



PROPG

UNIRIO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENFERMAGEM**

JORGE LUIZ LIMA DA SILVA

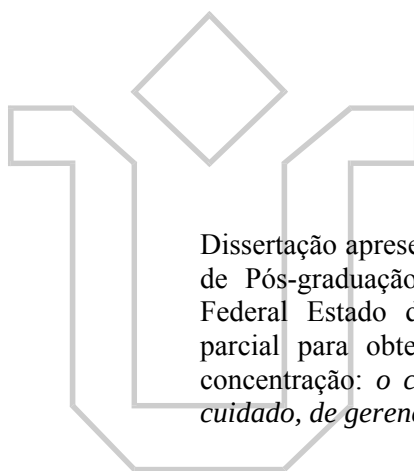
**ESTRESSE E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS
EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM**

**RIO DE JANEIRO
2007**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENFERMAGEM

JORGE LUIZ LIMA DA SILVA

ESTRESSE E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS
EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM



Dissertação apresentada à banca examinadora do Curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre. Área de concentração: *o cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado, de gerenciar, pesquisar e ensinar.*

Orientadora: Profa. Dra. Enirtes Caetano Prates Melo

Rio de Janeiro
2007

Catálogo na fonte

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto

Biblioteca da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto

S586e Silva, Jorge Luiz Lima da.
Estresse e transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem/
Jorge Luiz Lima da Silva. – Rio de Janeiro, 2007.
174p.

Orientador: Enirtes Caetano Prates Melo.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Estado do Rio de
Janeiro (2003-). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Programa de
Pós-Graduação. Mestrado em Enfermagem.

1. Estresse. 2. Condições de trabalho. 3. Transtornos mentais. 4. Saúde do
trabalhador. 5. Enfermagem. I. Melo, Enirtes Caetano Prates.
II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2003-). Centro de
Ciências Biológicas e da Saúde. Programa de Pós-Graduação. Mestrado em
Enfermagem. III. Título.

CDD – 610.7362

SILVA, J.L.L. Estresse e transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem. 2007.174 f. Dissertação (mestrado em enfermagem) - Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio), Rio de Janeiro.

JORGE LUIZ LIMA DA SILVA

ESTRESSE E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS
EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

Dissertação apresentada à banca examinadora do Curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre. Área de concentração: *o cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado, de gerenciar, pesquisar e ensinar.*

Aprovada em dezembro de 2007.

Menção: *Louvor*

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Enirtes Caetano Prates Melo
Presidente (EEAP - Unirio)

Dra. Márcia Guimarães de Mello Alves
1ª examinadora (FMS/Niterói)

Profa. Dra. Maria Teresa Serrano Barbosa
2ª examinadora (DME - Unirio)

Dra. Lúcia Rotenberg
Suplente (IOC/Fiocruz)

Profa. Dra. Nébia Maria Almeida de Figueiredo
Suplente (EEAP -Unirio)

Rio de Janeiro
2007

AGRADECIMENTOS

Este é o momento de lembrar das pessoas que me auxiliaram nos primeiros passos de minha árdua caminhada investigativa. Em especial destaco:

A professora Dra. Enirtes Caetano Prates de Melo, pela sua figura representativa marcante. Muitas vezes, foi minha *bússula* quando estava desorientado, se apresentou como *luz* nos momentos em que me encontrava na escuridão, pintava *aquarelas numéricas*, nos momentos em que sumiam as imagens de minha cabeça e; do início ao fim, grande incentivadora, convencendo-me de que era possível realizar a façanha.

As pesquisadoras coordenadoras do projeto de pesquisa Dra. Lúcia Rotenberg e Dra. Rosane Harter Griep, pelo incentivo à aproximação e estudo do método epidemiológico em saúde coletiva. Agradeço a recepção, orientações, compreensão e paciência.

Ao Raphael Mendonça Guimarães e Cláudia Comaru investigadores vinculados ao grupo de pesquisa, pelo suporte prestado nas horas mais necessárias.

À minha querida amiga Marilda Andrade, por ser uma grande conselheira nos momentos de dificuldades no decorrer do curso de mestrado e da vida. Grato pelo suporte que, muitas vezes, fez-se essencial.

As minhas amigas professoras da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense, que com poucas palavras, fizeram-me acreditar que os desafios que encontraria pela frente me fariam mais preparado para encarar novas etapas da vida.

A minha família pela compreensão dos motivos de minha ausência em momentos em que minha presença se fez necessária, afinal foram horas dedicadas ao estudo e outras tarefas diante do computador, formalizando idéias e organizado dados para que se tornassem informações.

Aos professores do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, em especial, a coordenadora do curso professora Dra. Nêbia Maria Almeida de Figueiredo que me incentivou a participar do concurso de seleção para a turma de 2006.

A Dra. Márcia Guimarães e Dra. Teresa Serrano, pela atenção prestada ao presente estudo e aceite em participar da banca examinadora. Obrigado pela relevante participação!

À Ignácia Fiúza e Márcia Regina secretárias da pós-graduação, muito prestativas e atenciosas, conselheiras e compressivas nos momentos de dúvida.

Aos meus amigos do mestrado que estiveram próximos, incentivando nos momentos mais difíceis, em especial à mestre Flávia Santos e Fernanda Bezerra. Em fim, deu certo!

A todos aqueles que contribuíram para realização do presente estudo: sujeitos que compuseram a população de estudo, bolsistas de iniciação científica, estudantes de pós-graduação, aos pesquisadores envolvidos, dentre outros... cada um fez sua parte, com isso, vão surgindo os resultados do trabalho coletivo em prol da pesquisa que, em última análise, reverte seus resultados para a população estudada.



Se você tem prazer no que faz, você nunca vai ter que trabalhar na vida.

(Confúcio, 600 a C.)

RESUMO

O estresse é referido em estudos científicos como fator relevante no processo de determinação de agravos à saúde, incluindo os trabalhadores da saúde. O trabalho da equipe de enfermagem a coloca sob tensão e à mercê de riscos, dentre os quais os psicossociais e emocionais. Este estudo objetivou analisar a exposição ao estresse no trabalho, tendo como desfecho a ocorrência de transtornos mentais comuns (TMC) entre profissionais de enfermagem. Trata-se de um estudo seccional realizado com 1182 trabalhadores de um hospital federal localizado no Município do Rio de Janeiro. A variável independente — estresse no trabalho — foi investigada através da escala resumida *Job Stress Scale*, adaptada para o português por Alves e colaboradores (2004). O Modelo Demanda-Control de Karasek e Theorell foi utilizado para avaliar as dimensões psicossociais estudadas. A variável dependente TMC foi avaliada de acordo com a versão reduzida do *Self Reporting Questionnaire*. A prevalência de TMC encontrada foi 23,6%, sendo 20,9% entre os trabalhadores permanentes e 26,4% entre temporários ($p = 0,027$). As maiores prevalências de TMC foram observadas no sexo feminino, entre os mais jovens, de maior escolaridade e sem filhos. Profissionais com trabalho de alta exigência (alta demanda e baixo controle) apresentaram 3,6 vezes (IC 95%: 1,95-6,61) mais TMC do que aqueles com trabalho de baixa exigência (baixa demanda e baixo controle). Em relação as variáveis laborais, as maiores prevalências observadas foram para profissionais com turno misto, alta carga horária e esforço físico acima da média encontrada. Na análise estratificada das categorias de estresse e do grau de demanda e controle do trabalhador, foi observado nítido gradiente tipo dose resposta. Foi constatada associação entre a exposição às dimensões de estresse e suspeição de TMC, após o controle do confundimento introduzido pelas variáveis, sexo, idade, carga horária, turno, grau de esforço físico no trabalho e vínculo empregatício. Os resultados apontam para a necessidade de medidas de intervenção na organização do trabalho, com o intuito de diminuir o estresse no trabalho promovendo a saúde mental.

Palavras-chave: estresse, transtornos mentais, equipe de enfermagem, saúde do trabalhador, ambiente de trabalho.

ABSTRACT

Stress is referred in scientific studies as a significant factor in the determining health problems process, including health workers. The nursing team work, it's putted under stress and at the mercy of risks, among which the psychological and emotional. This study has had as an objective to examine the exposure to stress at work, with the outcome of the occurrence of common mental disorders (CMD) among professionals in nursing. This is a divided study carried out among 1.182 employees from a federal hospital located in the municipality of Rio de Janeiro. The independent variable — stress at work — has been investigated by the graduation summarized *job stress scale*, adapted to Portuguese by Alves and cols. (2004) the Model Demand–Control by Karasek and Theorell was used to assess the psychosocial dimensions studied. The dependent variable CMD was evaluated according to the reduced version of the Self Reporting Questionnaire. The CMD prevalence found was 23, 6% and 20,9% among the permanent workers and 26,4% between temporary ($p = 0027$). The CMD greatest prevalence was observed in females, among the young, more schooling and without children. Professionals working with high demand (high demand and low control) had 3,6 (95% CI: 1,95-6,61) CMD more times than those with low labor requirement (low demand and low control). At the variables labor, the great prevalence's were observed by professionals with mixed round, big load hourly and physical effort above average. In stratified analysis from stress category and demand and control degree of the worker, was observed clear dose response gradient type. It was observed association between the CMD and exposition to demand and control dimensions, after the control of confounders introduced by variables, sex, age, working hours, shift, level of physical exertion at work and employment. The results point to the need for measures to intervene in the organization of work in order to reduce stress at work promoting mental health.

Key words: stress, mental disorders, nursing team, occupational health, working environment.

RESUMEN

El estrés es referido en estudios científicos como factor relevante en el proceso de determinación de agravios a la salud, incluyendo los trabajadores de la salud. El trabajo del equipo de enfermería puede provocar tensión y exposición a riesgos, de entre los cuales los psicosociales y emocionales. Este estudio objetivó analizar la exposición al estrés en el trabajo, teniendo como desenlace la ocurrencia de trastornos mentales comunes (TMC) entre profesionales de enfermería. Se trata de un estudio seccional realizado con 1182 trabajadores de un hospital federal localizado en el Municipio de Río de Janeiro. La variable independiente fue investigada a través de — estrés en el trabajo — la escala resumida *Job Stress Scale*, adaptada para el portugués por Alves y colaboradores (2004). El Modelo Demanda-Control de Karasek y Theorell fue utilizado para evaluar las dimensiones psicosociales estudiadas. La variable dependiente TMC fue evaluada de acuerdo con la versión reducida del *Self Reporting Questionnaire*. La prevalencia de TMC encontrada fue 23,6%, siendo 20,9% entre los trabajadores permanentes y 26,4% entre temporales ($p = 0,027$). Las mayores prevalencias de TMC fueron observadas en el sexo femenino, entre los más jóvenes, de mayor escolaridad y sin hijos. Profesionales con trabajo de alta exigencia (alta demanda y bajo control) presentaron 3,6 veces (IC 95%: 1,95-6,61) más TMC que aquellos con trabajo de baja exigencia (baja demanda y bajo control). En relación las variables laborales, las mayores prevalencias observadas fueron para profesionales con turno mixto, alta carga horaria y esfuerzo físico por encima de la media encontrada. En el análisis estratificado de las categorías de estrés y del grado de demanda y control del trabajador, fue observado nítido gradiente tipo dosis respuesta. Fue constatada asociación entre la exposición a las dimensiones de estrés y TMC, después del control del confundimiento introducido por las variables, sexo, edad, carga horaria, turno, grado de esfuerzo físico en el trabajo y vínculo laboral. Los resultados apuntan la necesidad de medidas de intervención en la organización del trabajo, con el objetivo de disminuir el estrés en el trabajo promoviendo la salud mental.

Palabras-clave: Estrés, trastornos mentales, grupo de enfermería, salud laboral, ambiente de trabajo.

– LISTA DE ILUSTRAÇÕES –

- Fig. 1 Produtividade e fases do estresse - fonte: Pafaro (2002), f.37
- Fig. 2 Desempenho e trabalho - adaptada de Rodrigues e Gasparini (1992), f.39
- Fig. 3 Dinâmica do modelo biopsicossocial de estresse - adaptado de Frankeuhaeuser (1991), f.56
- Fig. 4 Exposição e desfecho de estudo, f.73
- Fig. 5 Representação esquemática da população de estudo, f.74
- Fig. 6 Modelo bidimensional de Robert Karasek - adaptado de Karasek e Theorell (1990), f.79
- Fig. 7 Diagonais do modelo de Karasek - adaptado de Karasek e Theorell (1990), f.80
- Fig. 8 Esquema no modelo teórico apresentando o risco de desgaste psíquico e potenciais confundidores, f.87
- Fig. 9 Gráfico da idade e relação ao vínculo empregatício dos trabalhadores de enfermagem, f.88
- Fig. 10 Distribuição dos trabalhadores segundo tempo de atuação no setor, f.93
- Fig. 11 Distribuição dos trabalhadores segundo grau de esforço físico no trabalho, f.94
- Fig. 12 Histograma do escore de demanda para população geral de trabalhadores, f.95
- Fig. 13 Histograma do escore de controle para população geral de trabalhadores, f.96
- Fig. 14 Distribuição percentual dos escores do SRQ para população geral de trabalhadores, f.105
- Fig. 15 Distribuição percentual dos escores do SRQ para população de trabalhadores do quadro permanente, f.105
- Fig. 16 Distribuição percentual dos escores do SRQ para população de trabalhadores do quadro temporário, f.105

– LISTA DE QUADROS E TABELAS –

TABELA 1 – Alterações na fase de choque da reação de alarme no estresse - adaptado de Rodrigues e Gasparini (1992); Lipp (2001); Ballone (2005), f.29

TABELA 2 – Níveis de estresse e aspectos relacionados ao trabalho Adaptado de Masci (2000), f.37

TABELA 3 – Interações entre vulnerabilidade e meio ambiente-adaptado de Lipp (2001a), f.41

QUADRO 1 – Estudos sobre saúde mental do trabalhador utilizando o *Self Reporting Questionnaire* no Brasil nos últimos 10 anos, f.60

QUADRO 2 – Estudo sobre a saúde do trabalhador utilizando o modelo teórico demanda controle (D-C) no Brasil nos últimos 10 anos, f.65

QUADRO 3 – Estudos sobre saúde do trabalhador com a utilização do SRQ e o modelo teórico demanda controle (D-C) no Brasil nos últimos 10 anos, f.69

TABELA 4 – Escores para formação dos estratos, segundo grau de exposição à dimensão demanda e controle, f.81

TABELA 5 – Distribuição das co-variáveis sócio-demográficas da população de trabalhadores, segundo vínculo permanente e temporários, f.90

TABELA 6 – Distribuição das co-variáveis laborais da população de trabalhadores, segundo vínculo permanente e temporários, f.92

TABELA 7 – Coeficientes Alpha de Cronbach das dimensões de estresse no trabalho para as populações estudadas, homens e mulheres, f.94

TABELA 8 – Valores médios da dimensão demanda e da dimensão controle, f.95

TABELA 9 – Frequência das respostas referentes às questões indicativas da dimensão demanda, f.96

TABELA 10 – Frequência das respostas referentes às questões indicativas da dimensão controle, f.97

TABELA 11 – Frequência de trabalhadores de enfermagem, segundo as categorias de estresse no trabalho, f.98

TABELA 12 – Distribuição das categorias de estresse no trabalho segundo características sócio-demográficas, f.100

TABELA 13 – Distribuição das categorias de estresse no trabalho segundo características laborais, f.103

TABELA 14 – Prevalências de TMC nas populações investigadas, f.104

TABELA 15 – Comparação entre a população permanente e temporária em relação à distribuição de TMC, segundo respostas positivas ao *Self Reporting Questionnaire*, f.106

TABELA 16 – Prevalência de TMC segundo características sócio-demográficas, f.108

TABELA 17 – Prevalência de TMC segundo características laborais, f.109

TABELA 18 – Prevalência de TMC para trabalhadores de enfermagem segundo as categorias de estresse no trabalho, f.110

TABELA 19 – Associação entre categorias de estresse no trabalho e transtornos mentais comuns, f.112

TABELA 20 – Análise estratificada da associação entre as combinações do modelo demanda controle e transtornos mentais comuns, segundo variáveis sócio-demográficas da população geral, f.114

TABELA 21 – Análise estratificada da associação entre as categorias de estresse no trabalho e transtornos mentais comuns, segundo variáveis laborais da população geral, f.115

