

## **Trabalho docente e saúde mental:**

A importância do apoio social

Ilza Mitsuko Camada – UFBA

Tânia Maria de Araújo – UEFS

Lauro Antonio Porto – UFBA

### **Resumo**

O apoio social tem-se destacado na promoção e recuperação da saúde física e mental, sendo um aspecto importante na qualidade de vida. O objetivo deste estudo foi avaliar a associação entre apoio social e transtornos mentais comuns (TMC) entre professores. Os dados analisados foram provenientes de um estudo transversal com 476 docentes do ensino infantil e fundamental de Salvador/BA. A variável de exposição, apoio social, foi avaliada pelo Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS) e a variável resposta, TMC, pelo Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). A prevalência de TMC foi duas vezes maior entre professores com baixo apoio social em relação aos com alto apoio, após ajuste por potenciais confundidores, evidenciando a importância deste aspecto psicossocial na saúde mental docente e a necessidade de ser ampliado e fortalecido.

**Palavras-chave:** Apoio Social; Transtorno Mental; Professor.

## **Teacher's work and mental health:**

The importance of social support

### **Abstract**

Social support has been highlighted in the promotion and recovery of physical and mental health, being an important aspect in the quality of life. The objective of this study was to evaluate the association between social support and common mental disorders (CMD) among teachers. The data analyzed came from a cross-sectional study with 476 primary and secondary school teachers from Salvador/ BA. The exposure variable, social support, was evaluated by the Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS) and the response variable, CMD, by the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). The prevalence of CMD was twice as high among teachers with low social support than those with high support, after adjusting for potential confounders, evidencing the importance of this psychosocial aspect in the mental health of teachers and the need to be expanded and strengthened.

**Keywords:** Social support; Mental Disorder; Teacher.

## Introdução

O apoio social tem sido definido como a relação entre duas ou mais pessoas na qual ocorre envolvimento emocional, ajuda material, informações ou reconhecimento (DURÁ; GARCÉS, 1991). Possui um componente estrutural e outro funcional, em que o primeiro é referente à rede de relações pessoais, que disponibiliza o apoio (FACHADO *et al.*, 2007), enquanto o componente funcional refere-se à percepção do apoio disponibilizado, constituído pelo apoio emocional (relativo à expressão de afeto, compreensão e ao incentivo para exteriorização de sentimentos), apoio de informação (referente à disponibilidade de pessoas para obter conselhos ou orientações), apoio material (alusivo à disponibilidade de recursos e ajuda material) e interação social positiva (relativa à demonstração de afeto positivo, confiança e compreensão) (SHERBOURNE; STEWART, 1991; GRIEP *et al.*, 2003).

O apoio social pode influenciar a saúde do indivíduo, seja contribuindo para a redução dos níveis pressóricos, melhora da resposta imune (UCHINO *et al.*, 1996) ou redução da mortalidade (IWASAKI *et al.*, 2002). Atribui-se isso ao remodelamento da percepção do indivíduo sobre o estresse e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento evitando, assim, geração de respostas psicofisiológicas deletérias à saúde (CASTRO *et al.*, 1997).

Para melhor compreensão dos efeitos do apoio social na saúde, diversos estudos têm destacado os diferentes provedores de apoio e a interação entre estes. Os de maior destaque são a família e as relações no ambiente de trabalho (colegas e supervisores) (FRONE *et al.*, 1997; GRIEP *et al.*, 2015). Estas últimas originam o apoio social no trabalho, considerado uma derivação teórica e conceitual do apoio social global aplicado ao ambiente de trabalho (GIOVANETTI, 1996). Contudo, a fim de distinguir o apoio proveniente das relações pessoais internas e externas ao ambiente de trabalho, denomina-se apoio social extralaboral quando as fontes do apoio social não estão relacionadas ao trabalho.

No tocante aos professores, ainda são escassos os estudos com foco no apoio social extralaboral nessa categoria profissional. Estudos apontam o apoio social extralaboral como um importante redutor do estresse ocupacional (SUN *et al.*, 2011), além de estar associado negativamente com Burnout (FIGUEROA *et al.*, 2012).

Estudos que abordam a saúde mental docente evidenciam elevada prevalência de transtornos mentais comuns, atingindo 41,5% a 50,3% (DELCOR *et al.*, 2004; GASPARINI *et al.*, 2006), nos quais o sofrimento psíquico é uma das principais causas de incapacidade laboral nessa categoria profissional (GASPARINI *et al.*, 2005). Considerando a elevada frequência de sofrimento

mental entre professores, ganha relevância a análise de fatores capazes de minimizar os efeitos negativos do trabalho sobre a saúde mental dos docentes, de modo a constituir uma base de ações voltadas à promoção à saúde e prevenção do adoecimento psíquico. O apoio extralaboral é um dos desses fatores. O presente estudo tem como objetivo, portanto, avaliar a associação entre o apoio social extralaboral e transtornos mentais comuns entre os professores do ensino infantil e fundamental das escolas da rede municipal de ensino de Salvador/BA.

