

SITUAÇÕES DE DESEQUILÍBRIO ENTRE ESFORÇO-RECOMPENSA E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

SITUATIONS OF IMBALANCING BETWEEN STRESS-REWARDS AND COMMON MENTAL DISORDERS IN BASIC HEALTH CARE WORKERS

SITUACIONES DE DESEQUILIBRIO ENTRE ESFUERZO-RECOMPENSA Y TRANSTORNOS MENTALES COMUNES EN TRABAJADORES DE LA ATENCIÓN BÁSICA DE SALUD

Ana Maria Neta de Oliveira¹

Tânia Maria de Araújo²

Resumo Estudo da associação entre transtornos mentais comuns e situações de desequilíbrio entre esforços e recompensas em trabalhadores da atenção básica de saúde realizada em distrito sanitário de Salvador, na Bahia. Foram estudados trabalhadores que estavam em exercício profissional nas unidades de saúde do distrito, em 2012. Estudo transversal, com quatrocentos do total de 509 trabalhadores. Para avaliação de esforço e recompensa no trabalho, utilizou-se o Effort-Reward Imbalance. O Self-Reporting Questionnaire mensurou os transtornos mentais comuns. A prevalência de transtornos mentais comuns foi de 21%; 46,2% dos trabalhadores vivenciavam situações de desequilíbrio esforço-recompensa no trabalho. A prevalência de transtornos mentais comuns foi mais elevada na situação de desequilíbrio esforço-recompensa (26,9%) e no grupo dos trabalhadores operacionais (33,8%). A análise de correspondência indicou relação entre desequilíbrio esforço-recompensa e transtornos mentais comuns na primeira dimensão. O modelo de regressão logística log-binomial evidenciou associação positiva entre desequilíbrio esforço-recompensa e transtornos mentais comuns (razão de prevalência ajustada=1,91). Trabalhadores expostos a situações de desequilíbrio esforço-recompensa no trabalho apresentaram maior frequência de adoecimento mental. Os resultados reforçam a necessidade de intervir na gestão e organização do trabalho quanto às demandas dos serviços, condições precárias do trabalho e formas de recompensa ou reconhecimento.

Palavras-chave: saúde mental; transtornos comuns; desequilíbrio esforço-recompensa; saúde do trabalhador.

Abstract This study focused the association between common mental disorders and situations of imbalance between efforts and rewards in primary health care workers held in sanitary district, municipality of Salvador, Bahia, Brazil. The study included workers who were active in the district's health in 2012. A cross-sectional study, with 400 out of 509 workers, was conducted. Effort-Reward Imbalance was used to evaluate effort and reward at work and the Self-Reporting Questionnaire measured common mental disorders. The prevalence of common mental disorders was 21%, 46.2% of studied workers experienced situations of work-reward imbalance at work. The highest prevalence of common mental disorders was observed in the effort-reward imbalance (26.9%) and in the operational workers group (33.8%). Correspondence analysis indicated a relationship between effort and reward imbalance and common mental disorders in the first dimension. The log-binomial logistic regression model showed a positive association between effort and reward imbalance and common mental disorders (adjusted prevalence ratio=1.91). Workers exposed to situations of effort-reward imbalance at work showed a higher frequency of mental illness. It is necessary to intervene in the management and organization of the work regarding the demands of the services, precarious work conditions and forms of reward or recognition.

Keywords mental health; common disorders; effort-reward imbalance; worker's health.



Este é um artigo publicado em acesso aberto sob uma licença Creative Commons.

Introdução

Elevadas prevalências de transtornos mentais comuns (TMC) têm sido registradas entre grupos de trabalhadores, especialmente entre os trabalhadores da saúde (Assunção, 2011). As consequências individuais, econômicas e sociais advindas desse processo de adoecimento psíquico reforçam a necessidade de identificação precoce para orientação e intervenções individuais e coletivas voltadas para a redução da ocorrência desses eventos e dos impactos negativos sobre a vida das pessoas e das atividades de trabalho (Braga, Carvalho e Binder, 2010).

Os transtornos mentais produzem alterações no funcionamento da mente humana, prejudicando a dinâmica da vida social, familiar e do trabalho, com influência negativa nas relações interpessoais, na satisfação pessoal e profissional. Vários são os fatores presentes no cotidiano laboral que podem contribuir para os transtornos mentais, dentre eles, o comprometimento da liberdade e da dignidade do trabalhador (Dejours, Abdoucheli, Jayet, 2009). Além disso, podem ser determinantes os fatores relacionados à estabilidade no emprego, salário, relações sociais no trabalho, carga e conteúdo do trabalho, ambiente físico, autonomia, oportunidade de desenvolvimento profissional, reconhecimento e valorização profissional aliados às condições organizacionais do trabalho (Gasparini; Barreto; Assunção, 2006).

Os TMC, atualmente, constituem importante problema de saúde pública, com impactos para os indivíduos acometidos, para a sociedade e para as organizações, gerando absenteísmo e diminuição da produtividade e do desempenho geral. Dentre os transtornos mentais, tem-se destacado, em grupos de trabalhadores no Brasil, os TMC, cuja expressão foi criada por Goldberg e Huxley (1992). Os TMC caracterizam-se por sintomas não psicóticos como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas.

No Brasil, dados do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) apontam número crescente na concessão de benefícios como o auxílio-doença por incapacidade temporária para o trabalho devido aos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho e, nos casos graves, de aposentadorias por invalidez, por incapacidade definitiva para o trabalho. Os transtornos mentais ocupam o terceiro lugar entre as causas de concessão de benefícios (Brasil, 2010).

Como já assinalado, esses transtornos têm tido destaque entre os trabalhadores da saúde (Araújo et al., 2003). O setor saúde é campo de práticas de suma importância para a sociedade e envolve capacidade de resolução dos problemas enfrentados, devendo considerar, para isto, a heterogeneidade e complexidade dos contextos sociais envolvidos. As ações nas unidades básicas de saúde (UBSs) requerem atuação profissional articulada com movimentos sociais e políticas públicas com vistas a potencializar as ações desenvolvidas, a fim de superar os problemas complexos de saúde apresentados pelas populações assistidas (Brasil, 2010).

O trabalho em saúde tem sido apontado como atividade ocupacional de significativo estresse. A especificidade do cuidado no trabalho dos serviços de saúde, as exigências da atividade e o não reconhecimento do trabalho, principalmente no setor público, expõem o trabalhador da saúde ao estresse. Nessas atividades, os trabalhadores estão expostos a situações de desequilíbrio entre os esforços empreendidos e as recompensas recebidas no trabalho. A exposição contínua a essas situações de desequilíbrio pode contribuir para a perda da satisfação no trabalho, podendo elevar os níveis de estresse, provocando adoecimento mental desses trabalhadores.