TABELA 22 – Análise estratificada da associação entre as categorias de estresse no trabalho e transtornos mentais comuns, segundo variáveis sócio-demográficas da população de trabalhadores com vínculo permanente e temporário, f.116

TABELA 23 – Análise estratificada da associação entre as categorias de estresse no trabalho e transtornos mentais comuns, segundo variáveis laborais da população de trabalhadores com vínculo permanente e temporário, f.118

TABELA 24 – Comparação entre as populações na síntese dos achados para características significativas relacionadas aos TMC, f.119

TABELA 25 – Estimativas do modelo selecionado na análise de regressão logística múltipla, f.121

– LISTA DE SIGLAS –

ACTH	Hormônio Adreno-corticotrófico
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CID	Classificação Internacional de Doenças
CnPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
Conep	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
CRF	Fator Liberador da Corticotrofina
D-C	Demanda e Controle
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
Faperj	Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
Fiocruz	Fundação Instituto Oswaldo Cruz
GH	Hormônio Somatotrófico ou do Crescimento
GNRH	Hormônio Liberador de Gonadotrofinas
HSE	Hospital dos Servidores do Estado
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IOC	Instituto Oswaldo Cruz
JCQ	<i>Job Content Questionnaire</i>
JSS	<i>Job Stress Scale</i>
MS	Ministério da Saúde
NOB, RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OR	<i>Odds Ratio</i>
RNA	Ácido Ribonucleico
SGAE	Síndrome Geral de Adaptação ao Estresse
SNA	Sistema Nervoso Autônomo
SNC	Sistema Nervoso Central
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SRQ	<i>Self Reporting Questionnaire</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TMC	Transtorno(s) Mental (is) Comum (ns)
TSH	Hormônio Estimulador da Tireoide
RP	Razão de Prevalências

☞ SUMÁRIO ☞

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 OBJETIVOS.....	23
1.1.1 Objetivo geral	23
1.1.2 Objetivos específicos	23
1.2 JUSTIFICATIVA	23
2 APROXIMAÇÃO TEMÁTICA.....	27
2.1 ESTRESSE E ASPECTOS BIOLÓGICOS.....	27
2.1.1 Fase de alarme.....	29
2.1.2 Adaptação ou resistência.....	30
2.1.3 Fase de exaustão e esgotamento.....	31
2.2 PSICOSSOMÁTICA E O ESTRESSE	32
2.2.1 As fases do estresse sob enfoque psicossomático	35
2.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE OS TIPOS DE ESTRESSE	36
2.4 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS: AMBIENTE, ESTRESSE E TRABALHO.....	38
2.4.1 As causas internas e externas	42
2.5 ENFERMAGEM: ORIGENS E ASPECTOS PECULIARES DO TRABALHO	43
2.5.1 A questão do gênero.....	45
2.5.2 Dinâmica laboral hospitalar	48
2.6 ESTRESSE E SAÚDE MENTAL NO TRABALHO.....	50
2.7 ESTRESSE E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS	52
2.8 O MODELO BIOPSISSOCIAL DO ESTRESSE E ESCALAS DE MEDIDA DO ESTRESSE	54
2.8.1 A avaliação do estresse e a escala de Robert Karasek	57
2.9 PRINCIPAIS ESTUDOS SOBRE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS NA SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL	59
3 METODOLOGIA	72
3.1 ABORDAGEM E TIPOLOGIA DE ESTUDO	72
3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO	73
3.3 MÉTODO E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	74
3.4 TREINAMENTO DE PESSOAL.....	75
3.5 PRÉ-TESTES, ESTUDO-PILOTO, ESTUDO DE CONFIABILIDADE.....	76
3.6 O TRABALHO DE CAMPO, COLETA DE DADOS.....	76
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	77
3.8 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	77
3.8.1 Estresse no trabalho	77
3.8.2 Transtornos mentais comuns.....	81
3.8.2.1 Grupo de sintomas	82
3.8.3 Demais características analisadas	82
3.8.3.1 Classificação dos setores segundo grau de complexidade do cuidado	82
3.8.4 Tratamento das co-variáveis e medidas de associação.....	83

3.8.5	Análise da associação entre estresse e TMC	84
3.9	CONSTRUÇÃO DO MODELO TEÓRICO INVESTIGATIVO.....	85
3.10	ESTRATIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO SEGUNDO VÍNCULO EMPREGATÍCIO	88
4	RESULTADOS.....	89
4.1	CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DOS TRABALHADORES	89
4.2	CARACTERÍSTICAS LABORAIS DOS TRABALHADORES	91
4.3	DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO SEGUNDO CATEGORIAS DE ESTRESSE NO TRABALHO ..	94
4.3.1	Valores da consistência interna da escala de estresse no trabalho	94
4.3.2	Caracterização dos quadrantes das categorias de estresse no trabalho.....	97
4.3.2.1	<i>Categorias de estresse no trabalho, segundo aspectos sócio-demográficos</i>	98
4.3.2.2	<i>Categorias de estresse no trabalho, segundo aspectos laborais</i>	101
4.4	ANÁLISE DO SELF REPORTING QUESTIONNAIRE	104
4.4.1	Análise da distribuição de casos suspeitos de TMC segundo respostas do SRQ	106
4.4.2	Análise da prevalência TMC segundo características sócio-demográficas	107
4.4.2	Análise da prevalência TMC segundo características laborais	108
4.4.4	Análise da prevalência de TMC segundo categorias de estresse no trabalho.....	109
4.4.5	Análise estratificada da associação entre categorias de estresse no trabalho e co-variáveis	113
4.4	ANÁLISE MULTIVARIADA	119
5	DISCUSSÃO	122
5.1	CONSIDERAÇÕES SOBRE OS ACHADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E LABORAIS	122
5.2	CONSIDERAÇÕES SOBRE A AVALIAÇÃO DO ESTRESSE NO TRABALHO	126
5.3	CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTRESSE NO TRABALHO E ASPECTOS LABORAIS	129
5.3.1	Trabalhadores do quadro permanente	129
5.3.2	Trabalhadores do quadro temporário	130
5.3.3	Síntese dos achados das categorias de estresse no trabalho	132
5.4	CONSIDERAÇÕES SOBRE OS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS	134
5.4.1	Transtornos mentais comuns e características sócio-demográficas	135
5.4.2	Transtornos mentais comuns e características laborais	137
5.5	CONSIDERAÇÕES SOBRE A RELAÇÃO ENTRE EXPOSIÇÃO E DESFECHO	140
5.5.1	Grau de demanda psicológica exigida no trabalho.....	140
5.5.2	Grau de controle sobre as atividades laborais	141
5.5.3	Categorias de estresse no trabalho	143
5.5.3.1	Análise estratificada das categorias de estresse no trabalho.....	143
5.5.3.2	Análise multivariada	145
5.6	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	146
6	CONCLUSÃO.....	148
7	REFERÊNCIAS	151
9	ANEXOS.....	160

APRESENTAÇÃO

Durante atuação docente em campo de clínica médica em grande hospital-escola, surgiu o interesse em estudar o estresse laboral. As atividades em ensino teórico-prático possibilitaram a percepção da demanda de trabalho que os profissionais de enfermagem deveriam suportar, bem como solucionar variados problemas relacionados direta ou indiretamente com o cuidado.

A visão sobre o “estresse laboral” hospitalar foi se construindo, junto a fatores correlatos que nortearam o problema desta pesquisa. Sabe-se que o estresse atualmente é um termo do senso comum, embora esteja no vocabulário coloquial, muitas vezes, os trabalhadores não percebem que estão expostos ao fenômeno, até que surjam sinais e sintomas orgânicos e/ou psíquicos.

As iniciativas para explorar a percepção de fontes de estresse no ambiente de trabalho, através de estudos científicos, funcionaram como aproximação inicial da temática, produzindo discussões e apresentações de trabalhos em congressos e eventos locais na área da enfermagem. Essa dinâmica inicial favoreceu a novas inquietações e busca de outras formas de explorar o fenômeno estresse laboral, e fatores correlatos envolvidos no processo saúde-doença do trabalhador.

O ingresso no Programa de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio) possibilitou o aprimoramento das concepções iniciais e a aproximação de grupos de pesquisa que estudam o ambiente de trabalho. Com isso, a pesquisa foi realizada em parceria com o Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde, Departamento de Biologia do Instituto Oswaldo Cruz / Fundação Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz), como parte de uma grande investigação sobre as relações entre a organização do trabalho e a saúde em equipes de enfermagem.

Na medida em que o objeto de estudo se delineava, foi planejado o percurso epidemiológico do projeto o que representou a primeira aproximação desta abordagem de pesquisa. O aprofundamento na temática e o contato com pesquisadores envolvidos possibilitaram uma visão mais abrangente sobre o fenômeno; conduzindo, dessa forma, ao estudo de escalas de mensuração do estresse dentre elas a *Job Stress Scale*.

É sabido que, para cuidar com qualidade da clientela, os trabalhadores de enfermagem devem, antes de qualquer coisa, cuidar de si. Quando se ressalta o ato de “pensar na própria saúde” de maneira alguma representa ser individualista; mas sim, aproxima o olhar para a saúde do trabalhador de enfermagem que representa uma clientela interna específica que,

muitas vezes, almeja um conjunto de cuidados. Como a saúde é um direito garantido pela Constituição Federal e consolidado pelo Sistema Único de Saúde, entende-se que os preceitos legais são válidos para todos, incluindo os trabalhadores da área da saúde sem distinção de classes.

Dessa forma, este estudo se inseriu na linha de pesquisa: “Enfermagem: o cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado, de gerenciar, pesquisar e ensinar” do mestrado acadêmico em enfermagem, pois se entende que o cuidado é algo ontológico ao ser humano e próprio e necessário para a qualidade de vida e bem-estar, estando incluso o trabalhador de enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

Durante o século XX, o tema estresse foi explorado sob diversos enfoques e abordagens, partindo de assuntos ligados à fisiologia e respostas orgânicas, chegando às implicações do fenômeno no trabalho e na saúde pública.

As pesquisas publicadas no início desse século apontam para a relação entre eventos estressantes e etiologia de problemas de ordem física e/ ou emocionais (CAMELO; ANGERAMI, 2004, LAUTERT; CHAVES; MOURA, 1999, ARAÚJO et al, 2003, PAFARO; MARTINO, 2004). Atualmente, a evolução desses estudos tem ganhado mais espaço na saúde pública, onde se destacam as pesquisas com foco na saúde do trabalhador.

O nome “estresse” vem do inglês *stress* derivado do latim. Durante o século XVII, ganhou conotação de "adversidade" ou "aflição". No final do século seguinte, seu uso evoluiu para expressar "força", "pressão" ou "esforço". Este termo foi utilizado inicialmente na Física, para traduzir o grau de deformidade sofrido por um material, quando submetido a determinado esforço ou tensão. O termo foi transposto para a medicina e biologia, significando esforço de adaptação do organismo para enfrentar situações que considere ameaçadoras à sua vida e ao seu equilíbrio interno, com isso, sofrendo algumas reações químicas.

O termo *stress* foi introduzido na área da saúde por Hans Selye, cientista endocrinologista canadense em 1936. Após observar que alguns pacientes apresentavam e queixavam-se de sintomas físicos comuns (cansaço, indisposição, dores pelo corpo), iniciou investigações com animais em laboratório. Em 1936, o termo *stress* foi definido como resultado inespecífico de qualquer demanda sobre corpo seja de efeito mental ou somático, e o estressor como todo agente que induz à reação de estresse, seja de natureza física, mental ou emocional (SELYE, 1956, SELYE, 1986, CAMELO; ANGERAMI, 2004, LIPP, 2001).

A palavra estresse se tornou termo popular na atualidade, além de ser referido como fator relevante no desenvolvimento de agravos à saúde. Entende-se como estresse uma relação entre a pessoa e o ambiente que é percebida pelo indivíduo como sobrecarga ou esgotamento de seus recursos de enfrentamento, colocando em risco o bem-estar (LAZARUS; FOLKMAN¹, 1984).

O estresse também pode ser visto como resposta biológica do organismo mediante aos riscos; nesse caso, funciona como elemento necessário para a adaptação do organismo frente

¹ LAZARUS, R.S; FOLKMAN, S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing, 1984.

às situações que oferecem risco ao ser humano. Entende-se o fenômeno como uma ocorrência global, seja do ponto de vista físico ou emocional. O organismo terá que lutar e se adaptar, conseqüentemente, sobreviver. O estresse aparece quando o organismo é submetido a novas situações como, por exemplo, uma cirurgia, traumatismo ou infecção. Do ponto de vista psicoemocional, o estresse surge quando a pessoa se encontra diante de uma situação entendida como geradora de insegurança ou ameaça (BALLONE; NETO; ORTOLONI, 2002).

Existe uma delimitação entre as reações fisiológicas normais e as de desgaste provocadas pelo estresse no organismo; essa “resposta limite” depende de cada indivíduo e de suas reações diante das situações de estresse. O estresse fora de controle é relatado por vários autores como fator de risco independente para agravos à saúde. Desta forma, é percebido que a pessoa estressada estará submetida a situações que levam a tensões, que podem ser positivas ou não. Esse estado pode provocar reações indesejáveis por estímulo contínuo e exagerado, causando manifestações de depressão, esfriamento de extremidades, palpitação, hipertensão, insônia, dores musculares, dentre outros (LIPP, 2001, TOWNSEND, 2002, ARANTES; VIEIRA, 2003, BALLONE, 2005).

Macwen e Lasley (2003) apresentam o conceito de “alostase”, em referência à incapacidade do organismo de retornar ao estado normal, os mecanismos de defesa relacionados ao estresse (homeostase). Nesse caso, o corpo empenha-se na reação de *luta ou fuga* por muito tempo o que conduz ao desgaste, facilitando o surgimento de patologias.

O estresse positivo relaciona-se à motivação para o crescimento profissional no ambiente de trabalho, facilita a conduta diante de situações que levam ao raciocínio e busca de soluções e medidas criativas (AZEVEDO; KITAMURA, 2006).

É percebido que o estresse se dá por ajustes entre o indivíduo e o ambiente. A causa não é vista como, única e exclusivamente, de origem externa. A ocorrência ou não de determinada doença dependerá também da susceptibilidade do organismo receptor; com isso, é importante considerar a relação entre o indivíduo e o ambiente (TOWNSEND, 2002).

Rouquaryol e Filho (1999, p.287) definem o ambiente como eventos externos ao corpo sobre os quais o indivíduo tem pouco ou nenhum controle. Nos últimos anos, o desenvolvimento do conhecimento científico, aliado à maior consciência das pessoas sobre a influência da qualidade ambiental na morbimortalidade, tem destacado o ambiente como um dos elementos mais importantes para o nível de saúde (CÂMARA, 2006).

O local onde são executadas as atividades laborais pode apresentar fatores estressógenos que estão relacionados ao papel do profissional na instituição, à carreira, às

relações profissionais, à estrutura e ao clima organizacional (ARANTES; VIEIRA, 2003). Esses aspectos se apresentam no âmbito social e envolvem a organização institucional, hierarquias e relacionamentos interpessoais na equipe de saúde.

No que se refere à política de atenção à saúde do trabalhador, é escassa a informação sobre adoecimento decorrente do estresse laboral, ou adoecimento psíquico. A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2004) ressalta que existe um perfil de morbimortalidade dos trabalhadores no Brasil. Esse perfil é caracterizado pelas doenças profissionais, doenças relacionadas ao trabalho e, por fim, as doenças comuns ao conjunto da população; estas não guardam relação de causa com o trabalho, mas condicionam a saúde dos trabalhadores. A escassez e inconsistência das informações sobre a real situação de saúde dessa população específica dificultam a definição de prioridades para as políticas públicas, o planejamento e implementação das ações de saúde do trabalhador (BRASIL, 2004).

Em abordagem específica sobre o estresse, em 06 de maio de 1999, o decreto do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS-BRASIL, 1999) reconheceu o estresse e a depressão como doenças do trabalho, e que podem vir a se tornar grave problema de saúde pública.

O avanço trazido pelo reconhecimento do estresse e depressão como doenças relacionadas ao trabalho direciona a atenção para relação entre o ambiente, (organização do espaço laboral e do tipo de trabalho) e a influência dessa dinâmica sobre a saúde e bem-estar do trabalhador.