## **Métodos**

Este estudo analisou os dados coletados em um estudo de corte transversal incluindo professores do ensino infantil e fundamental das escolas municipais de Salvador/BA.

### *Seleção da população de estudo*

A amostragem foi realizada por conveniência e selecionadas as 24 escolas com 20 ou mais professores que se encontravam nas quatro regionais de educação mais próximas do Hospital Universitário Professor Edgar Santos da Universidade Federal da Bahia, abrangendo 54 bairros e totalizando 611 professores. Na época da coleta, a Secretaria Municipal de Educação e Cultura da Prefeitura Municipal de Salvador possuía 11 regionais, correspondendo a 422 unidades de ensino e abrangendo 139 bairros da cidade.

Os critérios de inclusão foram: ser docente das escolas selecionadas e concordar em participar do estudo. Foram consideradas perdas do estudo os professores que não foram encontrados após três tentativas de contato.

Dos 611 professores ensinando nas escolas selecionadas, registraram-se recusas em participar do estudo (0,49%), perdas por não ter êxito em contatar o docente na unidade de ensino (17,5%), além do fato de docentes encontrarem-se em licença médica (4,1%). Com isso, a amostra final foi constituída por 476 professores (cerca de 78% do total elegível).

### *Instrumento de Pesquisa*

Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário estruturado que foi aplicado nas escolas, por equipe previamente treinada, sem a identificação pessoal do participante. O questionário foi respondido no próprio local de trabalho após esclarecimentos sobre o estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O questionário contemplou informações sobre dados sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade, estado conjugal, presença de filhos, renda),

características da atividade docente (tempo de trabalho, quantidade de turmas, carga horária, atividades extraclasse), informações sobre a saúde em geral, transtornos mentais comuns, aspectos psicossociais no trabalho, apoio social nas relações de trabalho (apoio social no trabalho) e nas relações pessoais (apoio social extralaboral).

A coleta de dados foi iniciada após o treinamento da equipe, a fim de padronizar condutas no campo, utilizando um manual previamente elaborado.

### *Variáveis do estudo*

#### *Variável de exposição*

Para analisar o apoio social extralaboral (ASE), utilizou-se o Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS). Esse questionário foi desenvolvido para avaliar a percepção multidimensional do apoio social pelo respondente, cuja aplicação, inicialmente, foi em pacientes portadores de doenças crônicas (SHERBOURNE; STEWART, 1991). Além disso, é autoaplicável, de compreensão simples, de rápida resposta, com vantagem de analisar tanto o tamanho da rede social dos indivíduos, quanto dimensões de apoio emocional, informacional, material, afetivo e interação social positiva (FACHADO *et al.*, 2007). O MOS-SSS foi validado para a língua portuguesa, com boa confiabilidade, estabilidade temporal e consistência interna, possibilitando a sua utilização em investigações de associação entre apoio social e agravos à saúde (GRIEP *et al.*, 2003). As dimensões do apoio social analisadas são: apoio emocional, que é a capacidade da rede social em demonstrar afeto positivo, empatia, incentivo e encorajamento da expressão de emoções (quatro questões); apoio informacional, referente à disponibilidade de alguém que o aconselhe, oriente ou informe (quatro perguntas); apoio material, alusivo ao fornecimento de ajuda material (quatro questões); apoio afetivo, relacionado a demonstrações físicas de amor e afeto (três questões) e interação social positiva, que avalia a possibilidade de se dispor de alguém com quem possa se divertir (quatro questões). Em função da sobreposição entre os itens do apoio informacional e apoio emocional, estes passaram a integrar uma única dimensão: o apoio emocional/informacional (SHERBOURNE; STEWART, 1991).

Para cada resposta, é atribuído um escore de zero (0 – nunca) a cinco (5 – sempre) (SHERBOURNE; STEWART, 1991; GRIEP *et al.*, 2005). Na construção de uma escala padronizada, divide-se a soma total dos escores encontrados pelo maior escore possível (total de pontos obtidos/pontuação máxima possível), em que o resultado dessa razão é multiplicado por 100 (GRIEP *et al.*, 2005). Com isso, o menor valor é zero, enquanto o maior é 100. Logo, quanto maior

a pontuação, maior é a percepção do ASE (ANDRADE *et al.*, 2005). Neste estudo, o primeiro tercil foi o ponto de corte utilizado para dicotomizar o ASE em alto ou baixo.

#### *Variável de desfecho*

Na avaliação dos transtornos mentais comuns (TMC), utilizou-se o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). Trata-se de um instrumento validado no Brasil e amplamente utilizado para avaliar suspeição de TMC, abordando o período de 30 dias antes do seu preenchimento (MARI; WILLIAMS, 1986). É composto por 20 questões, com respostas sim/não, em que é atribuído um ponto para cada resposta afirmativa. O ponto de corte sete foi adotado para classificar o participante como suspeito de TMC (DELCOR *et al.*, 2004). Possui sensibilidade de 62,9% a 90% e especificidade de 44% a 95% (OMS, 1994; SANTOS *et al.*, 2009).

