reflexos de características sociais, condições de vida e de trabalho. Quando esses agravos acometem trabalhadores da saúde, há impactos na prestação dos serviços de saúde, relações pessoais, economia e no planejamento em saúde. Portanto, os TMC representam um importante problema de saúde pública, sendo necessária a adoção de medidas de promoção e proteção à saúde dos trabalhadores.

3.6 Interação em epidemiologia

Interação em epidemiologia refere-se à medida em que o efeito conjunto de dois ou mais fatores de risco da doença difere dos efeitos independentes de cada um dos fatores isolados. O efeito combinado é o resultado da atuação de mais de um fator sobre o desenvolvimento da doença, enquanto que o efeito independente seria fruto da ação de um único fator para a produção de um determinado desfecho (ROTHMAN, 2011).

Existem dois tipos distintos de interação: a interação biológica e a interação estatística. Interação estatística refere-se ao método de análise utilizado e deve utilizar-se de uma escala para mensurar os seus efeitos. A interação está presente em uma escala multiplicativa quando o efeito conjunto dos fatores de risco difere do produto dos seus efeitos individuais (AHLBOM; ALFREDSSON, 2005). Por outro lado, está representada em uma escala aditiva quando o resultado conjunto de fatores de risco distingue-se da soma dos efeitos dos fatores isolados. A interação biológica, por sua vez, descreve uma propriedade de causalidade baseada na interdependência, admitindo que a maioria das causas da doença seja dependente da presença de outros fatores de risco envolvidos na mesma causa suficiente (KAMANGAR, 2012).

Na escala aditiva, as seguintes medidas são utilizadas para avaliar a interação: o excesso de risco relativo devido à interação (RERI), a proporção de casos atribuída à interação (AP) e o índice de sinergia (S). O RERI reflete o excesso de risco devido à interação entre os fatores; a AP refere-se à proporção de casos atribuída à interação entre os indivíduos com ambas as exposições e o S que indica se a interação é nula, sinérgica ou antagônica (KALILANI; ATASHILI, 2006). A interação é classificada como nula quando o efeito combinado dos fatores não difere do seu efeito

isolado, o sinergismo por outro lado, é uma interação positiva onde o efeito combinado dos fatores é significativamente maior do que os seus efeitos independentes. O antagonismo por sua vez é uma interação negativa, na qual o efeito combinado dos fatores é menor do que os seus efeitos em isolados (LAMPA et al, 2014).

Nesse sentido, torna-se pertinente evidenciar a relevância dos estudos de interação para a saúde pública, afinal a possibilidade de identificação de fatores cuja interação é responsável por produzir doenças, faz dessas investigações um instrumento valioso para a elaboração de estratégias de intervenção, uma vez que a interferência em qualquer um dos fatores que faça parte da rede de interação de causas é capaz de evitar inúmeros desfechos negativos sobre a saúde das populações humanas (GREELAND, 2009).

4. METODOLOGIA

Este estudo representa um recorte do projeto multicêntrico “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia” realizado pelo Núcleo de Epidemiologia da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), com a parceria entre a Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB), Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) e Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF).

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal, que possui como “característica essencial a observação de cada indivíduo em uma única oportunidade” (MEDRONHO et al, 2006, p. 125-126). É considerado um bom método para detectar frequências de doenças e de fatores de risco, e identificar grupos mais ou menos afetados por determinados agravos na população (PEREIRA, 1995).

4.2 Campo de estudo

O estudo foi realizado em cinco municípios do Estado da Bahia: Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus, Itabuna, Jequié e Salvador.

Feira de Santana tinha uma população estimada de 561.459 habitantes em 2010 (IBGE, 2010). A rede básica de saúde do município era constituída por 76 Unidades de Saúde da Família (USF), comportando 83 Equipes de Saúde da Família (ESF) (cobertura de 59,6% da população); oito equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS). A Rede de Média Complexidade era constituída por seis policlínicas, um Hospital Especializado, cinco Centros de Referência sendo: um Centro de Referência em DST/HIV/AIDS, um em Diabetes Mellitus, um em Saúde da Mulher, um em Dermatologia Sanitária, um em Hipertensão Arterial e um em Saúde do Trabalhador (CEREST), atendendo às demandas da população de Feira de Santana e das cidades pactuadas com a mesma, cinco Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Combate as Endemias e um Centro de Especialidades Odontológica (CEO).

Santo Antônio de Jesus possuía 90.949 habitantes em 2010 (IBGE, 2010). A rede básica de saúde era constituída por 21 ESF lotadas em 19 USF (cobertura de 83,9%); duas UBS com duas equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A rede de média complexidade era composta por dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); uma Policlínica; um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e um CEREST.

Itabuna possuía 204.668 habitantes em 2010 (IBGE, 2010). A rede básica de saúde era composta por 23 ESF lotadas em 16 USF (45,0% de cobertura populacional) e 10 UBS. A rede de média complexidade era constituída por um CAPS Álcool e Drogas; um CAPS infantil; um CAPS II; dois Centros de Referência; um CEREST; um Centro de Prevenção em Oncologia; um Centro de Referência em Doenças de Anemia Falciforme; um Centro de Reabilitação e Desenvolvimento Humano; um Centro de Referência de Hipertensão Arterial e Diabetes; um CEO; uma Policlínica; um Programa Ótico para a Infância; e um Centro de Referência em Saúde do Idoso.

Jequié possuía 143.143 habitantes em 2010 (IBGE, 2010). A rede básica de saúde era composta por 24 ESF alocadas em 15 USF (61,9% de cobertura) e quatro UBS. A rede de média complexidade era composta por um ambulatório de Saúde Mental; um CEREST; um Núcleo Municipal de Prevenção e Reabilitação; um CEO; um Centro de Referência em Saúde Sexual; dois CAPS.

O Distrito Sanitário do Centro Histórico de Salvador tinha 69.088 habitantes em 2012 (SALVADOR, 2012). A Rede Básica era composta por duas USF em que estavam alocadas quatro ESF (23,2% de cobertura) e por seis UBS. A rede de média complexidade era constituída por um CEO e um CAPS.

4.3 População e planejamento amostral

A população do estudo multicêntrico foi constituída por trabalhadores dos serviços da rede básica e de média complexidade dos municípios supracitados. Para a definição da população de estudo foi realizado levantamento prévio da estruturação e força de trabalho dos serviços junto às Secretarias Municipais de Saúde. Delimitou-se o número e tipo de serviços de saúde disponíveis, número de trabalhadores e suas respectivas ocupações, bem como a área geográfica em que cada serviço se localizava.

Nesse sentido, a definição da prevalência do evento de interesse, empregado para a estimativa da amostra, ocorreu por meio de revisão da literatura considerando-se vacinação, vivência de atos de violência no trabalho, exposição a fatores de risco ocupacionais, transtornos mentais e acidentes de trabalho. Dentre esses cinco grupos de eventos de interesse, observaram-se prevalências diferenciadas e optou-se por considerar a frequência dos acidentes de trabalho (42,9%) por possibilitar a estimativa de maior tamanho amostral. Após a realização desse cálculo para cada município, procedeu-se ao sorteio aleatório dos trabalhadores para comporem a amostra do estudo.

Para este estudo em particular serão incluídos todos os trabalhadores da rede de atenção básica dos municípios investigados que estavam em pleno exercício das suas atividades. As categorias de trabalhadores da saúde foram: técnico de nível superior; enfermeiro; médico; odontólogo; administrativo; agente comunitário de saúde; técnico de nível médio; agente de serviços gerais; técnico de enfermagem; vigilante; e outros, ou seja, profissionais que não se enquadraram em nenhuma das categorias propostas, por exemplo: motorista, ascensorista, entre outros.

A população de estudo foi composta de uma amostra representativa e aleatória cujo cálculo considerou a fórmula para população finita. Na ocasião da elaboração do Artigo 1, o cálculo da amostra considerou o estudo realizado por Oliveira (2013) que evidenciou a associação entre desequilíbrio esforço-recompensa e TMC, cujos parâmetros possibilitaram maior tamanho amostral. Foram adotados os seguintes critérios: frequência esperada de TMC entre não-expostos de 15,4%, frequência de TMC entre expostos de 26,9%, poder de 90% e intervalo de confiança de 95%. Em virtude do desenho de estudo, acrescentou-se 20% ao valor obtido, obtendo-se o número de 720 trabalhadores para compor a amostra. Para o Artigo 2 não foi realizado cálculo de estimativa amostral, uma vez que o objetivo do trabalho foi avaliar a interação entre os aspectos psicossociais do trabalho e a ocorrência de TMC, e não evidenciar a magnitude dessa associação.

4.4 Instrumentos de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados (ANEXO A) foi um questionário construído a partir da revisão da literatura com oito blocos de questões que incluem informações sobre: Bloco I: informações sociodemográficas; Bloco II: informações gerais sobre o trabalho; Bloco III: informações gerais sobre o ambiente de trabalho;

Bloco IV: características psicossociais do trabalho; Bloco V: atividades domésticas e hábitos de vida; Bloco VI: capacidade para o trabalho; Bloco VII: aspectos relacionados à saúde do trabalhador e Bloco VIII: vitimização.

Para este trabalho serão utilizados os Blocos I, II, IV, V e VII, a saber:

Bloco I – Informações sociodemográficas: sexo; idade; existência de filhos; situação conjugal; escolaridade e cor da pele autorreferida.

Bloco II – Informações gerais sobre o trabalho: cargo exercido; tempo de trabalho na ocupação; vínculo de trabalho; tempo de trabalho no serviço público; tempo de trabalho na unidade; capacitação para o trabalho; educação continuada; compatibilidade entre as atividades com o cargo exercido; turno de trabalho no serviço; jornada real de trabalho; direitos do trabalho (13º salário; folgas; férias remuneradas; 1/3 adicional de férias); trabalho em outro local; jornada total de trabalho semanal.

Bloco IV – Características psicossociais do trabalho: *Job Content Questionnaire* (JCQ), *Effort-reward imbalance* (ERI), satisfação no trabalho; avaliação da qualidade de vida.

Bloco V – Atividades domésticas e hábitos de vida: número de moradores na residência; cuidado a menores de sete anos e a idosos/doentes; atividades domésticas realizadas (cozinhar; passar roupa; limpeza; lavagem de roupas; consertos na residência; feira/supermercado); responsabilidade pelas atividades domésticas; dias despendidos para a realização das atividades domésticas; horas diárias de dedicação; realização e frequência de atividades de lazer; frequência de atividades físicas; tabagismo; etilismo e grau de dependência alcoólica (medido por questões adaptadas do CAGE).

Bloco VII – Aspectos relacionados à saúde do trabalhador: estado de saúde autorreferida; diagnóstico médico para doenças envolvendo os vários sistemas orgânicos; queixas de saúde; absenteísmo; acidentes de trabalho; e o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20).

4.4.1 *Job Content Questionnaire*

A versão recomendada desse instrumento possui 49 questões, em escala ordinal tipo *Likert* de quatro pontos, das quais: 1=discordo fortemente; 2=discordo; 3=concordo; e 4=concordo fortemente.

As questões permitem construir indicadores para cinco categorias de aspectos psicossociais do trabalho: controle sobre as atividades, demandas psicológicas, suporte social, demandas físicas e insegurança no trabalho. Os indicadores permitem analisar a exposição a estressores ocupacionais associados a problemas cardiovasculares, mentais, musculoesqueléticos e reprodutivos; e testar hipóteses sobre motivação, absenteísmo e satisfação no trabalho (KARASEK et al., 1998; JCQ CENTER, 2004).

A versão recomendada do JCQ foi traduzida para 22 idiomas e tem sido validada continuamente. No Brasil, o estudo do desempenho do JCQ evidenciou ser este um bom instrumento para identificação de aspectos psicossociais do trabalho e sua relação com processos de saúde-doença (ARAÚJO; KARASEK, 2008).

4.4.2 *Effort-reward imbalance* (ERI)

A escala ERI foi construída a partir de um questionário autopreenchível, contendo 23 itens em sua versão reduzida, com respostas que utilizam escala do tipo *Likert*, organizadas em três escalas unidimensionais: esforço (seis itens), recompensa (11 itens) e comprometimento excessivo (seis itens). As respostas variam com itens que vão de concordo totalmente a discordo totalmente.

Estudo conduzido com trabalhadores do setor de serviços evidenciou que a escala ERI pode ser usada em estudos ocupacionais no contexto nacional para avaliar o desequilíbrio entre esforço e recompensa (SILVA, 2010).

4.4.3 *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20)

O SRQ-20 é um instrumento desenvolvido pela OMS para triagem de transtornos mentais na atenção primária, especialmente em países em desenvolvimento. Possui 20 questões dicotômicas (sim/não) que avaliam sintomas depressivos, somáticos, neuróticos e de ansiedade que ocorreram nos últimos 30 dias.

As vantagens do SRQ-20 são: objetividade e simplicidade das questões, fácil compreensão e interpretação rápida. Entretanto, esse instrumento não fornece diagnóstico de TMC, porém indica sua suspeição (BEUSENBERG; ORLEY, 1994).

Na avaliação realizada por Santos, Araújo e Oliveira (2009), o SRQ-20 obteve desempenho aceitável para avaliar a saúde mental de trabalhadores da Bahia.

4.5 Procedimentos de coleta de dados

O estudo teve início com um projeto piloto numa cidade baiana com 30 trabalhadores de saúde com o objetivo de treinar os pesquisadores para o trabalho de campo, padronizar a abordagem dos indivíduos na coleta dos dados e garantir o preenchimento adequado do questionário pelos entrevistadores.

A coleta de dados iniciou-se no ano de 2011 e foi realizada por uma equipe previamente treinada, que visitaram as unidades de saúde em busca dos trabalhadores selecionados.

A aplicação do instrumento de coleta aconteceu de duas maneiras: por meio do autopreenchimento e por entrevistas. O autopreenchimento foi adotado apenas para os trabalhadores de nível superior, enquanto a entrevista foi feita para os trabalhadores de nível médio e fundamental de ensino.

4.6 Variáveis de estudo

As variáveis do estudo foram classificadas para a análise em variável de exposição, variável de desfecho e covariáveis.

4.6.1 Variável de exposição

A variável de exposição foram os aspectos psicossociais do trabalho, avaliado por meio do JCQ e ERI. O JCQ permite mensurar a demanda psicológica, o controle sobre o trabalho e o apoio social no trabalho. Essas variáveis resultaram das seguintes questões:

- Demanda psicológica: “meu trabalho requer que eu trabalhe muito duro”; “meu trabalho requer que eu trabalhe muito rapidamente”; “eu não sou solicitado a realizar um volume excessivo de trabalho”; “o tempo para a realização das minhas tarefas é suficiente”; “algumas demandas que eu tenho que atender no meu trabalho estão em conflitos umas com as outras”.

- Controle sobre o trabalho: item habilidade: “meu trabalho me possibilita aprender coisas novas”; “meu trabalho requer que eu seja criativo”; “meu trabalho exige um alto nível de habilidade”; “em meu trabalho eu posso fazer muitas coisas diferentes”; “no meu trabalho eu tenho oportunidade de desenvolver habilidades especiais”; “meu trabalho exige um alto nível de habilidade”; item autoridade de decisão: “o que eu tenho a dizer sobre o que acontece no meu trabalho é considerado”; “meu trabalho me permite tomar muitas decisões por minha própria conta”; “em meu trabalho eu tenho pouca liberdade para decidir como fazer minhas próprias tarefas”.

- Apoio social no trabalho: item apoio social da chefia: “meu chefe/coordenador preocupa-se com o bem-estar da sua equipe de trabalho”; “meu supervisor me trata com respeito”; “meu chefe/coordenador me ajuda a fazer meu trabalho”; item apoio social dos colegas de trabalho: “as pessoas com quem trabalho são amigáveis”; “as pessoas com quem trabalho são colaborativas na realização das atividades”; “eu sou tratado com respeito pelos meus colegas de trabalho”.

As variáveis foram dicotomizadas nas categorias “alto” e “baixo” utilizando a média como ponto de corte. Após esse procedimento estabeleceu-se as quatro possibilidades de experiências no trabalho propostas pelo modelo demanda-controle: alta exigência (alta demanda/baixo controle), trabalho ativo (alta demanda/alto controle), trabalho passivo (baixa demanda/baixo controle) e baixa exigência (baixa demanda/alto controle).

O ERI por sua vez permite avaliar o esforço, a recompensa e o excesso de comprometimento. As variáveis resultaram dos seguintes itens:

- Esforço: “constantemente eu me sinto pressionado pelo tempo por causa da carga pesada de trabalho”; “frequentemente eu sou interrompido e incomodado no trabalho”; “meu trabalho exige muito esforço físico”.

- Recompensa: “eu tenho o respeito que mereço dos meus chefes e supervisores”; “eu sou tratado com respeito pelos meus colegas de trabalho”; “eu vejo poucas possibilidades de ser promovido no futuro”; “no meu trabalho eu passei ou ainda irei passar por mudanças não desejadas”; “eu tenho pouca estabilidade no emprego”; “levando em consideração todos os meus esforços e conquistas, meu salário/renda é adequado”; “levando em consideração todos os meus esforços e conquistas eu recebo o respeito e reconhecimento que mereço”; “as expectativas de promoção no meu trabalho estão de acordo com meus esforços e conquistas”.

- Excesso de comprometimento: “no meu trabalho, eu me sinto facilmente sufocado pela pressão do tempo”; “assim que eu acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas do trabalho”; “quando chego em casa eu consigo relaxar e “me desligar” facilmente do trabalho”; “as pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho”; “o trabalho não me deixa, ele ainda está na minha cabeça quando eu vou dormir”; “não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje”.

As três dimensões foram dicotomizadas em “alto” e baixo” considerando a média como ponto de corte. O indicador de desequilíbrio esforço-recompensa foi obtido a partir da razão: $e/(r*c)$, onde “e” corresponde à soma dos itens de esforço, “r” ao escore dos itens de recompensa e “c” é um fator de correção, o quociente da quantidade de itens do numerador comparado ao denominador. O escore do indicador foi categorizado em tercis (baixo desequilíbrio, médio desequilíbrio e alto desequilíbrio).

4.6.2 Variável desfecho

A variável desfecho foram transtornos mentais comuns avaliados pelo SRQ-20. O ponto de corte para a suspeição de TMC será sete ou mais respostas positivas. Na análise de desempenho, Santos e colaboradores (2010) demonstraram capacidade razoável do SRQ-20 em discriminar a suspeição de casos e não casos para este ponto de corte na população de Feira de Santana, Bahia.