O estresse laboral resulta do desequilíbrio mantido entre as *demandas* que o exercício profissional exige e as capacidades de afrontamento do trabalhador. É no local laboral onde se estabelecem as demandas de tarefas, e o profissional experimenta variados graus de *controle* sobre as atividades que executa.

A grande demanda e poucos recursos de enfrentamento produzem a percepção do risco de perda de controle sobre a situação. Existe forte evidência de que a perda da capacidade de controle sobre a vida (familiar, laboral e pessoal) traz consideráveis prejuízos à saúde e à auto-estima, de forma a diminuir a motivação para o trabalho criativo, podendo aumentar a desconfiança em relação a outros colegas de profissão e gerar dificuldades de relacionamento interpessoal (ADÁN; GARCIA, 2003).

É sabido que a atividade laboral exercida pela equipe de enfermagem a coloca diuturnamente sob tensão e à mercê de riscos físicos, químicos, biológicos, emocionais, psicossociais e ergonômicos. Quanto a esses aspectos, diversos são os fatores inseridos no ambiente de trabalho que podem interferir no desempenho profissional ou influenciar em seu

bem-estar, tais como: ruídos, vibração, calor, frio, luminosidade, ventilação, umidade, pressão, radiação. Bem como os aspectos próprios da organização laboral e ergonomia, que funcionam como potenciais contribuidores para o estresse e agravos psíquicos.

O trabalho da enfermagem requer uma organização complexa. Além de representar a maior força do setor saúde, é também a mais exposta a riscos provenientes de sua função (ABRANCHES, 2005). Os agentes estressantes descritos na literatura incluem conflitos relacionados ao trabalho, ambigüidade de papéis, sobrecarga de trabalho (ADÁN; GARCIA, 2003). Nesse contexto, as relações do indivíduo com o trabalho acabam por influenciar na sua saúde e, dependendo de seu nível de envolvimento com o trabalho, impõem adaptações ao estilo de vida e mecanismos de enfrentamento.

Geralmente, os trabalhadores de enfermagem possuem mais de um vínculo empregatício, comprometendo o tempo dedicado ao lazer e família. Logo, as questões relacionadas ao gênero também devem ser consideradas, uma vez que jornadas duplas ou triplas podem conduzir a mulher ao estresse emocional, decorrente do acúmulo de atribuições (SPÍNDOLA, 2000).

A dupla jornada de trabalho é encarada como necessária pelos trabalhadores de enfermagem, devido à situação econômica dos profissionais da área da saúde, decorrente dos baixos salários insuficientes para o sustento da família, o que os conduz a procurar mais de uma fonte de renda (PAFARO; MARTINO, 2004).

O estilo de vida agitado surge como consequência das necessidades financeiras e sociais, conduzindo o trabalhador a um ritmo rígido em relação às atividades laborais. Essa situação vem a colaborar para o estresse. De certa forma, a lei trabalhista favorece ao trabalhador decidir por longas jornadas de trabalho, aumentando sua exposição a fatores agravantes à saúde mental.

Nesse sentido, o estresse surge como resposta à pressão imposta sobre o trabalhador. Como ressalta Araújo (1999), trabalhar em situações de estimulação ambiental excessiva pode possibilitar equilíbrio psicossomático relevante para o funcionamento psíquico. Em contrapartida, pode levar a infelicidade, alienação e doença mental (DEJOURS, 2000).

O trabalho da enfermagem possui como característica a grande demanda de atividades variadas, podendo afetar o desempenho físico, gerar distúrbios mentais, neurológicos, psiquiátricos e gastrintestinais (COSTA; MORITA; MARTINEZ, 2000). Portanto, o modo de

vida e a atividade de uma pessoa contribuem para determinar sua saúde e enfermidade (LABRADOR; CRESPO² apud LAUTERT; CHAVES; MOURA, 1999).

O ambiente no qual o profissional trabalha ou vive pode aumentar a probabilidade de ocorrência de certas doenças. O processo de adoecimento se dá, devido aos fatores de risco que além de inter-relacionar genética, fisiologia, idade e estilo de vida somam-se ainda aos fatores relacionados ao local laboral (POTTER; PERRY, 2004).

Estar estressado significa estar sob pressão e, como a prática profissional é árdua, o trabalhador pode conviver com variadas fontes de tensões laborais (PAFARO; MARTINO, 2004). Quanto aos estressores do ambiente, é sabido que podem estar relacionados aos fatores intrínsecos para o trabalho, às relações no trabalho, e a própria estrutura organizacional (COOPER, 1993).

Soma-se aos estressores ambientais o fato de os profissionais de enfermagem constituírem um grupo que se destaca por suas características relacionadas ao gênero, hierarquia e sobrecarga, tanto física como emocional (REIS et al, 2003). Esses fatores se apresentam como elementos significativos para o estresse, e as peculiaridades do trabalho nessa população.

A existência de três categorias profissionais acaba por contribuir para a divisão de tarefas e definição de espaços de atuação. Nesse sentido, o enfermeiro — profissional de nível superior — vem buscando autodefinição, tentando construir sua identidade profissional e obter reconhecimento. A profissão de enfermagem possui característica intrínseca, a qual poderia ser denominada por alguns autores *como indefinição do papel profissional*, onde há ambigüidade de papéis entre os trabalhadores da equipe como consequência da divisão em categorias. Esse fator é relatado como potencial fator estressor por variados autores, especialmente para o enfermeiro (COOPER, 1993, SECAF; RODRIGUES, 1998, MARTINS et al, 2000, STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001, MIQUELIN et al 2004).

Percebe-se que a estimulação ambiental e demanda de trabalho excessivas, bem como as duplas ou triplas jornadas contribuem para o estresse ocupacional, fatores estes amplamente evidenciados que se somam às características laborais peculiares do trabalho da enfermagem (ARAÚJO et al, 2003, MANGOLIN et al 2003, PAFARO; MARTINO, 2004, CAMELO; ANGRAMI, 2004). A consequência da exposição a fatores de tensão laboral é a somatização, processo atrelado à gênese dos sintomas físicos do estresse.

² LABRADOR, F.J.; CRESPO, M. Estrés: Trastornos psicofisiológicos. Salamanca: Eudema, 1993.

A somatização é definida como *passar para o somático, físico ou corpóreo*. Significa expressar o sentimento emocional sob a forma de queixas físicas. Psicossomatização se refere às doenças com alterações clínicas constatáveis, porém agravadas, desencadeadas ou mantidas pela força das emoções. São descritos mais de vinte e dois tipos de sintomas relacionados a transtornos de somatização, os quais surgem concomitantes a transtornos de humor (BALLONE; NETO; ORTOLONI, 2002).

Ansiedade, tensão, angústia, insônia, alienação, preocupação, dificuldade de concentração e de relaxamento, tédio, ira, depressão e hipersensibilidade emotiva expressam sintomas de ordem psicológica (LIPP, 2001). Alguns desses sinais/sintomas caracterizam os Transtornos Mentais Comuns (TMC) que podem acometer os profissionais em estado de estresse constante. Quanto à terminologia TMC, podem ser encontradas na literatura denominações similares como distúrbios psíquicos menores, transtornos mentais não psicóticos e transtornos mentais comuns (ALVES, 1999, LUDEMIR; MELO-FILHO, 2002, ARAÚJO et al, 2003, KAC et al, 2006).

O estresse pode conduzir o corpo a respostas, a atitudes, a emoções e comportamentos, alterações químicas, fisiológicas, dentre outras significativas respostas ao estímulo estressor. Psicicamente, a ansiedade crônica ou esgotamento conduz ao estado de apatia e desinteresse, desânimo, estado de pessimismo, insegurança e medo em relação à vida (BALLONE; NETO; ORTOLONI, 2002).

Os indivíduos que relatam tristeza, ansiedade, fadiga, diminuição da concentração, preocupação somática, irritabilidade e insônia devem ser considerados suspeitos para TMC (KAC et al, 2006). Soma-se a isso, o fato de na América Latina — no Brasil em particular— existir uma série de fatores que contribuem para a elevada prevalência de eventos de vida estressantes e de transtornos mentais na população. Podem ser citados como exemplo os processos acelerados de urbanização e industrialização, acesso desigual aos cuidados de saúde, condições de moradia inadequadas, distribuição desigual da renda, desemprego, altas taxas de violência e criminalidade (LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003).

O ambiente social pode ser um potencial desencadeador para o surgimento de problemas de saúde, assim como o ambiente laboral e suas condições podem influenciar na produtividade. Com o avançar das pesquisas sobre a saúde do trabalhador, percebe-se que as causas de absenteísmo vêm apresentando motivos mais freqüente de ordem psíquica (BRASIL, 2001).

Estudos científicos têm apontado uma maior ocorrência de TMC no gênero feminino, nos quais se incluem depressão, ansiedade, sintomas psicofisiológicos, humor depressivo e

angústia (DOHRENWEND; DOHRENWEND, 1976, ROBINS; REGIER, 1991, ARAÚJO, 1999). O surgimento desses sinais e sintomas oriundos do estresse possui forte influência do ambiente laboral, pois o grau de estresse ao qual o trabalhador é submetido está relacionado ao nível de *demandas* e *controle* sobre as tarefas executadas no trabalho.

A influência do estresse no bem-estar e na saúde tem sido cada vez mais explorada. Vários estudos foram desenvolvidos para a avaliação do nível de estresse e satisfação no trabalho através da utilização de escalas (RIVICKI, MAY, 1983, RIVIERA, 1991, DECKARD; METERKO; FIELD, 1994, MASLACH; JAKSON, 1997, RAMIREZ, 1996).

Alguns modelos têm sido utilizados para avaliar o estresse e as respostas orgânicas no âmbito psicossocial a fim de entender seu papel. O estímulo dos estressores ambientais também tem sido alvo de estudo, através do estabelecimento de relações com fatores contidos no ambiente de trabalho que possam influenciar o desempenho profissional.

Na década de 70, o pesquisador Robert Karasek apresentou um modelo teórico bidimensional que relacionava as dimensões psicossociais *demandas* e *controle* (D-C) no trabalho ao risco de adoecimento psíquico. Entendem-se como *demandas* as pressões de natureza psicológica, sejam quantitativas, tais como tempo e velocidade na realização do trabalho, ou qualitativas, como os conflitos entre demandas contraditórias. O termo *controle* refere-se à tarefa, ou seja, a habilidade ou destreza do trabalhador para cumpri-las à oportunidade de participar das decisões no ambiente de trabalho para realizá-las.

Karasek foi um dos pioneiros a relacionar dois fatores importantes referentes ao trabalho: as relações sociais do ambiente de trabalho — consideradas fontes geradoras de estresse — e saúde. Para avaliar o *controle sobre o trabalho* e a *demandas psicológicas*, Karasek (1979) elaborou um instrumento metodológico: o *Job Content Questionnaire* – JCQ (Questionário sobre Conteúdo do Trabalho). Existem outras versões do instrumento como a *Job Stress Scale* (JSS), uma das versões reduzidas criada por Theorell, Perski e Akerstedt (1988) que foi adaptada para o português por Alves e cols. (2003).

No presente estudo, foram investigadas duas dimensões psicossociais do trabalho: a *demandas psicológicas* e o *controle sobre o trabalho*. Através do modelo adotado nesta pesquisa, buscaram-se respostas para o seguinte questionamento: existe relação entre as dimensões psicossociais inerentes ao trabalho da enfermagem e o surgimento de transtornos mentais comuns?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Investigar as dimensões de estresse: *demanda psicológica e controle do trabalho*, tendo como desfecho a ocorrência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores de enfermagem.

1.1.2 Objetivos específicos

- ✓ Descrever o perfil de estresse dos trabalhadores de enfermagem;
- ✓ Descrever a prevalência de TMC entre trabalhadores de enfermagem;
- ✓ Analisar a associação entre as categorias de estresse no trabalho e ocorrência de TMC nessa população, levando em consideração características sócio-demográficas e laborais.

1.2 JUSTIFICATIVA

Um aspecto a ser considerado na atualidade é a magnitude do estresse na sociedade moderna. Busca-se, o entendimento dos processos mórbidos provocados pelos fatores estressantes nos ambientes de trabalho. As condições sociais de trabalho e o estresse psicológico mostram-se, cada vez mais, como fatores de risco ocupacional que afetam praticamente toda a população economicamente ativa (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Dessa forma, os estressores ocupacionais têm recebido atenção especial pelos pesquisadores, considerando-se o impacto que esse fator produz sobre a vida dos trabalhadores, influenciando negativamente sua saúde e bem-estar.

Durante vários anos, sob diversas perspectivas, foram identificadas as conseqüências da organização do trabalho e sua relação com o estresse, a saúde e o bem-estar do trabalhador. A intensidade do fenômeno estresse e impacto sobre a economia também podem ser evidenciados através dos afastamentos, absenteísmos e baixa produtividade (KARASEK; THEORELL, 1990, CREED, 1993, NORIEGA et al, 2000). Podem ocorrer situações que

evidenciam a sobrecarga e tensão laboral como a queda da produção, dificuldade de trabalhar em equipe e a ocorrência de mais acidentes no trabalho (POZETTO, 2002).

O desenvolvimento de pesquisas, sobre a influência do ambiente na saúde do trabalhador e sua resposta aos estímulos presentes nos locais laborais, pode gerar resultados capazes de despertar o senso crítico do trabalhador e empregador para mudanças.

É visível a contribuição de estudos na área da saúde do trabalhador. Atualmente, muitos fatores são descritos como relacionados à morbidade e mortalidade nessa área; são exemplos notáveis as intoxicações, doenças cardiovasculares e o estresse (CÂMARA, 2006).

Analisa-se o fenômeno estresse como oriundo de tensões e problemas advindos do exercício de uma atividade ocupacional. O trabalho do enfermeiro, por sua própria natureza e características, revela-se especialmente suscetível ao fenômeno do estresse ocupacional (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001). As razões principais seriam o cuidado direto prestado a pessoas com sofrimento físico e psicológico e os riscos de exposição aos agentes ambientais, relacionamento interpessoal na equipe e as grandes demandas de trabalho. Soma-se a esses fatores o déficit de ações por parte dos trabalhadores em cuidar de si, principalmente, devido à dinâmica de trabalho do grupo em questão, a qual envolve dedicação às atividades laborais e elevado número de horas trabalhadas.

Fatores ligados ao ambiente, tais como o perigo constante do risco biológico, físico e químico e a necessidade de lidar com a tecnologia hospitalar complexa justificam, em parte, a tensão e a ansiedade apresentada pelos trabalhadores da área da saúde, em especial os da enfermagem, tornando-os mais vulneráveis ao afastamento do serviço por motivos de doenças. O próprio ato de cuidar de clientes com agravos diversos, traumas agudos e enfermidades graves ou terminais conduzem ao desgaste psíquico.

Esse contato constante com pessoas fisicamente doentes ou lesadas, adoecidas gravemente, com frequência, impõe um fluxo contínuo de atividades que envolvem a execução de tarefas agradáveis ou não, repulsivas ou aterrorizadoras; muitas vezes, que requerem para seu exercício, adequação prévia à escolha de ocupação, ou um exercício cotidiano de ajustes e adequações de estratégias defensivas para o desempenho das tarefas (PITTA, 1994, p.62).

Concomitante aos ajustes e estratégias defensivas, surgem as exigências de conhecimento específicos e de técnicas indispensáveis para lidar com materiais e equipamentos referentes a tecnologias, o que favorece as atividades rotineiras e padronizadas (PITTA, 1994, SIQUEIRA; WATANABE; VENTOLA, 1995).

O ambiente hospitalar é descrito como aquele que mais contribui para o esgotamento emocional oriundo do estresse, quando comparado à atuação do enfermeiro em atenção primária. A falta de autonomia no desenvolvimento das atividades, a sobrecarga laboral, o trabalho em turnos, os conflitos e ambigüidade de papéis são fatores fundamentais que embasam a afirmativa, expondo o trabalhador de enfermagem ao estresse laboral mais grave conhecido como Síndrome de *Burnout* (ADÁN; GARCIA, 2003).

A síndrome do esgotamento profissional (*Burnout*) se refere a um tipo de estresse ocupacional e institucional com predileção para profissionais que mantêm uma relação constante e direta com outras pessoas, principalmente, quando essa atividade é considerada de ajuda como médicos, enfermeiros e professores (SILVA, 2000, BALLONE, 2003, BELANCIERI, 2005, ALMEIDA; VIEIRA, 2003).

