

Interação entre demanda-controle e apoio social na ocorrência de transtornos mentais comuns

Amália Ivine Santana Mattos^I, Tânia Maria de Araújo^{II}, Maura Maria Guimarães de Almeida^{II}

^I Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, BA, Brasil

^{II} Departamento de Saúde. Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, BA, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a interação entre aspectos psicossociais do trabalho e a ocorrência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde.

MÉTODOS: Estudo transversal conduzido em amostra representativa de trabalhadores da atenção básica de cinco municípios da Bahia em 2012. As variáveis desfecho foram os transtornos mentais comuns avaliados pelo SRQ-20, as de exposição foram a alta exigência (alta demanda psicológica e baixo controle sobre o próprio trabalho) e o baixo apoio social no trabalho. A interação foi verificada pelo 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.

RESULTADOS: A prevalência global de transtornos mentais comuns foi de 21%. Apresentou maior magnitude no grupo de exposição combinada (alta exigência e baixo apoio social), chegando a 28% quando comparada a 17% na situação de nenhuma exposição (baixa exigência e alto apoio social).

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

DESCRITORES: Saúde do Trabalhador. Saúde Mental. Condições de Trabalho. Satisfação no Emprego. Esgotamento Profissional, epidemiologia. Transtornos Mentais, epidemiologia. Apoio Social. Modelo demanda-controle.

Correspondência:

Amália Ivine Santana Mattos
Núcleo de Epidemiologia
Universidade Estadual de
Feira de Santana
Av. Transnordestina, s/n
Novo Horizonte
44036-900 Feira de Santana,
BA, Brasil
E-mail: amalia0807@gmail.com

Recebido: 1 jun 2015

Aprovado: 14 jan 2016

Como citar: Mattos AIS, Araújo TM, Almeida MMG. Interação entre demanda-controle e apoio social na ocorrência de transtornos mentais comuns. Rev Saude Publica. 2017;51:48.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

A influência do trabalho na vida das pessoas é apontada na literatura científica^{18,19}. O trabalho também pode contribuir para alterações da saúde física e mental dos indivíduos, uma vez que implica complexas articulações de fatores que envolvem o corpo e a subjetividade dos trabalhadores¹². 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 são apontadas como promotoras de realização, prazer, saúde e satisfação¹⁵. Em contrapartida, o trabalho desenvolvido sob condições que oferecem baixo controle sobre a própria tarefa, altas demandas psicológicas, marcadas por relações sociais conflituosas ou caracterizadas por isolamento social (*isostrain*), pode constituir-se fator importante para o adoecimento mental².

Os transtornos mentais relacionados ao trabalho atingem uma parcela significativa da população trabalhadora brasileira. São responsáveis pelo terceiro lugar no *ranking* das concessões de auxílio-doença²⁵. Os transtornos mentais comuns (TMC), um agravo de alta ocorrência entre trabalhadores da saúde, têm sido observados como fatores associados ao presenteísmo, absentismo e incapacidades²². Sua ocorrência entre os trabalhadores de saúde configura-se como um problema de grande relevância, pois implica comprometimento do cuidado prestado ao usuário¹.

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 Karasek¹⁷. O modelo permite a predição de quatro experiências de trabalho: 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). A vivência de experiências de trabalho que combinam altas demandas psicológicas e baixo controle sobre o trabalho configura-se como cenário para maior ocorrência do desgaste no trabalho (*job strain*) e, conseqüentemente, efeitos deletérios sobre a saúde dos trabalhadores¹⁷.

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 Johnson¹⁶, ao considerar que o apoio social, uma necessidade humana básica, atua como importante moderador dos impactos das elevadas demandas, o que ele denominou de controle coletivo. O apoio social nos remete à proposta de ideologia defensiva, uma vez que consiste na adoção de estratégias coletivas para a gestão das adversidades vivenciadas no ambiente de trabalho¹².