4.6.3 Covariáveis

A escolha das covariáveis considerou os achados da literatura sobre TMC, que apresenta associação com gênero, classe social, condições de vida e trabalho (LUDERMIR; MELO-FILHO, 2002; PATEL; KLEINMAN, 2003; LUDERMIR, 2008). Assim sendo, as covariáveis utilizadas nesse estudo serão:

- Variáveis sociodemográficas: sexo, faixa etária, número de filhos, situação conjugal, nível de escolaridade, renda;
- Variáveis relativas ao trabalho: vínculo empregatício, jornada de trabalho semanal, tempo de trabalho na unidade, direitos trabalhistas, duplo vínculo de trabalho,

compatibilidade das atividades desenvolvidas, realização de trabalho doméstico, sobre carga doméstica;

- Variáveis relacionadas aos hábitos de vida: prática de atividades físicas e de lazer. Além destas, foi investigada a satisfação com o trabalho.

4.7 Análise dos dados

Em virtude da análise de dados desse trabalho evidenciar métodos de análise de dados distintos, resultando em dois produtos, esse tópico foi dividido em: Artigo 1, cujo objetivo foi avaliar a contribuição da análise de modelos combinados de estresse psicossocial no trabalho e sua associação com transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde e Artigo 2, que evidenciou a interação entre os aspectos psicossociais do trabalho e a ocorrência de TMC entre trabalhadores da saúde.

Em ambos os artigos, a primeira etapa da análise envolveu a descrição de frequências absolutas e proporções das variáveis de interesse do estudo. Em seguida, foi calculada a prevalência global de TMC.

A segunda etapa da análise buscou evidenciar a associação entre os aspectos psicossociais do trabalho e os TMC. As técnicas envolvidas foram a análise bivariada, estratificada e multivariada.

A análise bivariada verificou a associação entre exposição, desfecho e as demais variáveis de interesse do estudo. Para isso, serão calculadas as razões de prevalências, intervalos de confiança de 95% e os valores p pelo teste qui-quadrado. Neste teste, os valores $p \leq 0,05$ foram considerados parâmetros para associação estatisticamente significativa. Aqui foram utilizados os programas *Statistical Package for the Social Sciences* 15.0 e *Epinfo* 6.0.

A análise estratificada teve como objetivo examinar a associação principal segundo estratos das covariáveis. Nesse procedimento foram eleitas as possíveis variáveis modificadoras de efeito, assim como as possíveis variáveis confundidoras da associação entre aspectos psicossociais do trabalho e TMC. O programa utilizado foi o *Stata* 10.0.

A análise multivariada teve o propósito de construir um modelo de regressão logística. Conforme Almeida Filho e Barreto (2012), o método de regressão logística permite construir um modelo biologicamente adequado capaz de prever

associação entre uma variável de desfecho e múltiplas variáveis de exposição. Nesse procedimento, as variáveis de exposição, desfecho e as covariáveis foram analisadas simultaneamente. A aplicação do teste de Razão de verossimilhança possibilitou a seleção das variáveis de interesse para o modelo final. O modelo final foi capaz de prever a associação entre aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns, ajustada segundo os potenciais confundidores.

Ressalta-se que o modelo de regressão logística produz medidas de *odds ratio* (OR). Sendo a prevalência de TMC na população maior que 10%, a OR não é uma medida de associação adequada. Portanto, as RP, intervalos de confiança de 95% e valores de p foram estimados pelo método de regressão de *Poisson* com variância robusta.

São apresentadas as particularidades da análise de cada artigo separadamente.

4.7.1 Artigo 1

No artigo intitulado: Transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: contribuições da análise de modelos combinados, as dimensões da variável exposição modelo demanda-controle (DC) foram inicialmente categorizadas em "alto" e "baixo" utilizando a média como ponto de corte. Após esse procedimento, foram obtidas as quatro possibilidades de experiências de trabalho propostas pelo modelo: baixa exigência (alto controle/baixa demanda); trabalho ativo (alto controle/alta demanda); trabalho passivo (baixo controle/ baixa demanda) e alta exigência (baixo controle/alta demanda). O apoio social foi utilizado na análise do modelo DC completo.

A variável exposição desequilíbrio esforço-recompensa (ERI) foi obtida a partir da classificação dicotômica das suas dimensões em “alto” e “baixo” cujo ponto de corte considerado foi a média. O indicador de desequilíbrio esforço-recompensa foi obtido a partir da razão: $e/(r*c)$, onde “e” corresponde à soma dos itens de esforço, “r” ao score dos itens de recompensa e “c” é um fator de correção, o quociente da quantidade de itens do numerador comparado ao denominador. O score do indicador foi categorizado em tercís (baixo desequilíbrio, médio desequilíbrio e alto desequilíbrio). O excesso de comprometimento foi considerado na análise do modelo ERI completo.

As covariáveis consideradas na análise foram: informações sociodemográficas (sexo, idade, número de filhos, situação conjugal, nível de escolaridade, renda), características do trabalho (tipo de vínculo empregatício, jornada de trabalho semanal,

tempo de trabalho na unidade, direitos trabalhistas, duplo vínculo de trabalho, compatibilidade das atividades desenvolvidas, satisfação no trabalho, trabalho doméstico, sobrecarga doméstica) e hábitos de vida (prática de atividades físicas, realização de atividades de lazer). A sobrecarga doméstica foi obtida através do cálculo: $SD = (\text{lavar} + \text{passar} + \text{limpar} + \text{cozinhar}) \times (\text{número de moradores} - 1)$. O escore obtido foi categorizado em tercís.

A associação entre TMC e os modelos de análise considerou os modelos DC parcial e completo (com a inclusão do apoio social no trabalho) e ERI parcial e completo (com a dimensão excesso de comprometimento). Para a análise da combinação dos modelos parciais, calculou-se o escore do modelo DC a partir da razão entre as questões de demanda e de controle (D/C). O escore do ERI foi obtido pelo cálculo dos itens de esforço e recompensa, multiplicado por um fator de correção ($e/(r*c)$). Nesse aspecto, os trabalhadores foram inicialmente classificados em “expostos” e “não-expostos” a partir da categorização dicotômica dos escores obtidos para cada dimensão dos modelos, utilizando como ponto de corte valores menores ou iguais a 1 para o ERI e a média para o DC. Os menores valores foram atribuídos à ausência exposição. Posteriormente, foram estabelecidos quatro grupos considerando a exposição em uma ou outra dimensão. O grupo não-exposto em nenhum dos modelos foi considerado como categoria de referência.

A análise de dados envolveu descrição de frequências absolutas e relativas das variáveis de interesse do estudo, estimativa de prevalência geral de TMC e análise bivariada. Foi realizado o teste de homogeneidade de Breslow-Day considerando valores $p \leq 0,05$ para classificar uma variável como modificadora de efeito. Para avaliar o confundimento foi utilizado o procedimento *backward*, partindo-se do modelo completo e avaliando-se o efeito da retirada de cada variável. Variações acima de 10% foram consideradas como variável de confusão. O critério adotado para a permanência das covariáveis no modelo final foram valores $p \leq 0,05$. As medidas de RP foram obtidas mediante aplicação do modelo de regressão de Poisson com variância robusta.

4.7.2 Artigo 2

As variáveis de exposição foram mensuradas pelo JCQ, cujas dimensões utilizadas foram: demanda psicológica, controle sobre o e apoio social no trabalho. O escore obtido para cada uma das dimensões foi categorizado em "alto" e "baixo"

utilizando a média como ponto de corte. Após esse procedimento, foi possível obter as quatro possibilidades de experiências de trabalho propostas pelo modelo: baixa exigência (alto controle/baixa demanda); trabalho ativo (alto controle/alta demanda); trabalho passivo (baixo controle/ baixa demanda) e alta exigência (baixo controle/alta demanda). O baixo apoio social no trabalho e a alta exigência foram consideradas como categorias de maior exposição.

As covariáveis consideradas na análise foram: informações sociodemográficas (sexo, idade, número de filhos, situação conjugal, nível de escolaridade, renda), características do trabalho (tipo de vínculo empregatício, jornada de trabalho semanal, tempo de trabalho na unidade, direitos trabalhistas, duplo vínculo de trabalho, compatibilidade das atividades desenvolvidas, satisfação no trabalho, trabalho doméstico, sobrecarga doméstica) e hábitos de vida (prática de atividades físicas, realização de atividades de lazer). A sobrecarga doméstica foi obtida através do cálculo: $SD = (\text{lavar} + \text{passar} + \text{limpar} + \text{cozinhar}) \times (\text{número de moradores} - 1)^{22}$. O escore obtido foi categorizado em tercís.

A análise de interação envolveu a construção de variáveis *dummy* para o estabelecimento das exposições: não exposição a nenhum dos fatores = apoio social alto, baixa exigência (R_{00}); exposições independentes = apoio social alto, alta exigência (R_{01}); apoio social baixo, baixa exigência (R_{10}); e exposições combinadas = apoio social baixo, alta exigência (R_{11}). As medidas de interação baseadas no critério da aditividade foram verificadas pelo cálculo do excesso de risco devido à interação ($RERI = RP_{11} - RP_{01} - RP_{10} + 1$), que quantifica o afastamento em relação ao valor nulo; pela proporção de casos atribuída à interação ($AP = (RP_{11} - RP_{01} - RP_{10} + 1)/RP_{11}$) que evidencia a proporção de casos em virtude de ambas as exposições e pelo índice de sinergia ($S = (RP_{11} - 1)/(RP_{01} + RP_{10} - 2)$) que reflete a direção da interação em relação à nulidade ($S=1$), sinergia ($S>1$) ou antagonismo ($S<1$) (ROTHMAN; GREENLAND, 2011).

4.8 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto de pesquisa multicêntrico foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana sob o protocolo nº 081/2009 (ANEXO B). Todas as etapas deste estudo atenderam Resolução 466/12 do Conselho

Nacional de Saúde, que trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa com seres humanos.

Os entrevistadores foram treinados e orientados sobre os procedimentos éticos a serem seguidos, resguardando todos os direitos dos indivíduos entrevistados. Aos indivíduos elegíveis para o estudo, foi solicitada a concordância formal em participar. O entrevistado era informado acerca dos objetivos do estudo, e a concordância em participar foi formalizada por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO C), previsto na Resolução 466/12 do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa.

A pesquisa não implicou em riscos diretos sobre a saúde dos trabalhadores a serem estudados; o indivíduo pôde interromper sua participação no momento em que desejou ou na ocorrência de qualquer desconforto. A confidencialidade dos dados fornecidos para a presente pesquisa foi assegurada.

5 RESULTADOS

Os resultados do estudo representam os produtos obtidos a partir da investigação conduzida e serão apresentados na figura de dois artigos.

5.1 Artigo 1

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE TRABALHADORES DA SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DA ANÁLISE DE MODELOS COMBINADOS*

Psychosocial work and mental health common issues between workers: model analysis
of contributions combined

Aspectos psicosociales del trabajo y trastornos mentales comunes entre los trabajadores
de la salud: contribuciones del análisis de modelos combinados

Amália Ivine Costa Santana; Maura Maria Guimarães de Almeida; Tânia Maria de
Araújo

RESUMO

O objetivo foi avaliar a contribuição da análise de modelos combinados de estresse psicossocial no trabalho e sua associação com transtornos mentais comuns (TMC) entre trabalhadores da saúde. Trata-se de estudo transversal conduzido com amostra representativa de trabalhadores da atenção básica de cinco municípios do estado da Bahia. Como variável desfecho os TMC foram avaliados pelo SRQ-20, as variáveis de exposição foram os modelos demanda-controle e desequilíbrio esforço-recompensa. Foram avaliados os desempenhos dos modelos parciais e completos e a combinação dos modelos parciais. As razões de prevalência ajustadas foram obtidas pelo método de regressão de Poisson com variância robusta. A prevalência global de TMC foi de 21,0% e esteve associada à alta exigência e ao alto desequilíbrio esforço-recompensa. Os resultados demonstraram melhor desempenho do modelo de desequilíbrio esforço-recompensa completo e da combinação dos modelos parciais para prever o evento. Assim, modelos combinados são capazes de proporcionar melhores estimativas dos efeitos das experiências estressantes no ambiente de trabalho e seus resultados sobre a saúde, oferecendo maiores contribuições para este campo do conhecimento.

Atenção Primária à Saúde. Saúde do Trabalhador. Transtornos Mentais. Estudos Transversais.

*Artigo nas normas dos Cadernos de Saúde Pública

ABSTRACT

The objective was to evaluate the contribution of the combined analysis of psychosocial work stress and its association with common mental disorders among workers in the health models. These are cross-sectional study conducted on a representative sample of primary care workers from five counties in the state of Bahia. The outcome variable was assessed by the TMC SRQ-20, the exposure models were the demand-control and effort-reward imbalance. The partial and complete performance of the models and the combination of partial models were evaluated. The adjusted prevalence ratios were obtained by Poisson regression with robust variance method. The overall prevalence of CMDs was 21.0% and was associated with high strain and high effort-reward imbalance. The results demonstrated improved performance of the full ERI and the combination of partial models to predict the event. Thus, combined models are able to provide better estimates of the effects of stressful experiences in the work and results of the healthcare environment, offering greater contributions to this field of knowledge.

Primary Health Care. Occupational Health. Mental Disorders. Cross-Sectional Studies.

RESUMEN

El objetivo fue evaluar la contribución del análisis de modelos combinados de lo estrés psicosocial en trabajo y su asociación con los trastornos mentales comunes (TMC) entre los trabajadores de la salud. Este estudio transversal fue realizado con una muestra representativa de los trabajadores de la atención primaria de cinco ciudades en el estado de Bahía. Como variable dependiente los TMC fueron evaluados por el SRQ-20, las variables de exposición fueron los modelos demanda-control y desequilibrio esfuerzo-recompensa. Fueron evaluados el desempeño de los modelos parciales y completos y la combinación de modelos parciales. Las razones de prevalencia ajustadas fueron obtenidas por la regresión de Poisson con la varianza robusta. La prevalencia global de TMC fue 21,0% y se asoció con la alta demanda y alto desequilibrio esfuerzo-recompensa. Los resultados demostraron un mejor desempeño del modelo desequilibrio esfuerzo-recompensa completo y de la combinación de modelos parciales para predecir el evento. Así, modelos combinados son capaces de proporcionar mejores estimaciones de los efectos de las experiencias estresantes en ambiente de trabajo y sus resultados sobre la salud, proporcionando mayores contribuciones a este campo del conocimiento.

Atención Primaria de Salud. Salud Laboral. Trastornos Mentales. Estudios Transversales.

INTRODUÇÃO

No campo da saúde ocupacional, os aspectos psicossociais do trabalho têm sido objeto de estudos que evidenciaram haver no trabalho fatores capazes de gerar sofrimento e adoecimento. Dentre os instrumentos de avaliação dos aspectos psicossociais do trabalho estão o modelo demanda-controle (MDC) elaborado por

Karasek¹ e o modelo de desequilíbrio esforço-recompensa (effort-reward imbalance model - ERI) idealizado por Siegrist². Ambos largamente utilizados na literatura e cujas propostas consistem em evidenciar diferentes aspectos relacionados aos estressores ocupacionais e sua relação com desfechos sobre a saúde.

O modelo demanda-controle advoga que situações em que o controle do trabalhador sobre o seu próprio trabalho é sobrepujado pelas demandas que lhe são impostas, configuram-se risco adicional na direção do adoecimento físico e/ou psicológico. Desse modo, privilegia duas dimensões: a demanda psicológica que diz respeito às exigências psicológicas impostas ao trabalhador, e o controle sobre o próprio trabalho que envolve o uso de habilidades e autoridade de decisão. A combinação dessas duas dimensões permite constituir quatro possibilidades de experiências de trabalho e, conseqüentemente, riscos à saúde de distintas natureza e intensidade³.

Posteriormente, um terceiro elemento para análise foi incorporado ao modelo demanda-controle: o apoio social no trabalho. A inserção dessa terceira dimensão foi proposta por Johnson⁴, ao considerar que o apoio social, uma necessidade humana básica, atuaria como importante moderador de impacto da demanda, configurando-se como um relevante sistema de proteção dos trabalhadores contra as pressões no ambiente de trabalho. O instrumento utilizado para mensurar as dimensões que compõem o modelo é o Job Content Questionnaire (JCQ), cujo conteúdo aborda além de demanda psicológica, controle sobre o trabalho e apoio social no trabalho, demandas físicas e insegurança no emprego.

O modelo ERI por sua vez, baseia-se no conceito de reciprocidade profissional, partindo do pressuposto de que quando o esforço investido no trabalho é menor que a recompensa recebida gera-se uma situação que predispõe o trabalhador ao desenvolvimento de doenças⁵. A escala de desequilíbrio entre esforço e recompensa é capaz de mensurar o estresse ocupacional. Duas dimensões são privilegiadas no modelo: o esforço, que envolve demandas e obrigações, e a recompensa, evidenciada por remuneração, apoio e possibilidades de promoção. O modelo também possui uma terceira dimensão, o excesso de comprometimento com o trabalho, que reflete um investimento de maior esforço por parte do trabalhador com o objetivo de aprovação e melhor estima. A combinação do excesso de comprometimento com o desequilíbrio esforço-recompensa significa risco adicional para o adoecimento⁶.

Apesar de largamente utilizados na literatura, ambos os modelos possuem limitações para analisar as possibilidades de explicação dos aspectos psicossociais do

trabalho e sua relação com o processo saúde-doença. Enquanto o MDC destaca os aspectos das tarefas do trabalho, o modelo ERI enfatiza o papel das recompensas⁷. Nesse sentido, estudos recentes têm defendido o uso desses modelos combinados como melhor preditor de eventos relacionados à saúde do trabalhador^{7,8}. No Brasil, não foram conduzidas investigações para avaliar a combinação de modelos de estresse e os seus resultados sobre a saúde mental. O objetivo deste estudo foi avaliar a contribuição da análise de modelos combinados de estresse psicossocial no trabalho e sua associação com transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde.

MÉTODOS

Estudo de corte transversal realizado em cinco municípios do Estado da Bahia: Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus, Itabuna, Jequié e Salvador. Representa um recorte de estudo multicêntrico realizado pelo Núcleo de Epidemiologia da Universidade Estadual de Feira de Santana com trabalhadores da saúde para avaliar suas condições de trabalho, emprego e saúde.