#### *Covariáveis*

As covariáveis analisadas foram as sociodemográficas (idade, sexo, cor da pele, situação conjugal, presença de filhos e escolaridade), características do trabalho (tempo de profissão, média de alunos por sala, realização de atividades extraclasse, número de escolas em que lecionava, número de turmas, realização de outra atividade remunerada, carga horária semanal), aspectos psicossociais do trabalho avaliados pelo modelo demanda-controle (trabalho em alta exigência, baixa exigência, trabalho ativo e passivo).

Todas as variáveis foram dicotomizadas, quais sejam: idade estratificada em menor de 40 anos e maior ou igual a 40 anos; cor de pele em branca e não branca (pardos, negros e amarelos); situação conjugal em casado oficialmente ou não e não casado (solteiro, viúvo ou divorciado); se possui filhos ou não; escolaridade em até superior incompleto e superior completo/pós-graduação.

A média de alunos por sala teve como ponto de corte 30 alunos, enquanto tempo de profissão foi de 10 anos. O número de escolas em que lecionava foi dicotomizado em uma escola e mais que uma escola; número de turmas em até duas turmas e mais de duas turmas; e a carga horária semanal, por sua vez, em menos que 40 horas e maior ou igual a 40 horas.

Informações sobre os aspectos psicossociais do trabalho foram obtidas do Job Content Questionnaire (JCQ). Esse instrumento analisa o conteúdo das tarefas do trabalho, de acordo com o modelo demanda-controle (KARASEK *et al.*, 1998). Foi padronizado e validado no Brasil, mostrando bom desempenho na mensuração dos aspectos psicossociais do trabalho (ARAÚJO; KARASEK, 2008). É composto por 49 questões, com respostas expressas por escala tipo likert: 1: discordo fortemente, 2: discordo, 3: concordo e 4: concordo fortemente (KARASEK *et al.*, 1998).

Elas avaliam aspectos do trabalho relacionados ao grau de controle sobre o próprio trabalho (17 questões), demandas psicológicas (nove questões) e físicas (cinco questões), apoio social (11 questões) e insegurança no trabalho (seis questões) (KARASEK *et al.*, 1998). No presente estudo, foram utilizadas apenas as escalas de controle sobre o próprio trabalho (incluído nove questões), demandas psicológicas (incluindo cinco questões) e apoio social no trabalho.

A demanda psicológica refere-se às exigências psicológicas durante a realização das tarefas, tais como nível de concentração e pressão temporal; enquanto o controle sobre o próprio trabalho envolve aspectos relacionados ao uso de habilidades (nível de habilidade e criatividade requisitados pelo trabalho) e autoridade decisória (capacidade do trabalhador em decidir sobre o seu trabalho diante das possibilidades disponibilizadas pela organização de trabalho) (KARASEK *et al.*, 1998). Para dicotomizar a variável de controle e de demanda, adotou-se a mediana como ponto de corte. A partir da combinação desses níveis, foi construído o modelo demanda-controle, resultando nas categorias de baixa exigência (alto controle e baixa demanda), alta exigência (baixo controle e alta demanda), trabalho passivo (baixo controle e baixa demanda) e trabalho ativo (alto controle e alta demanda) (KARASEK *et al.*, 1998).

#### *Análise de dados*

Na análise descritiva, foram utilizadas medidas de frequência absoluta e proporção das variáveis de interesse.

Para avaliar a associação do apoio social extralaboral e TMC, foram realizadas as análises bivariada e multivariada. Na análise bivariada, a medida de associação utilizada foi a razão de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança a 95%. O valor de *p* foi estimado pelo teste de qui-quadrado.

A análise multivariada foi realizada utilizando-se regressão logística. Nesta, as variáveis selecionadas inicialmente para compor o modelo foram aquelas com valor de  $p \leq 0,25$ , obtido pela estatística de Wald, ou, ainda, em decorrência da sua relevância clínica/epidemiológica. A seleção do melhor modelo foi realizada pelo método *backward*, permanecendo no modelo final as variáveis com  $p < 0,05$  (nível de significância adotado), obtidos pelo teste da razão de verossimilhança.

As variáveis foram consideradas modificadoras de efeito quando o termo produto encontrava-se estatisticamente significativo a 5% (HOSMER *et al.*, 2013). Enquanto que a variável confundidora foi aquela que apresentou impacto superior a 20% na medida de associação entre a variável principal e a variável desfecho.

Para avaliar o ajuste do modelo, foi feita a análise de distribuição dos resíduos através do gráfico dos quantis de distribuição normal de probabilidades com envelope simulado. O modelo mostra-se adequado quando os resíduos se apresentam dentro da faixa de distribuição normal de probabilidades.

Sabe-se que a medida de associação da regressão logística é a razão de chances. Entretanto, como esta pode superestimar a associação real quando a variável desfecho tem prevalência elevada, utilizou-se a regressão de Poisson com variância robusta para o cálculo da razão de prevalência e seu respectivo intervalo de confiança a 95% (COUTINHO *et al.*, 2008).