Diversos autores 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, é pertinente considerar a existência de interação entre essas dimensões, uma vez que esta é caracterizada pelo afastamento da aditividade de efeitos individuais²¹. 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 permanece um desafio para esse campo do conhecimento. A avaliação da interação de fatores para a ocorrência de doenças constitui-se 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 adoecimento²¹.

Existem poucos estudos que investigaram a interação entre os aspectos psicossociais, considerando controle sobre o trabalho, demanda psicológica e apoio social no trabalho, e a ocorrência de desfechos relacionados à saúde mental¹⁸. É necessário compreender os mecanismos complexos da interação entre essas três dimensões psicossociais para a ocorrência de transtornos mentais

comuns, uma vez que esse conhecimento poderá representar ganhos relevantes na direção da prevenção desse agravo entre os trabalhadores. O objetivo deste estudo foi analisar a interação entre aspectos psicossociais do trabalho (demanda psicológica, controle sobre o próprio trabalho e apoio social) e a ocorrência de TMC entre trabalhadores da saúde.

MÉTODOS

Estudo seccional realizado em cinco municípios da Bahia com trabalhadores da saúde com foco nas condições de trabalho, emprego e saúde. Foram incluídos trabalhadores dos serviços de atenção básica à saúde que estavam em pleno exercício das suas atividades. A amostra representativa foi selecionada por procedimento aleatório, estratificada por área geográfica, nível de complexidade da atenção prestada 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 por meio de listas de números aleatórios.

A coleta de dados envolveu aplicação de instrumento de pesquisa construído a partir de revisão da literatura. Foi realizado treinamento prévio dos entrevistadores para padronizar as condutas e estudo piloto numa cidade baiana com 30 trabalhadores de saúde. Os dados foram coletados em 2012 por meio de visita às unidades de saúde nas quais os trabalhadores selecionados atuavam. Utilizou-se a estratégia de substituição por profissional de mesmo sexo e categoria profissional, após três tentativas de contato sem sucesso como procedimento para reduzir eventuais perdas.

As variáveis desfecho foram os TMC mensurados pelo *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), um instrumento composto de 20 questões dicotômicas (sim; não) que avalia sintomas depressivos, somáticos e de ansiedade que ocorreram nos últimos 30 dias. Na avaliação realizada por Santos et al.²³, 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). O instrumento é composto de 49 questões, distribuídas em cinco dimensões: demandas físicas, demandas psicológicas, controle sobre o próprio trabalho, apoio social no trabalho e insegurança no trabalho. Neste estudo, as dimensões utilizadas foram: demanda psicológica, controle e apoio social no trabalho. As questões do JCQ estão dispostas em escala ordinal tipo *Likert* de quatro pontos (“discordo fortemente” a “concordo fortemente”). Estudo do desempenho do JCQ o evidenciou como um bom instrumento para mensurar os aspectos psicossociais do trabalho no Brasil⁵.

O escore obtido para cada uma das dimensões foi categorizado em alto e baixo utilizando a média como ponto de corte⁴. Após esse procedimento, foram compostos os quadrantes das situações de trabalho previstas pelo modelo: baixa exigência, trabalho ativo, trabalho passivo e alta exigência. O baixo apoio social no trabalho e a alta exigência foram considerados como categorias de exposição mais danosas à saúde dos trabalhadores.

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 por meio do cálculo: $SD = (\text{lavar} + \text{passar} + \text{limpar} + \text{cozinhar}) \times (\text{número de moradores} - 1)$ ²⁷. 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 (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 (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 ($S < 1$)²¹. Foram também calculados o excesso de prevalência (Excesso de prevalência - EP = $P_{\text{exposição}} - P_{\text{nenhuma exposição}}$) e o excesso de razão de prevalência (ERP = $RP - 1$), que evidenciam se o efeito combinado dos fatores é maior que a soma dos seus efeitos isolados, e a diferença relativa [$(RP - 1) / (ERP_{01} + ERP_{10}) - 1$], que mostra o afastamento do comportamento esperado para a ação isolada dos fatores¹⁴.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (Protocolo 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. Todos os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