A população foi composta de uma amostra representativa e aleatória de trabalhadores da atenção básica cujo cálculo considerou a fórmula para população finita. Para estimativa de amostra considerou-se o estudo realizado por Oliveira⁹ que evidenciou associação entre desequilíbrio esforço-recompensa e TMC, cujos parâmetros possibilitaram maior tamanho amostral. Foram adotados os seguintes critérios: frequência esperada de TMC entre não-expostos de 15,4%, frequência de TMC entre expostos de 26,9%, poder de 90% e intervalo de confiança de 95%. Em virtude das eventuais perdas/recusas, acrescentou-se 20% ao valor obtido, obtendo-se o número de 720 trabalhadores para compor a amostra.

Os dados foram coletados através de aplicação de questionário elaborado a partir de revisão da literatura sobre produções no campo da saúde do trabalhador, considerando especificamente estudos conduzidos com trabalhadores da saúde e suas condições de saúde e trabalho. Para testar o instrumento e garantir a qualidade dos dados obtidos, foi realizado treinamento prévio dos pesquisadores e estudo piloto numa cidade baiana com 30 trabalhadores de saúde. A coleta de dados ocorreu em 2012 e foi realizada por meio de visita às unidades de saúde em busca dos trabalhadores selecionados.

A variável desfecho, os transtornos mentais comuns (TMC), foi mensurada pelo Self Reporting Questionnaire (SRQ-20). O SRQ-20 é um instrumento composto de 20 questões dicotômicas (sim/não) que avaliam sintomas ansiosos, somáticos e depressivos que ocorreram nos últimos 30 dias. O instrumento obteve desempenho aceitável para avaliar a saúde mental de trabalhadores baianos¹⁰. O ponto de corte para a suspeição de TMC foi sete ou mais respostas positivas, que foi considerado razoável para discriminar a suspeição desses transtornos em estudo conduzido por Santos¹¹ com população urbana.

Duas variáveis de exposição foram consideradas. A variável exposição modelo demanda-controle (MDC) foi mensurada pela versão traduzida para o português do Job Content Questionnaire (JCQ), cujas dimensões utilizadas foram: demanda psicológica (cinco itens), controle sobre o trabalho (seis itens sobre habilidade e três itens sobre autoridade de decisão) e apoio social no trabalho (três itens sobre apoio social dos colegas e três itens sobre apoio social da chefia). As questões do instrumento apresentam-se dispostas em escala ordinal tipo Likert de quatro pontos ("discordo fortemente" a "concordo fortemente"). No Brasil, o estudo do desempenho do JCQ o evidenciou como um bom instrumento para identificação de aspectos psicossociais do trabalho e sua relação com o processo saúde-doença¹². Inicialmente, o escore obtido para cada uma das dimensões do JCQ foi categorizado em "alto" e "baixo" utilizando a média como ponto de corte. Após esse procedimento, foi possível obter as quatro possibilidades de experiências de trabalho propostas pelo modelo: baixa exigência (alto controle/baixa demanda); trabalho ativo (alto controle/alta demanda); trabalho passivo (baixo controle/ baixa demanda) e alta exigência (baixo controle/alta demanda). O apoio social foi utilizado na análise do MDC completo.

A variável exposição desequilíbrio esforço-recompensa foi obtida a partir da escala effort-reward imbalance (ERI) traduzida para o português brasileiro, composta de 23 questões em escala ordinal de quatro pontos ("concordo totalmente" a "discordo totalmente") dividida em três dimensões: esforço (seis itens), recompensa (11 itens) e excesso de comprometimento (seis itens). As três dimensões foram dicotomizadas em "alto" e "baixo" cujo ponto de corte considerado foi a média. O indicador de desequilíbrio esforço-recompensa foi obtido a partir da razão: $e/(r*c)$, onde "e" corresponde à soma dos itens de esforço, "r" ao escore dos itens de recompensa e "c" é um fator de correção, o quociente da quantidade de itens do numerador comparado ao denominador. O escore do indicador foi categorizado em tercís (desequilíbrio baixo,

médio e alto). O excesso de comprometimento foi considerado na análise do modelo ERI completo.

As covariáveis consideradas na análise foram: informações sociodemográficas (sexo, idade, número de filhos, situação conjugal, nível de escolaridade, renda), características do trabalho (tipo de vínculo empregatício, jornada de trabalho semanal, tempo de trabalho na unidade, direitos trabalhistas, duplo vínculo de trabalho, compatibilidade das atividades desenvolvidas, satisfação no trabalho, trabalho doméstico, sobrecarga doméstica) e hábitos de vida (prática de atividades físicas, realização de atividades de lazer). A sobrecarga doméstica foi obtida através do cálculo: $SD = (\text{lavar} + \text{passar} + \text{limpar} + \text{cozinhar}) \times (\text{número de moradores} - 1)^{13}$. O escore obtido foi categorizado em tercís.

A associação entre TMC e os modelos de análise considerou os modelos DC parcial e completo (com a inclusão do apoio social no trabalho) e ERI parcial e completo (com a inclusão da dimensão excesso de comprometimento). Para a análise da combinação dos modelos parciais, calculou-se o escore do MDC a partir da razão entre as cinco questões de demanda psicológica e dos nove itens de controle sobre o trabalho (D/C). O escore do ERI foi obtido pelo cálculo dos itens de esforço e recompensa, multiplicado por um fator de correção ($e/(r*c)$). Nesse aspecto, os trabalhadores foram inicialmente classificados em “expostos” e “não-expostos” a partir da categorização dicotômica dos escores obtidos para cada dimensão dos modelos, utilizando a média como ponto de corte para o MDC e os escores menores ou iguais a 1 para o modelo ERI. Os menores valores foram atribuídos à ausência de exposição.

A análise de dados envolveu descrição de frequências absolutas e relativas das variáveis de interesse do estudo, estimativa de prevalência geral de TMC e análise bivariada. Foi realizado o teste de homogeneidade de Breslow-Day considerando valores $p \leq 0,05$ para classificar uma variável como modificadora de efeito. Para avaliar o confundimento foi utilizado o procedimento *backward*, partindo-se do modelo completo e avaliando-se o efeito da retirada de cada variável. Variações acima de 10% foram consideradas como variável de confusão. O critério adotado para a permanência das covariáveis no modelo final foram valores $p \leq 0,05$. As medidas de RP foram obtidas mediante aplicação do modelo de regressão de Poisson com variância robusta.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana sob o protocolo nº 081/2009. Todas as

etapas deste estudo atenderam a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS

A população de estudo constituiu-se de 2.532 trabalhadores. A maioria era do sexo feminino (79,3%), com idade entre 31 e 40 anos (36,0%), média de 30,8 ($\pm 10,7$), de situação conjugal casado/união estável/união consensual (57,7%), com ensino médio (39,4%), de cor da pele parda (56,0%), que realizavam atividades físicas (70,4%) e de lazer (81,9%). O trabalho doméstico foi referido por 91,5% dos trabalhadores; no entanto, 45,7% estavam com baixa sobrecarga doméstica. Em relação às características do trabalho, vínculo de emprego efetivo foi referido por 70,4% dos trabalhadores. A maioria afirmou ter uma carga horária semanal de 40 horas (81,9%), possuir apenas esse vínculo de emprego (78,7%), tempo de trabalho na unidade de até quatro anos (51,0%), possuir direitos trabalhistas apenas parcialmente (62,3%) e compatibilidade das atividades desenvolvidas com o cargo ocupado (97,3%). A satisfação no trabalho foi referida por 73,9% dos trabalhadores (Tabela 1).

Tabela 1 Características sociodemográficas, do trabalho e hábitos de vida dos trabalhadores da saúde, Bahia, 2012.

Variável	Total	
	n	%
Sexo (N=2.525)		
Feminino	2003	79,3
Masculino	522	20,7
Idade (N=2.476)		
19 a 30 anos	545	22,0
31 a 40 anos	892	36,0
41 a 50 anos	603	24,4
51 a 60 anos	337	13,6
61 anos ou mais	99	4,0
Situação conjugal (N=2.522)		
Casado/união estável/união consensual	1455	57,7
Solteiro	791	31,4
Divorciado/desquitado/viúvo	276	10,9
Escolaridade (N=2.503)		
Ensino Fundamental incompleto/completo	101	4,0
Ensino Médio incompleto/completo	985	39,5
Curso Técnico	421	16,8
Curso Superior incompleto/completo	627	25,0
Especialização/Mestrado	369	14,7

(continua)

Tabela 1 Características sociodemográficas, do trabalho e hábitos de vida dos trabalhadores da saúde, Bahia, 2012 (continuação).

Variável	Total	
	n	%
Renda (N=2.486)		
Até 1 salário mínimo *	282	14,9
2-4 salários mínimos	1344	71,1
5-7 salários mínimos	123	6,5
8 salários mínimos ou mais	140	7,4
Realização de trabalho doméstico (N=2.483)		
Sim	2271	91,5
Não	212	8,5
Sobrecarga doméstica (N=2.442)		
Baixa	1117	45,7
Média	567	23,2
Alta	758	31,1
Práticas de atividades físicas (N=2.506)		
Realiza	1765	70,4
Não realiza	741	29,6
Realização de atividades de lazer (N=2.434)		
Sim	1994	81,9
Não	440	18,1

*O valor do salário mínimo na época era de R\$ 545,00.

De acordo com as características psicossociais do trabalho, percebeu-se que os trabalhadores possuíam alta demanda psicológica (54,0%), baixo controle sobre o trabalho (59,4%) e alto apoio social (54,2%). A experiência de trabalho vivenciada pela maior parte dos trabalhadores foi a alta exigência (32,5%). A maioria referiu baixo esforço (63,3%), baixa recompensa (71,0%) e baixo excesso de comprometimento com o trabalho (53,0%). Estavam em baixo desequilíbrio esforço-recompensa 37,7% dos trabalhadores. A prevalência global de TMC na população estudada foi de 21,0%.

Percebeu-se associação estatisticamente significativa entre TMC e alta demanda psicológica (RP=1,19), baixo controle sobre o trabalho (RP=1,37) e baixo apoio social (RP=1,50). No modelo DC, a alta exigência foi a experiência de trabalho que apresentou maior associação com o desfecho (RP=1,57). Em relação aos aspectos psicossociais do trabalho e modelo DC, após o ajustamento pelas variáveis de confusão as associações não só perderam magnitude, mas também significância estatística, exceto o apoio social no trabalho (Tabela 2).

Tabela 2 Razões de prevalência brutas e ajustadas da associação entre aspectos psicossociais do trabalho, modelo demanda-controle e TMC, trabalhadores da saúde, Bahia, 2012.

Exposições	n	%	RP	IC95%	RP*	IC95%
Demanda psicológica						
Baixa	1115	18,9	1,00		1,00	
Alta	1302	22,6	1,19	1,01 – 1,39	1,18	0,97 – 1,44
Controle sobre o trabalho						
Baixo	1387	23,9	1,37	1,16 – 1,62	1,16	0,94 – 1,43
Alto	950	17,4	1,00		1,00	
Apoio social no trabalho						
Baixo	586	28,3	1,50	1,28 – 1,77	1,30	1,07 – 1,58
Alto	1716	18,8	1,00		1,00	
Modelo parcial demanda/controle						
Baixa exigência	451	16,6	1,00		1,00	
Trabalho ativo	487	17,9	1,07	0,81 – 1,42	1,13	0,79 – 1,60
Trabalho passivo	611	20,8	1,25	0,96 – 1,61	1,12	0,81 – 1,55
Alta exigência	751	26,2	1,57	1,24 – 2,00	1,31	0,97 – 1,77

*RP ajustada para renda até 02 salários mínimos, ter filhos, não realização de atividades físicas, insatisfação no trabalho e sobrecarga doméstica alta.

Para as dimensões do modelo ERI, o alto esforço (RP=2,07) e o excesso de comprometimento (RP=2,53) associaram-se positivamente ao desfecho investigado. Os grupos de médio (RP=1,51) e alto desequilíbrio esforço-recompensa (RP=2,38) também estiveram associados aos TMC, e mantiveram-se em níveis estatisticamente significantes mesmo após análise ajustada por confundidores (Tabela 3). Em comparação com o ERI, o MDC assim como as suas dimensões associaram-se mais fracamente ao desfecho.

Tabela 3 Razões de prevalência brutas e ajustadas da associação entre dimensões do modelo desequilíbrio esforço-recompensa e TMC, trabalhadores da saúde, Bahia, 2012.

Exposições	n	%	RP	IC95%	RP*	IC95%
Esforço						
Baixo	1666	15,8	1,00		1,00	
Alto	770	32,7	2,07	1,74 – 2,40	1,61	1,33 – 1,96
Recompensa						
Baixa	1715	21,2	0,99	0,83 – 1,17	0,96	0,77 – 1,20
Alta	698	21,3	1,00		1,00	
Excesso de comprometimento						
Não	1280	12,3	1,00		1,00	
Sim	1141	31,5	2,53	2,14 – 3,00	2,04	1,64 – 2,53
Modelo parcial desequilíbrio esforço/recompensa						
Baixo desequilíbrio	744	12,1	1,00		1,00	
Médio desequilíbrio	567	18,3	1,51	1,16 – 1,96	1,65	1,18 – 2,30
Alto desequilíbrio	792	32,2	2,38	2,13 – 3,31	2,32	1,68 – 3,22

*RP ajustada para renda até 02 salários mínimos, ter filhos, não realização de atividades físicas, insatisfação no trabalho e sobrecarga doméstica alta.

Os modelos MDC e ERI estiveram positivamente associados aos TMC e ganharam incremento na força da associação com a inclusão da terceira dimensão (apoio social no trabalho e comprometimento excessivo no trabalho, respectivamente). Na análise ajustada, essas associações apesar de perderem magnitude, mantiveram-se associadas estatisticamente aos TMC. A análise da combinação dos dois modelos parciais evidenciou aumento na medida de associação, mantendo-se os níveis de significância estatística mesmo após ajuste (Tabela 4).

Tabela 4 Razões de prevalência de TMC brutas e ajustadas segundo modelos de estresse ocupacional completos e parciais combinados, trabalhadores da saúde, Bahia, 2012.

Modelo	n	%	RP	IC95%	RP*	IC95%
Demanda-controle (DC) e apoio social no trabalho (AST)						
DC e AST sem exposição	935	17,8	1,00		1,00	
Exposição somente em DC	611	21,1	1,18	0,96 – 1,46	1,09	0,86 – 1,38
Exposição somente em AST	212	22,6	1,26	0,95 – 1,69	1,11	0,79 – 1,56
Exposição em DC e AST	320	31,9	1,79	1,45 – 2,21	1,41	1,09 – 1,82
Esforço-recompensa (ERI) e comprometimento excessivo (CE)						
ERI e CE sem exposição	845	10,7	1,00		1,00	
Exposição somente em CE	371	22,4	2,10	1,60 – 2,70	1,70	1,20 – 2,42
Exposição somente em ERI	357	15,4	1,44	1,05 – 1,97	1,32	0,89 – 1,96
Exposição em CE e ERI	693	37,4	3,51	2,82 – 4,36	2,63	1,98 – 3,50
Modelo combinado						
ERI e DC sem exposição	717	13,4	1,00		1,00	
Exposição somente em DC	413	15,5	1,15	0,86 – 1,55	0,99	0,68 – 1,44
Exposição somente em ERI	440	26,4	1,96	1,54 – 2,51	1,58	1,16 – 2,15
Exposição em ERI e DC	514	33,5	2,49	2,00 – 3,12	1,97	1,48 – 2,64

*RP ajustada para renda até 02 salários mínimos, ter filhos, não realização de atividades físicas, insatisfação no trabalho e sobrecarga doméstica alta.

DISCUSSÃO

Com este estudo foi possível identificar o perfil de trabalhadores da atenção básica à saúde, uma população relativamente jovem, a maioria do sexo feminino, com apenas um vínculo de emprego e pouco tempo de trabalho na unidade, resultados semelhantes aos de outros estudos^{14,15,16}. Percebeu-se que a prevalência de TMC entre os trabalhadores foi inferior a encontrada em outras investigações conduzidas com trabalhadores da saúde no Brasil^{17,18,19,20}.

O desfecho esteve associado com todas as dimensões do MDC (demanda, controle, apoio social) e com duas dimensões do ERI (esforço e excesso de

comprometimento), assim como ao trabalho em alta exigência e ao desequilíbrio esforço-recompensa, semelhante a outros estudos^{19,21,22,23}. Das dimensões do MDC, a demanda psicológica associou-se mais fracamente ao desfecho, em contraposição a outros achados¹⁷. No caso do ERI a recompensa não se associou à ocorrência de TMC, diferente dos resultados de outras investigações²³.

Esse resultado pode estar relacionado à natureza do trabalho em saúde que, além da remuneração considera como retorno relevante da sua prática a produção do cuidado e a satisfação das necessidades de saúde do usuário²⁴. Além disso, estar inserido num contexto que possibilite ao trabalhador sentir-se reconhecido e com condições de realizar suas atividades de maneira que ele possa externar suas potencialidades, também é um fator que evidencia a sensação de ser recompensado²⁵. Na atenção básica por vezes, o trabalhador não encontra condições de realizar de maneira plena o seu trabalho seja por problemas na própria estrutura das unidades ou por entraves institucionais que não permitem a continuidade do cuidado inicialmente prestado, configurando esse nível de complexidade como uma “porta de entrada sem saída”²⁶. Essa incerteza quanto aos resultados pode gerar, a despeito da remuneração, sentimentos de que não há recompensa no trabalho. De qualquer forma, este resultado de ausência de associação entre recompensa e TMC precisa ser melhor investigada em estudos futuros.

Em relação ao desempenho dos modelos parciais, o ERI apresentou-se mais fortemente associado ao desfecho, principalmente na categoria de maior exposição. Foi também no modelo ERI completo, ou seja, com a inserção da dimensão excesso de comprometimento, que se observou maior incremento na medida de associação. Outro achado relevante do estudo foi o fato dos modelos parciais combinados apresentarem melhor desempenho para prever o desfecho quando comparados à sua utilização isolada. Esse resultado corroborou as conclusões de outros estudos^{7,27,28,29,30} que têm demonstrado a combinação de modelos como melhor alternativa de análise, uma vez que possui melhor capacidade de explicar a associação entre estresse no trabalho e adoecimento, ou seja, ao considerar diferentes exposições permite superar as limitações dos modelos isolados.

A incorporação da dimensão apoio social no trabalho ao modelo MDC evidenciou melhor capacidade de predição do evento quando comparado ao modelo reduzido. Esse foi um achado condizente com outros estudos que atribuíram à adição dessa dimensão melhor desempenho do modelo parcial^{8,30}. Vale a pena ressaltar que o apoio social é considerado um aspecto psicossocial responsável por moderar os

impactos negativos do estresse e alguns autores defendem que a sua inserção ao MDC confere melhor capacidade de prever eventos relacionados à saúde^{4,31}. Levando em consideração as especificidades do trabalho em saúde e sua exigência de relações interpessoais, parece evidente a contribuição dessa dimensão para explicar a ocorrência de TMC.