Os programas estatísticos utilizados foram o SPSS (versão 20.0.0) e o R (versão 3.1.3, 07/03/2015).

#### *Aspectos éticos*

O estudo inicial do qual foi construído o banco de dados foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Edgar Santos/UFBA e teve financiamento do Ministério da Saúde e CNPq. Ademais, atendeu a Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde em todas as etapas de execução. O questionário foi entregue ao participante após explanação sobre os objetivos da pesquisa, leitura do termo de consentimento livre e esclarecido, elucidação de possíveis dúvidas e assinatura do documento em duas vias, sendo uma delas entregue ao participante. O objetivo do presente estudo não estava contemplado no projeto inicial e, por isso, foi submetido para apreciação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FAMEB/UFBA e aprovado segundo CAAE: 48684215.7.0000.5577.

#### **Resultados**

Dos 476 docentes estudados, 396 preencheram adequadamente a escala do apoio social extralaboral (ASE). Destes, 66,4% apresentaram altos níveis de ASE, enquanto 33,6% baixos níveis de ASE.

Em relação às dimensões do ASE, verificou-se que 60,7% dos docentes apresentavam alto apoio material, 66,2% apoio efetivo, 66,3% apoio emocional e informacional e 66,0% interação social positiva (Tabela 1).

**Tabela 1** – Distribuição das dimensões do apoio social extralaboral entre docentes da educação infantil e fundamental da rede municipal de ensino de Salvador/BA, 2006-2007.

	N	%
<b>Apoio material</b>		
Alto	267	60,7
Baixo	173	39,3
<b>Apoio afetivo</b>		
Alto	266	66,2
Baixo	136	33,8
<b>Apoio emocional/informacional</b>		
Alto	285	66,3
Baixo	145	33,7
<b>Interação social positiva</b>		
Alto	297	66,0
Baixo	153	34,0

Ao comparar os docentes de acordo com os níveis de ASE, percebeu-se que, aqueles com alto ASE, predominantemente, tinham menos de 40 anos de idade (52,9%) e eram casados (51,5%); enquanto os com baixo ASE tinham idade de 40 anos ou mais (61,7%), sendo menor a proporção de casados (42,1%). Os dois grupos diferiram estatisticamente com relação à idade e à situação conjugal (Tabela 2).

**Tabela 2** – Características sociodemográficas da população de estudo segundo apoio social extralaboral. Docentes da educação infantil e fundamental da rede municipal de ensino de Salvador/BA, 2006-2007.

Variáveis	Apoio social extralaboral				p_valor
	Alto		Baixo		
	n	%	N	%	
<b>Idade (anos)</b>					
<40	139	52,9	51	39,3	<b>0,01<sup>a</sup></b>
≥40	124	47,1	82	61,7	
<b>Sexo</b>					
Masculino	40	15,3	28	21,1	0,15 <sup>a</sup>
Feminino	222	84,7	105	78,9	
<b>Situação conjugal</b>					
Solteiro	95	36,5	46	34,6	<b>0,01<sup>a</sup></b>
Casado (oficialmente ou não)	134	51,5	56	42,1	
Viúvo/Separado/Divorciado	31	11,9	31	23,3	
<b>Filhos</b>					
Não	108	41,4	45	34,1	0,16 <sup>a</sup>
Sim	153	58,6	87	65,9	

Variáveis	Apoio social extralaboral				p_valor
	Alto		Baixo		
	n	%	n	%	
<b>Escolaridade</b>					
Ensino médio ou Magistério	27	10,3	13	9,8	0,83 <sup>a</sup>
Superior em curso	31	11,9	13	9,8	
Superior completo	87	33,3	50	37,6	
Especialização	116	44,4	57	42,9	
<b>Cor da pele</b>					
Branca	58	22,7	34	26,4	0,29 <sup>b</sup>
Negra	73	28,5	40	31,0	
Parda	119	46,5	55	42,6	
Amarela	6	2,3	0,0	0,0	

<sup>a</sup> Calculado pelo teste de qui-quadrado; <sup>b</sup> calculado pelo teste exato de Fisher

Em relação ao trabalho, as diferenças observadas foram estatisticamente significantes para carga horária de trabalho semanal e o desejo de abandonar a profissão, já que 67,7% dos professores com alto ASE tinham carga horária semanal de 40 horas ou mais, enquanto essa proporção aumentava para 80,6% entre aqueles com baixo ASE. O desejo de abandonar a profissão foi mais referido pelos docentes com baixo ASE (58%), enquanto entre os com alto ASE esse percentual caiu para 38,5% (Tabela 3).

**Tabela 3** – Aspectos do trabalho segundo apoio social extralaboral. Docentes da educação infantil e fundamental da rede municipal de ensino de Salvador/BA, 2006-2007.