As situações de alto esforço e de baixa recompensa no trabalho estão relacionadas à ocorrência de estresse crônico, pois alto grau de esforço sem correspondência com alto grau de recompensa aumenta o risco de doenças, inclusive as cardiovasculares. Para os trabalhadores com maior qualificação, a recompensa significa estima e reconhecimento; para os menos qualificados, significa a segurança no trabalho (Siegrist, 2011).

Desse modo, o desequilíbrio acentuado entre esforço e recompensa é desencadeador de estresse e pode levar a pessoa com maior dificuldade de adaptação a diversos tipos de adoecimento. As condições de trabalho inadequadas intensificam o esforço realizado que, não condizente com a recompensa ou compensações como remuneração ou oportunidade na carreira e apoio, terminam por repercutir no padrão de motivação do trabalhador, na sua satisfação com o trabalho, elevando os custos objetivos e subjetivos para a continuidade da atividade laboral – o que pode ser porta de entrada para doenças físicas e psíquicas.

Neste estudo buscou-se identificar condições no trabalho que podem estar associadas ao estresse ocupacional com efeitos negativos à saúde mental dos trabalhadores da saúde de um distrito sanitário do município de Salvador, no estado da Bahia. Dentre os fatores produtores de estresse ocupacional, foram focalizados aqueles relacionados aos esforços e recompensas envolvidas nas atividades laborais. Estes aspectos foram avaliados segundo o modelo de esforço e recompensa de Siegrist (2012).

A análise de estressores ocupacionais é importante em função da relevância de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores da saúde, considerando também evidências empíricas que demonstram estreita relação entre a saúde dos trabalhadores e a qualidade do serviço prestado (Assunção, 2011). A análise das exposições ocupacionais, das condições de trabalho e da situação de saúde dos trabalhadores poderá sinalizar estratégias coletivas de prevenção e/ou redução de agravos e acidentes. Conhecer a realidade do trabalho na atenção básica à saúde é relevante para o fomento de ações que visem à promoção da saúde desses trabalhadores. Assim, o objetivo deste estudo foi analisar a associação entre situações de estresse ocupacional, geradas pelo desequilíbrio entre esforços e recompensas, e ocorrência de TMC entre trabalhadores da saúde.

Materiais e métodos

Foi realizado estudo epidemiológico de corte transversal com trabalhadores das unidades de atenção básica à saúde de um distrito sanitário no município de Salvador, na Bahia, visando identificar exposição para a saúde mental dos trabalhadores.

O distrito sanitário, à época, possuía 660 trabalhadores, incluindo os das unidades de saúde especializadas, como o Centro de Especialidades Odontológico (CEO) e o Centro de Atenção Psicossocial (Caps). Destes, 472 eram trabalhadores das oito UBSs e 70 eram agentes de endemias com vínculo direto com a Secretaria Municipal de Saúde, totalizando 542 trabalhadores da atenção básica de saúde nesse distrito.

Do número inicial de trabalhadores identificados nas unidades de estudo na atenção básica (542), 33 foram desligados no período (aposentados ou demitidos) de sua função. Desse modo, foram considerados elegíveis para este estudo 509 trabalhadores.

Como critério de inclusão definiram-se todos os trabalhadores nas unidades de atenção básica – UBSs e unidade de saúde da família (USF) –, incluindo os afastados por motivo de doença e agentes de endemias vinculados ao distrito sanitário que tinham seis meses ou mais de trabalho na unidade. Portanto, foram consideradas elegíveis para o estudo todas as categorias profissionais que compunham o quadro de trabalhadores nas unidades de saúde do distrito sanitário estudado: trabalhadores administrativos, agentes comunitários, auxiliares/técnicos de enfermagem, auxiliares de consultório, auxiliares de serviços gerais e outros profissionais de nível médio/técnico, enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais de nível superior.

Para a coleta de dados, utilizou-se questionário estruturado aplicado aos trabalhadores nas unidades de saúde, preservando-se seu sigilo e anonimato. Para reduzir as perdas no estudo, foram feitos até quatro retornos à unidade de saúde para localizar o trabalhador e realizar a entrevista. A coleta de dados ocorreu no período compreendido entre abril e dezembro de 2012.

Para avaliar o estresse no ambiente laboral, foi utilizado o modelo do desequilíbrio entre os esforços e recompensas no trabalho, o Effort Reward Questionnaire (ERI). Segundo esse modelo, o esforço no trabalho faz parte do contrato social que demanda recompensa adequada. A recompensa significa dinheiro, estima, oportunidades na carreira e segurança no emprego. Esses componentes são importantes para a saúde do trabalhador, considerando que alto esforço e baixa recompensa podem levar a reações fisiológicas e emocionais negativas (Guimarães, Siegrist e Martins, 2004).

O ERI é utilizado na avaliação das fontes geradoras de estresse no ambiente de trabalho e saúde do trabalhador, com ênfase em situações nas quais a reciprocidade entre esforço e recompensa não existe. No Brasil, o ERI foi validado

em estudo realizado com 111 trabalhadores da saúde e funcionários de uma universidade (Chor et al., 2008) e com 100 trabalhadores de banco (Silva e Barreto, 2010), evidenciando bom desempenho geral desse instrumento. Tem sido utilizado em vários tipos de estudo epidemiológico (prospectivos, transversais, caso-controle, experimentais e estudos de intervenção) (Siegrist, 2011).

O ERI é composto por três escalas: a de esforço, a de recompensa e a de comprometimento excessivo com o trabalho. As questões do ERI são medidas em escala tipo likert: 1= discordo 2= discordo fortemente, 3= concordo e 4= concordo fortemente. Para o cálculo dos indicadores propostos no modelo, foi feito o somatório das questões que avaliam cada escala. Em seguida, para dicotomizar os escores obtidos e classificá-los em alto e baixo esforço, tomou-se a mediana como ponto de corte, sendo criados dois grupos: escores menores ou iguais à mediana foram definidos como de baixo esforço e aqueles maiores que a mediana como alto esforço. Os mesmos procedimentos foram realizados para as de recompensa e de comprometimento. Em seguida, calculou-se a relação entre esforço e recompensa utilizando a fórmula $ER = \text{esforço/recompensa} \times 0,5454$ (fator de correção) (Siegrist, 2012). Para o resultado da função maior que um, a situação foi definida como de desequilíbrio entre esforço e recompensa (exposição).

Para avaliar a presença de TMC, foi utilizado o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), proposto pela Organização Mundial de Saúde. O SRQ-20 foi validado para utilização no Brasil na década de 1980, por Mari e Willians, em serviços de atenção primária de São Paulo (Santos, Araújo e Oliveira, 2010). O SRQ-20 é composto por vinte questões que abrangem distúrbios psicoemocionais (humor e pensamento depressivo, diminuição de energia, ansiedade e sintomas psicossomáticos), mensurados numa escala dicotômica (sim/não). Trata-se de um instrumento de triagem, portanto não estabelece diagnóstico específico de adoecimento mental. Tem sido utilizado em estudos com trabalhadores para avaliar transtornos mentais não psicóticos (Gonçalves, Stein e Kapczinski, 2008).