A síndrome³ surge como uma reação à tensão emocional crônica gerada a partir do contato direto, excessivo e estressante com o trabalho, fazendo com que a pessoa perca a maior parte do interesse sobre sua relação com o trabalho.

Essas constatações denotam a vulnerabilidade do profissional de enfermagem em relação ao tipo de atividade laboral, sua resposta individual às demandas (intrínsecas e extrínsecas), à atuação e controle sobre as atividades laborais. O estresse atua como intermediário para os distúrbios psicossomáticos dentre eles os TMC.

Sabe-se que a profissão de enfermagem é marcada por constante convivência com situações de impacto, que poderão ser vivenciadas com grande carga de ansiedade e tensão, podendo evidenciar sintomas de estresse, prejudicando o desempenho profissional (BELANCIERI, 2005).

Nas últimas décadas, alguns estudos epidemiológicos têm contribuído para melhor compreensão dos elos entre fatores do ambiente social, a origem e o curso de distúrbios psiquiátricos (ARAÚJO, 1999, LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003).

Nota-se que os distúrbios de saúde mental vêm crescendo entre os trabalhadores. O afastamento permanente do trabalho por doenças mentais tende, em um futuro próximo, suplantará ao absenteísmo por doenças cardiovasculares e osteomusculares (CORGONZINHO, 2002).

³ De fato, esta síndrome foi observada, originalmente, em profissões predominantemente relacionadas a um contato interpessoal mais exigente, tais como médicos, psicanalistas, carcereiros, assistentes sociais, comerciários, professores, atendentes públicos, enfermeiros, funcionários de departamento pessoal, telemarketing e bombeiros. Hoje, entretanto, as observações já se estendem a todos profissionais que interagem de forma ativa com pessoas, que cuidam e, ou solucionam problemas de outras pessoas, que obedecem a técnicas e métodos mais exigentes, fazendo parte de organizações de trabalho submetidas a avaliações.

Essa situação dos trabalhadores de enfermagem faz com que a avaliação do papel das demandas ou estímulos ambientais nas respostas de estresse apareça largamente em pesquisas sobre o estresse ocupacional (ARAÚJO, 1999, ARAÚJO et al, 2003, REIS et al, 2003). A produção coletiva de conhecimento, incorporando os trabalhadores, é tema bastante discutido em outras abordagens e pode proporcionar ao modelo D-C a possibilidade de redirecionamento metodológico importante. Os resultados obtidos nos estudos que utilizam essa abordagem fortalecem a pertinência de tal metodologia, especialmente, se o principal objetivo é intervir sobre o ambiente ocupacional (ARAÚJO, 1999).

Dessa forma, os estudos científicos que envolvem as tensões e a organização do trabalho por profissionais de saúde buscam o entendimento dos processos mórbidos provocados pelos fatores estressantes inseridos no ambiente laboral, a fim de motivar intervenções voltadas para o autocuidado, ou pela adoção de medidas institucionais que minimizem os fatores estressantes do ambiente laboral.

2 APROXIMAÇÃO TEMÁTICA

Neste capítulo, foram sistematizados os principais conceitos utilizados nesta pesquisa de acordo com as vertentes teóricas relacionadas ao estresse e as respostas fisiológicas, onde a psicossomática tem importante relação com a manifestação do estresse no indivíduo. Aborda conteúdos sobre a profissão de enfermagem e aspectos peculiares do trabalho. Busca explorar a tensão no trabalho relacionada ao estresse e ao surgimento de problemas nos trabalhadores de enfermagem, além de reunir informações sobre a avaliação do estresse.

2.1 ESTRESSE E ASPECTOS BIOLÓGICOS

Selye, em 1956, utilizou o termo estresse como um conjunto de reações que o organismo desenvolve ao ser submetido à situação que exige esforço para a adaptação. Segundo seus estudos, um estímulo percebido como ameaçador à homeostase, seja físico, químico, biológico ou psicossocial conduz o organismo a responder de forma uniforme, inespecífica, no aspecto anatômico e fisiológico, caracterizando uma síndrome (RODRIGUES; GASPARINI, 1992).

O termo *stress* era utilizado na literatura científica inglesa como sinônimo de aflição e adversidade. Com a evolução de estudos sobre a temática o termo, é entendido atualmente como um complexo fenômeno, composto de tensão, angústia e desconforto, sintomas muito característicos da sociedade contemporânea (LIPP, 2003).

Entende-se o fenômeno como a relação estabelecida entre o indivíduo e o ambiente que pode ser percebida como sobrecarga ou esgotamento de seus recursos, conseqüentemente, afetando seu bem-estar (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

O estresse é qualquer situação em que determinada demanda inespecífica exige do indivíduo uma ação ou reação (SELYE, 1976 apud POTTER; PERRY, 2004). O estresse pode exigir adaptações de forma intensa, sejam fisiológicas e/ou psicológicas. A doença pode sobrevir, quando não há boa adaptação do indivíduo aos estímulos.

Atualmente, os estímulos do ambiente sejam físicos, químicos, biológicos ou psicoemocionais (ansiedade e frustração) recebem o nome de estressor. Um estressor é qualquer situação que impõe medo, cause confusão mental, ou instigue um indivíduo. Até mesmo algumas reações fisiológicas normais como frio, calor, fome, a dor são potenciais estímulos estressores.

As fases do estresse, segundo Selye (1956), são: alerta, resistência e exaustão e foram descritas em seu modelo bioquímico denominado Síndrome Geral de Adaptação ao Estresse (SGAE). Lipp (2001a) denomina essa sequência de resposta como modelo trifásico do estresse.

Na fase de alerta, há o confronto com o agente estressor é onde se estabelece a “luta ou fuga” e, conseqüente, quebra da homeostase. Na fase seguinte, a de resistência, há um contato prolongado com o estressor, exigindo mais energia para adaptação, podendo esgotar e enfraquecer o indivíduo o que favorece o surgimento de doenças. Na fase de exaustão, as energias se exaurem, há aumento das estruturas linfáticas, exaustão psicológica, depressão e a exaustão física se manifesta através da doença (SELYE⁴, 1956 apud LIPP, 2001).

A reação de alerta (ou alarme), age como um sinal de aviso ao sistema orgânico, conduzindo à segunda fase que pode iniciar a qualquer momento. Na fase de alerta, as mudanças hormonais são ditadas pelo sistema nervoso central (SNC), via hipotálamo e pelo sistema nervoso autônomo (SNA), na presença do estressor.

Atualmente, os estudos evoluíram nos aspectos biológico e fisiológico, no que diz respeito ao estresse, o que possibilitou maior detalhamento de suas fases de reação ao fenômeno e conseqüências para o organismo.

Para todas as situações de estresse e ansiedade o organismo reage liberando catecolaminas (adrenalina e noradrenalina) e cortisona, seja por ação direta do sistema simpático, o qual coloca o organismo em estado de alerta, ou por ação indireta do SNA sobre as supra-renais. Essas catecolaminas e a cortisona elevadas, durante a reação ao estresse, produzem uma série de alterações no organismo como: elevação da frequência cardíaca, da pressão arterial, do débito cardíaco, do consumo de oxigênio, da excitabilidade cardíaca, da entrada de sódio e saída de potássio e magnésio das células. E ainda, pode provocar lesão endotelial, aumento da adesividade plaquetária, vasoconstrição periférica retenção de sódio e água, hemoconcentração, aumento da coagulação sangüínea, da glicose, do ácido lático, dos ácidos graxos e do colesterol no sangue (BALLONE, 2005).

É o estresse físico ou mental que excita o sistema simpático. Diz-se, freqüentemente, que o objetivo do sistema simpático é fornecer ativação extra ao corpo nos estados de estresse. O sistema simpático é ativado de maneira potente em muitos estados emocionais (GUYTON; HALL, 1997).

⁴ SELYE H. The stress of life. New York: Mc Graw Hill; 1956.

O cérebro, independente da vontade, interpreta alguma situação como ameaçadora (estressante); todo organismo passa a desenvolver uma série de alterações denominadas, em seu conjunto, de Síndrome Geral da Adaptação ao Estresse, como visto. Para melhor entendimento das respostas fisiológicas do organismo à situação de tensão, as fases do estresse são descritas em três períodos distintos. Na primeira etapa dessa situação, ocorre a reação de alarme.

2.1.1 Fase de alarme

Para Ballone (2005), essa fase se divide em dois estados, a etapa de choque e a etapa de contrachoque. As alterações fisiológicas na fase de choque — momento onde o indivíduo experimenta o estímulo estressor — são muito exuberantes.

Durante o momento em que está havendo estimulação estressante aguda, o hipotálamo — estrutura pertencente ao SNC — promove a liberação dos neuro-hormônios, como: dopamina, norepinefrina e o fator liberador da corticotrofina (CRF). O hipotálamo, por sua vez, estimula — através do CRF — a hipófise (pituitária) a liberar o hormônio adreno-corticotrófico (ACTH); este na corrente sangüínea estimula as glândulas supra-renais para a secreção de cortisona (GUYTON; HALL, 1997, BALONE, 2002).

O hipotálamo é considerado o principal sítio cerebral responsável pela seqüência das respostas orgânicas aos agentes estressores. A hipófise, por sua vez, tem como uma das principais ações estimular as glândulas supra-renais.

A produção das catecolaminas é essencial para o desenvolvimento dessa fase e funciona como alarme fisiológico como demonstra a tabela 1.

Tabela 1: Alterações na fase de choque da reação de alarme no estresse

ALTERAÇÕES	OBJETIVOS
Aumento da frequência cardíaca e pressão arterial.	→ O sangue circulando mais rápido melhora a atividade muscular esquelética e cerebral, facilitando a ação e o movimento.
Contração do baço.	→ Levar mais glóbulos vermelhos à corrente sanguínea e melhora a oxigenação do organismo e de áreas estratégicas.
O fígado libera glicose.	→ Para ser utilizado como alimento e energia para os músculos e cérebro.
Redistribuição sanguínea.	→ Diminui o sangue dirigido à pele e vísceras, aumentando para músculos e cérebro.
Aumento da frequência respiratória e dilatação dos brônquios.	→ Favorece a captação de mais oxigênio.
Dilatação das pupilas.	→ Para aumentar a eficiência visual.
Aumento do número de linfócitos na corrente sanguínea.	→ Preparar os tecidos para possíveis danos por agentes externos agressores.

Fonte: Adaptado com base em Rodrigues e Gasparini (1992); Lipp (2001); Ballone (2005).

As glândulas supra-renais secretam, além das catecolaminas, o cortisol (uma espécie de cortisona). A fisiopatologia indica que os níveis aumentados de cortisona influenciam o sistema imunológico, inibindo a resposta inflamatória, o que afeta a função das células T. Temporariamente, esta inibição imunológica parece ser benéfica, tendo em vista diminuir a intensidade das reações inflamatórias aos agentes de estresse, e promover a rápida mobilização de aminoácidos e gorduras das reservas celulares (GUYTON; HALL, 1997).

Na fase de choque, predomina a atuação de uma parte do sistema simpático integrante do SNA, o qual proporciona descargas de adrenalina provenientes da porção medular da glândula supra-renal e de noradrenalina, das fibras pós-ganglionares, para a corrente sanguínea.

Desaparecendo os agentes estressores, todas essas alterações tendem a se interromper e regredir. Caso, por alguma razão, o organismo seja continuamente submetido à estimulação estressante, sendo obrigado a manter seu esforço de adaptação, entrará na fase de resistência.

2.1.2 Adaptação ou resistência

Fase crônica caracterizada pela hiperatividade da glândula supra-renal, sob influência do hipotálamo que estimula a hipófise. Há aumento no volume da supra-renal, concomitante a atrofia do baço e das estruturas linfáticas, assim como contínuo aumento dos glóbulos brancos do sangue (leucocitose) (BALLONE, 2005).

A hipófise, ao ativar todo o sistema endócrino, faz com que o organismo concentre maior quantidade de energia para se defender, o que gera a glicogenólise no líquido extracelular, e glicogênese no fígado, inibindo a insulina e estimulando o glucagon, estes dois últimos hormônios pancreáticos (GUYTON; HALL, 1997).

Durante essa fase de adaptação, prossegue o aumento de atividade do sistema simpático e a conseqüente liberação de catecolaminas. Esse mecanismo hormonal permite maior aporte de glicose às células, em geral, seguido pela liberação de glicocorticóides, os quais são fundamentais para a excitação de atividades cerebrais, durante a síndrome geral de adaptação ou situação prolongada de estresse.

Os glicocorticóides regulam também as catecolaminas, pois a síntese das catecolaminas necessita de glicose. A taxa de glicose precisa ser elevada no sangue para que haja energia disponível ao longo do estresse. Mas, se o estado de estresse continuar por muito

tempo, os glicocorticóides são destrutivos para os tecidos, inibindo o crescimento somático e ósseo (ibid).

Assim, se os estímulos estressores tornam-se crônicos, a resposta ao agente estressor começa a diminuir de intensidade, podendo haver uma antecipação das respostas. É como se a pessoa começasse a se acostumar com os estressores, mas não obstante, pudesse também desenvolver a reação de estresse apenas diante da perspectiva, ou expectativa do estímulo.

O corpo estabiliza os níveis hormonais, a frequência cardíaca, a pressão sanguínea e o débito cardíaco retornam ao normal, caso cesse o agente ameaçador. Se o estímulo continua, o organismo vai à terceira fase, a fase de exaustão (POTTER; PERRY, 2004). A exaustão ou esgotamento contribui, significativamente, para o surgimento de agravos à saúde e afastamentos do trabalho.

2.1.3 Fase de exaustão e esgotamento

Começam a surgir falhas nos mecanismos de adaptação e déficit das reservas de energia (BALLONE, 2005). Essa fase é grave, levando à morte de alguns organismos. A maioria dos sintomas somáticos e psicossomáticos fica mais exuberante. Nesta fase, o organismo não consegue mais resistir ao estresse, e a energia necessária para manter a adaptação é esgotada. A regulação fisiológica diminui, podendo ocorrer a morte caso o estressor persista (POTTER; PERRY, 2004).

As reações fisiológicas ao estresse resultam, exatamente, do esforço adaptativo. O estado de esgotamento surge, quando o estímulo estressor é muito intenso ou persistente, havendo um custo mental e biológico. Cada órgão ou sistema é envolvido e sobrecarregado pelas alterações fisiológicas continuadas do estresse, de início apenas com alterações funcionais e depois, com lesões também anatômicas (BALLONE, 2005, RODRIGUES; GASPARINE, 1992, LIPP, 2001).

O desgaste surgido no esgotamento pode ser definido como a perda da capacidade afetiva e/ ou potencial, biológica e psíquica. Desenvolve-se como um conjunto de processos bioquímicos. Como envolve o aspecto somático, psíquico e biológico, essa fase pode apresentar sintomas inespecíficos, não demonstrável ou mensurável quando apresenta como consequência uma patologia (ARANTES; VIEIRA, 2003).

Entretanto, causar doença não é função da reação ao estresse, pelo contrário, a reação de luta ou fuga evolui de forma a garantir a sobrevivência. A reação se apresenta como um

sistema de resiliência dinâmica que mobiliza o corpo para lidar com situações ameaçadoras e depois retorna a linha de base. Quando o estressor não cessa, o indivíduo experimenta o desgaste dos sistemas envolvidos como o endócrino e imunológico (MCWEN; LASLEY, 2003).

Esse sistema de variação ampla de parâmetros no corpo é chamado de “alostase” termo oriundo do grego *állos* que significa variável e enfatiza a noção de que os sistemas alostáticos ajudam a manter o corpo estável, pelo fato desses próprios mecanismos serem capazes de mudar. Esse processo envolve grande dispêndio de energia e adaptação para o organismo quando continuado (ibid).

É sabido que a exposição ao estresse de forma contínua pode conduzir ao prejuízo de ordem física e psicológica que se manifestam, desde dor de cabeça — a qual pode se apresentar de forma freqüente, todos os dias — até mesmo à insônia, conduzindo ao desgaste do organismo. Esses são exemplos de respostas do ser humano sinalizando o desgaste sofrido. Os estudos dessa natureza envolvem conceitos relacionados às respostas aos estímulos ameaçadores, sejam de natureza psicológica, física ou social.