O excesso de comprometimento mostrou-se fortemente associado ao desfecho, e sua adição ao modelo ERI reduzido aumentou em mais de duas vezes a medida de associação. O comprometimento excessivo evidencia falta de capacidade do trabalhador em responder de maneira equilibrada às demandas, além de inabilidade de estabelecer algum distanciamento entre a vida pessoal e a profissional^{32,33}.

Ao considerar a principal característica do processo de trabalho na atenção básica, ou seja, a formação de vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade³⁴, pode-se destacar o excesso de comprometimento com o trabalho como um evento bastante próximo da realidade dos trabalhadores. Ao testemunharem o sofrimento da população que atende, os profissionais muitas vezes acabam por se envolver emocionalmente³⁵. Além disso, a avaliação da qualidade baseada na produtividade, traço característico da atenção básica, exige do trabalhador envolvimento adicional com a tarefa, submetendo-o a considerável sobrecarga de trabalho³⁶. Investigações já demonstraram a associação entre excesso de comprometimento e adoecimento mental²³.

Neste estudo, o desempenho do ERI foi superior ao do MDC mostrando-se mais fortemente associado aos TMC. Publicações recentes têm evidenciado que o instrumento possui capacidade psicométrica satisfatória para mensurar o estresse psicossocial no trabalho⁶. O modelo abarca os conceitos tanto de demanda quanto de controle propostos por Karasek¹ e inclui, mesmo que timidamente, elementos das interações sociais no trabalho, ao tratar de aspectos relacionados à reciprocidade³². Ainda evidencia características do emprego na atualidade que, no caso da atenção básica, é marcado por raras possibilidades de promoção na carreira, pouca estabilidade para os profissionais de nível superior, desvalorização profissional e maior exigência de qualidade, tanto de processos, quanto de produtos^{19,37,38,39}.

Nesse sentido, o modelo MDC demonstrou fragilidade em prever o desfecho. O instrumento, idealizado na década de 1970, é adequado para avaliar características do trabalho industrial, portanto, apresenta limitações no contexto do trabalho em saúde, que integra o setor de serviços e é marcado por complexidade e dinâmica próprias⁴⁰.

Apesar disso, é considerado como um dos modelos de referência para mensurar o estresse psicossocial, sendo largamente utilizado na literatura.

O presente estudo possui limitações que merecem ser evidenciadas. Por se tratar de um estudo transversal não está descartada a possibilidade de causalidade reversa, ou seja, aqui não é possível afirmar se foi o estresse psicossocial no trabalho que ocasionou os TMC ou aconteceu o contrário. Além disso, tanto a exposição quanto o desfecho investigados são fenômenos subjetivos, portanto, de difícil mensuração. O desfecho em particular pode estar suscetível ao viés de memória, uma vez que exigiu o resgate de informações passadas para o seu estabelecimento. Outro viés a que o estudo pode ter ocorrido é o do trabalhador sadio, uma vez que se investigou apenas os trabalhadores que estavam em pleno exercício das suas atividades, não incluindo aqueles que poderiam estar adoecidos pelo próprio trabalho.

Os resultados evidenciaram que ambos os modelos investigados estavam associados aos TMC entre trabalhadores da saúde da atenção básica. No entanto, percebeu-se que a análise dos modelos combinados possuiu melhor capacidade de prever o desfecho. Ademais, dos modelos aqui analisados, o ERI apresentou melhor desempenho principalmente após incorporação do excesso de comprometimento, caracterizando-se como um modelo potente na análise de estresse ocupacional e seus efeitos sobre a saúde mental.

REFERÊNCIAS

1. Karasek, RA. Job Demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Adm Sci Q* 1979;24:285-308.
2. Siegrist J. Adverse health effects of high effort/low rewards conditions. *J Occup Health Psychol* 1996;1(1):27-41.
3. Araújo TM, Graça CC, Araújo E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003;8(4):991-1003.

4. Johnson J. Collective control: strategies for the survival in the workplace. In: Johnson JV, Johansson G. The psychosocial work environment: work organization, democratization and health. New York, Ed Baywood 1991:121-32.
5. Van Vegchel N, De Jonge J, Bosma H, Schaufeli W. Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Soc Sci Med* 2005;60(5):1117-31.
6. Silva LS, Barreto, SM. Adaptação transcultural para o português brasileiro da escala effort-reward imbalance: um estudo com trabalhadores de banco. *Rev Panam Salud Públ* 2010;27(1):32-36.
7. Hoven H, Wahrendorf M, Siegrist J. Occupational position, work stress and depressive symptoms: a pathway analysis of longitudinal SHARE data. *J Epidemiol Community Health* 2015;0:1-6.
8. Griep RH, Rotenberg L, Landsbergis P, Vasconcellos-Silva PR. Uso combinado de modelos de estresse no trabalho e a saúde auto-referida na enfermagem. *Rev Saúde Pública* 2011;45(1):145-52.
9. Oliveira, AMN. Estresse ocupacional e saúde psíquica dos trabalhadores do Distrito Sanitário Centro Histórico do município de Salvador [dissertação de mestrado]. Salvador: Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia; 2013.
10. Santos KOB, Araújo TM, Oliveira NF. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cad Saúde Pública* 2009;25(1):214-222.
11. 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):544-560.
12. Araújo TM, Karasek R. Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and informal jobs in Brazil. *Scand J Work Environ Health* 2008;6:52-59.

13. Aquino EML. Gênero, trabalho e hipertensão arterial: um estudo de trabalhadoras de enfermagem em Salvador, Bahia [tese de doutorado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da UFBA; 1996.
14. Marsiglia RMG. Perfil dos Trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no Município de São Paulo: região norte e central da cidade. *Saúde Soc* 2011;20(4):900-911.
15. Dilelio AS, Facchini LA, Tomasi E, Silva SM, Thumé E, Piccini RX et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012;28(3): 503-514.
16. Costa SM, Prado MCM, Andrade TN, Araújo EPP, Silva Junior WS, Gomes Filho ZC et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013; 8(27):90-96.
17. Araújo TM, Aquino, E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev Saúde Pública* 2003;37(4):424-433.
18. Silva ATC, Menezes PR. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Rev Saúde Pública* 2008;42(5):921-929.
19. Braga, LC; Carvalho, LR; Binder, MCP. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Ciênc Saúde Coletiva* 2010;15(suppl 1):1585-1596.
20. 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.

21. Souza SF, Carvalho FM, Araújo TM, Porto LA. Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitários. *Rev Saúde Pública* 2010;44(4):710-717.
22. Gomes DJ, Araújo TM, Santos KOB. Condições de trabalho e de saúde de trabalhadores em saúde mental em Feira de Santana, Bahia. *Rev Baiana Saúde Pública* 2011;35(suppl 1):211-230.
23. Souza SF, Carvalho FM, Araújo TM, Porto LA. Desequilíbrio esforço-recompensa no trabalho e transtornos mentais comuns em eletricistas de alta tensão. *Rev Baiana Saúde Pública* 2011;35(1):83-95.
24. Barra SAR. O acolhimento no processo de trabalho em saúde. *Serv Soc Rev* 2011;13(2):119-142.
25. Ramos BS, FERREIRA CL. O aumento da produtividade através da valorização dos colaboradores: uma estratégia para a conquista de mercado. *Rev Eng Tecnol* 2010;2(2):71-80.
26. Böing E, Crepaldi MA. O Psicólogo na atenção básica:: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicol Ciênc Prof* 2010;30(3):634-649.
27. Bosma H, Peter R, Siegrist J, Marmot M. Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *Am J Public Health*. 1998;88(1):68-74.
28. Calnan M, Wadsworth E, May M, Smith A, Wainwright D. Job strain, effort – reward imbalance, and stress at work: competing or complementary models? *Scand J Publ Health*. 2004;32(2):84–93.
29. De Jonge J, Bosma H, Peter R, Siegrist J. Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large-scale cross-sectional study. *Soc Sci Med* 2000;50(9):1317-27.
30. Yu SF, Nakata A, Gu GZ, Swanson NG, Zhou WH, He LH et al. Co-effect of Demand-control-support Model and Effort-reward Imbalance Model on Depression

Risk Estimation in Humans: Findings from Henan Province of China. *Environ Sci*, 2013;26(12):962-971.

31. Dolard MF, Wine HR, Wine AH, De Jonge J. Psychosocial job strain and productivity in human service workers: A test of the demand–control–support model. *J Occup Orga Psychol* 2000;73:501–510.

32. Vasconcelos EF, Guimarães LAM. Esforço e recompensa no trabalho de uma amostra de profissionais de enfermagem. *Psi inForm* 2009;13(13):11-36.

33. Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, Peter R. The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med* 2004;58:1483–1499.

34. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2009;43(2):358-364.

35. Scholze AS, Duarte Junior, CF, Silva YF. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? *Interface Comun Saúde Educ* 2009;13(31):303-314.

36. Daubermann DC, Tonete VLP. Qualidade de vida no trabalho do enfermeiro da Atenção Básica à Saúde. *Acta Paul Enferm* 2012;25(2):277-283.

37. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2008;24(supl 1):193-201.

38. Paim, J.S. Gestão da atenção básica nas cidades. In: Neto, E.R.; Bógus, C.M. Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde 2003:183-210.

39. Menezes CHG, Guedes JPS. A formação de profissionais de enfermagem para atenção básica à Saúde. *J Manag Prim Health Care* 2014; 5(1):10-18.

40. Pierantoni CR, Varella TC, França T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: Barros AFR, Santana JP, Santos Neto PM, organizadores. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília: Ministério da Saúde/OPAS 2004;2.

5.2 Artigo 2

INTERAÇÃO ENTRE DEMANDA-CONTROLE E APOIO SOCIAL NO TRABALHO E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS*

INTERAÇÃO ENTRE DEMANDA-CONTROLE E APOIO SOCIAL

Interaction between demand, job control and social support at work on common mental disorders

Amália Ivine Costa Santana, Maura Maria Guimarães de Almeida, Tânia Maria de Araújo

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar interação entre os aspectos psicossociais do trabalho (demanda, controle e apoio social no trabalho) e a ocorrência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde.

MÉTODOS: Trata-se de estudo transversal conduzido em amostra representativa de trabalhadores da atenção básica de cinco municípios da Bahia. A variável desfecho foram os transtornos mentais comuns avaliados pelo SRQ-20, as de exposição foram a alta exigência (alta demanda e baixo controle sobre o próprio trabalho) e o baixo apoio social no trabalho. A interação foi verificada através do afastamento da aditividade dos efeitos para fatores estudados a partir do cálculo do excesso de risco devido à interação, proporção de casos atribuída à interação e índice de sinergia. As razões de prevalência ajustadas com intervalo de confiança a 95% foram obtidas pelo método de regressão de Poisson com variância robusta.

RESULTADOS: A prevalência global de TMC foi de 21,0% e apresentou maior magnitude no grupo de exposição combinada (alta exigência e baixo apoio social), chegando a 28,0% comparado a 17,0% na situação sem nenhuma exposição (baixa exigência e alto apoio social).

CONCLUSÕES: Os resultados fortalecem a hipótese de existir interação entre os fatores investigados, com direção para a sinergia dos efeitos.

DESCRITORES: saúde mental, apoio social, saúde do trabalhador, métodos epidemiológicos.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate the interaction between psychosocial aspects of work (demand, control and social support at work) and the occurrence of common mental disorders among health workers.

METHODS: This cross-sectional study conducted in a representative sample of primary care workers in five counties of Bahia. The outcome variable was the common

mental disorders assessed by the SRQ-20, the exhibition were the high strain (high demand and low control over work) and low social support at work. The interaction was verified by the departure from additivity of effects for factors studied by calculating the excess risk due to interaction, proportion of cases attributed to the interaction and synergy index. The adjusted prevalence ratios with a confidence interval of 95% were obtained by Poisson regression with robust variance method.

RESULTS: The overall prevalence of CMDs was 21.0% and showed a higher magnitude in the combined exposure group (high demand and low social support), reaching 28.0% compared to 17.0% in the situation with no exposure (low demand and high social support).

CONCLUSIONS: The results support the hypothesis that there interaction between the factors investigated, directed to the synergy of effects.

DESCRIPTORS: mental health, social support, occupational health, epidemiologic methods.

INTRODUÇÃO

A influência do trabalho na vida das pessoas tem sido consistentemente apontada na literatura científica¹⁹. No entanto, o trabalho também pode contribuir para alterações da saúde física e mental dos indivíduos, produzido por uma complexa articulação de fatores que envolvem o corpo e o aparato psíquico dos trabalhadores¹¹. Experiências de trabalho que permitem ao indivíduo o pleno uso das suas habilidades, a expressão da sua criatividade e o significativo controle sobre o seu trabalho têm sido apontadas como promotoras de realização, prazer, saúde e satisfação¹³. Em contrapartida, o trabalho desenvolvido sob pressão, sem significado para quem o executa e marcado por relações sociais conflituosas pode se constituir em fator importante para o adoecimento mental²⁶.

Os transtornos mentais relacionados ao trabalho têm atingido uma parcela significativa da população trabalhadora brasileira. Informações recentes publicadas pelo Ministério da Previdência Social indicaram que os transtornos mentais ocupam o terceiro lugar no *ranking* das concessões de auxílio doença, indo de encontro à tendência de diminuição dos acidentes de trabalho⁵. Nesse contexto, cabe evidenciar os transtornos mentais comuns (TMC), um agravo de alta ocorrência entre trabalhadores da saúde e que se constitui como causa importante de presenteísmo, absentéismo e incapacidades⁶. No âmbito do trabalho em saúde, a sua ocorrência entre os

trabalhadores se configura como um problema de grande relevância, pois implica comprometimento do cuidado prestado ao usuário.

Dentre os eventos produtores de estresse capazes de ocasionar os TMC estão os aspectos psicossociais do trabalho, passíveis de serem mensurados pelo modelo demanda-controle elaborado por Karasek¹⁵. O modelo permite a predição de quatro experiências de trabalho a partir da combinação de duas dimensões propostas pelo modelo: as demandas psicológicas e o controle sobre o trabalho. A vivência de experiências de trabalho que combinam altas demandas psicológicas e baixo controle sobre o trabalho se configura como cenário para maior ocorrência do desgaste no trabalho (*job strain*) e conseqüentemente, efeitos deletérios sobre a saúde dos trabalhadores¹⁵. Apesar de adequado, o modelo demanda-controle foi considerado limitado para apreender a complexidade do processo de trabalho e a sua relação com desfechos sobre a saúde. Desse modo, uma terceira dimensão foi incorporada ao modelo demanda-controle: o apoio social no trabalho. A inserção desse terceiro aspecto psicossocial foi proposta por Johnson¹⁴, ao considerar que o apoio social, uma necessidade humana básica, atuaria como um importante moderador de impacto da demanda configurando-se como o que ele denominou de controle coletivo e nos remete à proposta de ideologia defensiva¹¹.

Diversos autores já demonstraram que essas três dimensões psicossociais do trabalho, demanda psicológica, controle sobre o próprio trabalho e apoio social, atuam como fatores que interferem na ocorrência de desfechos relacionados à saúde⁶. Assim sendo, é pertinente considerar existência de interação entre essas dimensões, uma vez que esta é caracterizada pelo afastamento da aditividade de efeitos individuais²². Advoga-se que na presença de dois ou mais fatores, a ação combinada difere da simples atuação de cada exposição em separado, seja para a sinergia ou o antagonismo.

O estudo da variabilidade das doenças nas populações humanas é um dos principais objetivos da epidemiologia. Todavia, evidenciar as explicações para essas variabilidades não é tarefa fácil, pois encontrar modelos explicativos capazes de caracterizar de que modo as exposições contribuem para o desenvolvimento de doenças ainda permanece como um desafio para esse campo do conhecimento.

Nesse sentido, a avaliação da interação de fatores para a ocorrência de doenças se constitui uma alternativa privilegiada de análise uma vez que, numa rede complexa de interação de causas, a interferência em qualquer dos fatores que dela faça parte é capaz de desconstruir todo o arcabouço responsável por gerar o adoecimento²².

Considerando que existem poucos estudos que investigaram a interação entre os aspectos psicossociais demanda psicológica, controle sobre o trabalho e apoio social no trabalho para a ocorrência de desfechos relacionados à saúde mental⁸, o objetivo deste estudo foi avaliar a presença de interação entre demanda, controle e apoio social no trabalho e a ocorrência de TMC entre trabalhadores da saúde.

Registra-se que as investigações conduzidas sobre os aspectos psicossociais do trabalho têm focalizado apenas a demanda e o controle, em detrimento do apoio social no trabalho¹. Desse modo, torna-se necessário compreender os mecanismos complexos da interação entre essas três dimensões psicossociais do trabalho para a ocorrência de transtornos mentais comuns, uma vez que este conhecimento poderá representar ganhos relevantes na direção da prevenção desse agravo entre os trabalhadores.

MÉTODOS

Os dados analisados foram produzidos por um estudo seccional realizado em cinco municípios do Estado da Bahia. Configura-se como estudo conduzido com trabalhadores da saúde com foco nas condições de trabalho, emprego e saúde. Neste estudo foram incluídos trabalhadores dos serviços da atenção básica à saúde que estavam em pleno exercício das suas atividades. A amostra representativa foi selecionada por procedimento aleatório sendo estratificada por área geográfica, nível de complexidade da atenção presta e grupo ocupacional. Os dados sobre a força de trabalho das unidades foram fornecidos pelas secretarias municipais de saúde dos municípios investigados. A seleção dos trabalhadores para participar do estudo foi realizada através de sorteio de números aleatórios.

A coleta de dados envolveu aplicação de instrumento de pesquisa construído a partir de revisão da literatura. Foi realizado estudo piloto numa cidade baiana com 30 trabalhadores de saúde para testar o instrumento e padronizar as condutas dos entrevistadores. Os dados foram coletados no ano de 2012 por meio de visita às unidades de saúde nas quais os trabalhadores selecionados atuavam.

A variável desfecho foram os transtornos mentais comuns (TMC) mensurados pelo *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), um instrumento composto de 20 questões dicotômicas (sim/não) que avaliam sintomas depressivos, somáticos e de ansiedade que ocorreram nos últimos 30 dias. Na avaliação realizada por Santos²³, o

SRQ-20 obteve desempenho aceitável para avaliar a saúde mental de trabalhadores da Bahia. O ponto de corte para a suspeição de TMC foi sete ou mais respostas positivas. Esse ponto de corte foi considerado razoável em discriminar a suspeição de casos em estudo conduzido com população urbana²⁴.