A população de estudo constituiu-se de 2.532 trabalhadores jovens (média de 30,8 anos), com predominância do sexo feminino (79,3%), casados e em união estável (57,7%), com ensino médio (39,4%), de cor da pele parda (56%), que realizavam atividades físicas (70,4%) e de lazer (81,9%). O vínculo de emprego efetivo foi referido por 70,4% dos trabalhadores. A maioria afirmou ter 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%), 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. Os trabalhadores possuíam, predominantemente, alta demanda psicológica (54%), baixo controle sobre o trabalho (59,4%) e alto apoio social (54,2%). A experiência de trabalho em alta exigência foi vivenciada por 32,5% dos trabalhadores (dados não mostrados em tabelas). Trabalhadores que vivenciavam a alta exigência apresentaram maiores percentuais entre os que não tinham companheiro (45,5%), não realizavam atividades físicas (51,7%) nem de lazer (19,1%), estavam insatisfeitos com o trabalho (35,7%) e com sobrecarga alta de trabalho doméstico (32,9%). A prevalência de TMC foi maior nesse grupo (26,2%), sugerindo que situações de maior vulnerabilidade estavam concentradas na situação de alta exigência. Trabalhadores com baixo apoio social referiram percentuais mais expressivos entre o sexo masculino (20,4%), entre os que possuíam mais de 40 anos (41%), com ensino superior (39,7%), renda maior que dois salários mínimos (25,1%), que não realizavam atividades físicas (52,4%) nem de lazer (19,9%), com vínculo de trabalho não efetivo (30,8%), até quatro anos de trabalho na unidade (49,4%), insatisfeitos com o trabalho (34,6%) e com maior prevalência de TMC (24,4%) (Tabela 1).

A prevalência global de TMC na população estudada foi de 21%. Observou-se a ocorrência do TMC em 17% dos não expostos a nenhum dos fatores e de 28% entre os expostos a ambos os fatores. A combinação das exposições apresentou tendência ao aumento das razões de prevalência brutas. A análise de efeito dos fatores isolados mostrou 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) (Tabela 2).

A diferença entre a prevalência esperada em virtude da exposição combinada ($P = 24,9\%$) e a prevalência observada para o grupo ($P = 28\%$) excedeu a ocorrência do desfecho em 3,1%, segundo o pressuposto da aditividade. A associação do efeito combinado da alta exigência e

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

Variável	Exposição modelo demanda-controle								Exposição apoio social no trabalho			
	Baixa exigência		Trabalho ativo		Trabalho passivo		Alta exigência		Alto apoio		Baixo apoio	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo												
Feminino	369	81,3	375	74,6	506	80,4	612	80,2	1.034	80,8	859	79,6
Masculino	85	18,7	128	24,4	123	19,6	151	19,8	246	19,2	20	20,4
Faixa etária (anos)												
Até 40	257	57,9	290	58,8	351	56,8	441	58,6	374	59,3	627	59,0
Mais de 40	187	42,1	203	41,2	267	43,2	312	41,4	511	40,7	435	41,0
Situação conjugal												
Com companheiro	256	56,4	305	60,9	371	59,0	419	55,0	723	56,7	633	58,6
Sem companheiro	198	43,6	196	39,1	258	41,0	343	45,0	553	43,3	447	41,4
Escolaridade												
Até ensino médio	270	60,3	243	48,9	411	65,7	471	62,5	807	63,5	643	60,3
Ensino superior	178	39,7	254	51,1	215	34,3	283	37,5	464	36,5	424	39,7
Renda												
Até 2 salários mínimos	274	76,5	228	61,3	388	84,9	471	82,5	829	82,5	586	74,9
Mais de 2 salários mínimos	84	23,5	144	38,7	69	15,1	103	17,9	176	17,5	196	25,1
Atividades físicas												
Sim	235	52,5	286	57,9	329	52,8	366	48,3	695	55,0	509	47,6
Não	213	47,5	208	42,1	294	47,2	391	51,7	569	45,0	560	52,4
Atividades de lazer												
Sim	391	86,1	434	87,0	507	81,3	615	80,9	1.076	84,9	864	80,1
Não	63	13,9	65	13,0	117	18,8	145	19,1	191	15,1	214	19,9
Vínculo de trabalho												
Efetivo	317	70,4	301	60,6	500	79,7	516	68,3	928	73,0	738	69,2
Não efetivo	133	29,6	196	39,4	127	20,3	239	31,7	343	27,0	329	30,8
Tempo de trabalho na unidade (anos)												
Até 4	227	51,6	213	44,3	325	54,2	350	47,4	584	48,4	511	49,4
Mais de 4	213	48,4	268	55,7	275	45,8	389	52,6	622	51,6	524	50,6
Satisfação com o trabalho												
Satisfeito	384	84,6	399	79,3	451	71,8	489	64,3	1.033	80,8	706	65,4
Insatisfeito	70	15,4	104	20,7	177	28,2	272	35,7	245	19,2	374	34,6
Sobrecarga doméstica												
Baixa	207	47,2	260	53,6	252	40,9	327	44,2	531	42,9	481	46,2
Média	98	22,3	96	19,8	164	26,6	169	22,9	290	23,5	247	23,8
Alta	134	30,5	129	26,6	200	32,5	243	32,9	416	33,6	312	30,0
TMC												
Sim	75	16,6	87	17,9	127	20,8	197	26,2	232	18,6	257	24,4
Não	376	83,4	400	82,1	484	79,2	554	73,8	1.016	81,4	797	75,6