Variáveis	Apoio social extralaboral				p_valor
	Alto		Baixo		
	N	%	n	%	
<b>Tempo de professor (anos)</b>					
≥ 10	123	47,7	71	54,2	0,22 <sup>a</sup>
<10	135	52,3	60	45,8	
<b>Nº escolas que trabalha</b>					
Uma	124	47,1	59	44,7	0,65 <sup>a</sup>
Duas ou mais	139	52,9	73	55,3	
<b>Nº total de turmas</b>					
≤ 2	136	52,5	68	51,5	0,85 <sup>a</sup>
< 2	123	47,5	64	48,5	
<b>Carga horária semanal</b>					
< 40 hs	81	32,3	25	19,4	<b>0,00<sup>a</sup></b>
≥ 40 hs	170	67,7	104	80,6	

Variáveis	Apoio social extralaboral				p_valor
	Alto		Baixo		
	N	%	N	%	
<b>Atividades extraclasse</b>					
Não	26	10,1	9	6,8	0,29 <sup>a</sup>
Sim	232	89,9	123	93,2	
<b>Outra atividade remunerada</b>					
Não	206	80,5	103	79,2	0,77 <sup>a</sup>
Sim	50	19,5	27	20,8	
<b>Satisfação na função</b>					
Não	32	12,4	16	12,1	0,95 <sup>a</sup>
Sim	227	87,6	116	87,9	
<b>Abandono da profissão</b>					
Não	158	60,8	55	42,0	<b>0,01<sup>a</sup></b>
Sim	100	38,5	76	58,0	
<b>Violência na escola</b>					
Não	32	12,3	14	10,5	0,61 <sup>a</sup>
Sim	229	87,7	119	89,5	
<b>Demanda psicológica</b>					
Baixa	142	57,5	68	54,8	0,63 <sup>a</sup>
Alta	105	42,5	56	45,2	
<b>Controle no trabalho</b>					
Baixo	128	56,1	71	61,2	0,37 <sup>a</sup>
Alto	100	43,9	45	38,8	

<sup>a</sup> Calculado pelo teste de qui-quadrado

Na análise bivariada, segundo os critérios definidos, foram selecionadas as variáveis número de escolas, cor de pele e aspectos psicossociais do trabalho (trabalho passivo, trabalho ativo, baixa exigência e alta exigência), as quais foram testadas no modelo multivariado.

Os resultados obtidos na análise bruta não diferiram daqueles obtidos na análise ajustada (multivariada). A análise da saúde mental apontou prevalência de TMC de 43,2% entre os docentes com baixo ASE, enquanto, entre aqueles com alto ASE, a prevalência foi de 22,4%. Portanto, o grupo com baixo ASE apresentou prevalência de TMC duas vezes maior que a encontrada no grupo com alto ASE, quando ajustado para a única outra variável que permaneceu no modelo final, que foram os aspectos psicossociais do trabalho (Tabela 4). Não foram encontradas modificadoras de efeito dentre as variáveis analisadas.

**Tabela 4** – Prevalência, razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança a 95%, para avaliação de associação entre apoio social extralaboral e TMC. Docentes da educação infantil e fundamental da rede municipal de ensino de Salvador/BA, 2006-2007.

	Prevalência				Análise bivariada			Análise multivariada			
	N	n	%	P	RP	IC 95%	p	RP*	IC 95%	P	
<b>Apoio social extralaboral</b>	350										
Alto	232	52	22,4	0,001	-	-	-	-	-	-	0,001
Baixo	118	51	43,2		1,9	1,4-2,6	0,005	2,0 <sup>a</sup>	1,3-3,1		

# : Categoria de referência; RP: razão de prevalência; IC 95%: intervalo de confiança a 95%.

\*: Ajustada para aspectos psicossociais no trabalho.

A análise da distribuição dos resíduos foi satisfatória, encontrando-se os resíduos dentro da faixa de distribuição normal de probabilidades no gráfico dos quantis de distribuição normal de probabilidades com envelope simulado.

## Discussão

Nesta amostra de professores do ensino infantil e fundamental, observaram-se índices moderados de apoio social extralaboral (entre 60 a 66%), englobando todas as suas dimensões (apoio afetivo, material, emocional e interação social positiva). Essa situação também tem sido descrita entre professores chilenos, em que 62,92% dos docentes apresentaram altos níveis de apoio social extralaboral (FIGUEROA *et al.*, 2012).

Verificou-se que os docentes com alto apoio social extralaboral eram os mais jovens e os casados. Isso é concordante com estudos que evidenciam declínio da quantidade das relações sociais a partir da meia-idade, uma vez que, com o envelhecimento, pode haver perdas de integrantes da rede de relações, reduzindo o apoio social disponível (GRIEP *et al.*, 2005). Todavia, as relações pessoais que permanecem tendem a ter melhor qualidade, por serem mais íntimas e estáveis (FREDRICKSON; CARSTENSEN, 1990). Além disso, a associação entre apoio emocional e saúde mental tende a enfraquecer com o avançar da idade, principalmente entre as mulheres (HAKULINEN *et al.*, 2016).