As variáveis de exposição foram mensuradas pela versão traduzida para o português do *Job Content Questionnaire* (JCQ), cujas dimensões utilizadas foram: demanda psicológica (cinco itens), controle sobre o trabalho (seis itens sobre habilidade e três itens sobre autoridade de decisão) e apoio social no trabalho (três itens sobre apoio social dos colegas e três itens sobre apoio social da chefia). As questões do instrumento apresentam-se dispostas em escala ordinal tipo *Likert* de quatro pontos ("discordo fortemente" a "concordo fortemente"). No Brasil, estudo do desempenho do JCQ o evidenciou como um bom instrumento para mensurar os aspectos psicossociais do trabalho⁴.

O escore obtido para cada uma das dimensões foi categorizado em "alto" e "baixo" utilizando a média como ponto de corte. Após esse procedimento, foram compostos os quadrantes das situações de trabalho previstas pelo modelo: baixa exigência (alto controle/baixa demanda); trabalho ativo (alto controle/alta demanda); trabalho passivo (baixo controle/ baixa demanda) e alta exigência (baixo controle/alta demanda). O baixo apoio social no trabalho e a alta exigência foram consideradas como categorias de maior exposição.

As covariáveis consideradas na análise foram: informações sociodemográficas (sexo, idade, número de filhos, situação conjugal, nível de escolaridade, renda), características do trabalho (tipo de vínculo empregatício, jornada de trabalho semanal, tempo de trabalho na unidade, direitos trabalhistas, duplo vínculo de trabalho, compatibilidade das atividades desenvolvidas, satisfação no trabalho, trabalho doméstico, sobrecarga doméstica) e hábitos de vida (prática de atividades físicas, realização de atividades de lazer). A sobrecarga doméstica foi obtida através do cálculo: $SD = (\text{lavar} + \text{passar} + \text{limpar} + \text{cozinhar}) \times (\text{número de moradores} - 1)^{20}$. O escore obtido foi categorizado em tercís.

A análise de interação envolveu a construção de variáveis *dummy* para o estabelecimento das exposições: não exposição a nenhum dos fatores = apoio social alto, baixa exigência (R_{00}); exposições independentes = apoio social alto, alta exigência (R_{01}); apoio social baixo, baixa exigência (R_{10}); e exposições combinadas = apoio social baixo, alta exigência (R_{11}). As medidas de interação baseadas no critério da aditividade

foram verificadas pelo cálculo do excesso de risco devido à interação ($RERI = RP_{11} - RP_{01} - RP_{10} + 1$), que quantifica o afastamento em relação ao valor nulo; pela proporção de casos atribuída à interação ($AP = (RP_{11} - RP_{01} - RP_{10} + 1)/RP_{11}$) que evidencia a proporção de casos em virtude de ambas as exposições e pelo índice de sinergia ($S = (RP_{11} - 1)/(RP_{01} + RP_{10} - 2)$) que reflete a direção da interação em relação à nulidade ($S=1$), sinergia ($S>1$) ou antagonismo ($S<1$)²².

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana sob o protocolo nº 081/2009. Todas as etapas deste estudo atenderam a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS

A população de estudo constituiu-se de 2.532 trabalhadores jovens (média de 30,8 anos), com predominância do sexo feminino (79,3%), de casados ou com união estável (57,7%), com ensino médio (39,4%), de cor da pele parda (56,0%), que realizavam atividades físicas (70,4%) e de lazer (81,9%) (dados não mostrados em tabelas). A análise das características dos trabalhadores de acordo com os fatores de exposição evidenciou que os expostos à alta exigência e ao baixo apoio social no trabalho eram indivíduos do sexo feminino, cujo maior nível de escolaridade era o ensino médio, com até 40 anos de idade, que possuíam companheiro, renda de até dois salários mínimos e que realizavam atividades de lazer, mas não atividades físicas (Tabela 1).

O vínculo de emprego efetivo foi referido por 70,4% dos trabalhadores. A maioria afirmou ter uma carga horária semanal de 40 horas (81,9%), possuir apenas esse vínculo de emprego (78,7%), tempo de trabalho na unidade de até quatro anos (51,0%), possuir direitos trabalhistas apenas parcialmente (62,3%) e compatibilidade das atividades desenvolvidas com o cargo ocupado (97,3%). A satisfação no trabalho foi referida por 73,9% dos trabalhadores. De acordo com as características psicossociais do trabalho, percebeu-se que os trabalhadores possuíam, predominantemente, alta demanda psicológica (54,0%), baixo controle sobre o trabalho (59,4%) e alto apoio social (54,2%). A experiência de trabalho em alta exigência foi vivenciada 32,5% dos trabalhadores.

Tabela 1 Características sociodemográficas dos trabalhadores segundo modelo demanda-controle e apoio social no trabalho, trabalhadores da saúde, Bahia, 2012.

Variáveis	Exposição MDC				Exposição AST			
	Alta exigência		Baixa exigência		Baixo apoio		Alto apoio	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo								
Feminino	612	80,2	369	81,3	432	80,1	507	81,5
Masculino	151	19,8	85	18,7	107	19,9	115	18,5
Faixa etária								
Até 40 anos	441	58,6	257	57,9	316	59,8	365	59,4
Mais de 40 anos	312	41,4	187	42,1	212	40,2	249	40,6
Situação conjugal								
Com companheiro	419	55,0	256	56,4	307	56,9	337	54,4
Sem companheiro	343	45,0	198	43,6	233	43,1	283	45,6
Escolaridade								
Até ensino médio	471	62,5	270	60,3	316	59,6	406	65,7
Ensino superior	283	37,5	178	39,7	214	40,4	212	34,3
Renda								
Até 2 salários mínimos	471	82,1	274	76,5	300	74,8	432	85,9
Mais de 2 salários mínimos	103	17,9	84	23,5	101	25,2	71	14,1
Atividades físicas								
Sim	366	48,3	235	52,5	248	46,4	320	52,0
Não	391	51,7	213	47,5	287	53,6	295	48,0
Atividades de lazer								
Sim	615	80,9	391	86,1	429	79,4	530	85,8
Não	145	19,1	63	13,9	111	20,6	88	14,2

*O valor do salário mínimo na época era de R\$ 545,00.

A prevalência global de TMC na população estudada foi de 21,0%. Em relação à prevalência de TMC de acordo com os fatores de exposição investigados, observou-se a ocorrência do evento em 17,0% dos não expostos a nenhum dos fatores e de 28,0% entre os expostos a ambos os fatores. A combinação das exposições demonstrou uma tendência ao aumento das razões de prevalência brutas. A análise de efeito dos fatores

isolados evidenciou que trabalhadores em alta exigência possuíam maiores prevalências de TMC que o grupo de referência (RP=1,41; IC95% 1,02 – 1,94) assim como os que referiram baixo apoio social no trabalho (RP=1,05; IC95% 0,67 – 1,62). Entre os que estavam expostos tanto à alta exigência quanto ao baixo apoio social percebeu-se maior magnitude da associação (RP=1,64; IC95% 1,21 – 2,22), embora tenha perdido significância estatística após ajuste por confundidores (Tabela 2).

A diferença entre a prevalência esperada em virtude da exposição combinada (P=24,9%) e a prevalência observada para o grupo (P=28,0%) excedeu a ocorrência do desfecho em 3,1%, segundo o pressuposto da aditividade. A associação do efeito combinado da alta exigência e do baixo apoio social (RP=1,64) foi superior à estimada com base na aditividade dos efeitos (RP=1,46), resultando numa RERI > 0 embora não tenha sido verificada significância estatística. A proporção de casos atribuída à interação foi de 18% com direção para a sinergia dos efeitos (Tabela 2).

Tabela 2 Prevalência bruta e razões de prevalência brutas e ajustadas das exposições isoladas e combinadas segundo ocorrência de TMC, trabalhadores da saúde, Bahia, 2012.

Variável	N	Prevalência		
		de TMC (%)	RP	IC95%
Referência				
Apoio social=0, alta exigência=0	228	17,0	1,00	
Exposições isoladas				
Apoio social=0, alta exigência=1	325	24,0	1,41	1,02 – 1,94
Apoio social=1, alta exigência=0	140	17,9	1,05	0,67 – 1,62
Exposições combinadas				
Apoio social=1, alta exigência=1	393	28,0	1,64	1,21 – 2,22
Efeito combinado esperado ^a		24,9	1,46	
RERI ^b			0,18	
AP ^c			0,10	
S ^d			1,39	

^aEfeito combinado esperado = $P_{01} - P_{00} + P_{10} - P_{00} + P_{00} / RP_{01} - RP_{00} + RP_{10} - RP_{00} + RP_{00}$

^bExcesso de risco devido à exposição (RERI) = $RP_{11} - RP_{01} - RP_{10} + 1$

^cProporção de casos atribuída à interação (AP) = $(RP_{11} - RP_{01} - RP_{10} + 1) / RP_{11}$

^dÍndice de sinergia (S) = $(RP_{11} - 1) / (RP_{01} + RP_{10} - 2)$

Os dados evidenciam que 17,0% da prevalência de TMC correspondeu às causas não conhecidas, uma vez que representou os indivíduos que desenvolveram a doença

mesmo sem estarem expostos a nenhum dos fatores investigados. Em contrapartida, 7,0% da prevalência do desfecho foi fruto da exposição à alta exigência e 0,9% ao baixo apoio social no trabalho. A exposição a ambos os fatores foi responsável por 11,0% do excesso de prevalência. Observando os excessos de razões de prevalência percebeu-se que o efeito combinado dos fatores ($ERP=0,64$) foi maior do que a soma dos seus efeitos isolados ($ERP=0,46$). A diferença relativa entre as estimativas dos efeitos indica que há um afastamento de 39% do comportamento esperado para a ação independente dos fatores (Tabela 3).

Tabela 3 Excessos de prevalência e de razões de prevalência para efeitos isolados e combinados da alta exigência e do baixo apoio social no trabalho sobre a ocorrência de TMC, trabalhadores da saúde, Bahia, 2012.

Variável	n	Excesso de prevalência (EP = P - 1)	Excesso de razão de prevalência (ERP = RP - 1)		Diferença relativa [(A/B) - 1] (%)
			Observado (ERPO) (A)	Esperado baseado em exposições separadas ^a (B)	
Referência					
Apoio social=0, alta exigência=0	228	-			-
Exposições isoladas					
Apoio social =0, alta exigência=1	325	7,0	0,41		-
Apoio social =1, alta exigência=0	140	0,9	0,05		-
Exposições combinadas					
Apoio social =1, alta exigência=1	393	11,0	0,64	0,46	39

^a Excesso de razão de prevalência esperado baseado em exposições separadas = $ERPO_{01} + ERPO_{10}$

DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico da população estudada evidenciou semelhança com os de outras investigações conduzidas com trabalhadores da atenção básica à saúde: indivíduos jovens, majoritariamente do sexo feminino, com um único vínculo de emprego e com pouco tempo de trabalho na unidade^{18,12}. Os achados para as características psicossociais do trabalho demonstraram que a maioria dos trabalhadores estava exposta a altas demandas psicológicas e ao baixo controle sobre o trabalho, estando de acordo com estudos realizados entre profissionais de saúde^{6,17}. Isso configura realidade preocupante, uma vez que essa é a experiência de trabalho que mais predispõe o trabalhador à ocorrência de desfechos negativos sobre a saúde³. Por outro

lado, a maioria dos trabalhadores referiu alto apoio social no trabalho, um aspecto psicossocial capaz de proteger as pessoas das influências negativas do estresse sobre o bem-estar físico e psicológico, atuando como um fator protetor¹⁰.

A prevalência de TMC entre os trabalhadores foi inferior a de algumas investigações conduzidas com trabalhadores da saúde no Brasil²¹. No entanto, representou uma prevalência relativamente alta (atingiu um trabalhador a cada cinco estudados) e que, portanto, não pode ser negligenciada. Torna-se pertinente ressaltar que o trabalho em saúde, uma vez que obedece a lógica do trabalho humano, exige uma concepção mental que antecede à execução do trabalho em si¹⁹. Nesse sentido, levando em consideração que os TMC irão impor algum nível de comprometimento da função mental dos indivíduos, sua ocorrência é de grande relevância entre profissionais de saúde, uma vez que seu trabalho caracteriza-se pela peculiaridade do seu produto, consumido no momento em que é produzido, refletindo a própria realização da atividade²¹. Além disso, a despeito dos resultados sobre a qualidade da assistência prestada, implicará em impacto significativo sobre o bem-estar e qualidade de vida do trabalhador⁶.

Em relação à análise dos fatores estudados e sua influência sobre a ocorrência de TMC, os resultados demonstraram que o efeito combinado da alta exigência e do baixo apoio social no trabalho produz mais casos de TMC do que a expectativa baseada na aditividade, ou seja, existem casos excedentes que caracterizam o sinergismo entre os efeitos desses fatores na ocorrência da doença. Nos últimos anos, os efeitos dos aspectos psicossociais do trabalho sobre a saúde têm recebido atenção considerável nas investigações. A análise desses aspectos tem sido utilizada com sucesso para prever a ocorrência de transtornos mentais e outros eventos relacionados à saúde²⁵. Evidências na literatura baseadas em estudos longitudinais demonstram que altos níveis de demanda psicológica e baixo controle sobre o trabalho são fatores preditivos de transtornos mentais⁷. Em contrapartida, o alto apoio social no trabalho, tanto por parte dos supervisores, quanto dos colegas tem sido apontado como um fator protetor da saúde mental dos indivíduos¹⁶. Estudo conduzido com população de trabalhadores da Suécia⁸ evidenciou existir interação sinérgica entre controle sobre o trabalho e apoio social no trabalho para a ocorrência de transtornos mentais comuns.

Os aspectos psicossociais podem atuar como fatores geradores de estresse no organismo humano, e está entre as causas que contribuem para o aparecimento de distúrbios relacionados à saúde entre trabalhadores. Os mecanismos que explicam a

associação entre estresse no trabalho e doença assentam-se na teoria de que o estresse crônico produz alterações no ritmo circadiano de cortisol, o que, por sua vez, implica em repercussões orgânicas, emocionais e mentais. Além disso, sabe-se também que o estresse no trabalho pode condicionar a adoção de comportamentos não saudáveis pelos indivíduos, tendo conseqüências igualmente negativas sobre a saúde. Por outro lado, a teoria do efeito *buffer* estabelece que as conexões sociais trazem benefícios para a saúde, fornecendo os recursos necessários para lidar com o estresse⁹. Assim, o apoio social apresenta-se como um fator benéfico na medida em que pode diminuir a percepção de ameaça, funcionando como um recurso ambiental importante no processo de enfrentamento das situações adversas.

Na atenção básica à saúde em particular, alguns fatores podem ser citados como potencialmente causadores de estresse entre os trabalhadores, tais como o crescente número de contratos temporários, a insegurança no emprego, avaliação de desempenho baseada em produtividade e falta de equilíbrio entre a vida privada e o trabalho. A esses fatores somam-se ainda as precárias condições de vida e de saúde das populações atendidas, o que aumenta ainda mais a pressão sobre os trabalhadores, conduzindo à maior ocorrência de adoecimento.

Este estudo possui limitações que merecem ser destacadas. A interpretação das associações observadas entre aspectos psicossociais no trabalho e TMC deve ser avaliada com cautela, uma vez que as informações de ambas as variáveis foram provenientes de autorrelatos, o que fornece dados subjetivos e são, portanto, suscetíveis a vies. Por se tratar de um desenho de estudo transversal, não é possível estabelecer relações causais. A aferição simultânea das exposições e da manifestação da doença não permite descartar explicações alternativas para as associações encontradas. Além disso, em relação às exposições, existe a possibilidade de aumento dos resultados falso-positivos, uma vez que trabalhadores com a saúde comprometida estão mais propensos a denunciar sua situação de trabalho como sendo psicologicamente mais exigente, diferente dos trabalhadores saudáveis. Tal tendência pode levar a erros de classificação, o que pode resultar tanto em superestimação, quanto em subestimação do verdadeiro efeito. Além disso, ainda existe a possibilidade do viés do trabalhador sadio, uma vez que só incluiu a participação dos indivíduos que estavam em pleno exercício das suas atividades profissionais. Aqueles que eventualmente estavam afastados, adoecidos pelo próprio trabalho, não participaram da amostra estudada.

Os resultados demonstraram que existe interação entre os aspectos psicossociais do trabalho para a ocorrência de TMC entre os trabalhadores da saúde, com direção para a sinergia dos efeitos. Apesar de não terem sido identificadas investigações semelhantes a título de comparação, a literatura aponta plausibilidade para as associações aqui encontradas. Desse modo, torna-se pertinente considerar a intervenção em pelo menos algum dos fatores aqui investigados, considerando maior ênfase nos aspectos relacionados à organização do trabalho. Este estudo pode ainda contribuir para a reflexão sobre os aspectos psicossociais e a saúde do trabalhador da saúde na perspectiva da natureza relacional do seu trabalho, ou seja, onde o apoio social desempenha um papel central.

REFERÊNCIAS

1. Alves MGM, Hökerberg YHM, Faerstein E. Trends and diversity in the empirical use of Karasek's demand-control model (job strain): a systematic review *Rev. bras. epidemiol.* 2013;16(1):125-136. DOI: 10.1590/S1415-790X2013000100012.
2. Araújo TM, Aquino, E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev Saúde Pública* 2003;37(4):424-433. DOI: 10.1590/S0034-89102003000400006.
3. Araújo TM, Graça CC, Araújo E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Control. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003;8(4):991-1003. DOI: 10.1590/S1413-81232003000400021.
4. Araújo TM, Karasek R. Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and informal jobs in Brazil. *Scand J Work Environ Health* 2008;6:52-59.
5. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Previdência em questão. Informativo Eletrônico, 2012.
6. Braga LC, Carvalho LR, Binder MCP. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Ciênc. saúde coletiva.* 2010;15(supl.1):1585-1596. DOI: 10.1590/S1413-81232010000700070.
7. Bültmann U, Kant IJ, van den Brandt PA, Kasl SV. Psychosocial work characteristics as risk factors for the onset of fatigue and psychological distress: prospective results from the Maastricht Cohort Study. *Psychol Med* 2002;32:333-345.