Para a definição de presença de TMC na população estudada, considerou-se ponto de corte de sete ou mais respostas positivas (Santos, Araújo e Oliveira, 2010).

Considerando a diversidade de profissões e funções nas UBSs, foi utilizado o agrupamento por ocupações proposto por Sala (2009). Os trabalhadores foram agregados da seguinte forma: trabalhadores da assistência - aqueles inseridos no atendimento direto aos usuários (médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares/técnicos de enfermagem, assistentes sociais e psicólogos); trabalhadores de apoio técnico - aqueles envolvidos em atividades de apoio às atividades de cuidado direto (farmacêuticos, biólogos, técnicos da saúde); trabalhadores de atividades operacionais (agentes administrativos, motoristas e auxiliares de serviços); e trabalhadores das atividades de comando e gestão, representados pelos diretores, chefes e assistentes técnicos (Sala, 2009).

A análise de dados foi realizada no programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 14.0 para Windows. Inicialmente foi feita descrição das frequências do perfil sociodemográfico dos trabalhadores (idade, sexo, nível de escolaridade, hábitos de vida, prática de esporte e atividades regulares de lazer), características do trabalho e do ambiente de trabalho e exposição a riscos ocupacionais. Em seguida, descreveu-se a distribuição das escalas do modelo ERI e estimou-se a prevalência de TMC segundo características sociodemográficas e do trabalho.

Realizou-se análise multivariada pela análise de correspondência e, posteriormente, com um modelo de regressão log-binomial por meio do qual avaliou-se a associação entre esforço e recompensa e TMC.

A análise de correspondência é uma técnica estatística exploratória utilizada para verificar associações ou similaridades entre variáveis qualitativas ou contínuas categorizadas. Combinações de variáveis também podem ser interpretadas pela codificação dos dados de forma adequada. Análise de correspondência múltipla pode avaliar diversas variáveis categóricas simultaneamente e é análoga à análise fatorial (Greenacre, 2007). Ela permite a redução da dimensionalidade do conjunto de dados em espaços vetoriais de pequena dimensão. Por meio de gráficos, permite explorar visualmente se as variáveis de interesse se afastam do pressuposto de independência, sugerindo possíveis associações. Para se identificar combinação de variáveis e categorias, por meio das quais seja possível calcular essa medida, foi realizada análise de múltiplas variáveis, utilizando modelo linear generalizado de regressão log-binomial, para a obtenção direta das razões de prevalência ajustadas.

A análise de correspondência não estima uma medida de associação epidemiológica, sua natureza multivariada permite revelar relações que não seriam detectadas em comparações aos pares das variáveis.

Além do desfecho de interesse (TMC) e da exposição (escalas do ERI) foram analisadas: sexo, escolaridade, faixa etária, tempo no cargo, tempo no serviço público de saúde, tempo de serviço na unidade, treinamento, jornada total semanal de trabalho, materiais suficientes para realização das tarefas, relação entre exigência das tarefas e recursos disponíveis para sua realização, recursos técnicos e equipamentos, vínculo empregatício, responsabilidade pelas atividades domésticas, segurança pessoal ameaçada no trabalho.

No modelo de regressão logística log-binomial, a escolha das variáveis baseou-se na inspeção visual dos mapas de correspondência. A manutenção no modelo deveu-se a um ponto de corte arbitrário maior que 20% nas razões de prevalências ajustadas. Por não se tratar de uma amostra aleatória, assumiu-se esse erro máximo. Além da variável de desfecho (TMC) e de exposição (desequilíbrio esforço-recompensa) foram testadas no modelo: sexo, escolaridade, treinamento, materiais suficientes para realização das tarefas, relação entre exigência das tarefas e recursos disponíveis para sua realização e segurança pessoal ameaçada no trabalho.

O Akaike Criterion Information (AIC) oferece uma medida relativa da informação perdida quando um modelo é usado para descrever a realidade. O AIC é de fácil interpretação, e utilizado como informação adicional aos modelos de regressão, indicando que, quanto menor o valor deste índice, melhor o modelo a ser considerado para interpretação de resultados.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira (CEP 005/12), mediante o parecer/resolução n. 007/2012, da Universidade Federal da Bahia, obtendo-se o consentimento livre e esclarecido de todos participantes.

Resultados

Dos 509 trabalhadores elegíveis para o estudo, a taxa de resposta obtida foi de 78,6%, uma vez que 85 deles (16,7%) não aceitaram participar da pesquisa, além dos 24 trabalhadores que não foram localizados nos seus postos de trabalho (4,7%). Entre os trabalhadores que recusaram as entrevistas, 37,5% foram de auxiliares administrativos, 24,5% médicos, 18% auxiliares/técnico de enfermagem e os 20% restantes distribuídos entre várias categorias profissionais: higienizadores, fisioterapeutas, farmacêuticos, enfermeiros, operadores de sistemas, gestores e agentes comunitários de saúde. Não se registrou afastamento de trabalhadores por motivos de doenças por períodos superiores ao tempo de duração da pesquisa.

Foram estudados, portanto, 400 trabalhadores, sendo 76,5% do sexo feminino, com média de idade de 46 anos (idade mínima de 22 e máxima 69 anos). Quanto ao nível de escolaridade, 48,8% possuíam nível médio ou formação profissional técnica; 21% possuíam especialização. Cor da pele parda foi referida por 47,2% e preta por 36,3%. Declararam-se solteiros 36,3% e 46,3% eram casados/união estável; 51,6% tinham um a dois filhos e 30,4% não possuíam filhos.

Em relação às características do trabalho, os maiores percentuais de jornadas de trabalho estavam entre 30 e 40 horas (52,3% e 42,6% respectivamente). Ao analisar a jornada total trabalhada ao longo da semana, incluindo os múltiplos vínculos, 7,3% dos trabalhadores trabalhavam mais de 60 horas semanais, havendo registro de jornada de até 84 horas.

A maioria (68,7%) dos trabalhadores tinha até dez anos trabalhando em uma mesma unidade de saúde; em relação ao cargo exercido, a média de tempo foi de 14 anos. Mais da metade dos trabalhadores (57,7%) referiram não ter recebido treinamento introdutório para a função desempenhada, percentual próximo daqueles que afirmaram realizar capacitações diversas ao longo do tempo, no exercício da função (50,6%). Trabalhadores terceirizados (contratados por empresa privada) representavam 22,9% do total.