Na literatura, dentre os provedores de apoio social extralaboral, destacam-se os filhos, parceiro(a), amigos e a participação em algum grupo ou trabalho voluntário (COBB, 1976; UMBERSON *et al.*, 2010). Para as mulheres, estar casada não influencia a mortalidade, diferentemente do evidenciado entre os homens, para os quais o matrimônio é um importante fator de redução da mortalidade (TUCKER *et al.*, 1999). No tocante à saúde mental, o fato de estar

casado, oficialmente ou não, é um fator protetor em ambos os sexos, embora isso seja mais evidente entre os homens (HAKULINEN *et al.*, 2016).

Ademais, observou-se que os professores com baixo ASE apresentaram prevalência de TMC duas vezes maior do que a observada entre aqueles com alto ASE, quando ajustado para os possíveis confundidores (os aspectos psicossociais do trabalho). Esse resultado foi consistente com estudos prévios que evidenciaram uma robusta relação entre ASE e a saúde física e mental. Têm-se evidenciado que indivíduos com elevado apoio social extralaboral têm melhor prognóstico na doença coronariana (ANGERER *et al.*, 2000), menor risco de desenvolver demência (FRATIGLIONI *et al.*, 2000), além de ser um importante preditor de saúde mental desde a adolescência até a meia-idade (HAKULINEN *et al.*, 2016). Em trabalhadores finlandeses, evidenciou-se que aqueles que não possuíam apoio social na vida privada apresentaram cinco vezes mais risco de desenvolver desordens depressivas ou ansiosas em relação aos que possuíam algum apoio social (SINOKKI *et al.*, 2009). No Brasil, um estudo com moradores da zona da mata pernambucana evidenciou que aqueles com baixo apoio social extralaboral apresentaram duas vezes mais prevalência de TMC do que aqueles com alto apoio (COSTA; LUDEMIR, 2005).

Chama a atenção aqui o fato de que os aspectos psicossociais do trabalho, que são estressores ocupacionais – que foram avaliados pelo modelo demanda-controle – independentemente do apoio social extralaboral, estavam associados à prevalência de TMC (foi uma variável que permaneceu no modelo final de análise obtido, mostrando-se relevante para TMC). Portanto, os resultados evidenciam que, além da atenção que deve ser dada ao apoio social extralaboral, devem ser também direcionadas medidas para a redução ou eliminação dos estressores ocupacionais no trabalho docente.

Tem-se discutido a importância não apenas da quantidade do apoio social, mas também do impacto da qualidade do apoio na saúde do indivíduo. Aventa-se que a qualidade do apoio social prestado exerce efeito protetor para a saúde mais significativo do que a quantidade de pessoas que fazem parte da rede de apoio (STANSFELS *et al.*, 1988). A interação negativa desses integrantes pode ter um impacto negativo sobre a saúde do indivíduo, seja pela ineficiência do apoio disponibilizado ou pela possibilidade de o controle social influenciar a adoção de hábitos não saudáveis (UMBERSON *et al.*, 2010). Indivíduos com apoio social com qualidade e quantidade satisfatórias referem melhor nível de saúde mental e menor sofrimento psicológico (MELCHIOR *et al.*, 28003).

Desse modo, nossos achados fortalecem a hipótese de que a ausência de apoio social associa-se a efeitos negativos sobre a saúde mental. Contudo, é importante considerar também as

possíveis fontes de viés deste estudo. Deve-se considerar, por exemplo, a possibilidade de causalidade reversa na associação entre apoio social extralaboral e TMC, ou seja, os professores com suspeita de TMC podem ter uma percepção comprometida do apoio social disponibilizado ou mesmo ter mais obstáculos para se relacionar com outras pessoas, comprometendo possíveis fontes de apoio (SINOKKI *et al.*, 2009).

Como este estudo é de corte transversal, não é possível realizar inferências causais, uma vez que a exposição e o desfecho são avaliados no mesmo momento (FERNANDES, 2002). Além disso, como estes são mensurados por meio de questionários que necessitam do correto preenchimento de todos os itens para gerar uma conclusão, o não preenchimento de um dos itens leva à exclusão da observação, reduzindo o poder do estudo. A redução da amostra disponível para análise pode propiciar o viés dos dados perdidos, comprometendo o poder estatístico do teste na análise multivariada (HAIR *et al.*, 2006). Além disso, o instrumento para avaliar o desfecho necessita de informações ocorridas nos últimos 30 dias que antecederam o preenchimento do questionário, podendo gerar um viés de memória. O fato de a amostragem não ter sido aleatória e de não terem sido incluídos no estudo os docentes aposentados ou afastados por motivo de doença pode propiciar viés de seleção (HAIR *et al.*, 2006; FERNANDES, 2002), especialmente o viés do trabalhador sadio.