8. Choi B, Östergren PO, Canivet C, Moghadassi M, Lindeberg S, Karasek R, et al. Synergistic interaction effect between job control and social support at work on general psychological distress. *Int Arch Occup Environ Health* 2011;84:77–89. DOI: 10.1007/s00420-010-0554-y.
9. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol. bull.* 1985;98:310-357. DOI: 10.1037/0033-2909.98.2.310.
10. Cohen S. Social Relationships and Health. *Am. psychol.* 2004;11:676-684. DOI: 10.1037/0003-066X.59.8.676.
11. Dejours, C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo; Cortez: Obore; 1992.
12. Dilelio AS, Facchini LA, Tomasi E, Silva SM, Thumé E, Piccini RX, et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012;28(3): 503-514. DOI: 10.1590/S0102-311X2012000300011.
13. Glanzner CH, Olschowsky A, Kantorski LP. Work as a source of pleasure: evaluating a Psychosocial Care Center team. *Rev Escol Enferm USP* 2011;45(3), 716-721. DOI: 10.1590/S0080-62342011000300024.
14. Johnson J. Collective control: strategies for the survival in the workplace. In: Johnson JV, Johansson G, coordenadores. The psychosocial work environment: work organization, democratization and health. New York: Baywood, 1991. p. 121-32.
15. Karasek, RA. Job Demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Adm Sci Q* 1979;24:285-308.
16. Kawakami N, Haratani T, Araki S. Effects of perceived job stress on depressive symptoms in blue-collar workers of an electrical factory in Japan. *Scand J Work Environ Health.* 1992;18:195–200.
17. Magnago TSBS, Lisboa MTL, Griep RH, Zeitouni RCG, Tavares JP. Working conditions of nurses: evaluation based on the demand-control model. *Acta paul. enferm.* 2010;23(6):811-817. DOI: 10.1590/S0103-21002010000600015.
18. Marsiglia RMG. Perfil dos Trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no Município de São Paulo: região norte e central da cidade. *Saúde Soc* 2011;20(4):900-911.
19. Marx, K. 1818-1883. O capital: crítica da economia política: livro terceiro: o processo global de produção capitalista. Rio de Janeiro; Civilização Brasileira; 2013.

20. Pinho, PS, Araújo, TM. Association between housework overload and common mental disorders in women. *Rev Bras Epidemiol* 2012;15(3):560-72. DOI: 10.1590/S1415-790X2012000300010.
21. Pires D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. *Rev Bras Enfermagem* 2000;53:251-63. DOI: 10.1590/S0034-71672000000200010.
22. Rothman K, Greenland S, Lash T. *Epidemiologia moderna*. 3 ed. São Paulo; Artes Médicas; 2011.
23. Santos KOB, Araújo TM, Oliveira NF. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cad Saúde Pública* 2009;25(1):214-222. DOI: 10.1590/S0102-311X2009000100023.
24. 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):544-560.
25. Solovieva S, Pensola T, Kausto J, Shiri R, Heliövaara M, Burdorf A, et al. Evaluation of the Validity of Job Exposure Matrix for Psychosocial Factors at Work. *PLoS ONE* 2014;9(9):e108987. DOI: 10.1371/journal.pone.0108987.
26. Souza WF. Transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho: o que a psicologia tem a dizer e a contribuir para a saúde de quem trabalha? *Fractal, Rev. Psicol.* 2013;25(1):99-103. DOI: 10.1590/S1984-02922013000100007.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo foi possível identificar o perfil dos trabalhadores da atenção básica à saúde e demonstrar que os transtornos mentais comuns são uma realidade entre os trabalhadores de saúde baianos.

Nessa população, a ocorrência de TMC esteve relacionada à alta exigência e ao alto desequilíbrio esforço-recompensa, evidenciando há no trabalho situações que os predis põem a desfechos negativos sobre a saúde. As demandas impostas aos trabalhadores da atenção básica para alcançar os indicadores de saúde desejáveis, perpassa por uma avaliação baseada principalmente na produtividade que, sem perder o foco da qualidade máxima dos produtos, caracteriza uma situação de sobrecarga de trabalho. Por outro lado, os trabalhadores ainda experienciam um distanciamento evidente entre o que ele põe de si no trabalho e o retorno que deveria receber, evidenciando o cenário do desequilíbrio.

Em relação à análise dos aspectos psicossociais e sua influência sobre a ocorrência do desfecho, os resultados demonstraram que o efeito combinado da alta exigência e do baixo apoio social no trabalho produz casos excedentes que caracterizam a interação sinérgica entre os efeitos desses fatores na produção da doença. Diante desse achado fica evidente a necessidade de intervenção nos locais onde esses trabalhadores atuam principalmente nos aspectos concernentes à organização do trabalho e nas relações sociais, afinal, grande parte dos profissionais encontram-se diante do paradigma de uma realidade adversa, enfrentando diariamente o risco de adoecer mental e fisicamente.

A atenção básica à saúde reflete a possibilidade de exercer cidadania e de fazer o SUS acontecer na prática. Desse modo, a partir das evidências aqui apresentadas torna-se pertinente considerar algumas intervenções: condução de investigações com os trabalhadores que incluam o conhecimento sobre a apresentação negativa dos aspectos psicossociais do trabalho vivenciados por eles na prática, com vistas à elaboração de propostas coletivas para sua superação; promover um espaço de diálogo entre os trabalhadores das equipes e entre estes e seus supervisores imediatos a fim de superar os conflitos interpessoais promovendo o apoio social no trabalho.

Por fim, voltando às questões teóricas à cerca do tema, torna-se difícil imaginar alcançar o objetivo a que se subordina o processo de trabalho em saúde e o seu tão valioso produto sem os adequados meios para que o trabalho se realize. Vale

ressaltar que o adoecer na saúde é uma via de mão dupla, pois estando o adoecido trabalhador, igualmente adoecido é o fruto do seu trabalho.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Sónia Guadalupe dos Santos Ribeiro Neves de. A saúde mental e o apoio social na família do doente oncológico. **Tese.** (Doutorado em Saúde Mental). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal, 2008. 452p.
- AHLBOM, A; ALFREDSSON, L. Interaction: A word with two meanings creates confusion. **European Journal of Epidemiology**, v.20, p.563-564, 2005.
- ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- ALVES, Márcia Guimarães de Mello; HOKERBERG, Yara H M; FAERSTEIN, Eduardo. Tendências e diversidade na utilização empírica do Modelo Demanda-Control de Karasek (estresse no trabalho): uma revisão sistemática. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 16, n. 1, p. 125-136, 2013 .
- ANDRADE, Taís de. Valores organizacionais, suporte social e organizacional no trabalho: um estudo no setor bancário. **Dissertação** (Mestrado em Administração). Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2010, 143 p.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e centralidade no mundo do trabalho. 14 ed. São Paulo: Cortez; 2012.
- ANTUNES, R.; ALVES G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, 2004.
- ARAÚJO, T.M et al . Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo , v. 37, n. 4, Aug. 2003 .
- ARAÚJO, T. M. et al. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 3, p.337-348, 2005.
- ARAÚJO, T. M.; KARASEK, R. Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and informal jobs in Brazil. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, v. 6, p. 52-59, 2008.
- BECK, C.L.C, DENARDIN M. de L., GONZÁLES RMB. A Banalização das Crises vivenciadas pelas enfermeiras no mundo do Hospital. **Rev. Téc-cient. Enferm.** v. 3, n.13, p. 479-85, 2005.
- BENAVIDES, F.G. et al . Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas. **Gac Sanit**, Barcelona, v. 16, n. 3, jun. 2002 .
- BEUSENBERG, M.; ORLEY, J. **A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ)**. Geneva: Division of Mental Health - World Health Organization, 1994. 80 p.

- BOTELHO, RD; PAIVA, KCM. Comprometimento organizacional: um estudo no Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. Rio de Janeiro, v. 45, n.5, p.1249-283, Set/out. 2011.
- BRAGA, LC; CARVALHO, LR; BINDER, MCP. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 15, supl. 1, p. 1585-1596, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CAMPOS, G.W.S. **A reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo, Hucitec, 1992.
- CARREIRO, G. S. P. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 146-55, 2013.
- CASSEL, J. An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. **American Journal of Medicine**, v.64, p.1040-1043, 1974.
- CHOR, D. et al. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 887-896 2001.
- COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, v.38, n. 5, p. 300-314, 1976.
- COHEN, S. Social Relationships and Health. **American Psychologist**, v.11, p. 676-684, 2004.
- COHEN, S.; WILLS, T. A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. **Psychological Bulletin**, v.98, p.310-357, 1985.
- COSTA, A.G.; LUDERMIR, A.B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.73-79, 2005.
- CHOI, B., et al. Synergistic interaction effect between job control and social support at work on general psychological distress. **Int Arch Occup Environ Health**, 2011.
- COUTINHO, E.S.F.; ALMEIDA FILHO, N.; MARI, J.J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 26, n. 5, 1999.
- DA SILVA-JUNIOR, J.S.; FISCHER, F.M. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, Feb. 2014 .

DA SILVA-JUNIOR, J.S.; FISCHER, F.M. Long-Term Sickness Absence Due to Mental Disorders Is Associated with Individual Features and Psychosocial Work Conditions. *PLoS ONE*9, v.12, 2014.

DILELIO, AS et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, Mar. 2012.

EISENBERGER, R. Perceived organizational support. **Journal of Applied Psychology**, v.71, p.500–507, 1986.

ESTRAMIANA, J. L. Á. Desempleo y Bienestar Psicológico en Brasil y España: Un Estudio Comparativo. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 12, n. 1, p. 5-16, 2012.

FACUNDES, V. L. D.; LUDEMIR, A. B. Common mental disorders among health care students. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n.3, p.194-200, 2005.

FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Revista APS**, v. 11, n. 3, p. 285-294, 2008.

FORTES, S. Transtornos mentais comuns na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil. 2004. 165 f. **Tese** (Doutorado em Saúde Coletiva) - IMS, UERJ, Rio de Janeiro, 2004.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, n.2, p. 345-353, 1999.

FUNK, M. et al. **Mental Health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group**. Geneva: World Health Organization. 2010.

GASPARINI, S. M. BARRETO, S. M.; ASSUNÇÃO, A. Á. Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 12, p. 2679-2691, 2006.

GOLDBERG, D. P.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Routledge. 1992. 194p.

GOMES, DJ; ARAÚJO, TM; SANTOS, KOB. Condições de trabalho e de saúde de trabalhadores em saúde mental em Feira de Santana, Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.35, supl.1, p.211-230, jan./jun. 2011.

GONÇALVES, T. R. et al. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1755-1769, 2011.

- GREENLAND, S. Interactions in Epidemiology: Relevance, Identification, and Estimation. **Epidemiology**, v.20,n.1, 2009.
- GREENLAND, S.; ROTHMAN, K. J.; LASH, T. L. Medidas de efeito e medidas de associação. **Epidemiologia moderna**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, p.67-88, 2011.
- GRIEP, R.H. et al . Uso combinado de modelos de estresse no trabalho e a saúde auto-referida na enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo , v. 45, n. 1, Feb. 2011.
- HARNOIS, G.; GABRIEL, P. **Mental health and work: impact, issues and good practices**. Geneva: World Health Organization, 2000.
- HOGAN, B. E.; LINDEN, W., NAJARIAN, B. Social support interventions. Do they work? **Clinical Psychology Review**, v.22, p. 381–440, 2002.
- HOLAHAN, C.J.; MOOS, R.H. Social Support and Psychological Distress: A Longitudinal Analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, v.90, n.4, p.365-370, 1981.
- HUPCEY; J. E. Clarifying the social support theory research linkage. **Journal of Advanced Nursing**, v. 27, p.1231-1241, 1998.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Sinopse do censo demográfico 2010: População residente, total, urbana total e urbana na sede municipal, em números absolutos e relativos, com indicação da área total e densidade demográfica, segundo as Unidades da Federação e os municípios – Bahia, 2010.
- JOB CONTENT QUESTIONNAIRE CENTER. The Job Content Questionnaire (JCQ), 2004.
- JOHNSON, J. **Collective control: strategies for the survival in the workplace**. In: Johnson, J.V. & Johansson, G. *The psychosocial work environment: work organization, democratization and health*. New York, Ed Baywood, 1991. p. 121-32.
- KALIMO, R., EL-BATAWI, M., COOPER, C. L.. **Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud**. Ginebra: OMS, 1988.
- KAMANGAR, F. Effect modification in epidemiology and medicine. **Archives of Iranian Medicine**, v.15, n.19, p.575 – 582, 2012.
- KARASEK, R. et al. The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. **Journal of Occupational Health Psychology**, v. 3, n. 4, p. 322-355, 1998.
- KUNKEL, F. I. R.; VIEIRA, K. M. O impacto do suporte e da justiça sobre o bem-estar no trabalho de servidores públicos municipais. **Revista Estudos do CEPE**, Santa Cruz do Sul, n. 36, p. 104-146, 2012.
- LAKEMAN, R. Saving normal: an insider’s revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life, **Psychosis:**

Psychological, Social and Integrative Approaches, England, v. 5, n. 1, p. 1-5, 2013.

LEKA, S.; JAIN, A. **Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An overview**. Geneva: World Health Organization, WHO, 2010.

LOWE, S.R; CHAN, C.S; RHODES, J.E. Pre-hurricane perceived social support protects against psychological distress: a longitudinal analysis of low-income mothers. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.78, n.4, p.551-60, 2010.

LUDERMIR, A. B. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 451-467, 2008.

LUDERMIR, A. B.; MELO-FILHO, D. A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 213-221, 2002.

MAGNAGO, T.S.B.S. et al . Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 18, n. 3, June 2010 .

MARAGNO, L. et al . Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, 2006 .

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**, v.57, n.3, p.178-183, 2008.

MARX, K. 1818-1883. **O capital: crítica da economia política: livro terceiro: o processo global de produção capitalista**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

MARÍN-LEÓN, L. et al. Social inequality and common mental disorders. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29, n. 3, p. 250-253, 2007.

MARTINEZ, M.C.; PARAGUAY, A.I.B.B.; LATORRE, M.R.D.O. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo , v. 38, n. 1, Feb. 2004 .

MCGUIRE, G. M. Intimate work: a typology of the social support that workers provide to their network members. **Work & Occupations**, v. 34, n. 2, p.125-147, 2007.

MEDRONHO, R. A; CARVALHO, D. M. de. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006. 493p.

MEICHIOR, M.; NIEDHAMMER, I.; BERKMAN, L.F.; GOLDBERG, M. Do psychosocial work factors and social relations exert independent effects on sickness absence? A six year prospective study of the GAZEL cohort. **Journal of Epidemiology e Community Health**, v. 57, n. 4, p. 285-299, 2003.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER; L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, Ana Cristina de Souza; GOMBERG, Estélio (Org.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. Bahia: Editora UFS; 2009. p 29-56

MERHY, E. E.; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, 2006. 278-284p.

MORIN, E. M. Os sentidos do trabalho. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 8-19, 2001.

NEVES, B.S; PINHEIRO, T.M.M. Perfil epidemiológico e ocupacional dos anesthesiologists inseridos no mercado de trabalho de Belo Horizonte, Minas Gerais, em 2010. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 62, n. 5, setembro-outubro, 2012.

NIEDHAMMER, I. CHASTANG, J.F. Psychosocial work factors and first depressive episode: retrospective results from the French national SIP survey. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, v.19, 2014.

NOGUEIRA, R.P . **O trabalho em serviços de saúde**. In: SANTANA, José Paranaguá (coord.). Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS) OPAS, Disponível em:
http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/Texto_3.pdf

OLIVEIRA, N. F.; SANTANA, V. S.; LOPES, A. A. Razões de proporções e uso do método delta para intervalos de confiança em regressão logística. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 90-99, 1997.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación. Ginebra, 2010. Disponível em:< http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_124341.pdf>

PACHOAL, T.; TORRES, C. V.; PORTO, J. B. Felicidade no trabalho: relações com suporte organizacional e suporte social. **RAC**, Curitiba, v. 14, n. 6, art. 4, 2010.

PADOVAM, V. A. R. Antecedentes de bem-estar no trabalho: percepções de suportes e de justiça. **Dissertação** (Mestrado em Psicologia da Saúde). Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo, 2005, 122p.

PATEL, V.; KLEINMAN, A. Poverty and common mental disorders in developing countries. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 81, n. 8, p. 609-615, 2003.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e pratica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 596 p.

PINHO, P.S; ARAÚJO, T.M. Trabalho de enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais. **Revista de enfermagem da UERJ**, v.15, n.3, p.329-336, jul.-set. 2007.

PIRES D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.53, p.251-63, 2000.

REIS, A.L.P.P.; FERNANDES, S.R.P.; GOMES, A.F. Estresse e fatores psicossociais. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 30, n. 4, Dec. 2010.

ROCHA, S. V.; ALMEIDA, M. M. G.; ARAÚJO, T. M.; VIRTUOSO-JÚNIOR, J. S. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 4, p. 630-640, 2010.

ROTHMAN K, GREENLAND S, Lash T. **Epidemiologia moderna**. 3 ed. São Paulo; Artes Médicas; 2011.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI/Guanabara Koogan, 2003. Cap.6, p. 149-177.

RUIZ, V.S.; ARAUJO, A.L.L.. Saúde e segurança e a subjetividade no trabalho: os riscos psicossociais. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, v. 37, n. 125, June 2012.

SCHAUFELI, WB; KOMPIER, MAJ. Managing Job Stress in the Netherlands. **International Journal of Stress Management**, v.8, n. 1, p. 15-34, 2001.

SALVADOR, Secretaria Municipal de Saúde. Relação das Unidades de Saúde da Atenção Básica da cidade do Salvador.
<http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/Unidades>.

SANTOS, K. O. B. ARAÚJO, T. M.; PINHO, P. S.; SILVA, A. C. C. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.34, n.3, p.544-560, 2010.

SANTOS, K. O. B.; ARAÚJO, T. M.; OLIVEIRA, N. F. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 214-222, 2009.

SAUTER, S. L.; MURPHY, L. R.; HURRELL, J.; LEVI, L. **Factores psicosociales y de Organizacion**. In: SAUTER, S. L.; MURPHY, L. R.; HURRELL, J.; LEVI, L. Enciclopedia de salud seguridad en el trabajo. Geneva: Oficina Internacional del Trabajo, 1998. cap. 34, p. 34.3-34.16.

SEIDL, E. M. F.; TROCCOLI, B. T. Desenvolvimento de Escala para Avaliação do Suporte Social em HIV/AIDS. **Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília**, v. 22, n. 3, p. 317-326, 2006.