TMC: transtornos mentais comuns

Tabela 2. Prevalência e razões de prevalência 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	

TMC: transtornos mentais comuns; RP: razão de prevalência.

^a Efeito combinado esperado = $P_{01} - P_{00} + P_{10} - P_{00} + P_{00} / RP_{01} - RP_{00} + RP_{10} - RP_{00} + RP_{00}$.^b Excesso de risco devido à exposição (RERI) = $RP_{11} - RP_{01} - RP_{10} + 1$.^c Proporção de casos atribuída à interação (AP) = $(RP_{11} - RP_{01} - RP_{10} + 1) / RP_{11}$.^d Índice de sinergia (S) = $(RP_{11} - 1) / (RP_{01} + RP_{10} - 2)$.

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 ^a	Excesso de razão de prevalência (ERP = RP - 1)		Diferença relativa [(A/B) - 1] (%)
			Observado (ERPO) (A)	Esperado baseado em exposições separadas ^b (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

TMC: transtornos mentais comuns

^a Excesso de razão de prevalência = $(EP = P_{\text{exposição}} - P_{\text{nenhuma exposição}})$ ^b Excesso de razão de prevalência esperado baseado em exposições separadas = $ERPO_{01} + ERPO_{10}$

do baixo apoio social (RP = 1,64) foi superior à estimada com base na aditividade dos efeitos (RP = 1,46), resultando numa RERI = 0,18. A proporção de casos atribuída à interação foi de 10,0% com direção para a sinergia dos efeitos (S = 1,39) (Tabela 2).

Os dados mostraram que 17% da prevalência de TMC correspondeu às exposições não conhecidas, uma vez que representou os indivíduos que desenvolveram a doença mesmo sem estarem expostos a nenhum dos fatores investigados. Em contrapartida, 7% da prevalência do desfecho foi registrada na situação de exposição à alta exigência e 0,9% em baixo apoio social no trabalho. A exposição a ambos os fatores foi responsável por 11% do excesso de prevalência. 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 indicou um afastamento de 39% do comportamento esperado para a ação independente dos fatores (Tabela 3).

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 único vínculo de emprego e pouco tempo de trabalho na unidade¹³. Os achados para as características psicossociais do trabalho mostraram que a maioria dos trabalhadores estava exposta a altas demandas psicológicas e ao baixo controle sobre o trabalho, assim como em estudos realizados entre profissionais de saúde⁶. 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 saúde⁴. 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, que atua como um fator protetor¹⁰.