Neste estudo, os trabalhadores também foram distribuídos por categorias gerais com base na natureza da atividade desempenhada: 40% atuavam na assistência, 38% no grupo operacional, 18% no apoio técnico e 4% pertenciam ao comando e gestão.

Em relação ao modelo esforço-recompensa, na população masculina, observou-se que 42,6% relataram alto esforço e 66% tinham baixa recompensa; as mulheres também apresentaram percentuais próximos aos observados para os homens (Tabela 1). Contudo, observou-se expressiva diferença com relação ao comprometimento excessivo com o trabalho (entre as mulheres, 44,1% contra 30,9%, entre os homens). A faixa etária que apresentou maior percentual de alto esforço foi a de 20 a 40 anos (49,5%), enquanto a faixa etária de 41 a 60 anos apresentou maior frequência de baixa recompensa (65,4%) e de comprometimento excessivo com o trabalho (61,8%).

Esforço elevado foi observado em maior percentual entre os trabalhadores de nível fundamental (50%) e baixa recompensa entre trabalhadores de nível superior (64,2%). Quanto ao tempo no cargo atual, foram encontradas maiores frequências de alto esforço nos primeiros cinco anos (53,8%), bem como de comprometimento excessivo com o trabalho (47,2%).

A jornada de trabalho com relatos de situações mais desfavoráveis foi a de mais de 60 horas de trabalho semanal: 48,2% para alto esforço, 65,5% para baixa recompensa e 62,1% para comprometimento excessivo com o trabalho. Em relação às categorias de trabalhadores, o grupo de comando e gestão apresentou maiores percentuais de alto esforço (68,8%), baixa recompensa (50%) e comprometimento excessivo com o trabalho (62,5%) (Tabela 1).

Tabela 1

Distribuição (%) das escalas do Modelo desequilíbrio esforço-recompensa e Comprometimento excessivo com o trabalho. Trabalhadores da atenção básica à saúde do distrito sanitário, Salvador, Bahia, Brasil, 2012.

Variáveis/Escalas	Esforço		Recompensa		Comprometimento excessivo	
	Alto %	Baixo %	Alta %	Baixa %	Sim %	Não %
Faixa etária (anos)						
20 a 40 anos	49,5	50,5	39,8	60,2	45,5	54,5
41 a 60 anos	39,0	61,0	34,6	65,4	38,2	61,8
61 anos ou mais	31,1	68,9	46,7	53,3	42,2	57,8
Sexo						
Masculino	42,6	57,4	34,0	66,0	30,9	69,1
Feminino	41,2	58,8	38,6	61,4	44,1	55,9
Escolaridade						
Fundamental	50,0	50,0	40,0	60,0	40,0	60,0
Médio/técnico	36,9	63,1	38,9	61,1	42,5	57,5
Superior/especialização	45,6	54,4	35,8	64,2	39,4	60,6

Continua >

Continuação - Tabela 1

Distribuição (%) das escalas do Modelo desequilíbrio esforço-recompensa e Comprometimento excessivo com o trabalho. Trabalhadores da atenção básica à saúde do distrito sanitário, Salvador, Bahia, Brasil, 2012.

Variáveis/Escalas	Esforço		Recompensa		Comprometimento excessivo	
	Alto	Baixo	Alta	Baixa	Sim	Não
	%	%	%	%	%	%
Tempo no cargo (anos)						
Até 5 anos	53,8	46,2	46,2	53,8	47,2	52,8
6 a 10 anos	39,8	60,2	39,8	60,2	39,8	60,2
11 a 20 anos	42,0	58,0	26,0	74,0	42,0	58,0
21 a 30 anos	26,3	73,7	35,1	64,9	35,1	64,9
Mais que 31 anos	34,8	65,2	43,5	56,5	37,0	63,0
Tempo de serviço público (anos)						
Até 5 anos	54,3	45,7	48,1	51,9	49,4	50,6
6 a 10 anos	44,9	55,1	39,3	60,7	39,3	60,7
11 a 20 anos	44,3	55,7	28,4	71,6	46,6	53,4
21 a 30 anos	27,4	72,6	28,8	71,2	30,1	69,9
Mais que 31 anos	33,8	66,2	44,1	55,9	38,2	61,8
Jornada total de trabalho (hora/semana)						
20 a 40 horas	41,5	58,5	35,4	64,6	40,5	59,5
41 a 60 horas	39,5	60,5	43,9	56,1	43,9	56,1
Mais de 61 horas	48,2	51,8	34,4	65,5	37,9	62,1
Categorias de trabalhadores						
Assistenciais	42,2	57,8	31,7	68,3	36,6	63,4
Apoio técnico	40,3	59,7	30,6	69,4	38,9	61,1
Operacionais	38,7	61,3	46,6	54,0	44,7	55,3
Comando e gestão	68,8	31,3	50,0	50,0	62,5	37,5

Fonte: As autoras.

A prevalência de TMC foi de 21%, com diferenças marcantes segundo o sexo: 6,4% entre os homens e 25,2% entre as mulheres (Tabela 2). As faixas etárias mais jovens apresentaram maiores prevalências de TMC, com destaque para a faixa de 20 a 30 anos de idade, com prevalência de 29,4%. Quanto ao nível de escolaridade, registrou-se a menor prevalência no estrato de nível superior com especialização (15,3%).

Constataram-se maiores prevalências de TMC em trabalhadores que tinham entre 11 e 20 anos de serviço público (33%), jornada total de trabalho elevada, maior que 61 horas (37,9%) e que atuavam em atividades operacionais (25,1%) e de comando/gestão (25%) (Tabela 2).

Tabela 2

Prevalência de TMC entre trabalhadores da atenção básica à saúde do distrito sanitário de Salvador, Bahia, Brasil, 2012.

Variável	Prevalência	
	n	%
Sexo		
Masculino	6	6,4
Feminino	77	25,2
Faixa etária (anos)		
20 a 30	10	29, ¹
31 a 40	18	20,2
41 a 50	27	22,7
51 a 60	21	19,3
Mais de 60	6	13,3
Escolaridade		
Ensino médio completo/incompleto	27	23,8
Curso técnico	16	20,5
Ensino superior completo/incompleto	23	20,9
Superior com Especialização	13	15,3
Tempo de serviço em serviço público de saúde (anos)		
6 meses a 5 anos	22	27,2
6 a 10 anos	12	13,5
11 a 20 anos	29	33,0
21 a 30 anos	14	19,2
Mais de 31 anos	6	8,8
Tempo de serviço no cargo (anos)		
6 meses a 5 anos	26	24,5
6 a 10 anos	14	15,9
11 a 20 anos	31	31,0
21 a 30 anos	8	14,0
Mais de 31 anos	3	6,5
Jornada total de trabalho (hora/semana)		
20 a 40 horas	55	19,7
41 a 60 horas	16	17,5
61 até 84 horas	11	37,9
Categoria de trabalhadores		
Assistenciais	32	19,8
Apoio técnico	9	12,5
Operacionais	38	25,1
Comando e gestão	4	25,0

Fonte: As autoras.