- SILVA, ATC; MENEZES, PR. Agotamiento profesional y trastornos mentales comunes en agentes comunitarios de la salud. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, Oct. 2008.
- SOUZA, S. F. et al. Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitários. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 710-717, 2010.
- STANSFELD, S.; CANDY, B. Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, v.32, n.6, p.443-462, 2006.
- TENNANT, C. Work-related stress and depressive disorders. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 51, n. 5, p. 697-704, 2001.
- THOITS, P. A. Stress, coping, and social support processes: where are we? What next? **Journal of Health and Social Behavior**, v. 35, Suppl. 1, p. 53-79, 1995.
- TOMASI, E. et al . Características da utilização de serviços de atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 11, Nov. 2011 .
- UCHINO, B. N., CACIOPPO, J. T., KIECOLT-GLASER, J. The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. **Psychological Bulletin**, v. 119, n. 3, p. 488-531, 1996.
- URBANETTO, JS et al. Estresse no trabalho segundo o Modelo Demanda-Controle e distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Brasil, v. 47, n. 5, p. 1180-1186, mar. 2013.
- WRIGHT, B. E. Public-Sector Work Motivation: A Review of the Current Literature and a Revised Conceptual Model. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v.11, n.4, p. 559-586, 2001.

ANEXO A: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

TRABALHADORES DA SAÚDE PESQUISA SOBRE CONDIÇÕES DE SAÚDE E TRABALHO

Este questionário é individual e confidencial. Por favor, é fundamental que você responda a todas as perguntas, pois a ausência de uma resposta pode invalidar sua avaliação. Suas respostas deverão refletir sua realidade, como você entende e vivencia seu trabalho.

BLOCO I - IDENTIFICAÇÃO GERAL

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

Unidade:

1. Sexo: <input type="checkbox"/> ₁ feminino <input type="checkbox"/> ₀ masculino	2. Idade: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> anos	3. Tem filhos? <input type="checkbox"/> ₀ não <input type="checkbox"/> ₁ sim Quantos? <input type="text"/> <input type="text"/>
4. Situação conjugal: <input type="checkbox"/> ₁ solteiro(a) <input type="checkbox"/> ₃ união consensual/união estável <input type="checkbox"/> ₅ divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a) <input type="checkbox"/> ₂ casado(a) <input type="checkbox"/> ₄ viúvo/a		
5. Na escola, qual o último nível de ensino e a última série / grau que concluiu?		
<input type="checkbox"/> Ensino fundamental <input type="checkbox"/> ₁ 1ª a 4ª série. <input type="checkbox"/> ₂ 5ª a 8ª série.	<input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> ₃ 1º ano <input type="checkbox"/> ₄ 2º ano <input type="checkbox"/> ₅ 3º ano <input type="checkbox"/> ₆ Técnico. Qual curso? [ANOTAR]: _____	<input type="checkbox"/> Ensino Superior <input type="checkbox"/> ₇ completo <input type="checkbox"/> ₈ incompleto <input type="checkbox"/> Pós-Graduação: <input type="checkbox"/> ₉ especialização <input type="checkbox"/> ₁₀ mestrado <input type="checkbox"/> ₁₁ doutorado
6. Dentre as alternativas abaixo, como você classificaria a cor da sua pele? <input type="checkbox"/> ₁ branca <input type="checkbox"/> ₂ amarela (oriental) <input type="checkbox"/> ₃ parda <input type="checkbox"/> ₄ origem indígena <input type="checkbox"/> ₅ preta <input type="checkbox"/> ₆ não sabe		

BLOCO II - INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O SEU TRABALHO

1. Qual o cargo que você exerce? _____
2. Há quanto tempo você está trabalhando neste cargo? <input type="text"/> <input type="text"/> anos <input type="text"/> <input type="text"/> meses
3. Seu vínculo de trabalho atual é:
<input type="checkbox"/> ₁ Municipal com concurso (do quadro permanente) <input type="checkbox"/> ₃ Contratado pela CLT <input type="checkbox"/> ₄ Prestador de serviços <input type="checkbox"/> ₅ Cooperativado

Municipalizado (cedido p/ governo estadual ou federal) Cargo de confiança Terceirizado Estagiário

4. Há quanto tempo você trabalha nos serviços públicos de saúde? <input type="text"/> anos <input type="text"/> meses
5. Há quanto tempo você trabalha na unidade atual? <input type="text"/> anos <input type="text"/> meses
6. Você fez algum treinamento institucional para exercer o seu cargo atual? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Se SIM, por favor, especifique qual: _____
7. Você tem recebido treinamento durante o tempo que está exercendo este cargo? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
8. As atividades que você desenvolve diariamente são compatíveis com o seu cargo de trabalho? <input type="checkbox"/> sim, totalmente <input type="checkbox"/> sim, a maior parte do tempo <input type="checkbox"/> sim, a menor parte do tempo <input type="checkbox"/> quase nunca <input type="checkbox"/> nunca
9. Seu turno de trabalho é: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Manhã e tarde <input type="checkbox"/> Noturno <input type="checkbox"/> Regime de plantão
10. Qual a sua jornada real neste trabalho no município? <input type="checkbox"/> jornada semanal até 8 horas <input type="checkbox"/> jornada semanal de 20 horas <input type="checkbox"/> jornada semanal de 36 horas <input type="checkbox"/> jornada semanal de 8 horas <input type="checkbox"/> jornada semanal de 24 horas <input type="checkbox"/> jornada semanal de 40 horas <input type="checkbox"/> jornada semanal de 12 horas <input type="checkbox"/> jornada semanal de 30 horas <input type="checkbox"/> jornada semanal ≥ 44 horas
11. Em seu trabalho, você direito a: <input type="checkbox"/> 13º salário <input type="checkbox"/> Folgas <input type="checkbox"/> Férias remuneradas <input type="checkbox"/> 1/3 de adicional de férias
12. Você possui outro trabalho? <input type="checkbox"/> Sim, na Prefeitura <input type="checkbox"/> Sim, no Estado <input type="checkbox"/> Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada com carteira assinada <input type="checkbox"/> Sim, tenho outro trabalho por conta própria <input type="checkbox"/> Sim, em outra Prefeitura <input type="checkbox"/> Sim, no nível Federal <input type="checkbox"/> Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada sem carteira assinada <input type="checkbox"/> Não tenho outro trabalho
13. Qual a sua jornada total de trabalho ao longo da semana, considerando todas as suas atividades que geram renda? <input type="text"/> horas semanais.

BLOCO III - SOBRE O SEU AMBIENTE DE TRABALHO

Com relação às condições de seu ambiente/local de trabalho:

1. Em geral, a ventilação é:	<input type="checkbox"/> precária	<input type="checkbox"/> razoável	<input type="checkbox"/> satisfatória
2. Em geral, a temperatura é:	<input type="checkbox"/> precária	<input type="checkbox"/> razoável	<input type="checkbox"/> satisfatória
3. Em geral, a iluminação é:	<input type="checkbox"/> precária	<input type="checkbox"/> razoável	<input type="checkbox"/> satisfatória
4. Em geral, você considera as condições das cadeiras e mesas:	<input type="checkbox"/> precária	<input type="checkbox"/> razoável	<input type="checkbox"/> satisfatória
5. Em geral, os recursos técnicos e equipamentos são:	<input type="checkbox"/> precária	<input type="checkbox"/> razoável	<input type="checkbox"/> satisfatória
6. No seu setor, existem equipamentos de proteção individual à sua disposição?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei
7. Você utiliza estes equipamentos? Em caso afirmativo, qual(is)? _____	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não se aplica

8. A relação entre as exigências de suas tarefas e os recursos disponíveis para sua realização é:			
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
boa	regular	ruim	muito ruim
9. Você entra em contato com materiais biológicos, como sangue, fezes, urina, saliva, líquido amniótico etc.?			
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
nunca	raramente	às vezes	sempre
10. Você entra em contato com anti-sépticos, como PVP-I, álcool iodado, clorexidine, álcool etílico a 70%?			
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
nunca	raramente	às vezes	sempre
11. Você entra em contato com gases anestésicos?			
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
nunca	raramente	às vezes	sempre
12. Você prepara e/ou administra medicamentos?			
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
nunca	raramente	às vezes	sempre
13. Seu trabalho exige que você fique em pé por muito tempo?			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
raramente	às vezes	sempre	
14. Seu trabalho exige que você fique sentado por muito tempo?			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
raramente	às vezes	sempre	
15. Seu trabalho exige que você ande muito?			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
raramente	às vezes	sempre	
16. Seu trabalho exige que você levante, carregue ou empurre peso excessivo?			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
raramente	às vezes	sempre	
17. Seu trabalho exige que você ajude o paciente a se movimentar ou levantar?			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
raramente	às vezes	sempre	
18. Você fica sem fazer pausas durante a sua jornada diária de trabalho?			
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
nunca	raramente	às vezes	sempre
19. Em geral, o ruído originado no seu local de trabalho é:			
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
desprezível	razoável	elevado	insuportável
COM RELAÇÃO A VACINAÇÃO			
20. Já tomou a vacina contra Hepatite B?		<input type="checkbox"/> 0 sim	<input type="checkbox"/> 1 não
		<input type="checkbox"/> 4 não sei/não me lembro	
20.1 Em caso afirmativo, você recebeu:		<input type="checkbox"/> 1 1 dose	<input type="checkbox"/> 2 2 doses
		<input type="checkbox"/> 3 3 doses	<input type="checkbox"/> 4 não sabe
20.2 Você realizou exame de sangue para verificar se formou anticorpos contra a Hepatite B?		<input type="checkbox"/> 0 sim	<input type="checkbox"/> 1 não
20.3 Se fez o exame de sangue, você ficou imunizado contra a Hepatite B?		<input type="checkbox"/> 0 sim	<input type="checkbox"/> 1 não
		<input type="checkbox"/> 8 não fez	
21. Já tomou a vacina contra Febre Amarela?		<input type="checkbox"/> 0 sim	<input type="checkbox"/> 1 não
		<input type="checkbox"/> 4 não sei/não me lembro	
21.1 Em caso afirmativo, há quanto tempo?		<input type="checkbox"/> 1 Menos de 10 anos	<input type="checkbox"/> 2 Mais de 10 anos
22. Já tomou a vacina anti-rábica?		<input type="checkbox"/> 0 sim	<input type="checkbox"/> 1 não
		<input type="checkbox"/> 4 não sei/não me lembro	
22.1 Em caso afirmativo, você recebeu:		<input type="checkbox"/> 1 1 dose	<input type="checkbox"/> 2 2 doses
		<input type="checkbox"/> 3 3 doses	<input type="checkbox"/> 4 não sei/não me lembro
23. Já tomou a vacina contra Rubéola, Sarampo e Caxumba (tríplice viral)?		<input type="checkbox"/> 0 sim	<input type="checkbox"/> 1 não
		<input type="checkbox"/> 4 não sei/não me lembro	
23.1 Em caso afirmativo, você recebeu:		<input type="checkbox"/> 1 1 dose	<input type="checkbox"/> 2 2 doses
		<input type="checkbox"/> 4 não sei/não me lembro	
24. Já tomou a vacina contra Tétano?		<input type="checkbox"/> 0 sim	<input type="checkbox"/> 1 não
		<input type="checkbox"/> 4 não sei/não me	

			lembro
24.1 Em caso afirmativo, você recebeu:	<input type="checkbox"/> 2 menos de 3 doses	<input type="checkbox"/> 1 3 doses ou mais, sendo a última há mais de 10 anos	<input type="checkbox"/> 0 3 doses ou mais, sendo a última há menos de 10 anos
25. Já tomou a vacina contra tuberculose (BCG)?	<input type="checkbox"/> 0 sim	<input type="checkbox"/> 1 não	<input type="checkbox"/> 4 não sei/não me lembro
26. No setor onde você trabalha existem recursos:			
Materiais suficientes para realizar as tarefas	<input type="checkbox"/> 0 sim	<input type="checkbox"/> 1 não	
Sala de descanso	<input type="checkbox"/> 0 sim	<input type="checkbox"/> 1 não	
Tempo disponível para você se alimentar	<input type="checkbox"/> 0 sim	<input type="checkbox"/> 1 não	
Acesso a sanitários para os trabalhadores no local de trabalho	<input type="checkbox"/> 0 sim	<input type="checkbox"/> 1 não	
Lanche oferecido pelo empregador no local de trabalho	<input type="checkbox"/> 0 sim	<input type="checkbox"/> 1 não	
Escaninhos para guardar pertences	<input type="checkbox"/> 0 sim	<input type="checkbox"/> 1 não	
Copa/refeitório	<input type="checkbox"/> 0 sim	<input type="checkbox"/> 1 não	
27. No caso de não existir copa ou refeitório, três ou mais vezes por semana você almoça ou janta:			
<input type="checkbox"/> 1 Em casa <input type="checkbox"/> 2 No próprio local de trabalho em condições confortáveis <input type="checkbox"/> 3 No próprio local de trabalho em condições desconfortáveis <input type="checkbox"/> 4 Em restaurantes ou lanchonetes próximos ao seu local de trabalho <input type="checkbox"/> 5 Em restaurantes ou lanchonetes distantes do seu local de trabalho <input type="checkbox"/> 6 não se aplica ao profissional			

BLOCO IV - CARACTERÍSTICAS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO

Para as questões abaixo assinale a resposta que melhor corresponda a sua situação de trabalho. Às vezes nenhuma das opções de resposta corresponde exatamente a sua situação; neste caso, escolha aquela que mais se aproxima de sua realidade.

1. Meu trabalho me possibilita aprender coisas novas.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
2. Meu trabalho envolve muito trabalho repetitivo.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
3. Meu trabalho requer que eu seja criativo.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
4. Meu trabalho exige um alto nível de habilidade.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
5. Em meu trabalho, eu posso fazer muitas coisas diferentes.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
6. No meu trabalho, eu tenho oportunidade de desenvolver minhas habilidades especiais.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
7. O que tenho a dizer sobre o que acontece no meu trabalho é considerado.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
8. Meu trabalho me permite tomar muitas decisões por minha própria conta.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
9. Em meu trabalho, eu tenho pouca liberdade para decidir como fazer minhas próprias tarefas.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente

10. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito duro.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
11. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito rapidamente.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
12. Eu não sou solicitado(a) a realizar um volume excessivo de trabalho.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
13. O tempo para realização das minhas tarefas é suficiente.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
14. Algumas demandas que eu tenho que atender no meu trabalho estão em conflito umas com as outras.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
15. Eu frequentemente trabalho durante o meu almoço ou durante as pausas para terminar meu trabalho.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
16. Meu trabalho me exige muito emocionalmente.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
17. Meu trabalho envolve muita negociação/ conversa/ entendimento com outras pessoas.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
18. Em meu trabalho, eu preciso suprimir minhas verdadeiras emoções.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
19. Meu trabalho exige muito esforço físico.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
20. Meu trabalho exige atividade física rápida e contínua.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
21. Frequentemente, o trabalho exige que eu mantenha meu corpo, por longos períodos, em posições incômodas	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
22. Frequentemente, o trabalho exige que eu mantenha minha cabeça e braços, por longos períodos, em posições incômodas	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
23. Meu chefe/coordenador preocupa-se com o bem-estar de sua equipe de trabalho. <input type="checkbox"/> 8 não tenho supervisor	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
24. Meu supervisor me trata com respeito. <input type="checkbox"/> 8 não tenho supervisor	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
25. Meu chefe/coordenador me ajuda a fazer meu trabalho. <input type="checkbox"/> 8 não tenho supervisor	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
26. As pessoas com quem trabalho são amigáveis.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
27. As pessoas com quem trabalho são colaborativas na realização das atividades.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
28. Eu sou tratado/a com respeito pelos meus colegas de trabalho.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
29. Onde eu trabalho, nós tentamos dividir igualmente as dificuldades do trabalho.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
30. Existe um sentimento de união entre as pessoas com quem eu trabalho.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
31. Meu grupo de trabalho toma decisões democraticamente.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente

Por favor, assinale até que ponto você concorda ou discorda das afirmativas abaixo. Agradecemos por responder a todas as afirmativas.