A prevalência de TMC entre os trabalhadores foi inferior a de investigações conduzidas com trabalhadores da saúde no Brasil³. No entanto, representou uma prevalência relativamente alta (atingiu um trabalhador a cada cinco estudados) e que, portanto, não pode ser negligenciada. O trabalho em saúde, por obedecer à lógica do trabalho humano, exige uma concepção mental que antecede à execução do trabalho em si¹⁸. Nesse sentido, considerando que os TMC imporão algum nível de comprometimento da função mental dos indivíduos, sua ocorrência é de grande relevância entre profissionais de saúde. Isso porque seu trabalho caracteriza-se pela peculiaridade do seu produto, consumido no momento em que é produzido, refletindo a própria realização da atividade²⁰. 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.

O efeito combinado da alta exigência e do baixo apoio social no trabalho apresentou maior ocorrência de TMC do que a expectativa baseada na aditividade, ou seja, existem eventos excedentes que caracterizam o sinergismo entre os efeitos desses fatores na ocorrência da doença. O baixo controle sobre o trabalho, a alta demanda psicológica e o baixo apoio social constituem-se como cenário ideal para a ocorrência de eventos desfavoráveis entre os trabalhadores. Por outro lado, o alto controle, a baixa demanda e o alto apoio social configuram-se como a melhor situação de trabalho vivenciada e contribuem para promover a saúde do trabalhador^{16,17}.

Os efeitos dos aspectos psicossociais do trabalho sobre a saúde têm recebido atenção considerável nos últimos anos. A análise desses aspectos tem sido utilizada com sucesso para prever a ocorrência de transtornos mentais e outros eventos relacionados à saúde²⁶. Evidências baseadas em estudos longitudinais mostram que altos níveis de demanda psicológica e baixo controle sobre o trabalho são fatores preditivos de transtornos mentais⁷. Estudo conduzido com população de trabalhadores da Suécia⁸ apontou interação sinérgica entre controle sobre o trabalho e apoio social no trabalho para a ocorrência de transtornos mentais comuns.

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, o estresse no trabalho pode condicionar a adoção de comportamentos não saudáveis pelos indivíduos, com consequências igualmente negativas sobre a saúde. Por outro lado, a teoria do efeito *buffer* estabelece que as conexões sociais trazem benefícios para a saúde ao fornecer os recursos necessários para lidar com o estresse⁹. Assim, o apoio social apresenta-se como fator benéfico pois pode diminuir a percepção de ameaça e funciona como um recurso ambiental importante no processo de enfrentamento das situações adversas.

O apoio social é aspecto psicossocial imprescindível em todos os setores de trabalho, mas é especialmente significativo no trabalho em saúde em função do caráter relacional envolvido nas suas atividades. Possibilita aos indivíduos, no cotidiano laboral, aumentar a capacidade de resolução dos problemas apresentados pelos usuários e pela própria dinâmica do serviço, a solidariedade diante das situações adversas presenciadas e vivenciadas. Além disso, permite o compartilhamento de compromissos mútuos, nesse caso, a melhoria dos níveis de saúde da população atendida e das próprias condições de trabalho. Colabora ainda para a satisfação com o trabalho e para a sensação de reconhecimento e valorização do esforço empreendido na atenção à saúde prestada⁸.

Na atenção básica à saúde, além dos aspectos investigados, alguns fatores podem ser citados como potencialmente causadores de estresse entre os trabalhadores, 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 as precárias condições de vida e de saúde das populações atendidas, o que aumenta a pressão sobre os trabalhadores e conduz à maior ocorrência de adoecimento^{11,19}. Portanto, além dos fatores relativos à dimensão psicossocial do trabalho, outros devem ser avaliados entre esses trabalhadores.

Este estudo possui limitações. A interpretação das associações entre aspectos psicossociais no trabalho e TMC deve ser avaliada com cautela. As informações de ambas as variáveis foram provenientes de autorrelatos, o que fornece dados subjetivos suscetíveis a viés. 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, 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, diferentemente dos trabalhadores saudáveis. Tal tendência pode levar a erros de classificação, o que pode resultar tanto em superestimação, quanto em subestimação do verdadeiro efeito. 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.