Observou-se que 41,5% dos trabalhadores realizavam atividades laborais envolvendo alto esforço; 62,5%, baixa recompensa e 41% apresentaram comprometimento excessivo com o trabalho (Tabela 3).

Tabela 3

Prevalência de TMC segundo escalas do ERI. Trabalhadores da atenção básica à saúde do distrito sanitário Centro Histórico de Salvador, Bahia, Brasil, 2012.

Escalas	%	TMC		RP
		n	%	
Esforço				
Alto	41,5	45	27,1	1,67
Baixo	58,5	38	16,2	
Recompensa				
Alta	37,5	39	26,0	1,47
Baixa	62,5	44	17,6	
Comprometimento excessivo				
Sim	41,0	47	28,7	1,87
Não	59,0	36	15,3	
Desequilíbrio esforço-recompensa				
Sim	46,5	50	26,9	1,75
Não	53,5	33	15,4	

Fonte: As autoras.

Nota: ERI - Effort-reward imbalance; TMC - Transtornos mentais comuns; RP - Razão de prevalência.

Na análise das prevalências de TMC segundo situações do modelo ERI, foram observadas prevalências mais elevadas na situação de alto esforço (27,1%), alta recompensa (26%) e comprometimento excessivo com o trabalho (28,7%). A análise combinada de esforço-recompensa mostrou-se positivamente associada aos TMC: a prevalência de TMC na situação de desequilíbrio esforço-recompensa foi de 46,5%, bem maior do que na situação balanceada (baixo esforço, alta demanda), 26,9% (razão de prevalência (RP)= 1,75); ou seja, o grupo em desequilíbrio apresentou prevalência de TMC 75% maior do que na situação de equilíbrio entre essas duas dimensões do trabalho.

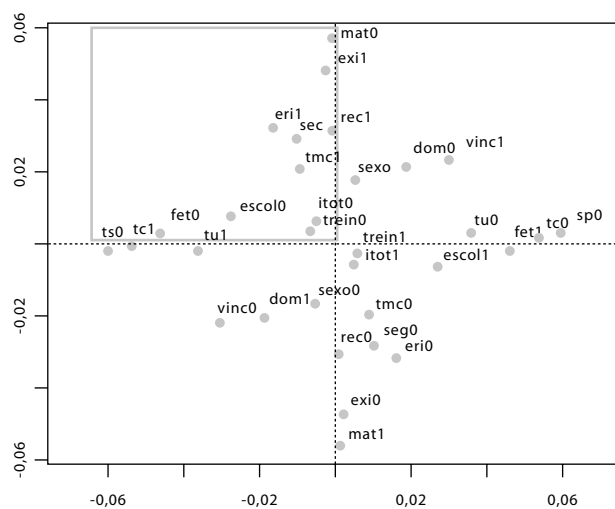
Na análise de correspondência, observa-se a existência de conglomerados e a proximidade das variáveis, com a finalidade de entender os padrões de relações entre as características analisadas. Quanto mais próximas duas variáveis no gráfico, mais frequente a sua ocorrência conjunta. Portanto, essas distâncias são plotadas graficamente para expressar a proximidade ou distanciamento entre os dados analisados. Quanto menor a distância entre as variáveis, mais se reforça a hipótese de associação entre elas.

Na análise de correspondência realizada, os mapas mostraram as variáveis associadas aos TMC nas três primeiras dimensões estabelecidas que, conjuntamente, explicaram 77,2% da variabilidade dos dados. A primeira dimensão explicou 57,5% dessa variabilidade, a segunda dimensão, 16% e a terceira, 3,7% da variabilidade dos dados. Portanto, o conjunto de variáveis analisadas foi capaz de explicar parte significativa do evento investigado.

O Gráfico 1 apresenta a análise da 1ª dimensão com a 2ª dimensão. O mapa de correspondência entre a variável de desfecho (TMC), a exposição destacada (ERI) e demais covariáveis apresentou autovalor = 0,015156 (57,5% de inércia) para a dimensão 1 e autovalor = 0,004210 (16% de inércia) para a dimensão 2. Neste primeiro agrupamento (destacado no gráfico no quadrante superior esquerdo) predominaram, sobretudo, as características do trabalho: situação de desequilíbrio esforço-recompensa (eri1), segurança ameaçada no trabalho (seg1), recursos precários/ruins/muito ruins para a realização das tarefas (rec1), escolaridade com nível superior (concluído/ andamento) ou com especialização (escol0), não realização de treinamento para inserção no trabalho (trein0), jornada total semanal de trabalho acima de 60 horas (jtot), falta de correspondências entre exigências das tarefas e recursos disponíveis (exi1), não possuir materiais e recursos suficientes para a realização das tarefas (mat0), faixa etária até 40 anos (fet0).

Gráfico 1

Características sociodemográficas, do trabalho e TMC - Análise de correspondência da 1ª e 2ª dimensões

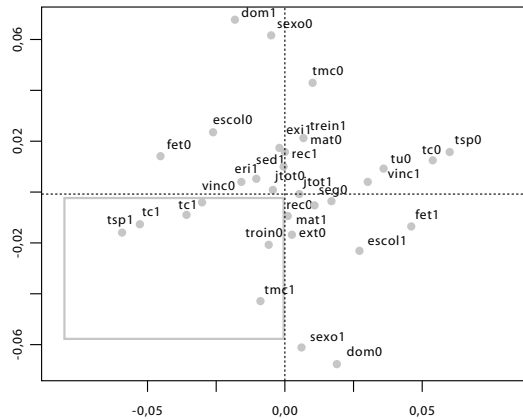


Fonte: As autoras.

O Gráfico 2 descreve a análise da 1ª dimensão com a 3ª dimensão. Mapa de correspondência entre a variável de exposição (ERI), demais covariáveis e TMC apresentou autovalor = 0,015156 (57,5% de inércia) para a dimensão 1 e autovalor = 0,000987 (3,7% de Inércia) para a dimensão 3. O segundo agrupamento (assinalado no quadrante inferior esquerdo) reuniu as variáveis laborais com destaque para aquelas relativas ao tempo de trabalho. As variáveis associadas foram: tempo no cargo até 30 anos (tc1); tempo de serviço público até 30 anos (tsp); tempo na unidade até 30 anos (tu1); e não possuir treinamento para a realização das tarefas (trein0).