2.2 PSICOSSOMÁTICA E O ESTRESSE

A medicina psicossomática é uma especialidade que trata das situações clínicas causadas por distúrbios funcionais, psicológicos e sociais, que geram manifestações orgânicas. Por incluir pesquisadores de variadas formações e área do saber, é possível à psicossomática — que tem pretensões holísticas —, envolver-se na análise das estruturas sociais, pensando-as como um dos fatores de risco na cadeia etiológica das doenças de forma interdisciplinar (RODRIGUES; GASPARINE, 1992).

A visão da psicossomática denota que as emoções, ainda que sejam respostas universais de um organismo, submetem-se às influências sociais com a participação do sistema límbico. Percebe-se que as doenças psicossomáticas são aquelas determinadas ou agravadas por motivos emocionais, visto que é a emoção quem detecta a ameaça e o perigo, sejam eles reais, imaginários ou fantasiosos (ibid).

Na psicossomática, se relacionam os sentimentos e estresse, sendo observadas as conseqüências que se apresentam como respostas no corpo, seja no aspecto físico, biológico ou psicológico. Com isso, torna-se evidente a definição de psicossomática: *passar para o somático*. É claro que há repercussões para o trabalhador e para sua vida social.

Na verdade, todo o fenômeno humano é um fenômeno social, como também, a ordem social existe unicamente como produto da atividade humana (ibid). Assim, aquilo que entristece ou alegra decorre da visão de mundo que se adquire, através do contato social e experiências de vida.

No modelo psicossomático do estresse, o que é importante para a pessoa é controlar a reação ao estressor. Muitos tipos de estressores não podem ser inteiramente evitados, mas a resposta da pessoa ao estressor pode ser controlada (POTTER; PERRY, 2004).

Do ponto de vista biológico, McEwen e Lasley afirmam que muitos seres humanos são incapazes de perceber o fim do sinal de alarme do estresse. Em alguns casos, com o avançar da idade, os hormônios do estresse (adrenalina e cortisona) demoram mais para voltar para a linha de base. Há indícios de que a herança genética desempenha importante papel. Logo, estar diante de situações angustiantes e que impõem desafios podem antecipar as reações ao estresse, e fazer com que esta dure além do necessário.

O ser humano está em constante movimento e, a todo o momento, surgem situações que exigem dele uma solução. Este contínuo movimentar-se é determinado; em parte, pelo conjunto das necessidades inconscientes, pelas exigências da cultura e do meio ambiente. Um bom exemplo disso é o trabalho, que pode ser fonte de satisfação e criador de condições para satisfação de necessidades distintas.

Esse contínuo movimentar-se — em busca de satisfação — é; em geral, movido por emoções (muitas vezes inconscientes), disto decorre a criação de situações de onde surge a necessidade de se obter soluções, o que gera a ação.

A linguagem surge como algo que medeia à ação. Por um lado, tem caráter instrumental, na medida em que expressa ao outro uma comunicação, e por outro lado, um conteúdo ideológico cultural que está a ela vinculado (RODRIGUES; GASPARIN, 1992).

A emoção busca a expressão (por meio da linguagem) para solucionar o estado de necessidade e obter a satisfação. No entanto, se esse processo for total ou parcialmente bloqueado, a solução não é adequada; a ação mostra-se comprometida e a emoção fica contida, fazendo com que a manifestação da emoção se faça de forma indireta e/ ou simbólica (ibid).

O mundo urbano pós-moderno impõe regras e, dentro deste contexto, pode-se compreender um grande número de doenças — senão, a maioria das doenças mais frequentes do homem urbano contemporâneo — que denunciam, expressam e relevam a forma de uma pessoa viver e a sua interação com o mundo.

Assim, a compreensão de como um trabalhador adoece deve ser realizada dentro de uma perspectiva histórica, ambiental e cultural o que amplia e enriquece os conhecimentos sobre os complexos mecanismos relacionados com o processo de adoecer envolvidos ao estresse laboral. Logo, para se entender o que representa o estresse para cada indivíduo, deve-se entender um pouco sobre seu processo saúde-doença e sua forma de encarar a dinâmica laboral.

Townsend (2002) comenta que existem influências psicossociais para doenças crônicas degenerativas. Ao se referir à personalidade tipo “A”, a autora correlaciona a uma predisposição a doenças cardíacas, principalmente relacionadas às coronárias. Importante ressaltar algumas características atribuídas a esse tipo de personalidade, como:

- ↳ Muito agressiva e ambição concentrada na carreira;
- ↳ Não tem tempo para lazer, e durante os momentos de lazer, sente-se culpada por estar perdendo tempo relaxando;
- ↳ Raramente fica satisfeita com as realizações, sempre está com sentimento de dever fazer mais.
- ↳ Mede as realizações em números produzidos e dinheiro ganho;
- ↳ O tempo torna-se inimigo, continuamente, luta para realizar e sente-se como se não houvesse tempo;
- ↳ Aparenta ser muito extrovertida e social, normalmente domina a conversação — a personalidade expansiva geralmente esconde uma profunda insegurança sobre o próprio valor;
- ↳ A ambição e a necessidade de vencer a conduzem a uma pressão sobre si mesma no sentido de competir seja na carreira ou no cotidiano (ibid, p. 584).

A personalidade tipo “A” é comum no atual mercado competitivo de trabalho. Sua relação com doenças psicossomáticas é perceptível, pois esse perfil vive em constante estresse o que pode, em longo prazo, levar a complicações de uma patologia coronária preexistente ou desencadeamento de agravos à saúde relacionados a antecedentes hereditários. Essa situação se relaciona ao tipo de personalidade e ao grau de *controle* sobre o trabalho.

As manifestações ao estado de estresse são mais comumente observadas em indivíduos que apresentam padrão de comportamento do tipo “A”, caracterizados por hostilidade, competitividade, avidez por ascensão social, cinismo, comportamento paranóico e pessimista. Isso implica considerar, como geradores de estresse, não só as situações ou fatores ambientais, mas a estrutura e os conflitos intrapsíquicos do indivíduo, frutos da sua personalidade e história de vida. Esses indivíduos estão em luta constante para conseguir o maior número de coisas em um menor período de tempo possível (CAMPOS, 1992).

Afirmar que as reações visíveis (sinais) são mais comuns em indivíduos de personalidade tipo “A”, não significa eximir outros indivíduos de apresentarem manifestações somáticas similares.

Há mais de um século, os médicos vêm concordando que existe uma interação entre os fatores emocionais e físicos na gênese de alguns distúrbios. Kaplan e Sadock⁵ citados por Townsend (2002, p. 581) descrevem quatro tipos gerais de reação ao estresse:

A reação normal, na qual há um aumento no estado de alerta e uma mobilização das defesas para ação;
A reação psicofisiológica, na qual as defesas fracassam e a resposta é transformada em sintomas físicos;
A reação neurótica, na qual a ansiedade é tão grande que a defesa se torna ineficaz, e os sintomas neuróticos se desenvolvem;
A reação psicótica, na qual a perda do controle resulta na percepção equivocada do ambiente.

Uma condição existente que promove a supressão da raiva, baixa auto-estima e ampliação da atividade do sistema nervoso simpático podem levar ao aumento da pressão arterial, como também a outras condições clínicas como cefaléia e enxaqueca as quais, muitas vezes, se apresentam como reflexo da elevação da pressão arterial (TOWNSEND, 2002). A elevação da pressão arterial funciona como exemplo, em face de outras diversas reações descritas na literatura que vão, desde dores musculares, à depressão (LIPP, 2002; BALLONE, 2005).

É relevante elucidar a reação considerada normal, psicofisiológica, daquelas envolvidas com a somatização aspectos sobre os quais foi centrado o foco do presente estudo. Com isso, a psicossomática se destaca por esclarecer a relação entre ambiente de trabalho, estressor e respostas somáticas dentre as quais os TMC. É importante relacionar as fases do estresse sob a ótica da psicossomática, pois é através dela que se pode evidenciar as respostas orgânicas ao agente estressor.

2.2.1 As fases do estresse sob enfoque psicossomático

Os psicólogos dividem as fases do estresse em quatro, segundo as respostas somáticas do indivíduo, diferentemente da divisão adotada pelos fisiologistas. De acordo com Lipp (2003), as fases do estresse são alerta, resistência, quase exaustão e a exaustão. Esse modelo de respostas é denominado quadrifásico (LIPP, 2003a).

Na fase de alerta, o estresse é considerado bom, e acontece quando a adrenalina está correndo com intensidade no sangue. É o período em que a pessoa costuma apresentar mais

⁵ KAPLAN, H. I; SHADOK, B.J. Modern synopsis of comprehensive textbook of psychiatry. 4.ed. Baltimore:Williams & Wilkins, 1985.

disposição, vigor e energia. Nessa situação, o indivíduo pode até passar noites sem dormir, sem se preocupar com a alimentação e, ainda assim, cumprir uma tarefa. Há um aumento da motivação e entusiasmo, gerando maior produtividade do ser humano (LIPP; 2003, LIPP, 2001a).

Na fase de resistência, a pessoa começa a sentir-se cansada fisicamente, acorda sem ânimo, têm falhas de memória e fica mais desorganizada. Nessa fase, o corpo começa a acostumar-se aos estímulos causadores do estresse e entra em estado de “resistência ou de adaptação”. Durante esse estágio, o organismo adapta suas reações e seu metabolismo para suportar o estresse por determinado período de tempo. É nesse estado, que a reação de estresse pode ser canalizada para um órgão específico ou para um determinado sistema, o cardiológico, por exemplo (LIPP, 2001, BALLONE, 2005).

Na quase exaustão, tem início a somatização na forma de afecções comuns como problemas na pele, acne, herpes, gripe, queda de cabelo, gastrite, depressão e ansiedade sem controle, reações estas que começam a atrapalhar a vida profissional e pessoal (LIPP, 2003).

Na fase de exaustão, a pessoa poderá ter sérios problemas psicológicos e vir a sofrer infarto, acidente vascular encefálico (AVE), depressão e distúrbios de ordem psíquica. O indivíduo poderá ficar incapacitado para trabalhar ou estudar (LIPP, 2001).

2.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE OS TIPOS DE ESTRESSE

O estresse pode ser considerado “bom” ou “ruim”, como visto, vai depender das respostas de cada pessoa e sua forma de interagir, reagir a situações ameaçadoras. O processo que desencadeia determinada resposta negativa do sujeito, podendo o tornar vulnerável a variadas patologias é considerado “distresse”. Em contrapartida, o estresse que conduz a pessoa à realização de uma tarefa, possibilitando o desenvolvimento intelectual e emocional recebe o nome de “eustresse” (AZEVEDO; KITAMURA, 2006, LIPP, 2003).

O eustresse convive com a pessoa por toda a sua vida, possui papel essencial para o desenvolvimento do indivíduo. O fenômeno é caracterizado pela tensão proveniente do equilíbrio entre esforço, tempo realização e resultado (AZEVEDO; KITAMURA, 2006).

O estresse bom pode ser um motivador para o crescimento profissional no ambiente de trabalho. Com isso, lidar com situações que levam ao raciocínio e busca de saídas — visando melhor adaptação ou desenvolvimento de uma nova tarefa — faz com que o trabalhador tenha uma resposta positiva e lance mão de medidas criativas. É evidente, que cada realização

profissional dependerá do grau de *controle* do trabalhador sobre suas tarefas, e do nível de *demanda* de trabalho exigido.

Deve-se considerar que as fases do estresse estão diretamente relacionadas à produtividade do profissional no ambiente de trabalho, como indica Pafaro (2002).

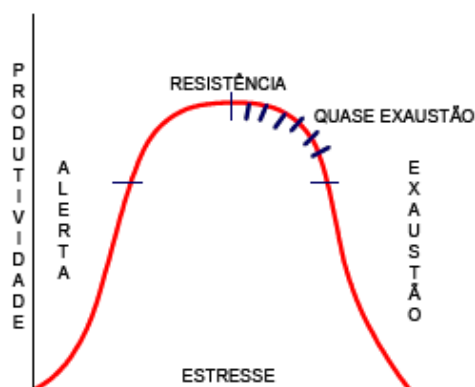


Fig. 1: Produtividade e fases do estresse
Fonte: Pafaro (2002).

As situações de *alta demanda*, onde se esgotam as possibilidades de resposta para adaptação, podem conduzir o trabalhador ao mal-estar. Para Azevedo e Kitamura (2006), no mundo globalizado e competitivo, provavelmente todos vivenciarão experiências de *distresse* no trabalho, o que implica em rebaixamento da qualidade de vida.

O estresse ruim força o trabalhador a estados de alerta, gerando ansiedade e grande esforço como elucida a tabela 2.

Tabela 2: Níveis de estresse e aspectos relacionados ao trabalho

Situação ↗ Estímulo ↓	Baixo Estresse	Estresse Ideal (eutresse)	Alto Estresse (distresse)
Atenção	Dispersa	Alta	Forçada
Motivação	Baixíssima	Alta	Flutuante
Realização Pessoal	Baixa	Alta	Baixa
Sentimentos	Tédio	Desafio	Ansiedade, depressão
Esforço	Grande	Pequeno	Grande

Fonte: Masci (2000).

Percebe-se que um grupo de trabalhadores pode construir costumes e defesas para lidar com fatores que fogem de seu controle. A tendência é que o trabalhador busque ambientes que forneçam condições de adaptação, ou seja, locais onde predomine o estresse considerado positivo.

2.4 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS: AMBIENTE, ESTRESSE E TRABALHO

O ambiente onde está inserido o trabalhador expõe um pouco como é construído o seu estilo de vida, o que inclui hábitos e comportamentos autodeterminados adquiridos social, ou culturalmente de modo individual ou em grupo (ROUQUAYROL; FILHO, 1999). O local onde são desenvolvidas as atividades laborais influencia no modo de viver de cada trabalhador, pois grande parte do dia as pessoas convivem nesse ambiente.

Fatores ambientais desfavoráveis estão sabidamente associados ao aparecimento e/ ou à maior severidade no curso de grande parte dos distúrbios psiquiátricos. A doença mental pode provocar uma série de prejuízos sociais na vida do indivíduo, como desemprego, ruptura de relações pessoais, dentre outros (LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003).

O desgaste a que as pessoas são submetidas, no ambiente laboral e nas relações com o trabalho, é considerado um dos fatores mais significativos na determinação de doenças. Sabe-se que os estressores ambientais são tão potentes quanto microorganismos ou a insalubridade (RODRIGUES; GASPARINI, 1992).

O estresse se desenvolve de forma dinâmica entre o indivíduo e o ambiente. Dessa forma, para se compreender o estresse psicológico como reação, há de se considerar as percepções da pessoa em relação ao ambiente de trabalho. Interessante ressaltar a idéia de que cada indivíduo apresenta resposta peculiar às situações de estresse do cotidiano. Logo, para algumas pessoas, o local onde são desenvolvidas as atividades laborais pode trazer sentimentos de tranqüilidade e satisfação, para outros o inverso.

Para Rodrigues e Gasparine (1992), quando o profissional é admitido pela instituição é estabelecido um contrato psicológico, caracterizado por um conjunto de expectativas que se criam entre o indivíduo e a empresa sobre o comportamento produtivo, das responsabilidades dos incentivos e benefícios.

O novo ambiente de trabalho fornecerá estímulos estressores os quais influenciarão o desempenho, conduzindo a adaptações que se apresentarão gradualmente. Com isso, os níveis de estresse vão subindo até atingir a um patamar de melhor desempenho.

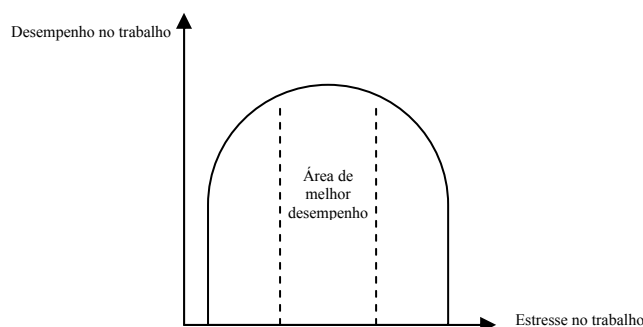


Fig. 2 Desempenho e trabalho
Fonte: adaptada de Rodrigues e Gasparini (1992).

A determinação da relação pessoa-ambiente específica como estressante, depende da situação cognitiva, a qual está relacionada com a avaliação do evento ocorrido; nesse caso, a interpretação pessoal, se o acontecimento possui real relevância. Sabe-se que são diversos os elementos no ambiente laboral que podem representar potenciais estímulos de estresse ao profissional.