⁸Ferreira RC. Apoio social no trabalho e absenteísmo-doença em trabalhadores de enfermagem [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2010.

Os resultados obtidos fortalecem a hipótese de 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 para 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, em que apoio social desempenha um papel central.

REFERÊNCIAS

1. Alves AP, Pedrosa LAK, Coimbra MAR, Miranzi MAS, Hass VJ. Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde. *Rev Enferm UERJ*. 2015;23(1):64-9. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.8150>
2. Ansoleaga E. Indicadores de salud mental asociados a riesgo psicosocial laboral en un hospital público. *Rev Med Chile*. 2015;143(1):47-55. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000100006>
3. Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev Saude Publica*. 2003;37(4):424-33. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000400006>
4. Araújo TM, Graça CC, Araújo E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controlle. *Cienc Saude Coletiva*. 2003;8(4):991-1003. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000400021>
5. 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;34 Suppl 6:52-9.
6. Braga LC, Carvalho LR, Binder MCP. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Cienc Saude Coletiva*. 2010;15 Supl 1:1585-96. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700070>
7. Bültmann U, Kant IJ, 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(2):333-45. <https://doi.org/10.1017/S0033291701005098>
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(1):77-89. <https://doi.org/10.1007/s00420-010-0554-y>
9. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull*. 1985;98(2):310-57. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
10. Cohen S. Social relationships and health. *Am Psychol*. 2004;59(8):676-84. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>
11. Daubermann DC, Tonete VLP. Qualidade de vida no trabalho do enfermeiro da Atenção Básica à Saúde. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(2):277-83. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000200019>
12. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo (SP): Cortez; Oboré; 1992.
13. 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 Saude Publica*. 2012;28(3):503-14. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300011>
14. Ferrite S, Santana V. Joint effects of smoking, noise exposure and age on hearing loss. *Occup Med*. 2005;55(1):48-53. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqi002>
15. Glanzner CH, Olschowsky A, Kantorski LP. Work as a source of pleasure: evaluating a Psychosocial Care Center team. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(3):716-21. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000300024>

16. 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: Routledge; 1991. p.121-32. (Policy, Politics, Health and Medicines).
17. Karasek RA Jr. Job demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Adm Sci Q.* 1979;24(2):285-308. <https://doi.org/10.2307/2392498>
18. Marx K. O capital: crítica da economia política: livro terceiro: o processo global de produção capitalista. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2013.
19. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2013;66 No Espe:158-64. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>
20. Pires D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. *Rev Bras Enferm.* 2000;53(2):251-63. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672000000200010>
21. Rothman K, Greenland S, Lash T. Epidemiologia moderna. 3.ed. São Paulo: Artmed; 2011.
22. Sanderson K, Andrews G. Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology. *Can J Psychiatry.* 2006;51(2):63-75. <https://doi.org/10.1177/070674370605100202>
23. Santos KOB, Araújo TM, Oliveira NF. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cad Saude Publica.* 2009;25(1):214-22. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100023>
24. Santos KOB, Araújo TM, Pinho PS, Silva ACC. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). *Rev Baiana Saude Publica.* 2010;34(3):544-60.
25. Silva Junior JS, Fischer FM. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. *Rev Saude Publica.* 2014;48(1):186-90. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004802>
26. 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. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0108987>
27. Tierney D, Romito P, Messing K. She ate not the bread of idleness: exhaustion is related to domestic and salaried working conditions among 539 Québec hospital workers. *Women Health.* 1990;16(1):21-42.

Financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Processo 480611/2010-6), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB – Processo SUS024/2009) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Contribuição dos Autores: Concepção e planejamento do estudo: AISM, TMA, MMGA. Coleta, análise e interpretação dos dados: AISM, TMA, MMGA. Elaboração do artigo: AISM, TMA, MMGA. Revisão do artigo: AISM, TMA. Aprovação da versão final do artigo: AISM, TMA, MMGA.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.