Gráfico 2

Características sociodemográficas, do trabalho e TMC - Análise de correspondência da 1ª e 3ª dimensões

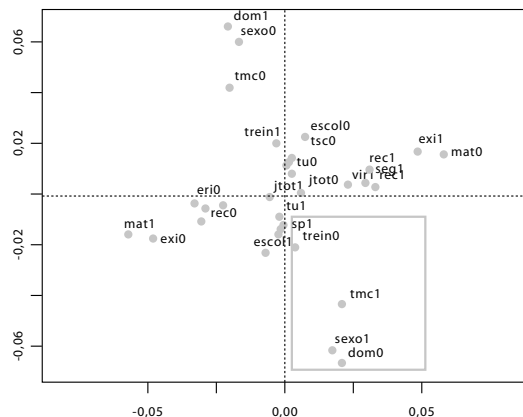


Fonte: As autoras.

O Gráfico 3 traz a análise da 2ª dimensão com a 3ª dimensão. O mapa de correspondência para as variáveis analisadas apresentou autovalor= 0,004210 (16% de inércia) para a dimensão 2 e autovalor= 0,000987 (3,7% de inércia) para a dimensão 3. Neste agrupamento (quadrante inferior direito) mesclaram-se características sociodemográficas, do trabalho doméstico e profissional. As variáveis associadas foram: ter realizado treinamento para inserção no trabalho (trein1); sexo feminino (sexo1) e não ser o responsável pelas atividades domésticas (dom0). Apesar da menor variabilidade relativa à terceira dimensão, a sua inclusão foi necessária para uma melhor identificação das variáveis associadas (3,70% - autovalor= 0,000987), particularmente o sexo.

Gráfico 3

Características sociodemográficas, do trabalho e TMC - Análise de correspondência da 2ª e 3ª dimensões



Fonte: As autoras.

Por fim, as variáveis destacadas como relevantes pelas análises prévias foram testadas em modelos de análise multivariada (regressão logística log-binomial). Na análise do primeiro modelo, assumindo um ponto de corte de 20%, não foram estatisticamente significantes as seguintes variáveis: 'já recebeu algum treinamento', 'relação entre materiais e recursos para a realização das tarefas', 'tempo no cargo atual' e 'tempo de serviço público'. Assim, essas variáveis foram retiradas da análise. Para o modelo final, foram descritas as RPs ajustadas para cada uma das variáveis associadas aos TMC, nos níveis de associação estatística estabelecidos: desequilíbrio esforço-recompensa (RP=1,91), sexo feminino (RP=5,53), relação desequilibrada entre exigências das tarefas e recursos para realizá-las (RP=2,51), segurança ameaçada no trabalho (RP=1,49), escolaridade até o nível técnico ou médio (RP=1,55) (Tabela 4).

Tabela 4

Resultado da regressão log-binomial dos modelos ajustados para variáveis relacionadas e TMC nos trabalhadores da atenção básica à saúde do distrito sanitário Centro Histórico de Salvador, Bahia, Brasil, 2012.

Variáveis	Modelo 1	Modelo ajustado
	RP	RP
Desequilíbrio Esforço-Recompensa		
Sim	1,88	1,91
Sexo		
Feminino		5,53
Relação desequilibrada entre exigências do trabalho e recursos disponíveis	5,37	
Sim	2,35	2,51
Sente segurança ameaçada no trabalho		
Sim	1,47	1,49
Escolaridade		
Até 2º grau ou técnico	1,57	1,55
Recursos para a realização das tarefas		
Sim	0,38	0,42
Já recebeu algum treinamento		
Não	0,77	-
Existência de materiais para as tarefas		
Não	0,84	-

Fonte: As autoras.

Nota 1: TMC - transtornos mentais comuns; RP - razão de prevalência.

Nota 2: AIC Modelo1: 388,5; AIC Modelo Final: 385,7. AIC - Akaike Criterion Information.

Discussão

Os estudos de corte transversal consideram um ponto no tempo. Isso dificulta a verificação da relação causa-efeito nos processos de adoecimento. Ainda assim, o objetivo de avaliar a associação entre estressores ocupacionais no trabalho e TMC entre os trabalhadores da atenção básica de um distrito sa-

nitário de Salvador foram alcançados na medida em que se evidenciou forte associação entre desequilíbrio das situações de esforço-recompensa e a ocorrência de TMC entre os trabalhadores estudados.

Os estudos transversais realizados com trabalhadores da atenção básica à saúde têm revelado altas prevalências de TMC entre os trabalhadores de diferentes regiões do país. Estudos na Região Sul e no Nordeste apontaram prevalência de TMC de 16% (Tomasi et al., 2008); em Salvador, estudo com médicos, encontrou prevalência de TMC de 26% (Nascimento Sobrinho et al., 2006). Trabalhadores da atenção básica de cinco municípios do estado da Bahia apresentaram prevalência de TMC de 21% (Araújo et al., 2016).

Em amostra de 392 trabalhadores da atenção básica à saúde de Botucatu, a prevalência de TMC foi de 42,6% (Braga; Carvalho; Blinder; 2010). Ainda em São Paulo, em outro município, detectou-se prevalência de 43,3% de TMC entre os agentes comunitários de saúde (Silva e Menezes, 2008). Estudo realizado com 227 médicos em Belo Horizonte, identificou prevalência de TMC de 24% (Assunção et al., 2013). Assim, os dados obtidos são consistentes com dados da literatura, apontando significativo adoecimento mental nesse grupo ocupacional.

As mulheres apresentaram prevalência de TMC mais elevada do que os homens, resultado também concordante com literatura (Araújo; Pinho e Almeida, 2005).

As maiores prevalências de TMC atingiram os trabalhadores operacionais e da gestão e comando. O contato permanente com o público externo, cujas demandas nem sempre são atendidas em função da insuficiência ou inexistência de recursos, levando à descontinuidade dos processos de trabalho, são ocorrências constantes nos serviços de saúde da atenção básica e constituem fonte de estresse para todos os profissionais envolvidos.

Os resultados deste estudo reafirmam a necessidade de apoio institucional aos trabalhadores administrativos (categoria operacional), uma vez que essa função nas UBSs os coloca em vulnerabilidade, sobretudo aqueles que exercem atividades de recepção, marcação de consultas, informação ao público, atividades que demandam habilidades especiais.

A desqualificação crescente dos serviços de saúde compromete a saúde do trabalhador. Para Assunção (2011), este cenário institui uma sensação subjetiva de não conseguir fazer o necessário para melhorar a saúde dos que procuram estes serviços, produzindo sentimentos de inadequação dos trabalhadores, de falta de controle sobre o trabalho; portanto, estabelecendo uma relação de desprazer e um sentimento de desserviço ao público.

Considerando-se, ainda, que muitos entrevistados possuíam vínculo contratual terceirizado, o que potencializa a fragilidade da relação destes trabalhadores, teve destaque as situações de insegurança generalizada, abrangendo falta de reconhecimento (recompensa) profissional e segurança, associado a

difíceis relações no ambiente laboral, no qual se vivenciam situações de esforço máximo sem uma recompensa adequada, promovendo comprometimento excessivo com o trabalho – fatores destacados como associados aos transtornos mentais (Silva e Barreto, 2010).

Segundo Dejours (2009), a busca do sentido do trabalho numa realidade adversa ao desejo do trabalhador contribui para o crescimento e acúmulo da carga psíquica. O trabalho, como fonte de tensão e desprazer, leva ao aparecimento da fadiga, astenia, transtornos mentais e outras doenças. As condições avaliadas como péssimas em decorrência do estado geral de manutenção dos ambientes de trabalho – mofos em paredes, cadeiras quebradas, insegurança no ambiente, higienização precária, aliada aos atrasos de salários para os terceirizados – são fatores que contribuem para o aparecimento de doenças (Oliveira, 2013).

As prevalências de TMC foram mais altas nas situações de desequilíbrio entre esforços e recompensas, fortalecendo a hipótese de que o não balanceamento entre esforços e recompensas no trabalho pode ser nocivo à saúde mental dos trabalhadores. Portanto, os resultados reforçam existência de relação entre estressores ocupacionais, segundo o modelo ERI – desequilíbrio entre esforço e recompensa, e os TMC: alto esforço, baixa recompensa e comprometimento excessivo com o trabalho são fontes de adoecimento, afetando a saúde física e mental (Siegrist, 1996).

Estudo comparativo do equilíbrio entre esforço-recompensa entre médicos e enfermeiros de unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal indicou que, para os enfermeiros, a demanda foi a mesma enquanto, entre os médicos, houve proporções elevadas de comprometimento excessivo na unidade neonatal (Fogaça et al., 2010).

Os estudos realizados no Brasil vêm mostrando que estruturas e condições de trabalho na saúde têm sido preditores de desequilíbrio e adoecimento entre os seus trabalhadores. Os achados são consistentes com pesquisas realizadas por diversos autores e em diferentes espaços profissionais (Machado e Assunção, 2012).

Situações de estresse ocupacional associadas ao desequilíbrio esforço-recompensa também se revelaram elevadas em todos os grupos estudados; a associação mais forte deu-se no grupo de comando e gestão. Neste tipo de serviço, observou-se fragilidade dos vínculos de emprego, ocasionado pela alta rotatividade dos gestores. Muitos desta categoria possuíam vínculo contratual como cargo de confiança, o que potencializava a fragilidade da relação institucional com eles.

As situações de desequilíbrio entre esforços e recompensas e de comprometimento excessivo foram mais frequentes entre gestores neste estudo. Os gestores apresentaram exposição elevada aos estressores ocupacionais, representada pela elevada proporção desses trabalhadores na situação de dese-

quilíbrio esforço-recompensa, indicando forte potencial para o adoecimento das pessoas que exerciam cargos, uma vez que, como apontam Brant e Dias (2004), as características das atividades de gestão envolvem:

Aqueles que trabalham submetidos a cargos burocráticos e ao poder político do Estado se mostram sempre ameaçados de aniquilamento quaisquer que sejam suas posição e autoridade, em razão de sua sujeição ao poder... Padece de uma ambivalência, é assalariado, despossuído dos meios de produção, sujeito à maioria das restrições a que estão submetidos os operários – por suas rendas e por sua situação de subordinação; contudo, não se identifica, com os trabalhadores... Esse gestor vivia também conflito entre a esperança de criar, imprimindo algo pessoal ao trabalho, e a incerteza da permanência na função. (Brant e Dias, 2004, p. 945).

Estudo com gestores revelou insatisfação decorrente da dificuldade de realizar as atividades – o que levava à perda de interesse e desprazer no trabalho (Brant e Dias, 2004). Essa realidade tem marcado a vida profissional dos gestores em empresas públicas. A alta rotatividade por transferências ou demissões, imposta pela posição intermediária do cargo, coloca este grupo em situações de contínuos conflitos e frustrações com conseqüente desgaste que pode comprometer a saúde mental desses trabalhadores.

O estudo não definiu diagnóstico específico de adoecimento mental, apontou para situação de estresse ocupacional e para nível de suspeição de TMC. Apesar das limitações deste estudo, como a impossibilidade de avaliar sequência temporal entre os eventos estudados (ele é pontual e avalia exposição e desfecho num mesmo ponto do tempo) e o chamado efeito do trabalhador sadio (que seleciona e mantém no trabalho apenas aqueles indivíduos saudáveis), foram produzidas informações úteis que reforçam a necessidade de ações no sentido de minimizar essa condição estressante e de desprazer no trabalho, principalmente para o trabalhador que atua junto a um público que também se encontra em sofrimento.

Considerações finais

Os resultados obtidos fortalecem a hipótese de associação entre prevalência de TMC e situação de desequilíbrio entre esforço e recompensa entre os trabalhadores.

Os desequilíbrios gerados pelos estressores ocupacionais indicam situação de vulnerabilidade para TMC principalmente para o grupo de comando e gestão, que apresentaram percentuais altos na situação de desequilíbrio entre esforço e recompensa. O grupo de menor vulnerabilidade foi o de apoio técnico, grupo que pela especificidade de sua atividade não mantém contato direto e constante com o público, o que pode reforçar que as intervenções

desenvolvidas diretamente com os usuários dos serviços potencializa a ocorrência de estresse ocupacional e de transtornos mentais.

Os trabalhadores da atenção básica de saúde do distrito sanitário não se sentiam reconhecidos em suas atividades. A equação esforço/recompensa tem sido negligenciada não apenas pelas condições materiais disponíveis, mas pela relação de trabalho precário que envolve duplas jornadas e vínculos frágeis, dentre outros fatores. O sentimento de não reconhecimento do significado dessa atividade, tanto pelo usuário como pelo gestor, tem sido referido pelos trabalhadores. Assim, é preciso intervir na condição laboral, levando-se em consideração a importância do cuidado com esse profissional, de modo a fortalecer sua valorização.

O trabalho na saúde deve obedecer a princípios da humanização, estabelecendo relações mais equilibradas, mais saudáveis, tanto do ponto de vista do direito a trabalhar em condições decentes quanto do seu reconhecimento, incorporando ações que possam promover a saúde e o bem-estar físico e emocional daqueles que lidam com vidas humanas, quase sempre em situação de vulnerabilidade.

Espera-se que esse estudo contribua para a compreensão da dimensão do problema focalizado – a saúde mental dos trabalhadores – e para fomentar as discussões sobre a situação presente, buscando, assim, minimizar danos futuros, afinal o trabalho é dimensão fundamental da vida das pessoas e não deve ser fonte de sofrimento, insatisfação e adoecimento.

Resumen Estudio de la asociación entre trastornos mentales comunes y situaciones de desequilibrio entre esfuerzos y recompensas en trabajadores de la atención básica de salud realizada en distrito sanitario, municipio de Salvador, Bahia, Brasil, siendo considerados trabajadores aquellos en ejercicio profesional en las unidades de salud del distrito. Estudio transversal analítico, con 400 del total de 509 trabajadores. Para la evaluación de esfuerzo y recompensa en el trabajo se utilizó el Effort-Reward Imbalance y el Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) mensuró los Trastornos Mentales Comunes. La prevalencia de trastornos mentales comunes fue del 21%, el 46,2% de ellos experimentando situaciones de desequilibrio esfuerzo-recompensa en el trabajo. La prevalencia de Trastornos Mentales Comunes más elevada en la situación de desequilibrio esfuerzo-recompensa (26,9%) y en el grupo de los trabajadores operativos (33,8%). El análisis de correspondencia indicó relación entre desequilibrio esfuerzo y recompensa y trastornos mentales comunes en la primera dimensión. El modelo de regresión logística log-binomial evidenció asociación positiva entre desequilibrio esfuerzo y recompensa y Trastornos Mentales Comunes (razón de prevalencia ajustada=1,91). Los trabajadores expuestos a situaciones de desequilibrio esfuerzo y recompensa en el trabajo presentaron una mayor frecuencia de enfermedad mental. Es necesario intervenir en la gestión y organización del trabajo en cuanto a las demandas de los servicios, condiciones precarias del trabajo y formas de recompensa o reconocimiento.

Palabras clave salud mental; trastornos comunes; desequilibrio esfuerzo-recompensa; salud del trabajador.

Notas

¹ Secretaria Municipal de Saúde, Centro de Saúde Ramiro de Azevedo, Salvador, Bahia, Brasil.

<aananeta@gmail.com>

Endereço: Centro de Saúde Ramiro de Azevedo, Secretaria Municipal de Saúde, Largo do Campo da Pólvora, Nazaré, CEP 40040-280, Salvador, Bahia, Brasil.

² Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde Coletiva, Feira de Santana, Bahia, Brasil.

<araujo.tania@uefs.br>

Referências

- ARAÚJO, Tânia M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 424-433, 2003.
- ARAÚJO, Tânia M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: contribuições da análise de modelos combinados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 645-657, 2016.
- ARAÚJO, Tânia M.; PINHO, Paloma S.; ALMEIDA, Maura Maria G. 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, jul.-set. 2005.
- ASSUNÇÃO, Ada A. Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde. In: GOMEZ, Machado P. (org.). *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 453-478.
- ASSUNÇÃO, Ada A. et al. Working conditions and common mental disorders in physicians in Brazil. *Occupational Medicine*, Oxford, v. 63, n. 3, p. 234-237, 2013.
- BRAGA, Ludmila C.; CARVALHO, Lidia R.; BINDER, Maria Cecília P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu, SP. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1.585-1.596, jun. 2010.
- BRANT, Luís C.; DIAS, Elizabeth. C. Trabalho e sofrimento em gestores de uma empresa pública em reestruturação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 942-949, jul.-ago. 2004.
- BRASIL. Ministério da Previdência Social. *Transtornos mentais atingem 23 milhões de pessoas no Brasil*. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2010. Disponível em: <www.previdencia.gov.br/2013/03/transtornos-mentais>. Acesso em: 14 out. 2015.
- CHOR, Dora et al. The Brazilian version of the effort-reward imbalance questionnaire to assess job stress: Versão brasileira da escala *effort-reward imbalance* para avaliação de estresse no trabalho. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 219-224, jan. 2008.
- DEJOURS, Cristophe; ABDOUCHELI, Elizabeth; JAYET, Christian. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. Coordenação de Maria Irene Stoco Betiol. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009. 144 p.
- FOGAÇA, Monalisa C. et al. Estudo preliminar sobre o estresse ocupacional de médicos e enfermeiros em UTI pediátrica e neonatal: o equilíbrio entre esforço e recompensa. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, São Paulo, v. 18, p. 1-6, jan.-fev., 2010.
- GASPARINI, Sandra M.; BARRETO, Sandhi M.; ASSUNÇÃO, Ada A. Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Hori-

- zonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2.679-2.691, 2006.
- GONÇALVES, Daniel M.; STEIN, Airton T.; KAPCZINSKI, Flavio. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 380-390, fev. 2008.
- GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. *Common mental disorders: a bio-social model*. London: Tavistock, 1992.
- GREENACRE, Michael. *Correspondence analysis in practice*. 2. ed. London: Chapman & Hall/CRC, 2007. 296 p.
- GUIMARÃES, Liliana A. M.; SIEGRIST, Johannes; MARTINS, Daniela de A. Modelo teórico de estresse ocupacional: desequilíbrio entre esforço-recompensa no trabalho (ERI). In: GUIMARÃES, Liliana A. M.; GRUBITS, Sonia (orgs.). *Série Saúde Mental e Trabalho*. v. II. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 69-83.
- MACHADO, Jorge H.; ASSUNÇÃO, Ada A. (orgs.). *Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde*. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Federal de Minas Gerais, 2012. 164 p.
- NASCIMENTO SOBRINHO, Carlito L. et al. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 131-140, 2006.
- OLIVEIRA, Ana M.N. *Estresse ocupacional e saúde psíquica dos trabalhadores do Distrito Sanitário Centro Histórico do Município de Salvador*. 2013. 135 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.
- SALA, Arnaldo et al. Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2.168-2.178, out. 2009.
- SANTOS, Kionna O. B.; ARAÚJO, Tânia M.; OLIVEIRA, Nelson F. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do *self-reporting questionnaire* (SRQ-20). *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 34, n. 3, p. 544-560, jul.-set. 2010.
- SIEGRIST, Johannes. *Effort-reward imbalance at work: theory, measurement and evidence*. Düsseldorf: University Dusseldorf, Department of Medical Sociology, 2012. 20 p.
- SIEGRIST, Johannes. Recompensa social e saúde: como reduzir o estresse no trabalho e além dele. In: ROSSI, Ana M.; PERREWÉ, Pamela; MEURS, James (orgs.). *Stress e qualidade de vida no trabalho: stress social – enfrentamento e prevenção*. São Paulo: Atlas, p. 55-71, 2011.
- SIEGRIST, Johannes. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, Washington, v. 1, n. 1, p. 27-41, 1996.
- SILVA, Andrea T. C.; MENEZES, Paulo R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 921-9, 2008.
- SILVA, Luiz; BARRETO, Sandhi M. Adaptação transcultural para o português brasileiro da escala *effort-reward imbalance*: um estudo com trabalhadores de banco. Adaptação brasileira da escala esforço-recompensa. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, DC, v. 27, n. 1, 2010.
- TOMASI, Elaine 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*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 193-201, 2008.

Recebido em 06/04/2016.

Aprovado em 11/06/2017.