Os estressores do ambiente de trabalho podem ser categorizados em seis grupos (COOPER, 1993):

- ↳ Fatores intrínsecos para o trabalho: onde estão presentes aspectos como condições inadequadas de trabalho, turno de trabalho, carga horária de trabalho, contribuições no pagamento, viagens, riscos, nova tecnologia e quantidade de trabalho;
- ↳ Papéis estressores: papel ambíguo, papel conflituoso, grau de responsabilidade para com pessoas e coisas (destaque para profissionais de enfermagem);
- ↳ Relações no trabalho: relacionamento difícil com o chefe, colegas, subordinados, clientes sendo diretamente ou indiretamente associados;
- ↳ Estressores na carreira: falta de desenvolvimento na carreira e insegurança no trabalho, devido a reorganizações ou declínio da instituição;
- ↳ Estrutura organizacional: estilos de gerenciamento, falta de participação, problemas comunicação;
- ↳ Interface trabalho-casa: dificuldade no manejo desta interface.

Percebe-se que o ambiente possui íntima relação com o bem-estar dos profissionais, bem como pode provocar consequências as quais se manifestam sob a forma de problemas de saúde física e mental. O papel do ambiente na gênese do estresse está relacionado diretamente à forma de organização do espaço laboral e com a dinâmica de trabalho.

Qualquer estímulo oriundo do ambiente laboral, que se mantém de forma excessiva, provoca o estresse maléfico. É o caso do ruído excessivo dos movimentos repetitivos, muitas metas a alcançar e demais riscos ergonômicos como:

- ↳ Sobrecarga no trabalho;
- ↳ Ritmo intenso;
- ↳ Jornadas prolongadas;
- ↳ Constante estado de atenção;
- ↳ Vigilância;
- ↳ Ansiedade e conflito;
- ↳ Excesso de responsabilidade;
- ↳ Monotonia;
- ↳ Falta de diálogo;
- ↳ Falta de treinamento;
- ↳ Treinamento deficiente;
- ↳ Excesso de responsabilidade. (PONZETTO, 2002).

Uma distribuição mais equilibrada das tarefas reduz a carga de trabalho; sendo, portanto, o revezamento de funções uma saída coerente para minimização desses problemas (ibid). Tais medidas favorecem uma resposta cognitiva positiva de adaptação do profissional ao ambiente laboral.

A resposta cognitiva do indivíduo aos fatores estressógenos ambientais consiste em avaliação primária e secundária (TOWNSEND, 2002).

A avaliação primária⁶ se subdivide em 3 tipos:

- 1) Irrelevante: quando a consequência não tem nenhuma relevância para o indivíduo;
- 2) Benigna-positiva: é aquela que produz prazer para o indivíduo;
- 3) Estressante: incluem danos e perdas (que remetem a perdas já sofridas pelo indivíduo), ameaças e desafios (que remetem a danos e perdas previstos).

Quando o estresse ocorre em resposta a danos, perdas, ameaças ou desafios, uma avaliação secundária é feita pelo indivíduo. Esta consiste em analisar suas capacidades, recursos e conhecimentos que possui para lidar com a situação. Pergunta-se:

- ↪ De que estratégias adaptativas eu disponho?
- ↪ A opção que eu escolho vai ser eficaz nesta situação?
- ↪ Tenho capacidade para usar esta estratégia de modo eficaz?

⁶ Quando o evento é avaliado como ameaçador, o indivíduo focaliza o potencial de ganho ou crescimento e não os riscos associados ao evento. O desafio produz estresse, ainda que as emoções associadas a ele sejam vistas como positivas e tenha-se de recorrer a mecanismos adaptativos para se enfrentar o encontro. O desafio e a ameaça podem ocorrer juntos quando um indivíduo vivencia essas emoções positivas com medo ou ansiedade em relação aos possíveis riscos associados ao evento desafiador (TOWNSEND, 2002).

Vários fatores influenciam a maneira pela qual o indivíduo percebe determinado evento estressante e responde a esse evento como:

Influências genéticas são aquelas circunstâncias de vida de um indivíduo que são adquiridas pela hereditariedade. Os exemplos incluem uma história familiar de condições físicas e psicológicas (pontos fortes e pontos fracos) e o temperamento (características comportamentais presentes ao nascimento que evoluem com o desenvolvimento).

Experiências pregressas são ocorrências que ocasionam padrões aprendidos que podem influenciar a resposta adaptativa de um indivíduo. Elas incluem ao fator de estresse ou a fatores de estresse, respostas adaptativas aprendidas e o grau de adaptação a fatores anteriores.

As *condições existentes* incorporam vulnerabilidade que influenciam a adaptação dos recursos físicos, psicológicos e sociais do indivíduo para lidar com as exigências adaptativas. Os exemplos incluem estados de saúde do momento, motivação, maturidade do desenvolvimento, gravidade e duração do fator de estresse, recursos financeiros e educacionais, idade, estratégias adaptativas existentes e um sistema de apoio por parte de outros entes queridos (TOWNSEND, 2002, p.07).

Algumas pessoas parecem ter tendência crônica para se estressarem. Essa propensão observada na clínica e em pesquisas é, algumas vezes, o produto das predisposições genéticas, mantendo relação com o mundo exterior e com o modo de vida da pessoa. Pode-se citar como exemplo, o caso da pessoa que sofre de depressão ou ansiedade biológica. Outras vezes, a mesma ansiedade advém de eventos da história de vida, que ativa a tendência a se estressar, levando o ser humano ao estresse patológico (LIPP, 2003).

A tabela 3 demonstra possíveis resultados da interação entre a vulnerabilidade genética para se estressar, e sua relação com o meio ambiente.

Tabela 3: Interações entre vulnerabilidade e meio ambiente

CONDIÇÃO GENÉTICA	MEIO AMBIENTE	MEIO AMBIENTE
	<i>Adequado</i>	<i>Inadequado</i>
<i>Susceptível</i>	Vulnerabilidade reduzida	Vulnerabilidade agravada ¹
<i>Não-susceptível</i>	Resistência grande ²	Vulnerabilidade pode surgir ³

Legenda:

¹ Pessoa cronicamente estressada

² Pessoa quase invulnerável ao estresse

³ A genética pode prevalecer ou o ambiente

Fonte: adaptado de Lipp (2001a)

O modelo de ajuste ao estresse é básico para o entendimento do sujeito frente à situação estressante. Há uma interação em relação aos fatores hereditários, experiências de cunho peculiar e a vulnerabilidade do sujeito, no que diz respeito à gênese do estresse.

Percebe-se que o ajustamento é influenciado pelas causas internas e externas do estresse, e sua relação com a resposta do indivíduo aos estímulos ambientais.

2.4.1 As causas internas e externas

As causas externas de estresse são reconhecidas facilmente, como os estressores físicos, químicos e biológicos muito citados e relacionados aos riscos do trabalhador de enfermagem, entretanto, os fatores internos são pouco discutidos na literatura. Pafaro e Martino (2004) comentam que as fontes internas de estresse têm início na infância, de acordo com as mensagens e os valores transmitidos pelos adultos responsáveis pela educação da criança. Principalmente, por meio de seus comportamentos, através dos quais os atos mais marcantes são assimilados e imitados pelas crianças aos poucos.

As causas internas referem-se às expectativas irrealistas, cognições distorcidas, perfeccionismo, sonhos inalcançáveis, desejos e fantasias que passam a ser vistos como realidades que cada ser humano, muitas vezes, tem para si próprio e para os outros. Alguns estados emocionais também podem assumir a função de geradores de estados tensionais. Um transtorno de ansiedade, por exemplo, pode ser uma poderosa fonte de estresse porque o ser humano ansioso possui a tendência a ver o mundo de modo ameaçador, como se houvesse sempre risco das coisas não darem certo. Assim, aquilo que para algumas pessoas representaria somente um desafio, para quem tem ansiedade parece uma batalha muito grande (LIPP, 2000, LIPP, 2003).

Em relação ao trabalho, devem ser ressaltados os conflitos de interesse e as expectativas quanto à permanência no emprego e manutenção da satisfação pessoal em relação às atividades laborais.

O desenvolvimento tecnológico, os princípios de mercado e questões sócio-econômicas fazem com que o trabalhador imponha ritmo acelerado em sua vida laboral. O desejo de alcançar certa posição no trabalho hierarquicamente superior, a necessidade de jornadas extras de trabalho afetam a qualidade de vida. Desse modo, o profissional pode vir a sofrer de ansiedade e insegurança; principalmente, pela falta de apoio social, seja no próprio ambiente laboral ou familiar. Logo, as causas internas e externas do estresse podem se relacionar potencializando-se.

Lipp (2003) comenta que as fontes externas e internas de estresse se somam na determinação do nível de estresse o qual será experimentado, porém a somatória dos estressores é mediada por dois fatores importantes, o repertório de estratégias de *coping* e sua vulnerabilidade ao estresse.

Entende-se que a vulnerabilidade do indivíduo dependerá de seus mecanismos de resposta aos estressores (*coping*), e as fontes internas e externas as quais cada um está exposto, incluindo a relação do ambiente laboral e social.

A tendência para se estressar constitui em um quadro que inclui distorções cognitivas, isto é, um modo inadequado de pensar e avaliar os eventos da vida, expectativas ilógicas e exageradas, vulnerabilidades pessoais e comportamentos observáveis indicadores de estresse. Inclui também uma hiper-reatividade fisiológica perante as demandas psicossociais (LIPP, 2003).

McEwen (1998) ressalta que a ansiedade antecipatória promove a liberação de vários mediadores de resposta ao estresse. Quando a ansiedade é prolongada, geralmente relacionada a situações de enfrentamento próximo ou lembranças traumáticas, há uma carga alostática.

Os agentes estressores, que continuamente estimulam a pessoa, não representam mais apenas ameaças ao seu bem-estar. São também, antes disso, estressores que estimulam determinada tomada de atitude, diante de ameaças subjetivas e abstratas.

2.5 ENFERMAGEM: ORIGENS E ASPECTOS PECULIARES DO TRABALHO

A enfermagem é uma atividade tão antiga quanto o ser humano, tendo nascido da necessidade de cuidados para as pessoas saudáveis e doentes (BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997). Horta (1979) definiu a profissão enfermagem como ciência e arte na assistência do ser humano, atendendo às necessidades básicas com a colaboração de outros profissionais. Percebe-se que esse conceito vem se adequando face às mudanças sociais, políticas e ideológicas, embora todas as definições e atribuições indicadas para a profissão estejam ligadas ao cuidado.

Em sua área de atuação, a profissão utiliza elementos do processo terapêutico do cuidado com seres humanos, nos quais estão implicadas as dimensões da vida social, afetiva, psicológica e espiritual. Como meta, a profissão busca o bem-estar individual e coletivo das pessoas assistidas. Os profissionais de enfermagem executam um trabalho cuja finalidade corresponde ao desejo de manutenção da saúde das pessoas (LEOPARDI, 1999).

Com os avanços científicos e apropriação de novos saberes e instrumentos, a enfermagem sofreu mudanças em suas concepções no decorrer dos tempos, buscou embasamento nas ciências (biológica principalmente) para execução de suas ações as quais, cada vez mais, apresentam-se pautadas em normas e técnicas mais elaboradas. O cuidado

prestado, outrora por caridade, assumiu aspecto profissional com valores de produção do mercado capitalista pós-moderno. (ROCHA, 1986).

O fim da II Guerra Mundial marca intenso desenvolvimento científico-tecnológico na área da saúde e na enfermagem. Foram trocadas as práticas baseadas na intuição e na experiência empírica por outras com base, principalmente, nos conhecimentos da área médica. A procura da fundamentação científica leva também à necessidade de melhor definir a prática da enfermagem e o seu objeto (ibid).

Os fatores citados acima — que envolvem a busca de novos referenciais para prática e consolidação da profissão na área médica — evidenciam um pouco a crise da profissão em relação à sua inserção e papel dentro na equipe de saúde. O profissional de nível superior, por ocupar posição hierárquica distinta, é o que mais sofre em relação a esses aspectos relacionados à identidade profissional.

A profissão ainda está em busca de seu “espaço no mundo”, evidenciado por essa insatisfação que experimenta no trabalho fragmentado e desvinculado da totalidade do ser humano, bem como pela busca de visibilidade e de reconhecimento dentro da equipe de saúde. A inquietação do enfermeiro com os modelos de cuidado à saúde revela um profissional que está em constante busca por padrões mais humanizados de assistência (BELLATO; PASTI; TAKEDA; 1997).

A enfermagem ocupa o maior espaço dentro da equipe de saúde, representando aproximadamente 50% da força de trabalho em saúde. A equipe é composta de técnicos auxiliares e atendentes de enfermagem. No grupo de trabalho, o enfermeiro é quem possui formação de nível superior ocupando, entretanto, o menor percentual de trabalhadores da classe (8,5%) (DAHER, 2000).

Segundo a lei 7.498 de 25 de junho de 1986, existe uma hierarquia nas funções de cada profissional na equipe de enfermagem:

- ↳ Compete ao enfermeiro, privativamente, a direção e chefias de órgãos de enfermagem ou unidades em instituições públicas ou privadas. Organização e direção de suas atividades técnicas e auxiliares, planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem. Ainda, consultoria, auditoria e emissão de pareceres sobre os assuntos pertencentes à categoria, consulta e prescrição de enfermagem, cuidados a clientes graves com risco de morte e de alta complexidade técnica que exijam conhecimento técnico-científico e capacidade decisória imediata;

- ↳ É atribuição do técnico de enfermagem exercer atividades de nível médio, sob orientação e/ ou supervisão do enfermeiro. As ações desse profissional incluem o trabalho de grau auxiliar como orientações e acompanhamento do trabalho assistencial de enfermagem, exceto atuações específicas do enfermeiro;
- ↳ O auxiliar de enfermagem exerce atividades de execução simples e de natureza repetitiva, como prestar cuidados de higiene e conforto ao cliente. O profissional deve ser capaz de observar, compreender e descrever sinais e sintomas.

A subdivisão técnica do trabalho da enfermagem — consequência da sua diferenciação tecnológica — conduz à absorção de pessoal com diversos níveis de capacitação, abrangendo desde aqueles treinados em serviço, os técnicos de nível médio, até o pessoal de nível superior e especializado (ROCHA, 1986).

Alguns componentes são reconhecidos como ameaçadores à estabilidade do enfermeiro como: o número reduzido destes profissionais na equipe de enfermagem; as dificuldades em delimitar os diferentes papéis entre enfermeiros, técnicos e auxiliares e a falta de um reconhecimento nítido entre o público em geral, de quem é o enfermeiro (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001).

Outro fator socialmente difundido e culturalmente mantido é a questão do gênero na enfermagem. Pelo cuidado ser atribuído a mães, avós e irmãs de caridade, amas de leite — ou seja: mulheres —, há um consenso de que a profissão do cuidado é própria de pessoas do gênero feminino.

2.5.1 A questão do gênero

A profissão é reconhecida socialmente pelo exercício feminino, pela vocação e pelo aspecto histórico religioso. A enfermagem nasceu como serviço organizado pela instituição das ordens sacras e coexiste com o cuidado doméstico, às crianças, aos doentes e aos velhos, associado à figura da mulher e mãe que, desde sempre, foram curandeiras e detentoras de um saber informal de práticas de saúde, transmitido de mulher para mulher (LOPES; LEAL, 2005).

Ao contrário do que ocorre com os homens, a inserção feminina no mercado de trabalho é limitada por suas responsabilidades domésticas e familiares, e as atividades laborais necessitam ser adaptadas às suas funções de mulher (LUDEMIR, 2000). Nota-se que o

trabalho que ocupa a maior parte da vida da mulher é também um emprego (BARREIRA, 1999). A necessidade financeira leva à manutenção do vínculo empregatício e, muitas vezes, a procura de um adicional, tendo em vista o sustento da família.

Araújo, Pinho e Almeida (2005) analisaram a prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua associação com o trabalho doméstico. Constataram que aspectos relacionados a atividades do lar podem estar associados a repercussões negativas à saúde mental das mulheres.

A constatação das autoras mostra-se relevante, na medida em que as atividades domésticas representam mais uma demanda de trabalho, exigida à mulher devido ao seu papel social. Nota-se que o trabalho da enfermagem possui peculiaridades que torna a mulher vulnerável ao estresse, pois esta possui duas vertentes de demanda de trabalho.