Apesar dessas limitações, que aconselham cautela na extrapolação de nossos resultados para outros contextos, este estudo produziu dados relevantes para se pensar no fomento de ações capazes de atuar positivamente na promoção da saúde mental dos docentes. Neste estudo, observou-se que o apoio social extralaboral pode estar associado a transtornos mentais em professores do ensino infantil e fundamental, sendo que aqueles com baixo apoio social apresentam duas vezes mais TMC do que aqueles com alto apoio. Portanto, apesar das possíveis limitações citadas, nossos achados ressaltam a importância das relações pessoais na saúde mental dos docentes, devendo ser estimuladas iniciativas de saúde pública que visem a sua ampliação e fortalecimento tanto no ambiente de trabalho quanto na vida pessoal.

## Referências

- ANDRADE CR, CHOR D, FAERSTEIN E, GRIEP RH, LOPES CS, FONSECA MJM. Apoio social e auto-exame das mamas no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.2, pp.379-86, mar.-abr. 2005.
- ANGERER P, SIEBERT U, KOTHNY W, MÜHLBAUER D, MUDRA H, SCHACKY C. Impact of social support, cynical hostility and anger expression on progression of coronary atherosclerosis. *Journal of American College of Cardiology*, [SI], v.36, n.6, pp.1781-88, nov. 2000.

ARAÚJO T.M., KARASEK R. Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and informal jobs in Brazil. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, [Finlandia], v.6, pp.52-9, 2008.

CASTRO R., CAMPERO L., HERNÁNDEZ B. La investigación sobre apoyo social em salud: situacion atual y nuevos desafios. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.31,n.4, pp.425-35, ago. 1997.

COBB, S. Social Support as Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, [SI], v.38, n.5, pp.300-14, sept.-oct. 1976.

COSTA AG, LUDERMIR AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Caderno de Saúde, Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, pp.73-9, jan.-fev. 2005.

COUTINHO LMS, SCAZUFCA M, MENEZES PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Revista Saúde Pública*, [São Paulo], v.42, n.6, pp.992-8, 2008.

DELCOR NS, ARAÚJO TM, REIS EJFB, PORTO LA, CARVALHO FM, OLIVEIRA E SILVA M, BARBALHO L, ANDRADE JM. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.1, pp.187-96, jan.-fev. 2004.

DURÁ E, GARCÉS J. La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social*, [SI], v.6, n.2, pp.257-71,1991.

FACHADO AA, MARTINEZ AM, VILLALVA CM ,PEREIRA MG. Adaptação cultural e validação da versão portuguesa do Questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS). *Acta Medical Portuguesa*, [SI], v.20, pp.525-33, 2007.

FERNANDES RCP. Algumas características do estudo transversal na epidemiologia ocupacional. *Revista de Saúde Coletiva da UFEFS*, Feira de Santana, v.1, n.1, pp.44-9, 2002

FIGUEROA AEJ, GUTIÉRREZ MJJ, CELIS ERM. Burnout, apoyo social y satisfaccion laboral em docentes. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, São Paulo, v.16, n.1, pp.125-34, jan.-jun. 2012.

FRATIGLIONI, L, WANG HX, ERICSSON K, MAYTAN M, WINBLAD B. Influence of social network on occurrence of dementia: A community-based longitudinal study. *Lancet*, [SI], v.355, vol.9212, pp.1315-19, apr. 2000.

FREDRICKSON BL, CARSTENSEN LL. Choosing Social Partners: How old age endings make people more selective. *Psychology Aging*, [SI], v.5, n.3, pp.335-47, sep.1990.

FRONE MR., RUSSEL M, COOPER ML. Relation of work-family conflict to health outcomes: a four-year longitudinal study of employed parents. *Journal of Occupational and Organization Psychology*, Great Britain, v.70, pp.325-35, 1997.

GASPARINI SM, BARRETO SM, ASSUNÇÃO AA. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v.31, n.2, pp.189-99, mai.-ago. 2005.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. Prevalência de Transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.12, pp.2679-2691, dez. 2006.

GILLESPIE NA, WALSH M, WINEFIELD AH, DUA J, STOUGH C. Occupational stress in universities: staff perceptions of the causes, consequences and moderators of stress. *Work & Stress*, [SI], v.15, n.1, pp.53-72, 2001.

GIOVANETTI MR. Saúde e apoio social no trabalho: estudo de caso de professores da educação básica pública. 2006. 17f. Dissertação – Curso de Mestrado em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública/USP, São Paulo.

GRIEP RH, CHOR D, FARESTEIN E, LOPES C. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, pp.625-34, mar.-abr. 2003.

\_\_\_\_\_, RH, CHOR D, FAERSTEIN E, WERNECK GL. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.3, pp.7023-14, mai.-jun. 2005.

\_\_\_\_\_, RH, TOIVANEN S, VAN DIEPEN C, GUIMARÃES JMN, CAMELO LV, JUVANHOL LL, AQUINO EM, CHOR D. Work-family conflict and self-rated health: the role of gender and educational level. Baseline data from the Brazilian longitudinal study of adult-health (ELSA-Brasil). *International Journal Behavioral Medicine*, [SI], v.21, n.3, pp.1-11, 2015.

HAIR JF, BLACK WC, BABIN JB, ANDERSON RE, TATHAM RL. *Análise Multivariada de dados*. 6 Ed., Artmed: São Paulo, 2006, pp.38-58.

HAKULINEN C, PULKKI-RABACK L, JOKELA M, FERRIE JE, AALTO AM, VIRTANEN M, KIVIMAKI M, VAHTERA J, ELOVAINIOM. Structural and functional aspects of social support as predictors of mental and physical health trajectories: Whitehall II cohort study. *Journal Epidemiology Community Health*, [SI], v.0, pp.1-6, 2016.

HOSMER DW, LEMESHOW S, STURDIVANT RX. *Applied Logistic Regression*. 3 Ed., John Wiley & Sons: EUA, 2013, pp.93.

IWASAKI M, TETSUYA O, SUNAGA R. Social networks and mortality based on the Komo-Ise cohort study in Japan. *International Journal Epidemiology*, Great Britain, v.31, pp.1208-18, 2002.

KARASEK R, BRISSON C, KAWAKAMI N, AMICK B. The Job Content Questionnaire (JCQ): An Instrument for Internationally Comparative Assessments of Psychosocial Job Characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, [SI], v.3, n.4, pp.322-55, 1998.

MARI JJ, WILLIAMS P.A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary Care in the city of São Paulo. *British Journal of Psychiatry*, [SI], v.148, pp.23-6, jan.1986.

MELCHIOR M., BERKMAN LF, NIEDHAMMER I, CHEA M, GOLDBERG M. Social relationships and health: a prospective analysis of French Gazel cohort. *Social Science & Medicine*, [SI], v.56, pp.1817-30, 2003.

PORTO LA, CARVALHO FM, OLIVEIRA NF, SILVANY-NETO AM, ARAÚJO TM, REIS EJFB, DELCOR NS. Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v.40, n.5, pp.818-26, 2006.

REIS EJB, CARVALHO FM, ARAÚJO TM, BARBALHO L, PORTO LA; SILVANY-NETO AM. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.5, pp.1480-90, set-out 2005.

SHERBOURNER CD, STEWART AL. The Mos Social Support Survey. *Social Science & Medicine*, Great Britain, v.32, n.6, pp.705-14, 1991.

SINOKKI M, HINKKA K, AHOLA K, KOSKINEN S, KIVIMÄKI M, HONKONEN T, PUUKKA P, KLAUKKA T, LÖNNQVIST, VIRTANEN M. The association of social support at work and in private life with mental health and antidepressant use: The Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders*, [SI], v.115, pp.36-45, 2009.

STANSFELD SA, FUHRER R, SHIPLEY MJ. Types of social support as predictors of psychiatric morbidity in a cohort of British Civil Servant. *Psychological and Medicine*, United Kingdom, v.28, pp.881-92, 1998.

SUN W, WU H, WANG L. Occupational stress and its related factors among university teachers in China. *Journal Occupational Health*, [SI], v.53, pp.280-86, 2011.

TUCKER JS, SCWARTZ JE., CLARK KM., FRIEDMAN HS. Age-related changes in the associations of social network ties with mortality risk. *Psychology and Aging*, [SI], v.14, n.4, pp.564-71, 1999.

UCHINO BN, CACIOPPO JT, KIECOL-GLASER. The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, [SI], v.119, n.3, pp.488-531, 1996.

UMBERSON D, CROSNE R, RECZEK C. Social relationships and health behavior across life course. *Annual Review Sociology*, [SI], v.1, n.36, pp.139-57, aug. 2010.

Agradecemos a Albanita Costa Ceballo pela contribuição na elaboração dos instrumentos de pesquisa e a Fernando Martins Carvalho pelo intenso trabalho na realização do estudo que originou o banco de dados analisado e pelos valiosos comentários e contribuições a este artigo.

#### **ILZA MITSUKO CAMADA**

Médica do Trabalho pela Universidade Federal da Bahia. Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Participa de pesquisas relacionadas às Condições de Trabalho e Saúde do Professor. Contato: [ilzamitsuko@gmail.com](mailto:ilzamitsuko@gmail.com)

**TÂNIA MARIA DE ARAÚJO**

Doutora em Saúde Pública (UFBA), Pós-doutorado na University of Massachussets. Professora Titular Pleno da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Desenvolve pesquisas em Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Mental e Trabalho, atuando nos temas: estresse ocupacional, saúde mental e trabalho, condições de trabalho, trabalho docente e saúde, gênero e saúde. Contato: [araujo.tania@uefs.br](mailto:araujo.tania@uefs.br)

**LAURO ANTONIO PORTO**

Doutor em Medicina e Saúde (UFBA). Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Tem se dedicado à pesquisa em Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia, atuando nos seguintes temas: epidemiologia, avaliação em serviços de saúde e saúde do trabalhador. Contato: [lauroporto@uol.com.br](mailto:lauroporto@uol.com.br)