32. Constantemente, eu me sinto pressionado pelo tempo por causa da carga pesada de trabalho.	<input type="checkbox"/> 1 discordo totalmente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo totalmente
33. Frequentemente eu sou interrompido(a) e incomodado(a) no trabalho.	<input type="checkbox"/> 1 discordo totalmente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo totalmente
34. Nos últimos anos, meu trabalho passou a exigir cada vez mais de mim.	<input type="checkbox"/> 1 discordo totalmente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo totalmente
35. Eu tenho o respeito que mereço dos meus chefes e supervisores.	<input type="checkbox"/> 1 discordo totalmente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo totalmente
36. Eu vejo poucas possibilidades de ser promovido no futuro.	<input type="checkbox"/> 1 discordo totalmente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo totalmente
37. No trabalho, eu passei ou ainda posso passar por mudanças não desejadas.	<input type="checkbox"/> 1 discordo totalmente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo totalmente
38. Tenho pouca estabilidade no emprego.	<input type="checkbox"/> 1 discordo totalmente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo totalmente
39. Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado.	<input type="checkbox"/> 1 discordo totalmente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo totalmente
40. No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado(a) pela pressão do tempo.	<input type="checkbox"/> 1 discordo totalmente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo totalmente
41. Assim que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas do trabalho.	<input type="checkbox"/> 1 discordo totalmente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo totalmente
42. Quando chego em casa, eu consigo relaxar e “me desligar” facilmente do meu trabalho.	<input type="checkbox"/> 1 discordo totalmente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo totalmente
43. As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho.	<input type="checkbox"/> 1 discordo totalmente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo totalmente
44. O trabalho não me deixa; ele ainda está na minha cabeça quando vou dormir.	<input type="checkbox"/> 1 discordo totalmente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo totalmente
45. Não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje.	<input type="checkbox"/> 1 discordo totalmente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo totalmente

Com relação a satisfação:

46. Você está satisfeito(a) com o seu trabalho?	<input type="checkbox"/> 1 não estou satisfeito(a) de forma nenhuma	<input type="checkbox"/> 2 não estou satisfeito(a)	<input type="checkbox"/> 3 estou satisfeito(a)	<input type="checkbox"/> 4 estou muito satisfeito(a)	
47. Você se candidataria ao seu emprego novamente?	<input type="checkbox"/> 1 sim, sem hesitação	<input type="checkbox"/> 2 sim, depois de refletir sobre isto	<input type="checkbox"/> 3 definitivamente não		
48. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	<input type="checkbox"/> 1 muito ruim	<input type="checkbox"/> 2 ruim	<input type="checkbox"/> 3 nem ruim,	<input type="checkbox"/> 4 boa	<input type="checkbox"/> 5 muito boa

			nem boa		
--	--	--	---------	--	--

Por favor, circule o número correspondente ao que lhe parece a melhor resposta

	muito insatisfeito	Insatisfeito	nem insatisfeito, nem satisfeito	satisfeito	muito satisfeito
49. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
50. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, colegas)?	1	2	3	4	5
51. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

BLOCO V- ATIVIDADES DOMÉSTICAS E HÁBITOS DE VIDA

Abaixo estão listadas algumas tarefas da casa (atividades domésticas)

ATIVIDADE	Contando com você, quantas pessoas vivem na sua casa? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
1. Cuidar das crianças menores de 7 anos?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	9. Você é o/a principal responsável pelas atividades domésticas na sua casa? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
2. Cozinhar?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	
3. Passar roupa?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	
4. Cuidar da limpeza?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	
5. Lavar roupa?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	
6. Pequenos consertos	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	
7. Feira/ supermercado	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	
8. Cuidar de idosos ou de pessoas doentes	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	
			10. Nas últimas duas semanas , em que dias você realizou atividades domésticas?
			<input type="checkbox"/> todos os dias da semana <input type="checkbox"/> três ou mais dias na semana <input type="checkbox"/> um ou dois dias na semana <input type="checkbox"/> apenas no final de semana <input type="checkbox"/> não realizou atividades domésticas

9. Quantas horas você dedica, por dia, às tarefas domésticas? _____ horas	[] NSA
--	---------

11. Você participa de atividades regulares de lazer?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	
12. Se SIM, qual o tipo de atividade realizada? <input type="checkbox"/> atividades culturais (cinema, teatro, exposição) <input type="checkbox"/> Assiste TV ou ouve rádio <input type="checkbox"/> atividades sociais (visita a amigos, festa, barzinho, jogos – baralho, dominó, xadrez) <input type="checkbox"/> físicas (caminhadas, natação, prática de esportes, corrida, academia)			
13. Com que frequência você realiza as atividades físicas?	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 3 ou mais vezes por semana
14. Considerando como fumante quem já fumou pelo menos 100 cigarros, ou 5 maços, você se classifica como:	<input type="checkbox"/> não fumante	<input type="checkbox"/> ex-fumante	<input type="checkbox"/> fumante atual
15. Você consome bebida alcoólica?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Se respondeu “não”, siga para o próximo bloco.
16. Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	
17. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	
18. Sente-se aborrecido consigo mesmo (a) pela maneira como costuma beber?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	
19. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	

BLOCO VI- CAPACIDADE PARA O TRABALHO

<p>1. Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos. Em uma escala de zero a dez, quantos pontos você daria para sua capacidade de trabalho atual.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Estou incapaz para o trabalho   Estou em minha melhor capacidade para o trabalho</p>
<p>2. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do seu trabalho? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo)</p> <p>₅<input type="checkbox"/> muito boa ₄<input type="checkbox"/> boa ₃<input type="checkbox"/> moderada ₂<input type="checkbox"/> baixa ₁<input type="checkbox"/> muito baixa</p>
<p>3. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais do seu trabalho? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer)</p> <p>₅<input type="checkbox"/> muito boa ₄<input type="checkbox"/> boa ₃<input type="checkbox"/> moderada ₂<input type="checkbox"/> baixa ₁<input type="checkbox"/> muito baixa</p>
<p>4. Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho devido a um problema de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?</p> <p>₅<input type="checkbox"/> nenhum ₄<input type="checkbox"/> até 9 dias ₃<input type="checkbox"/> de 10 a 24 dias ₂<input type="checkbox"/> de 25 a 99 dias ₁<input type="checkbox"/> de 100 a 365 dias</p>
<p>5. Considerando sua saúde, você acha que será capaz de, daqui a 2 anos, fazer seu trabalho atual?</p> <p>₁<input type="checkbox"/> é improvável ₄<input type="checkbox"/> não estou muito certo ₇<input type="checkbox"/> bastante provável</p>
<p>6. Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?</p> <p>₄<input type="checkbox"/> sempre ₃<input type="checkbox"/> quase sempre ₂<input type="checkbox"/> às vezes ₁<input type="checkbox"/> raramente ₅<input type="checkbox"/> nunca</p>
<p>7. Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?</p> <p>₄<input type="checkbox"/> sempre ₃<input type="checkbox"/> quase sempre ₂<input type="checkbox"/> às vezes ₁<input type="checkbox"/> raramente ₅<input type="checkbox"/> nunca</p>
<p>8. Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?</p> <p>₄<input type="checkbox"/> sempre ₃<input type="checkbox"/> quase sempre ₂<input type="checkbox"/> às vezes ₁<input type="checkbox"/> raramente ₅<input type="checkbox"/> nunca</p>

BLOCO VII - ASPECTOS RELACIONADOS À SUA SAÚDE

AGORA FALAREMOS UM POUCO SOBRE A SUA SAÚDE

<p>1. De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como você considera o seu estado de saúde?</p> <p>₁<input type="checkbox"/> muito bom ₂<input type="checkbox"/> bom ₃<input type="checkbox"/> regular ₄<input type="checkbox"/> ruim ₅<input type="checkbox"/> muito ruim</p>																		
<p>2. Você possui diagnóstico médico para alguma das doenças listadas abaixo? Pode marcar mais de uma opção</p> <table> <tbody> <tr> <td>Diabetes</td> <td>₁<input type="checkbox"/> sim</td> <td>₀<input type="checkbox"/> não</td> <td>Tuberculose</td> <td>₁<input type="checkbox"/> sim</td> <td>₀<input type="checkbox"/> não</td> </tr> <tr> <td>Colesterol alto</td> <td>₁<input type="checkbox"/> sim</td> <td>₀<input type="checkbox"/> não</td> <td>Gastrite</td> <td>₁<input type="checkbox"/> sim</td> <td>₀<input type="checkbox"/> não</td> </tr> <tr> <td>Obesidade</td> <td>₁<input type="checkbox"/> sim</td> <td>₀<input type="checkbox"/> não</td> <td>Úlcera</td> <td>₁<input type="checkbox"/> sim</td> <td>₀<input type="checkbox"/> não</td> </tr> </tbody> </table>	Diabetes	₁ <input type="checkbox"/> sim	₀ <input type="checkbox"/> não	Tuberculose	₁ <input type="checkbox"/> sim	₀ <input type="checkbox"/> não	Colesterol alto	₁ <input type="checkbox"/> sim	₀ <input type="checkbox"/> não	Gastrite	₁ <input type="checkbox"/> sim	₀ <input type="checkbox"/> não	Obesidade	₁ <input type="checkbox"/> sim	₀ <input type="checkbox"/> não	Úlcera	₁ <input type="checkbox"/> sim	₀ <input type="checkbox"/> não
Diabetes	₁ <input type="checkbox"/> sim	₀ <input type="checkbox"/> não	Tuberculose	₁ <input type="checkbox"/> sim	₀ <input type="checkbox"/> não													
Colesterol alto	₁ <input type="checkbox"/> sim	₀ <input type="checkbox"/> não	Gastrite	₁ <input type="checkbox"/> sim	₀ <input type="checkbox"/> não													
Obesidade	₁ <input type="checkbox"/> sim	₀ <input type="checkbox"/> não	Úlcera	₁ <input type="checkbox"/> sim	₀ <input type="checkbox"/> não													

Pressão alta	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Hepatite	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Câncer	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Infecção urinária	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Artrite/ reumatismo	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	LER/DORT	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Rinite/ sinusite	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Depressão	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Asma	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Distúrbios do sono	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Infarto do miocárdio	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Anemia	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Angina	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Varizes	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Insuficiência cardíaca	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Doença dos rins	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Alergia/ eczema	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Hérnia de disco	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Disfonia	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Lombalgia	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Outro(s)? [ANOTAR]					

3. **Em caso de algum problema de saúde**, sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta)

não há impedimento / eu não tenho doença

eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas a lesão/doença, me causa alguns sintomas

algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho

frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho

por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial

na minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar

4. Abaixo estão listados alguns problemas de saúde. Se você não possui o problema, assinale 0. Se você sente o problema, assinale com que frequência que ele acontece.

	0 = nunca	1 = raramente	2 = pouco frequente	3 = frequente	4 = muito frequente
Dor nas pernas	<input type="checkbox"/>				
Dor parte inferior das costas	<input type="checkbox"/>				
Dor nos braços	<input type="checkbox"/>				
Dor parte superior das costas	<input type="checkbox"/>				
Cansaço ao falar	<input type="checkbox"/>				
Rouquidão	<input type="checkbox"/>				
Problemas de pele	<input type="checkbox"/>				
Esquecimento	<input type="checkbox"/>				
Problemas digestivos	<input type="checkbox"/>				
Cansaço mental	<input type="checkbox"/>				
Nervosismo	<input type="checkbox"/>				
Sonolência	<input type="checkbox"/>				
Insônia	<input type="checkbox"/>				
Azia/Queimação	<input type="checkbox"/>				
Fraqueza	<input type="checkbox"/>				
Redução da visão	<input type="checkbox"/>				
Irritação nos olhos	<input type="checkbox"/>				
Palpitações	<input type="checkbox"/>				

5. Nas duas últimas semanas, você percebeu alguma piora na qualidade de sua voz?

não de vez em quando diariamente

6. Nos últimos 12 meses, você teve licença médica ou foi afastado do

sim não

trabalho?		
Se SIM, por qual motivo?		
7. Já teve alguma doença ocupacional ou profissional (diagnosticada por médico)?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Em caso afirmativo, qual?		
Há quanto tempo? <input type="text"/> anos <input type="text"/> meses		
Houve emissão da CAT?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sei o que é CAT
8. Nos últimos 12 meses, você sofreu algum acidente de trabalho que o colocou em contato direto com sangue, escarro ou outros líquidos corporais do paciente?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Houve emissão da CAT?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sei o que é CAT
9. Você procurou obter a Orientação para acidente de trabalho com exposição a material biológico de risco na rede municipal de saúde?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não tenho conhecimento da existência dessa Orientação
10. Nos últimos 12 meses, você sofreu outro tipo de acidente de trabalho ou acidente de trajeto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Em caso afirmativo, qual?		

BLOCO VII - ASPECTOS RELACIONADOS À SUA SAÚDE

As próximas questões estão relacionadas a situações que você pode ter vivido nos últimos 30 DIAS . Se você sentiu a situação descrita nos últimos 30 DIAS responda SIM. Se você não sentiu a situação, responda NÃO. Se você está incerto sobre como responder, dê a melhor resposta que você puder.		
1. Tem dores de cabeça frequentemente?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
2. Tem falta de apetite?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
3. Dorme mal?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
4. Assusta-se com facilidade?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
5. Tem tremores nas mãos?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
7. Tem má digestão?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
9. Tem se sentido triste ultimamente?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
10. Tem chorado mais do que de costume?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
11. Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
12. Tem dificuldade para tomar decisões?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
13. Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
16. Você se sente uma pessoa inútil em sua vida?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
17. Tem tido ideia de acabar com a vida?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
20. Você se cansa com facilidade?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não

BLOCO VIII - ATOS DE VIOLÊNCIA – VITIMIZAÇÃO

1. Você sente sua segurança pessoal ameaçada no seu trabalho?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
---	------------------------------	------------------------------

2. Você sente-se ameaçado quanto à segurança de seus pertences e bens pessoais no trabalho?	<input type="checkbox"/> ₁ sim	<input type="checkbox"/> ₀ não
3. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça no seu local de trabalho, praticado por usuários do serviço de saúde?	<input type="checkbox"/> ₀ nunca <input type="checkbox"/> ₁ uma vez <input type="checkbox"/> ₂ algumas vezes <input type="checkbox"/> ₃ com frequência	
4. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça no trabalho, praticado por parentes, acompanhantes ou vizinhos do usuário do seu serviço de saúde?	<input type="checkbox"/> ₀ nunca <input type="checkbox"/> ₁ uma vez <input type="checkbox"/> ₂ algumas vezes <input type="checkbox"/> ₃ com frequência	
5. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a usuário dos serviços?	<input type="checkbox"/> ₀ nunca <input type="checkbox"/> ₁ uma vez <input type="checkbox"/> ₂ algumas vezes <input type="checkbox"/> ₃ com frequência	
6. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a outro colega de trabalho?	<input type="checkbox"/> ₀ nunca <input type="checkbox"/> ₁ uma vez <input type="checkbox"/> ₂ algumas vezes <input type="checkbox"/> ₃ com frequência	
7. Você já pensou em mudar o seu local de trabalho em função de episódios de agressão ou ameaça?	<input type="checkbox"/> ₀ nunca <input type="checkbox"/> ₁ uma vez <input type="checkbox"/> ₂ algumas vezes <input type="checkbox"/> ₃ com frequência	
Esta seção trata de atos de violência FORA do trabalho dos quais você pode ter sido vítima nos últimos 12 meses. Por favor, responda às seguintes questões:		
8. Você sofreu alguma agressão nos últimos 12 meses (fora do trabalho)?	<input type="checkbox"/> ₁ sim	<input type="checkbox"/> ₀ não
Se sim, quem praticou a agressão?		
<input type="checkbox"/> ₁ paciente/ usuário do serviço de saúde <input type="checkbox"/> ₂ esposo(a) <input type="checkbox"/> ₃ amigo (a) <input type="checkbox"/> ₄ pai <input type="checkbox"/> ₅ irmão(a) <input type="checkbox"/> ₆ mãe <input type="checkbox"/> ₇ filho (a) <input type="checkbox"/> ₈ vizinho(a) <input type="checkbox"/> ₉ desconhecido(a) <input type="checkbox"/> ₁₀ Outros. Especifique		
9. Qual foi o tipo de agressão (fora do trabalho)?		
<input type="checkbox"/> ₁ Física – Especifique: <input type="checkbox"/> ₂ Psicológica <input type="checkbox"/> ₃ Sexual <input type="checkbox"/> ₄ Negligência <input type="checkbox"/> ₅ Atos de destruição <input type="checkbox"/> ₆ Xingamentos <input type="checkbox"/> ₇ Outros. Especifique		
10. Você já foi vítima de algum acidente de trânsito nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> ₁ sim	<input type="checkbox"/> ₀ não
Qual sua renda média mensal? R\$ <input type="text"/>		
Se você desejar fazer algum comentário ou registro, por favor, utilize o espaço abaixo:		

Muito obrigado por sua colaboração!

Entrevistador/a: _____

ANEXO B: TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Av. Universitária, s/n - Km 03 da BR 116, Campus Universitário. CEP: 44031-460. Feira de Santana - BA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Título do Projeto: Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde.

Pesquisadores: Dr^a Tânia Maria de Araújo, Dr^a. Maura Maria Guimarães de Almeida e Thereza Christina Coelho Bahia.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Antes de decidir, é importante que entenda o motivo da realização do estudo e qual sua finalidade. Estaremos a sua disposição, pessoalmente, na UEFS – Departamento de Saúde – Núcleo de Epidemiologia - KM 03, BR 116, Campus Universitário, 6º Módulo, 44.031-460, Feira de Santana-BA, ou pelo telefone (0xx75) 3224-8320 para prestar qualquer esclarecimento, caso você precise de maiores informações.

Esta pesquisa pretende investigar as condições de trabalho nas unidades de atenção básica à saúde dos municípios de Feira de Santana, Vitória da Conquista, Juazeiro e Santo Antônio de Jesus, a partir da percepção dos profissionais de saúde que estão em efetivo exercício profissional nas unidades selecionadas para este estudo. O conhecimento sobre os fatores envolvidos na relação entre a saúde e o trabalho pode favorecer o planejamento de ações para a melhoria da qualidade de vida e para eliminação ou redução de fatores de risco no ambiente do trabalho.

Todas as pessoas em atividade na unidade selecionada serão convidadas a participarem desta pesquisa.

A sua participação é voluntária e você poderá se afastar a qualquer momento do estudo, se desejar. Para participar, você preencherá o questionário anexo que aborda alguns aspectos em relação às condições e características do seu ambiente trabalho e serão avaliados também aspectos relacionados à saúde.

Salientamos que a sua identificação será resguardada e mantida em sigilo, mas se alguma pergunta do questionário lhe causar constrangimento, ela não precisará ser respondida. Se você sentir algum desconforto (mal estar) relacionado ao objeto de pesquisa, a equipe fará encaminhamento às unidades de serviço especializadas.

Os resultados da pesquisa serão divulgados aos seus participantes e à comunidade geral e científica. Os dados serão armazenados pelo núcleo de pesquisa NEPI (UEFS) no prazo máximo de 5 anos, sob a responsabilidade da coordenação da pesquisa. A divulgação, em qualquer meio de apresentação, se fará de forma a garantir a confidencialidade dos dados.

Se você achar que foi bem informado (a) e quiser participar voluntariamente desta pesquisa, permitindo que os resultados da mesma sejam publicados, deverá assinar este documento que consta de duas vias. Uma das vias ficará com você e a outra conosco.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos que porventura possam surgir.



Feira de Santana, ____ de _____ de 2010.

Assinatura do Participante

Tânia Maria de Araújo

Prof^a Tânia Maria de Araújo
Coordenadora da Pesquisa
(0xx75) 3224-8320

ANEXO C: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFS**

Av. Transnordestina, S/N – Novo Horizonte - Módulo I – 44.036-900 – Feira de Santana-BA
Fone: (75) 224-8124 E-mail: cep.uefs@yahoo.com.br

Feira de Santana, 30 de novembro de 2009.
O f. CEP-UEFS nº 267/2009.

Senhor(a) Pesquisador(a): Tânia Maria de Araújo

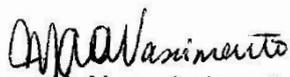
Tenho muita satisfação em informar-lhe que o atendimento às pendências referentes ao seu Projeto de Pesquisa intitulado “**Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia**”, registrado sob **Protocolo N.º 081/2009 (CAAE 0086.0.059.000-09)**, satisfaz às exigências da *Res. 196/96*. Assim, seu projeto foi **Aprovado** podendo ser iniciada a coleta de dados com os sujeitos da pesquisa conforme orienta o *Cap. IX.2, alínea a – Res. 196/96*.

Na oportunidade informo que qualquer modificação feita no projeto, após aprovação pelo CEP, deverá ser imediatamente comunicada ao Comitê, conforme orienta a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea b*.

Relembro que conforme instrui a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea c*, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Em nome dos membros do CEP-UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano (30/11/2010) este CEP aguardará o recebimento do seu relatório.

Atenciosamente,


Maria Ângela Alves do Nascimento
Coordenadora do CEP-UEFS