A mulher — também trabalhadora — permanece com seu papel social de mãe. É responsável pelo planejamento e execução de atividades domésticas, bem como provimento de recursos para o bem-estar da família e manutenção do lar. Constata-se que a questão do gênero está associada ao estresse, relacionado à tripla jornada de atividades (laborais domiciliares e questões pessoais).

O sofrimento associado ao trabalho doméstico decorre de tensões geradas pelas suas características de monotonia, repetitividade, desvalorização e pelas demandas do papel social que a mulher deve atender (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005). Contudo, deve-se ressaltar que o trabalho doméstico pode possuir outro papel, o de fonte de prazer e satisfação. Estar com a família pode representar amenização do estresse produzido pelo trabalho.

Em relação à vida social e familiar, ressalta-se o prejuízo na participação de atividades sociais organizadas como as escolares, culturais e esportivas (COSTA, MORITA, MARTINEZ, 2000). Os horários das escalas de trabalho dificultam a inserção do profissional na vida social e o estabelecimento de vínculos e papéis na comunidade.

O aspecto de a profissão enfermagem ser atrelada ao gênero e ao papel social da mulher é algo reconhecido internacionalmente. A visão de mãe e de “elemento-chave”, na família, são fatores relevantes. Ao mesmo tempo, essa mesma vertente atribui à mulher uma subvalorização social, relacionada ao gênero, que acaba sendo projetada sobre a profissão.

A forte associação do cuidar à feminilidade, que decorre da história de prestação de cuidados e da enfermagem, é apontada como a principal razão para a falta de reconhecimento social e para o baixo status da profissão (SIMÕES; AMANSO, 2004). A enfermagem, desde suas origens (religiosas e militares), é um saber dominado pelas mulheres e dirigido aos pobres (BARREIRA, 1999).

O aspecto vocacional da profissão tem sido contestado entre os profissionais da área, que preferem ver a profissão como trabalho remunerado, considerando a necessidade de se afastar das definições e conceitos idealizados sobre o exercício de enfermagem como sacerdócio (RODRIGUES, 2001).

No que diz respeito à figura masculina, a enfermagem não desestima as práticas deste gênero na equipe. É difícil identificar efeitos de condutas de competição entre os sexos. No caso dos homens, a sustentação do seu recrutamento no mercado de trabalho apela para os atributos e qualidades naturais masculinas, como a força física⁷, sem considerar formação e/ou qualificação para o trabalho (LOPES; LEAL 2005).

É observada, socialmente, a permanência de certos símbolos e situações que atestam que a profissão não é valorizante para a imagem social masculina (PELÁ; GALANTE; GABRIELLI, 2002, SIMÕES; AMÂNCIO, 2004, LOPES; LEAL 2005). Em contrapartida, há uma tendência de jovens de camadas mais pobres procurarem o ramo dos serviços pela perspectiva de entrada mais rápida no mercado de trabalho, e pelo crescimento de oportunidades. Acredita-se que esse fator é mais influente na inserção lenta de homens na enfermagem, particularmente nas categorias de auxiliares e técnicos, do que uma tendência reveladora de mudança nas opções masculinas, atrativos profissionais técnico-científicos ou, ainda, de ascensão econômica (para o nível universitário) (LOPES; LEAL 2005).

Homens cuidando de pessoas e desempenhando atividades práticas atendendo ao papel biológico é visto socialmente como prática doméstica, maternal, de cuidado e higiene. Com isso, devido à divisão de funções atribuídas ao gênero, tais práticas de cuidado recebem pouco reconhecimento. Essa constatação vem de encontro à relação de poder estabelecida entre os gêneros, onde o homem é dominador e chefe.

A divisão entre os sexos e relação de poder é marcante no que se refere à atuação médica e de enfermagem, o que mantém o status da discriminação entre gêneros. A relação existente entre as práticas médicas (tratamento) e as da enfermagem (cuidado) traduzem, por exemplo, as ligações que existem entre natureza e legitimidade, entre gênero, classe e poder. O “tratamento” médico é considerado ação masculina, científica, portadora de valores de verdadeira qualificação profissional. Em contrapartida, “cuidado” está associado às “qualidades” femininas. Desta forma, se constituem os espaços que são caracteristicamente aqueles dos *experts*, do trabalho valorizado, científico, profissional e os de suporte massivos, rotineiros, taylorizados, exigentes em presença constante (24 horas), intensivos e também

⁷ Da mesma forma que o sexo feminino apresenta atributos como dedicação e paciência.

ditos de hotelaria; mas que, mesmo indispensáveis, são pouco valorizados (LOPES; LEAL, 2005).

O exercício da profissão de enfermagem, desde suas origens, esteve ligado ao gênero feminino pela associação entre o cuidado e características como paciência, dedicação e caridade. A atualidade do mundo pós-moderno impôs novos valores para sociedade produtiva, onde se percebe que as mulheres buscam novos papéis sociais e deparam-se com a exposição a elementos estressores — outrora não vivenciados no papel social de mãe.

A mulher atualmente é mãe, trabalhadora e luta pela conquista de novos espaços. Muitas vezes, a dupla jornada é tripla, pois a necessidade da manutenção de um padrão e estilo de vida conduz a busca de nova fonte de renda, conseqüentemente, novo vínculo empregatício.

2.5.2 Dinâmica laboral hospitalar

No contexto hospitalar, a enfermagem constitui-se na maior força de trabalho, e suas atividades são freqüentemente marcadas pela divisão fragmentada de tarefas, rígida estrutura hierárquica para o cumprimento de rotinas, normas e regulamentos, dimensionamento qualitativo e quantitativo insuficiente de pessoal, situação de exercício profissional que tem repercutido em elevado absenteísmo e afastamentos por doenças (BARBOZA; SOLER, 2003). Cabe ressaltar que cada ambiente laboral hospitalar possui determinado nível de *demand*a psicológica exigido pelo trabalho, proporcionando também variados graus de *controle* sobre as atividades desenvolvidas. Isso varia de acordo com a função, cargo e setores.

Sobre o dimensionamento de pessoal nos serviços de enfermagem, a distribuição é feita sob a forma de escala mensal, diária e de férias. A construção das escalas é uma atribuição do profissional de nível superior. As escalas de serviços seguem o padrão 12 por 60 ou 12 por 36 horas. Seu planejamento é considerado uma atividade complexa e requer conhecimentos relativos às necessidades da clientela, à dinâmica da unidade, às características da equipe e às leis trabalhistas (KURCGANT, 1991).

Grande parte da responsabilidade pelo absenteísmo dos profissionais é atribuída à instituição de trabalho, enquanto organização e supervisão deficientes, através da repetitividade de tarefas, da desmotivação e desestímulo, das condições desfavoráveis do ambiente e do trabalho, da precária integração entre os empregados e da própria organização

do trabalho. Somam-se a estes fatores os impactos psicológicos conseqüentes de uma direção deficiente, que não visa uma política prevencionista e humanista (SILVA; MARZIALE, 2000).

O labor que se dá no interior do hospital é extremamente fragmentado. A começar pela diversidade de especializações entre os médicos, que terminam por apresentar visões parciais sobre o paciente, atentando apenas para o que lhe diz respeito. A doença é associada aos órgãos comprometidos, onde a visão do ser humano doente é parcelada (BRAGA, 2000). Essa visão fragmentada repercute sobre a qualidade do trabalho da equipe de enfermagem.

A própria organização do trabalho e as condições do ambiente podem conduzir a um desgaste mental, angústia e insatisfação. Nesse sentido, o trabalho pode tanto causar infelicidade, quanto prazer, bem-estar e saúde (DEJOURS, 2000).

Um fator a ser considerado como relevante e influente no trabalho da enfermagem são as mudanças tecnológicas que atingem os serviços de saúde e têm contribuído para a complexidade dos processos de trabalho do setor, variando de acordo com as especialidades dos serviços de saúde e propostas de atendimentos (SANTOS, 2001).

As tecnologias e os dispositivos organizacionais, sobretudo na área da saúde, não funcionam sozinhos, sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento (BRASIL, 2000a).

Os avanços tecnológicos introduzidos no processo produtivo, possibilitaram às empresas o aumento da produção e, conseqüentemente, dos lucros. Essas mudanças trouxeram impactos à saúde do trabalhador, com manifestações tanto na esfera do físico quanto no psíquico. O surgimento de novas enfermidades relacionadas às mudanças introduzidas no mundo do trabalho é apontado nas produções científicas, nas últimas décadas (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

O conjunto dos sinais e sintomas proveniente de transtornos psicossomáticos, devido a ajustes do trabalhador aos elementos estressores influencia diretamente o inter-relacionamento pessoal e, conseqüentemente, a relação profissional (PAFARO, MARTINO, 2004). A própria organização do trabalho da enfermagem e hierarquia instituída entre os profissionais contribuem para essa situação de desgaste.

A dinâmica do trabalho da equipe envolve fatores relacionados aos riscos no ambiente de trabalho, às situações adversas relacionadas à prática, ao contato direto com pessoas que necessitam de informações e à assistência específica a qual demanda cuidados de maior

demanda psicológica e complexidade, bem como o domínio de tecnologias específicas por parte dos profissionais de enfermagem.

O contato constante com pessoas doentes nos hospitais impõe à execução de tarefas agradáveis ou não e, muitas vezes, requerem estratégias defensivas para trabalhar (PITTA, 2003). Tais fatores, mencionados por Ana Pitta, além de gerar as defesas psicológicas, impõem *demandas* da mesma natureza e acarretam o estresse crônico (distresse) que pode agir como um potencial contribuidor para agravos e danos à saúde mental do trabalhador.

Há várias décadas, nos países industrializados, tem sido identificada a importância que possui o trabalho e a geração de distúrbios mentais e psicossomáticos. Nota-se a influência da organização do trabalho e do estresse laboral sobre o bem-estar dos trabalhadores (KARASEK; THEORELL, 1990, CREED, 1993, NORIEGA et al, 2000, ARAÚJO, 2003).

Pitta (2003) ressalta a importância de pesquisas que associem o ambiente de trabalho e o adoecimento do trabalhador seja no aspecto técnico, jurídico ou político. Percebe-se que os trabalhadores da área da saúde não recebem, por parte das autoridades brasileiras e empregadores, uma devida atenção voltada para saúde desses profissionais, como ocorre com alguns grupos de trabalhadores privilegiados, tais como as relacionadas à periculosidade em serviço — radiologia, policiais, dentre outros.

Dessa forma, percebe-se que os riscos, vulnerabilidade e estressores laborais podem conduzir a tensões, estresse e desgaste psíquico.

2.6 ESTRESSE E SAÚDE MENTAL NO TRABALHO

O trabalho que motiva e gratifica, quando realizado com afinco, exige esforço, capacidade de concentração, de raciocínio, implica desgaste físico e/ ou mental, atuando na qualidade de vida (KANAANE⁸ apud SILVA, 2000). O trabalho não deve ser considerado inicialmente como fonte de sofrimento, pelo contrário, através dele o indivíduo se constitui como sujeito, afirmando sua identidade e seu desejo de ser reconhecido socialmente. No entanto, as relações no interior das organizações privam o trabalhador de sua subjetividade, excluindo o sujeito, fazendo o homem vítima de seu trabalho (DEJOURS, 2000).

Os indivíduos podem vivenciar suas próprias experiências de trabalho, as diferenças individuais são um componente importante que atuam nessa interação. Em uma perspectiva interacionista — que considere um ajuste dinâmico entre pessoa, local de trabalho e

⁸ KANAANE, R. Comportamento humano nas organizações: o homem rumo ao século XXI. São Paulo: Atlas, 1994.

organização —, pode-se evidenciar que o ajuste nem sempre é adequado e, quando assim está, o indivíduo tende a perceber que não dispõe de recursos suficientes para ajustar-se surgindo, dessa forma, o estado de estresse. Isso é facilmente observado no contexto em que os profissionais de enfermagem se inserem (BRANT; DIAS, 2004).

Diversas denominações são encontradas na literatura para o estresse relacionado ao trabalho, como estresse laboral, estresse profissional, estresse ocupacional, neurose profissional e síndrome do esgotamento profissional (BELANCIERI, 2005). A Organização Internacional do Trabalho (OIT, 1986) define o estresse do trabalho como um conjunto de fenômenos que se apresentam no organismo do trabalhador, podendo afetar sua saúde. Alguns autores descrevem o fenômeno como um conjunto de causas que conduzem a pessoa a consequências emocionais desagradáveis, resultando em um clima profissional ruim, ocasionando tensões nervosas para pessoas que estão profissionalmente ligadas umas as outras (PONZENTO, 2002).

Os princípios e diretrizes da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002) citam, na seção sobre a Organização da Atenção à Saúde Ocupacional do Trabalhador do SUS, dois aspectos relacionados ao estresse. O primeiro recomenda a estruturação de momentos de atividades de ginástica laboral, relaxamento, alongamento e outros, objetivando a integração, prevenção do estresse, e doenças relacionadas ao trabalho. O segundo item recomenda utilizar critérios epidemiológicos como magnitude, gravidade, no dimensionamento da população exposta aos riscos ambientais, visando o controle destes fatores. Um item que recebe destaque é a saúde mental (carga psíquica, estresse, sofrimento psíquico).

Na mesma norma operacional, encontram-se diretrizes estabelecidas para proteção da saúde, afirmando que as instituições deverão elaborar programa de acompanhamento da situação de saúde dos trabalhadores, a qual constituirá um conjunto mais amplo de iniciativas de prevenção e promoção à saúde dos trabalhadores. (ibid)

O decreto nº 3.048 de 06 de maio de 1999 cita, em sua lista B, os transtornos mentais/neuróticos relacionados ao trabalho como possíveis de ocorrer, estando associados a variados agentes tóxicos. O item décimo explicita que podem ocorrer outros transtornos neuróticos especificados como: neurose profissional, problemas relacionados com ritmo de trabalho penoso, desacordo com padrão e colegas de trabalho (condições difíceis de trabalho) e refere, por fim, outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho — não especifica

quais. O parágrafo décimo segundo expõe sobre a “sensação de estar acabado — síndrome de *Burnout*⁹” (síndrome do esgotamento profissional).

Quanto às consequências mais significativas do estresse, o Ministério da Saúde (MS) menciona os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho, como aqueles pertencentes ao grupo V da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10). São citadas as reações ao estresse grave, transtornos de adaptação e o estado de estresse pós-traumático, podendo ser decorrentes de dificuldades físicas e mentais relacionadas ao trabalho: reação após acidente do trabalho grave ou catastrófico, assalto no trabalho e circunstâncias relativas às condições de trabalho (BRASIL, 2001).

Sabe-se que o reconhecimento do estresse como agravo à saúde e sua relação com o trabalho foi uma grande conquista para o trabalhador, sobretudo no que diz respeito à organização do trabalho e controle de agentes estressógenos presentes no ambiente laboral por parte dos empregadores.

2.7 ESTRESSE E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

Estudo de Araújo e cols. (2003) aponta que trabalhadores de enfermagem expostos à *alta demanda* de trabalho e *baixo controle* sobre as tarefas apresentam prevalência de transtornos mentais comuns duas vezes maior do que aqueles fora dessa mesma situação.

As doenças com sua patogênese ligada ao estresse são classificadas em psicofisiológicas. As disfunções que têm sido mais estudadas são: hipertensão arterial, úlcera gastroduodenal, obesidade, câncer, psoríase, tensão pré-menstrual. Outras patologias parecem ter etiologia relacionada ao estresse como: cefaléia, herpes simples, vitiligo, lúpus, colite ulcerativa, doenças respiratórias e doenças imunológicas (LIPP, 2001).

Os transtornos mentais comuns (TMC), expressão criada por Goldberg e Huxley em 1992, caracterizam-se por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (LUDEMIR; MELO-FILHO, 2002).

⁹ *Burnout* é um conceito surgido em meados dos anos 70, nos Estados Unidos. Foi publicado pelo *Journal of Social Issues*, sendo definida como uma síndrome resultante do esgotamento, da decepção e da perda do interesse pelas atividades laborais em atividades que lidam direta ou indiretamente com pessoas. A síndrome é definida por alguns autores como uma das consequências mais marcantes do estresse profissional, e se caracteriza por exaustão emocional, avaliação negativa de si mesmo, depressão e insensibilidade com relação à quase tudo e todos (até como defesa emocional). Refere-se a um tipo de estresse ocupacional e institucional com predileção para profissionais que mantêm uma relação constante e direta com outras pessoas, principalmente, quando esta atividade é considerada de ajuda como médicos, enfermeiros e professores (SILVA, 2000, BALLONE, 2003, BELANCIERI, 2005, ALMEIDA; VIEIRA, 2003).

Populações ocidentais apresentam prevalências de transtornos mentais não psicóticos que variam de 7% a 26%, sendo mais elevadas no sexo feminino (20,0%) do que no masculino (12,5%) (LUDEMIR; MELO-FILHO, 2002). Os quadros depressivos correspondem ao terceiro problema de saúde entre mulheres residentes em países desenvolvidos e ao quinto entre as mulheres de países em desenvolvimento. Além dos sintomas depressivos, entre os transtornos mentais que predominam entre as mulheres, estão aqueles relacionados aos fatores psicossociais e ambientais, como transtornos de ansiedade, de ajustamento, insônia, estresse, transtorno da alimentação e anorexia nervosa (BERTOLETTE, 2001).

Os distúrbios psíquicos comuns são referidos como comuns nas pessoas idosas, nos negros e nos separados ou viúvos. Com isso, a associação dos transtornos mentais comuns com os eventos produtores de estresse tem sido foco de inúmeros estudos (LUDEMIR, 2002, COSTA; LUDEMIR, 2005, SOBRINHO et al, 2006, ARAÚJO et al, 2003).

Os TMC estão associados a sinais e sintomas que, muitas vezes, passam despercebidos. Estudos apontam sua relação com situações laborais de *alta exigência* (ARAÚJO, 1999, KAC et al, 2006) a pressão no trabalho pode levar ao desgaste e, como consequência, o corpo pode somatizar sinais e sintomas, bem como não possuir mecanismo de enfrentamento e apresentar formas mais graves de enfermidades.

São transtornos de somatização: vômitos; palpitações; dor abdominal; dor torácica; náuseas; tonturas; flatulência; ardência nos órgãos genitais; diarreia; indiferença sexual; intolerância alimentar; dor durante o ato sexual; dor nas extremidades; impotência; dor lombar; dismenorréia; dor articular; outras queixas menstruais; dor miccional; vômitos durante a gravidez; dor inespecífica e falta de ar (BALLONE; NETO; ORTOLONI, 2002). Frequentemente encontrados na comunidade, esses transtornos representam alto custo social e econômico, pois quando incapacitantes, constituem causa importante de dias perdidos de trabalho, além de elevarem a demanda nos serviços de saúde (GOLDBERG; HUXLEY¹⁰, 1992 apud LUDEMIR; MELO-FILHO, 2002).

Em 1990, Ana Pitta em sua obra: “Hospital — dor e morte como ofício” expõe a prevalência de 20,8% de suspeição para TMC encontrada em grande hospital geral de 400 leitos e 1600 funcionários. Dentre as queixas de saúde referidas pelos trabalhadores, as mais frequentes foram os transtornos mentais, doenças mal definidas e doenças do aparelho digestivo (PITTA, 1994).

¹⁰ GOLDBERG, D; HUXLEY, P. Common mental disorders: A bio-social model. London: Tavistock, Routledge, 1992.

Os distúrbios de saúde mental estão crescendo em um ritmo muito acelerado entre todas as categorias de trabalhadores, dentre elas as da saúde. Estima-se que até 2020 a prevalência de incapacitação e afastamento permanente do trabalho por doenças mentais seja superior a de afastamentos por doenças cardiovasculares e osteomusculares (CORGONZINHO, 2002).

Tendo em vista que os profissionais de enfermagem, em sua maioria, são do gênero feminino, cabe ressaltar que existem pesquisas que estudam a associação entre TMC e o trabalho doméstico. Esse tipo de trabalho é associado aos sintomas depressivos, ansiosos ou psicossomáticos relacionados à rotinização e às interrupções constantes das atividades realizadas (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005).

Nota-se que, há décadas, estudos sobre a relação entre estresse e TMC são apresentados na literatura científica. Com isso, é constatado que a relação entre estresse e somatização é comum e pode estar associada à idade, gênero, trabalho, ao nível de demanda de trabalho e; ainda, ao ambiente e grau de controle sobre as atividades laborais.

Como descrito na introdução deste estudo, o estresse é visto como uma relação entre a pessoa e o ambiente que é percebida pelo indivíduo como sobrecarga ou esgotamento de seus recursos o que pode colocar em risco seu bem-estar. Algumas formas de avaliar e estudar o estresse são apresentadas na literatura científica, como esforço de mensurar os aspectos biológicos, psicológicos e sociais referentes ao grau de estresse imposto ao trabalhador.

2.8 O MODELO BIOPSIKOSSOCIAL DO ESTRESSE E ESCALAS DE MEDIDA DO ESTRESSE

A saúde e o trabalho, o bem-estar físico e mental são temas relacionados a percepções subjetivas, os quais têm sido explorados sob a luz do conceito do estresse nos últimos anos. Em geral, não se observa a preocupação com a saúde do trabalhador, principalmente, na área da saúde como um todo e, mais especificamente, na área da saúde mental. Parece haver uma tendência dos estudos em pesquisar a semiologia biológica, enquanto se evidenciam questões de natureza psíquica (COSTA; LIMA; ALMEIDA, 2003).

Como visto até este ponto da revisão de literatura, a vulnerabilidade ao estresse está condicionada às respostas biológicas, nível de resposta ao estresse, fatores cognitivos, fatores psicológicos e de personalidade e exposição aos estressores ambientais. Com isso, muitos pesquisadores têm se esforçado para mensurar o grau de estresse e suas conseqüências para

saúde. Um modelo biopsicossocial tem se mostrado como o mais ideal e, com isso, as pesquisas demonstram resultados com bases em escalas e modelos dessa natureza. São alguns exemplos de escalas utilizadas na mensuração do estresse:

↳ *Índice de reação ao estresse* (RIVIERA, 1990): segundo o autor, o estresse é uma reação automática do organismo, diante de situações que exigem maior esforço que de costume. O instrumento utilizado é um questionário auto-aplicado com 32 questões, onde cada item de concordância equivale a um ponto. Caso o escore seja superior a nove, é indicativo de que o indivíduo possui algum transtorno relacionado ao estresse.

↳ *Questionário de estresse no trabalho* (REVICKI; MAY, 1983): foi criado para medir a percepção de distresse do trabalhador da área da saúde. Foi desenvolvido mediante teste de confiabilidade e validade com mil oitocentos e trinta profissionais de saúde norte-americanos (enfermeiros, médicos e médicos-residentes). É utilizada uma escala de pontuação de acordo com as opções: sempre = 4 pontos; às vezes = 3 pontos; raramente = 2 pontos e nunca = 1 ponto, valores os quais devem ser atribuídos às dezoito questões. As questões de número 2, 4, 8, 11 e 15 possuem escore de direção reversa.

O escore pode variar entre 18 e 72 pontos. Considera-se alto grau de estresse, quando a pontuação é superior a quarenta e quatro pontos.

↳ *Maslach Burnout Inventory* — Questionário de Maslach para Avaliação de Burnout — (MASLACH; JAKSON, 1997): questionário auto-aplicado com 22 questões com pontuação de zero a 6 que varia de acordo com a percepção da intensidade de estresse profissional, segundo a escala:

- 0 = Nunca;
- 1 = Poucas vezes;
- 2 = Uma vez ao mês ou menos;
- 3 = Poucas vezes ao mês;
- 4 = Uma vez por semana;
- 5 = Poucas vezes por semana;
- 6 = Todas as semanas.

O instrumento afere o cansaço emocional, despersonalização e realização pessoal do trabalhador exposto a situações estressantes. São consideradas pontuações baixas escores entre 1 e 33, médias entre 34 e 66, e altas entre 57 e 99.

Após conferência dos objetivos dos principais modelos de medida do estresse, constata-se que há preocupação com os aspectos que envolvem, desde os estímulos ambientais, às reações corporais e consequências biopsicossociais.

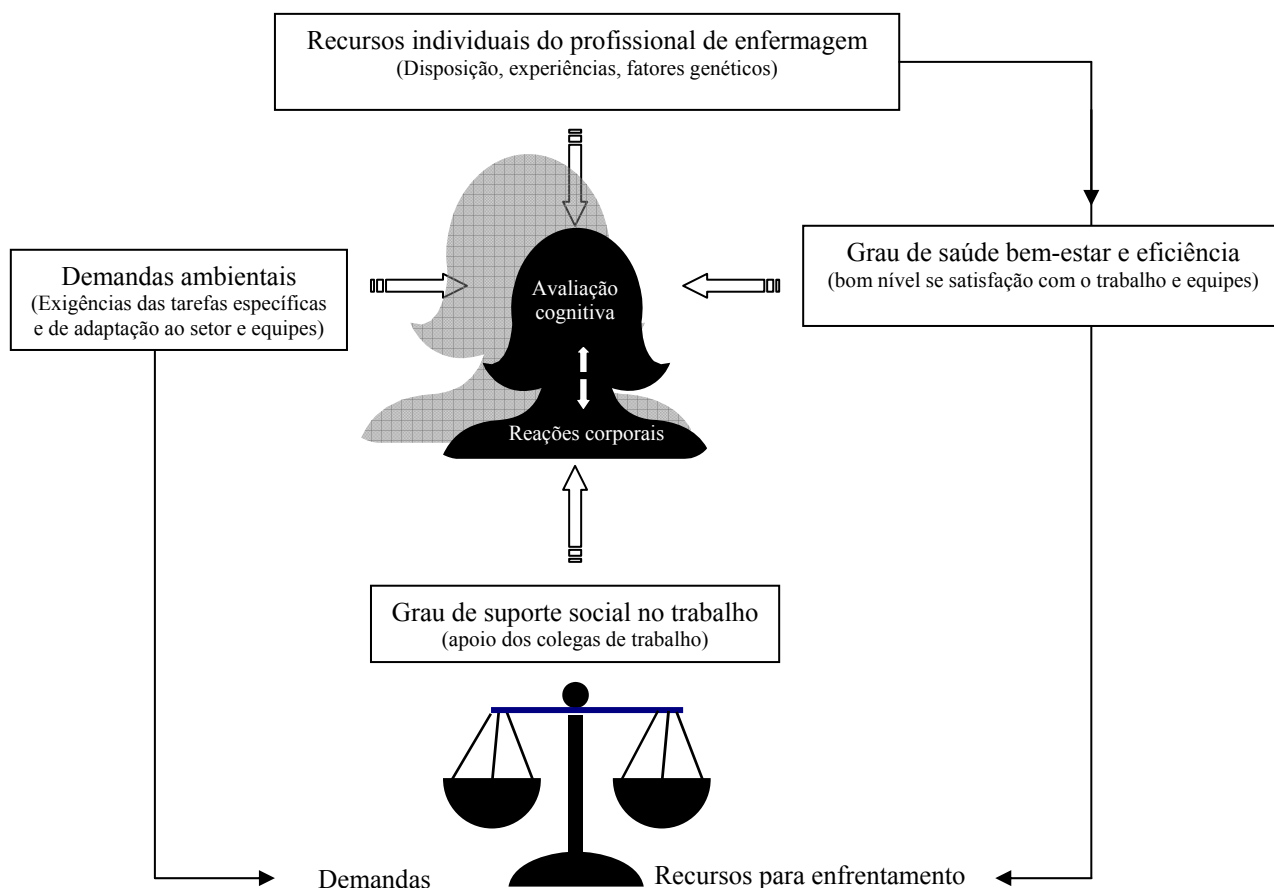


Fig. 3: Dinâmica do modelo biopsicossocial de estresse
Adaptado de Frankenhaeuser (1991).

Adán e Garcia (2003) afirmam que todas as definições de estresse convergem para um interesse particular de estudo que aborda uma situação emocional significativa: quando as demandas excedem ou superam as capacidades adaptativas individuais, e são produzidas várias alterações psicológicas e biológicas que aumentam o risco de adoecer.

De fato, o grau de *demand*a e de *controle* que o trabalho impõe ao trabalhador vem sendo explorado e associado a agravos à saúde. Um dos modelos utilizados para avaliar o grau de estresse denomina-se *Demand-Controle* (D-C).

2.8.1 A avaliação do estresse e a escala de Robert Karasek

O modelo teórico bidimensional de Robert Karasek foi proposto inicialmente na década de 70. Até então, a análise do estresse era realizada através de escalas unidimensionais. O pesquisador propôs um modelo que possibilitasse a análise simultânea do grau de *demand* e *controle* do trabalhador sobre o trabalho. O modelo foi denominado: *Demand-Control Model* ou *Job Strain Model*, em português *Modelo Demanda-Controle* (KARASEK, 1979, ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

Seu estudo relaciona demandas e controle no trabalho ao risco de adoecimento e possui dois aspectos básicos em relação ao trabalho:

- ↳ Demandas: pressões de natureza psicológica, tempo e velocidade na realização do trabalho, e aspectos qualitativos, como os conflitos entre demandas contraditórias.
- ↳ Controle: refere-se à tarefa, ou seja, a habilidade ou destreza do trabalhador para realizá-las e à oportunidade de participar das decisões no ambiente de trabalho.

A *demand* psicológica está relacionada às exigências psicológicas que o trabalhador enfrenta na realização das suas tarefas, envolvendo pressão do tempo (proporção do tempo de trabalho realizado sob tal pressão), nível de concentração requerida, interrupção das tarefas e necessidade de se esperar pelas atividades realizadas por outros trabalhadores (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

O conceito de *controle* foi primeiramente desenvolvido por psicólogos, sendo fortemente marcado pela ênfase na capacidade de influenciar os eventos de vida e efeitos na auto-estima, ou no desenvolvimento de sentimentos de depressão. Atualmente, é considerado como fator relevante à percepção de autonomia que o indivíduo constrói de si e de sua vida, principalmente, relacionada àquelas que direcionaram as discussões aos locais de trabalho, ao interior dos processos produtivos, enfatizando sua relevância e seus mecanismos de construção e desconstrução (ARAÚJO et al, 2003).

O *controle* aborda aspectos referentes ao uso de habilidades, e o grau de envolvimento na aprendizagem de coisas novas no ambiente laboral. Fatores como repetitividade, criatividade, tarefas variadas e o desenvolvimento de habilidades especiais individuais também estão incluídos neste aspecto do modelo, características estas denominadas *discernimento intelectual*. A *autoridade para tomada de decisão* é um segundo aspecto

contido no controle da escala. Trata da habilidade individual para a tomada de decisões sobre o trabalho, a influência do grupo de trabalho e a influência na política gerencial (KARASEK, 1979).

Foi acrescentada ao modelo uma terceira dimensão denominada apoio social no ambiente de trabalho, sendo definida por seus autores como os níveis de interação social entre os colegas e os chefes no trabalho. A escassez de apoio social também pode gerar consequências negativas à saúde (THEORELL¹¹, 2000 apud ALVES, 2004).

O instrumento criado por Karasek (1979), *Job Content Questionnaire* (JCQ), possui 49 questões, abordando, controle e demanda psicológica, demanda física e insegurança no emprego, além de suporte social proveniente da chefia e dos colegas de trabalho. A distribuição das questões encontra-se da seguinte forma:

- ↳ 17 sobre controle sobre o trabalho, sendo 06 sobre habilidades e 11 sobre autoridade decisória,
- ↳ 14 sobre demanda, sendo 09 sobre demanda psicológica e 05 sobre demanda física,
- ↳ 11 sobre suporte social, sendo 05 sobre suporte social proveniente da chefia e 06 de suporte proporcionado pelos colegas de trabalho,
- ↳ 06 sobre insegurança no trabalho,
- ↳ 01 sobre o nível de qualificação exigida para o trabalho executado.

Como visto, a *demandas psicológica e controle sobre as atividades laborais* são dimensões envolvidas nas respostas biológicas do ser humano ao estresse que, por sua vez, podem influenciar, em conjunto, nas respostas de ordem psicológicas e mentais.

Estudos dos últimos dez anos apontam a relação entre o estressógenos / estresse e desfechos que estão relacionados a agravos à saúde e ao bem-estar, dentre eles os de ordem mental.

¹¹ THEORELL T. Working conditions and health. In: Berkman L, