

Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem

Work psychosocial aspects and psychological distress among nurses

Tânia M Araújo^a, Estela Aquino^b, Greice Menezes^b, Cristiane Oliveira Santos^b e Lia Aguiar*

^aNúcleo de Epidemiologia da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, BA, Brasil. ^bNúcleo de Estudos em Gênero, Mulher e Saúde. Instituto de Saúde Coletiva Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil

Descritores

Aspectos psicossociais do trabalho. Modelo demanda-controle. Distúrbios psíquicos menores. Gênero. Recursos humanos de enfermagem no hospital. Psicologia do trabalho. Saúde mental. Saúde ocupacional. Estudos transversais.

Keywords

Psychosocial aspects of work. Job strain model. Psychological distress. Gender. Nursing staff hospital. Occupational psychology. Mental health. Occupational health. Cross-sectional studies.

Resumo

Objetivo

Avaliar a associação entre demanda psicológica e controle sobre o trabalho e a ocorrência de distúrbios psíquicos menores entre trabalhadoras de enfermagem.

Métodos

Estudo de corte transversal, incluindo 502 trabalhadoras de enfermagem de um hospital público de Salvador, Bahia. O Modelo Demanda-Controle, de Karasek, foi utilizado para avaliar as dimensões psicossociais estudadas. Para mensuração de distúrbios psíquicos menores (DPM), utilizou-se o SRQ-20.

Resultados

A prevalência de DPM foi 33,3%, variando de 20,0% entre enfermeiras a 36,4% entre auxiliares. Observou-se nítido gradiente tipo dose-resposta de associação positiva entre demanda psicológica e DPM, e associação negativa entre controle sobre o trabalho e DPM. A prevalência de DPM foi mais elevada (RP=2,6; IC95%: 1,81-3,75) no quadrante de trabalho em alta exigência (alta demanda, baixo controle), quando comparado às profissionais em trabalho de baixa exigência (baixa demanda, alto controle), depois de ajustado, num modelo de regressão logística múltipla, por potenciais confundidores.

Conclusões

Os achados reforçam a relevância da adoção de medidas de intervenção na estrutura organizacional, de modo a elevar o controle sobre o trabalho e redimensionar os níveis de demanda psicológica.

Abstract

Objective

To evaluate the association between psychological demand and job control and demand with psychological distress among nurses.

Methods

A cross-sectional study included 502 female nurses working in a public hospital at the city of Salvador, state of Bahia, Brazil. The Demand-Control Model proposed by Karasek to evaluate the association between job control-demand and psychological distress was adopted. The SRQ-20 was used to measure psychological distress.

Results

The prevalence of psychological distress was 33.3%, ranging from 20.0% among

Correspondência para/ Correspondence to:

Tânia M. Araújo
R. Cláudio Manoel da Costa, 74 ap. 1401 Canela
40110-180 Salvador, BA, Brasil
E-mail: araujotania@hotmail.com

*Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil. Projeto financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq - Processo n. 23765-88). Trabalho baseado em tese de doutorado apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, em 1999.

O trabalho foi realizado no Núcleo de Estudos em Gênero, Mulher e Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Recebido em 23/1/2002. Reapresentado em 10/3/2003. Aprovado em 4/4/2003.

lady nurses to 36.4%, among nurse assistants. Strong dose-response gradients were observed between demand and psychological distress and the negative association between job control and psychological distress. Prevalence of psychological distress was higher (PR=2.6; 95% CI: 1.81-3.75) among professionals in high-strain jobs (high demand, low control) when compared to professionals in low-strain jobs (low demand, high control), after adjustment by potential confounders in a logistic multiple regression model.

Conclusions

Study findings reinforce the relevance of intervening in the organizational structure in order to increase control upon job and adjust the levels of psychological demands.

INTRODUÇÃO

A avaliação do papel das demandas ou estímulos ambientais nas respostas de estresse tem dominado largamente as investigações em estresse ocupacional. A teoria do estresse fundamenta-se na avaliação de como o organismo responde às demandas do ambiente externo, sendo o estresse produzido em situações em que as demandas excedem as capacidades individuais de responder a esses estímulos. Quando os mecanismos de respostas disponíveis não são efetivos, o estresse se prolonga, o que pode implicar efeitos negativos sobre a saúde, tais como: hipertensão arterial, depressão e ansiedade.^{8,12} A partir da sistematização desses aspectos conceituais - com ênfase na concepção de que qualquer fator, físico ou psicológico, capaz de afetar os níveis hormonais poderia ser considerado um estressor - desenvolveu-se amplo corpo de conhecimento no qual o papel das demandas foi destacado. Esses estudos, contudo, limitavam-se a avaliar respostas individuais e quase sempre remetiam a medidas de intervenção na motivação ou na capacidade adaptativa dos indivíduos.¹²

É ampla a descrição de efeitos nocivos sobre a saúde, provenientes de elevados níveis de demanda e estimulação ambiental excessiva.⁸ Especialmente entre trabalhadoras de enfermagem, a identificação da sobrecarga do trabalho, como um dos principais fatores de estresse ocupacional, tem sido amplamente evidenciada.⁶

Outra dimensão psicossocial a ser considerada na avaliação das relações entre saúde e trabalho é o nível de controle sobre o trabalho. No que se refere aos impactos do controle sobre a saúde dos trabalhadores, os aspectos avaliados são múltiplos e estruturados a partir dos desdobramentos de diferentes concepções e correntes de pensamento.

O conceito de controle, na perspectiva psicossocial, foi primeiramente desenvolvido por psicólogos, sen-

do fortemente marcado pela ênfase na capacidade de influenciar os eventos de vida e efeitos na auto-estima ou no desenvolvimento de sentimentos de depressão.¹⁷ Nessa perspectiva, o controle raramente foi explorado como elemento descritor do ambiente de trabalho, como fator relevante à percepção de autonomia que o indivíduo constrói de si e de sua vida. Dos primeiros usos do conceito, até os dias atuais, muitas mudanças foram incorporadas, especialmente aquelas que direcionaram as discussões aos locais de trabalho, ao interior dos processos produtivos, enfatizando sua relevância e seus mecanismos de construção e desconstrução.

Os estudos sobre o controle no trabalho ("job control") ganharam enorme fôlego nas últimas duas décadas e ligaram-se, de forma estreita, às redefinições dos processos de trabalho no contexto de reestruturação da economia mundial. Por outro lado, tais redefinições podem ser também atribuídas, em alguma medida, aos achados produzidos pelas pesquisas sobre controle, saúde e bem-estar.^{11,12}

A partir da relevância dada ao controle e à demanda, nos diferentes campos do conhecimento, evidenciou-se a necessidade de considerá-los simultaneamente. Nessa perspectiva, Karasek¹¹ sistematizou o chamado Modelo Demanda-Controlle (DC). Este modelo distingue quatro tipos básicos de experiências no trabalho, gerados pela interação dos níveis de demanda psicológica e de controle: alta exigência do trabalho (caracterizado como alta demanda e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle), trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle) e baixa exigência (baixa demanda e alto controle). A principal predição estabelecida aqui é que a maioria das reações adversas das exigências psicológicas, tais como fadiga, ansiedade, depressão e doença física ocorrem quando a demanda do trabalho é alta e o grau de controle do trabalhador sobre o trabalho é baixo (trabalho em alta exigência).

O presente estudo objetivou avaliar associação entre

controle sobre o trabalho e demandas psicológicas e a ocorrência de distúrbios psíquicos menores entre trabalhadoras de enfermagem.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal, que integra um amplo projeto de investigação sobre saúde e trabalho de profissionais de enfermagem, em hospital público de Salvador, Bahia.

Foram definidas como elegíveis todas as trabalhadoras de enfermagem empregadas no hospital e em efetivo exercício de suas atividades.

Métodos e instrumentos de coleta de dados

Realizaram-se entrevistas com cada trabalhadora de enfermagem incluída no estudo, quando foram aplicados dois questionários, um preenchido por entrevistadora, e outro auto-aplicado. O primeiro continha questões divididas em cinco blocos: caracterização sociodemográfica, trabalho profissional, trabalho doméstico e condições gerais de saúde. O instrumento auto-aplicado continha questões sobre o processo laboral, com ênfase em aspectos de demanda e controle sobre o trabalho.

Os distúrbios psíquicos menores (variável dependente) foram avaliados de acordo com escores obtidos no SRQ-20. O ponto de corte para suspeição de DPM foi de sete ou mais respostas positivas.¹⁵

Variáveis independentes principais: controle e demanda

Para o estudo dessas variáveis foram construídos indicadores a partir do agrupamento de variáveis do questionário auto-aplicado, orientando-se por indicadores propostos por Karasek.¹¹ Para a variável controle sobre o próprio trabalho, foi criado um indicador a partir do somatório dos valores dos escores obtidos para as questões relacionadas a controle. A escala construída indicou o grau de controle do trabalhador sobre o trabalho e foi categorizada em: baixo controle; médio-baixo; médio-alto e alto.

Para demanda psicológica do trabalho, foi criado um indicador a partir do somatório dos valores de escores referentes às questões relacionadas a demanda, seguindo o modelo de Karasek. A escala construída indicou o nível de demanda do trabalho e foi categorizada em quartis: baixa demanda; média-baixa; média-alta e alta.

Para composição dos grupos do Modelo DC de

Karasek,¹¹ as variáveis demanda psicológica e controle foram dicotomizadas. Para este fim, foram testados diferentes pontos de corte para ambas as variáveis. A definição do ponto de corte a ser usado orientou-se pela verificação da associação entre demanda-controle e DPM, nos vários pontos de corte selecionados. Uma vez que não se observaram diferenças expressivas entre a prevalência de DPM obtida para cada ponto de corte testado, optou-se por estabelecer o ponto de corte ótimo, considerando a constituição de grupos numericamente equilibrados. Para controle, estabeleceu-se o ponto de corte em alto controle, procedendo-se a aglutinação dos grupos restantes (médio-alto, médio-baixo e baixo), constituindo-se, assim, dois grupos: de alto e baixo controle. Para a dicotomização da demanda, estabeleceu-se o ponto de corte em demanda média-baixa e agregaram-se as demandas média-alta e alta. Similarmente a controle, constituíram-se dois grupos de demanda: alta (formado por alta demanda e média-alta) e baixa (formado por média-baixa e baixa).

A partir da combinação entre níveis de demanda e controle estabeleceram-se os quatro grupos previstos no modelo: baixa exigência, trabalho passivo, trabalho ativo e alta exigência.

As trabalhadoras de enfermagem expostas a uma combinação de alta demanda e baixo controle (alta exigência) foram consideradas como grupo de maior exposição; aquelas expostas a alta demanda, mas tendo alto controle (trabalho ativo) ou a baixo controle e baixa demanda (trabalho passivo), foram consideradas como grupo de exposição intermediária; como grupo de referência foram consideradas aquelas com alto controle e baixa demanda (baixa exigência), classificadas como não expostas.

Co-variáveis

Para avaliação dos efeitos sobre a associação principal investigada foram tomadas como co-variáveis: aspectos do trabalho profissional (ocupação, tempo na ocupação, carga horária de trabalho semanal, turno, tempo e setor de trabalho, suporte social e valorização profissional), do trabalho doméstico (carga horária semanal, sobrecarga doméstica, auxílio nas tarefas domésticas) e sociodemográficos (idade, escolaridade, cor da pele auto-referida, chefia da família e história migratória). Na construção do indicador de sobrecarga doméstica, utilizaram-se os procedimentos adotados por Aquino,¹ que corresponde ao somatório de quatro atividades domésticas básicas (lavar, passar, limpar e cozinhar - medidas por uma escala de zero a cinco), ponderadas pelo número de pessoas no domicílio, excetuando-se a entrevistada.

Na construção original desse indicador, criou-se uma variável ordinal, compreendida em três categorias: baixa ou nula, média e alta. Para a dicotomização desta variável, estabeleceu-se o ponto de corte no segundo tercil, procedendo-se ao agrupamento de sobrecarga baixa e média, criando-se dois grupos: alta e baixa sobrecarga doméstica.

As associações entre demanda-controle e distúrbios psíquicos foram avaliadas pelo cálculo de razões de prevalência e respectivos intervalos de 95% de confiança, usando-se o método de Séries de Taylor.

Para avaliar a existência de modificação de efeito ou confundimento, inicialmente, foi feita análise estratificada. Para avaliação do efeito simultâneo das variáveis estudadas realizou-se análise de regressão logística múltipla, segundo recomendações de Hosmer & Lemeshow.¹⁰ Todas as variáveis independentes foram tratadas como variáveis categóricas. Todas as co-variáveis, citadas anteriormente, foram incluídas na etapa de seleção das variáveis da análise de regressão logística múltipla.

Na análise estratificada e de regressão logística foram avaliadas a interação com as co-variáveis referentes ao trabalho profissional, o trabalho doméstico e as características sociodemográficas.

Para a pré-seleção das co-variáveis observou-se as co-variáveis que apresentaram um valor *p*, obtido pelo teste de razão de verossimilhança, menor ou igual a 0,25, em análises de regressão logística univariadas nas quais apenas a constante e uma variável de cada vez estavam contidas no modelo.¹⁰

Na realização da análise de regressão logística múltipla, propriamente dita, ajustou-se o modelo contendo a variável independente principal (combinações de demanda e controle do modelo de

Karasek), as co-variáveis e termos de interação pré-selecionados, utilizando-se o método de “trás para frente”, com reavaliação a cada etapa, para a seleção de variáveis. O teste escore foi utilizado para avaliar se uma variável já retirada do modelo deveria ser recolocada no mesmo.

Considerando que a prevalência de DPM estimada na população investigada foi elevada, distanciando-se dos parâmetros estimados para OR (*odds ratio*), procedeu-se ao cálculo das estimativas de RP (razões de prevalência) e de seus respectivos intervalos de confiança, usando-se procedimentos do método Delta.¹⁸

RESULTADOS

Das 522 trabalhadoras elegíveis para o estudo, registrou-se perda de apenas 3,9%. A população total estudada constituiu-se de 502 mulheres.

A maioria das trabalhadoras (73,2%) encontrava-se na faixa etária de 30-49 anos e eram auxiliares de enfermagem (81,1%). Observou-se período relativamente longo de permanência na profissão: mais de 64% referiram mais de dez anos na ocupação atual.

Duplo emprego foi uma realidade para 53,9% da população. Além desse, outro indicador que atestou demandas elevadas do trabalho em enfermagem foi a carga horária de trabalho semanal. As trabalhadoras relataram, em média, 45,7 ($\pm 19,5$) horas semanais de trabalho profissional.

Caracterização dos grupos de demanda-controle

No grupo com alta exigência observou-se maior proporção de profissionais (44,0%) na faixa etária mais jovem, com até 35 anos. Nos demais grupos, observou-se distribuição similar entre as faixas etárias consideradas (Tabela 1).

Tabela 1 - Trabalhadoras de enfermagem por grupos do modelo demanda-controle segundo características sociodemográficas.

Variáveis sociodemográficas	Baixa exigência (N=118) %	Demanda-controle		Alta exigência (N=134) %	<i>p</i> valor
		Trabalho passivo (N=137) %	Trabalho ativo (N=113) %		
Idade					0,395
Até 35 anos	36,4	34,3	37,6	44,0	
Mais de 36 anos	63,6	65,7	62,4	56,0	
Escolaridade					0,024
Até segundo grau	76,3	86,1	69,9	79,9	
Superior	23,7	13,9	30,1	20,1	
Situação conjugal					0,888
Com companheiro	53,4	56,6	57,0	53,0	
Sem companheiro	46,6	43,4	43,0	47,0	
Migração					0,923
Migrante	51,7	53,3	49,5	53,7	
Não migrante	48,3	46,7	50,5	46,3	
Renda mensal*					0,085
≤US\$ 412,94	75,2	80,7	65,6	73,9	
>US\$ 412,95	24,8	19,3	34,4	26,1	

*US\$1,00 correspondia, à época, a R\$1,00.

A variação entre os grupos não foi relevante em relação às demais características avaliadas, exceto para escolaridade, observando-se que no grupo de trabalho passivo apenas 13,9% tinham nível superior; enquanto que entre profissionais em trabalho ativo, 30,1% tinham esse nível de instrução.

Considerando-se características do trabalho profissional, observaram-se diferenças expressivas entre os grupos de D-C em relação à ocupação, suporte social, valorização profissional e tempo destinado ao lazer (Tabela 2).

Segundo a ocupação, encontraram-se as maiores diferenças entre trabalho passivo e ativo. No último, a participação das enfermeiras elevou-se (29,9%), enquanto no primeiro foi mais baixa (12,4%).

A proporção de trabalhadoras com baixo suporte social foi muito elevada (73,3%) no quadrante de alta exigência, contrastando com as proporções para trabalhadoras em baixa exigência e trabalho ativo, nas quais essa situação se inverteu, predominando alto suporte (69,2% e 68,5%, respectivamente).

Registrou-se elevada proporção de profissionais em alta exigência (47%) e em trabalho passivo (48,2%) nos setores de emergência/centro cirúrgi-

co/centro de materiais e equipamentos. Entre as trabalhadoras em baixa exigência, o percentual nesses setores foi menor, 30,5%.

Entre trabalhadoras em alta exigência, predominou carga horária acima de 45h semanais (57,5%), tempo insuficiente para o lazer (82,7%), e desvalorização profissional (59,7%). A situação encontrada entre profissionais em baixa exigência foi oposta: predominou carga horária semanal abaixo de 44h (54,2%), tempo para lazer suficiente (52,5%) e valorização do trabalho (70,1%).

Em relação ao turno de trabalho, deve-se destacar a pequena proporção de profissionais em trabalho ativo no noturno, 20,4%.

Considerando-se características do trabalho doméstico, a alta sobrecarga doméstica foi referida pela maioria das trabalhadoras em todos os quadrantes do Modelo DC, destacando-se elevadas proporções em alta exigência e trabalho passivo, 70,1%.

Padrão de ocorrência dos distúrbios psíquicos menores

A prevalência global de distúrbios psíquicos menores encontrada foi 33,3%.

Tabela 2 - Trabalhadoras de enfermagem por grupos do modelo demanda-controle segundo características do trabalho profissional.

Trabalho profissional	Demanda-controle			Alta exigência (N=134) %	p valor
	Baixa exigência (N=118) %	Trabalho passivo (N=137) %	Trabalho ativo (N=113) %		
Ocupação					0,020
Enfermeira	20,3	12,4	29,0	19,4	
Auxiliar	79,7	87,6	71,0	80,6	
Tempo na ocupação					0,757
Até 9 anos	36,4	32,8	38,7	38,3	
Mais de 10 anos	63,6	67,2	61,3	61,7	
Turno de trabalho					0,028
Diurno	68,6	62,8	79,6	62,7	
Noturno	31,4	37,2	20,4	37,3	
Carga horária semanal					0,152
Até 44 horas	54,2	53,7	45,2	42,5	
Mais de 45 horas	45,8	46,3	54,8	57,5	
Setor de trabalho					0,018
Interação/avulsos*	69,5	51,8	59,1	53,0	
Emergência/CC/CME**	30,5	48,2	40,9	47,0	
Outra atividade remunerada					0,181
Sim	50,8	48,9	63,0	53,7	
Não	49,2	50,1	37,0	46,3	
Suporte social					0,000
Baixo	30,8	59,0	31,5	73,3	
Alto	69,2	41,0	68,5	26,7	
Valorização profissional					0,000
Sim	70,1	50,4	58,1	40,3	
Não	29,9	49,6	41,9	59,7	
Tempo de lazer suficiente					0,000
Sim	52,5	40,4	28,0	17,3	
Não	47,5	59,6	72,0	82,7	
Sobrecarga doméstica					0,295
Alta	60,2	70,1	67,7	70,1	
Baixa	39,8	29,9	32,3	29,9	

*Inclui atendentes (5,6%) e técnicas em enfermagem (0,8%).

**Inclui os seguintes setores: consultório de revisão, diretoria de enfermagem, infecção hospitalar, serviço de assistência domiciliar, endoscopia, unidade de terapia intensiva e hemodiálise.

Tabela 3 - Prevalência de distúrbios psíquicos menores em trabalhadoras segundo níveis de demanda psicológica do trabalho, de controle e grupos do Modelo Demanda - Controle.

Variável	Prev (%)	RP	IC (95%)
Demanda psicológica			
Baixa*	18,9	1,00	-
Média-baixa	29,5	1,56	(1,01 - 2,42)
Média-alta	40,6	2,15	(1,45 - 3,18)
Alta	56,1	2,97	(2,04 - 4,32)
Controle sobre o trabalho			
Alto*	23,9	1,00	-
Médio-alto	35,5	1,48	(1,10 - 2,00)
Médio-baixo	55,3	2,31	(1,63 - 3,28)
Baixo	62,5	2,61	(1,67 - 4,09)
Grupos do Modelo DC			
Baixa exigência*	16,9	-	-
Trabalho passivo	24,8	1,46	(0,89; 2,40)
Trabalho ativo	33,3	1,97	(1,20; 3,22)
Alta exigência	57,5	3,39	(2,22; 5,19)

*Grupo de referência.
RP: Razões de prevalência.

Os resultados obtidos indicaram associação positiva e estatisticamente significativa em nível de 5% de probabilidade entre demanda psicológica do trabalho e distúrbios psíquicos menores (Tabela 3). A magnitude da variação de DPM foi bastante expressiva entre os estratos de baixa demanda (18,9%) e os de alta demanda (56,1%), cerca de três vezes maior para o último estrato. Observou-se nítido gradiente tipo dose-resposta entre demanda e DPM, estatisticamente significativa de acordo com o χ^2 de Mantel-Haenszel para análise de tendência ($\chi^2=41,669$; $p\leq 0,0001$).

O controle sobre o trabalho estava positiva e estatisticamente ($p<0,05$) associado a DPM. Observou-se associação positiva linear, com um gradiente tipo dose-resposta, estatisticamente significativa, de acordo com o χ^2 de Mantel-Haenszel para análise de tendência ($\chi^2=29,51$; $p\leq 0,0001$). O estrato de baixo controle apresentou a mais alta prevalência, 62,5%, e o de alto controle a mais baixa, 23,9%.

Ao considerar-se controle e demanda, simultaneamente, observou-se que o grupo de baixa exigência

registrou a menor prevalência de DPM (16,9%) e alta exigência a prevalência mais elevada (57,5%); trabalho ativo e trabalho passivo registraram prevalências intermediárias (Tabela 3). As diferenças encontradas, tomando-se o grupo de baixa exigência como grupo não exposto, foram estatisticamente significantes, exceto para comparação entre trabalho passivo e de baixa exigência.

A seleção do modelo de regressão logística não incluiu nenhum termo de interação (Tabela 4). Além da variável independente principal (demanda-controle), permaneceram no modelo final as seguintes variáveis:

- Trabalho profissional: suporte social, valorização profissional e tempo de lazer;
- Trabalho doméstico: sobrecarga doméstica;
- Características sociodemográficas: situação conjugal e grau de escolaridade.

Encontrou-se associação entre grupos de demanda-controle e DPM, exceto trabalho passivo, mesmo após ajustamento por todas as co-variáveis confundidoras. A análise de regressão logística revelou que as trabalhadoras expostas a ambos os fatores (alta demanda, baixo controle) apresentaram maior prevalência de distúrbios psíquicos menores (2,60 vezes mais elevada), do que as trabalhadoras em situações caracterizadas pela ausência de exposição aos fatores analisados. Comparando-se os níveis intermediários de exposição (trabalho ativo e passivo) e analisando-se, separadamente, a exposição a apenas um dos fatores (baixo controle ou alta demanda), observou-se que a exposição a alta demanda resultou em prevalência mais elevada do que quando o fator de exposição foi baixo controle (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Limites do estudo

Estudos de corte transversal, como proporcionam imagem instantânea ou de período curto da relação

Tabela 4 - Estimativas do modelo selecionado na análise de regressão logística múltipla.

Variáveis	OR	IC (95%)	Valor de P
Demanda-controle			
Alta exigência ^(DC1)	4,65	(2,45; 8,82)	0,000
Trabalho ativo ^(DC2)	2,78	(1,40; 5,51)	0,003
Trabalho passivo ^(DC3)	1,08	(0,55; 2,19)	0,818
Suporte social no trabalho	2,11	(1,31; 3,40)	0,002
Sobrecarga doméstica	1,81	(1,12; 2,93)	0,015
Valorização profissional	1,62	(1,02; 2,59)	0,042
Tempo de lazer	1,72	(1,07; 2,77)	0,023
Situação conjugal ^(Sitcoj)			
Div/sep/desq/viúva ^(Sitcoj1)	2,47	(1,28; 4,77)	0,013
Casada ^(Sitcoj2)	1,41	(0,83; 2,42)	0,046
Escolaridade			
Primeiro grau ^(escol1)	3,33	(1,39; 8,00)	0,000
Segundo grau ^(escol2)	2,98	(1,56; 5,68)	0,007

OR: Odds ratio.

que se pretende avaliar, assumem o ônus de identificar apenas os sobreviventes ao efeito estudado (viés de prevalência) e sua situação quanto à exposição presente. Essa restrição é particularmente relevante em estudos ocupacionais, em decorrência do chamado efeito *trabalhador sadio*.

O presente estudo incluiu todas as profissionais de enfermagem em atividade, registrando-se baixo percentual de perdas e recusas (3,9%). Assim, a presença de erros sistemáticos na seleção das entrevistadas parece reduzida. Além disso, outros aspectos falam a favor da não exclusão por adoecimento. A alta prevalência de DPM observada, comparando-se com achados de outros grupos ocupacionais, pode indicar que processos de seleção e avaliação sistemáticos, levando a demissões e afastamentos, podem não ter ocorrido; ainda que não seja possível afastar a hipótese de que processos seletivos, embora menos sistemáticos e informais, possam ter agido.

Como se estudou um hospital público, no qual a maioria das trabalhadoras possuía estabilidade no emprego e os desligamentos por demissão eram praticamente inexistentes, o possível efeito sobrevivente pode ser considerado mínimo.

Embora a alta prevalência global encontrada e a estabilidade no emprego não possam afastar completamente a presença de vieses decorrentes do efeito trabalhador sadio, possíveis repercussões não comprometem significativamente as conclusões do presente estudo, pois caso esse viés tenha ocorrido, seu efeito tenderia, mais provavelmente, a apoiar a hipótese nula.

As dificuldades em responder, a partir de estudo transversal, se houve processos de seleção de trabalhadoras com DPM para o trabalho em alta exigência são evidentes. Entretanto, parece pouco provável que distúrbios psíquicos menores, relativamente transitórios, como aqueles identificados pelo SRQ-20, conduzam à seleção para postos de trabalhos envolvendo baixo controle e alta demanda. Também é improvável que tais distúrbios possam levar à deterioração das condições objetivas de trabalho.

Em relação à avaliação de viés de aferição, o SRQ-20 tem sido avaliado como instrumento cujo desempenho é mais específico do que sensível.^{5,20} Assim, potenciais distorções parecem apontar na direção de subestimação da prevalência encontrada, com maior proporção de classificação incorreta de falsos negativos. No entanto, caso esse problema tenha ocorrido, atingiu provavelmente de forma semelhante todos os grupos, não trazendo distorções para as medi-

Tabela 5 - Razões de prevalências ajustadas* e intervalos de confiança (95%) entre grupos de demanda-controle e distúrbios psíquicos menores.

Controle	Demanda psicológica	
	Baixa	Alta
Alto	1,00	1,91 (1,31; 2,78)
Baixo	1,03 (0,67; 1,65)	2,60 (1,81; 3,75)

*Ajustadas por suporte social, valorização profissional, tempo de lazer, sobrecarga doméstica, situação conjugal e escolaridade.

das de associação estudadas. Esse seria, portanto, um viés não-diferencial.

A maior parte dos potenciais confundidores apontados na literatura foi avaliada por análise estratificada e multivariada.

A prevalência global de DPM, de 33,3%, denota sério problema de saúde mental na população estudada. A prevalência encontrada foi superior a outros estudos de grupos ocupacionais; estudando trabalhadores de hospital, Pitta¹⁹ encontrou prevalência de 20,8%, e Rego²¹ registrou prevalência global de 29%.

As dimensões psicossociais do trabalho analisadas mostraram-se relevantes na ocorrência dos distúrbios psíquicos menores. A alta exigência do trabalho foi importante preditor de DPM. Trabalhadoras expostas, simultaneamente, a esses dois fatores apresentaram maior prevalência de distúrbios psíquicos menores do que trabalhadoras não expostas a ambos ou expostas a apenas um desses fatores (alta demanda ou baixo controle).

O modelo de Karasek¹² estabelece que o trabalho realizado em condições de baixo controle e alta demanda (alta exigência) é nocivo à saúde dos trabalhadores, sendo preditores da maioria das reações adversas produzidas pelo trabalho. O presente estudo confirmou a associação positiva entre trabalho em alta exigência e distúrbios psíquicos menores. Este resultado é consistente com outros estudos que observaram associação entre alta demanda e baixo controle no trabalho e sintomas psicológicos.^{2,3,13,16} É consistente também com investigações que demonstraram o efeito de altas demandas psicológicas sobre sofrimento psíquico e sintomas depressivos.⁴

Considerando-se os níveis intermediários de exposição, observou-se prevalência mais elevada de DPM entre profissionais em trabalho ativo do que em trabalho passivo. O alto controle parece não ter reduzido os efeitos negativos de alta demanda sobre a saúde mental. Por outro lado, baixa demanda

parece ter minimizado os efeitos negativos advindos do baixo controle. As demandas do trabalho, na população estudada, estavam mais fortemente associadas aos agravos à saúde mental das trabalhadoras do que o controle exercido sobre o trabalho.

Os estudos de Landsbergis,¹³ entre trabalhadores de hospital, nos EUA, e de Bourbonnais,² entre enfermeiras no Canadá, produziram resultados semelhantes. Em ambos, observou-se maior exaustão emocional em trabalho ativo do que em trabalho passivo. Além desses estudos, experimentos laboratoriais conduzidos por Honig & Staddon (1977 *apud* Landsbergis, 1988)¹³ atestaram que altas demandas poderiam bloquear os reforços provenientes do alto controle, uma vez que demandas elevadas aumentavam o esforço de resposta.

No presente estudo, fatores relacionados à ocupação podem explicar, em parte, esse achado. Havia predomínio de enfermeiras no quadrante de trabalho ativo, enquanto em trabalho passivo predominavam auxiliares de enfermagem. Observou-se clara inversão na participação de enfermeiras e auxiliares nesses dois grupos.

O papel da enfermeira, no interior do hospital, tem sido apontado como altamente estressante. As responsabilidades assumidas, apesar da autonomia proporcionada, conformam uma situação para a qual confluem vários pontos de tensão. Segundo Gray-Toft & Anderson,⁹ as enfermeiras costumam relatar maior estresse profissional do que as auxiliares e atendentes de enfermagem.

As enfermeiras eram responsáveis pela administração e gestão do pessoal de enfermagem e, na hierarquia institucional, encontravam-se em nível superior às auxiliares e possuíam maior autonomia no trabalho. Ao mesmo tempo, tal posição também lhes conferia pesadas responsabilidades: respondiam pela gestão do trabalho em enfermagem e pela qualidade e produtividade desse. Ao assumirem o controle sobre o trabalho de outras profissionais, responsabilizavam-se também pelo gerenciamento e equacionamento dos conflitos e insatisfações, assumindo papel de controladoras e responsáveis pela manutenção do poder disciplinar. Também se deparavam, por outro lado, com os conflitos advindos de duas lógicas de funcionamento distintas: a lógica da cura e a lógica do cuidado. A enfermagem, regida pela lógica do cuidado, mantém-se subordinada à lógica da cura, exercida pelos médicos. Nesse embate, era a enfermeira quem mais diretamente assumia os confrontos contra o poder médico, confirmando o elo de ligação entre o corpo médico e a

equipe de enfermagem. Responsável pelo segundo e subordinada ao primeiro, somava tensões, conflitos e atritos de ambos.

Adicionalmente, deve-se considerar que os indicadores de controle usados destinavam-se mais diretamente à análise do controle na execução das tarefas, não expressando aspectos de controle voltados para definições amplas da estrutura da organização, que envolvem relações de poder. Nesse sentido, os limites do controle, exercidos na realização das tarefas, podem ser mais evidentes para as enfermeiras à proporção que situações de conflito com o saber médico evidenciam o poder limitado que lhes é conferido no hospital. Assim, o alto controle pode perder, em alguma medida, sua capacidade de minimizar os efeitos produzidos pela alta demanda.

Não se observou diferença significativa na prevalência de DPM entre os grupos de trabalho passivo e baixa exigência. A hipótese de que o quadrante de trabalho passivo apresentaria prevalência de DPM intermediária, superior a baixa exigência e inferior a alta exigência confirmou-se apenas em parte.

A hipótese de que suporte social e sobrecarga doméstica fossem modificadores de efeito da associação entre demanda-controle e DPM não se confirmou. Essas variáveis estavam estatisticamente associadas à ocorrência de distúrbios psíquicos, mas não modificaram a associação estudada. Em relação a suporte social, resultados similares foram encontrados entre pessoal de enfermagem e entre trabalhadores qualificados no Quebec.² A maior parte dos estudos que avaliaram suporte social e saúde mental investigaram seu efeito direto sobre a saúde mental, e poucos analisaram se suporte social modificava o efeito da associação entre a combinação de alta demanda psicológica e baixo controle sobre efeitos na saúde mental.^{3,12}

Poucos estudos incorporam a sobrecarga doméstica na abordagem do trabalho feminino.^{1,14} Esse aspecto tem sido negligenciado em investigações de estresse e trabalho, inclusive entre estudos utilizando o modelo de Karasek. A permanência de sobrecarga doméstica no modelo final de análise reforça a necessidade de incorporar avaliação da carga total de trabalho aos estudos sobre saúde e ocupação, considerando as atividades realizadas nos locais de trabalho e no âmbito doméstico.

A não observação de interação entre sobrecarga doméstica e grupos do Modelo DC pode se relacionar também aos indicadores de demanda e controle utilizados. Deve-se atentar para possíveis ina-

dequações do uso de indicadores construídos para avaliar efeitos do trabalho na saúde dos homens, como aqueles propostos por Karasek,¹² em estudos entre mulheres. Por exemplo, ter o trabalho supervisionado pode não ser tão relevante para as mulheres quanto para os homens. Outros aspectos, como a possibilidade de comunicação entre colegas de trabalho e o estabelecimento de relações afetivas com o trabalho realizado, podem ser mais relevantes para as mulheres do que para os homens, e esses aspectos não estavam incorporados aos indicadores empregados. Segundo Frankenhauser,⁷ as mulheres valorizam, no ambiente de trabalho, elementos psicossociais como apoio e comunicação. Como os indicadores utilizados para avaliar demanda e controle não incluíam esses aspectos, é possível que tenha ocorrido subestimação dessas duas dimensões do trabalho.

Pode-se concluir que o modelo DC, embora pro-

porcione estrutura de grande utilidade para estudos de estresse ocupacional e saúde mental, necessita ser reformulado de modo a incorporar, na proposta operacional dos constructos de demanda e controle, aspectos referentes às relações de poder que estruturam e conformam os processos laborais e características específicas do trabalho não qualificado, cuja relevância vem sendo reforçada por evidências empíricas. Com referência a esse aspecto, seria apropriado construir-se uma versão específica, abordando medidas de controle e demanda, para uso em organizações de serviços humanos,¹⁷ inserindo-se itens com maior grau de detalhamento do que os itens gerais utilizados.

AGRADECIMENTOS

À Daniela Lopes e João Ricardo Lopes da Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, pelo auxílio na análise dos dados.

REFERÊNCIAS

1. 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.
2. Bourbonnais R, Commeau M, Vézina M, Dion GI. Job strain, psychological distress, and burnout in nurses. *Am J Ind Med* 1998;34:20-8.
3. Der Doef M, Maes S. The job demand-control (-support) model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. *Work Stress* 1999;13:87-114.
4. Estry-Behar M, Kaminski M, Peigne E, Bonnet M, Vaichere E, Gozlan C et al. Stress at work and mental health status among female hospital workers. *Brit J Ind Med* 1990;47:20-8.
5. Fernandes SRP, Almeida Filho N. Validação do SRQ-20 em amostra de trabalhadores de informática. *Rev Bras Saúde Ocup* 1998;89/90:105-12.
6. Fong CM. A longitudinal study of the relationships between overload, social support, and burnout among nursing educators. *J Nurs Educ* 1993;32:24-9.
7. Frankenhauser M. The psychophysiology of sex differences as relate to occupational status. In: Frankenhauser M, Lundberg U, Chesney M. *Women, work and stress: stress and opportunities*. New York: Plenum Press; 1991. p. 39-61.
8. Frankenhauser M, Gardell B. Overload and underload in working: outline a multidisciplinary approach. *J Hum Stress* 1976;2:35-46.
9. Gray-Toft P, Anderson JG. Stress among hospital nursing staff: Its causes and effects. *Soc Sci Med* 1981;639-47.
10. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. New York: John Wiley & Sons; 1989.
11. Karasek R. Job Demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Admin Sci Quar* 1979;24:285-308.
12. Karasek RA, Theörell T. *Healthy work-stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books; 1990.
13. Landsbergis P. Occupational stress among health care workers: a test of job demands-control model. *J Organ Behav* 1988;9:217-39.
14. Lennon MC. Women, work and well-being: the importance of work conditions. *J Health Soc Behav* 1994;35:235-47.
15. Mari JJ, Williams P. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in primary care in city of São Paulo. *Brit J Psychiatry* 1986;148:23-6.
16. Mausner-Dorsch H, Eaton WW. Psychosocial environment and depression; epidemiologic assessment of demand-control model. *Am J Public Health* 2000;90:1765-70.
17. Muntaner C, O'Campo PJ. A critical appraisal of the demand/control model of the psychosocial work environment: epistemological, social, behavioral and class considerations. *Soc Sci Med* 1993;36:1509-17.

18. Oliveira NF, Santana VS, Lopes AA. Razões de proporções e uso do método delta para intervalos de confiança em regressão logística. *Rev Saúde Pública* 1997;31:90-9.
19. Pitta A. *Hospital, dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec; 1990.
20. Palacios M, Jardim S, Ramos A, Silva Filho JF. Validação do Self Report Questionnaire (SRQ-20) numa população de trabalhadores de um banco estatal no Rio de Janeiro, Brasil. In: Silva Filho JF. *A danação do trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: Te Corá; 1998. p. 225-41.
21. Rego MPCMA. Trabalho hospitalar e saúde mental: o caso de um hospital público no município do Rio de Janeiro [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ; 1992.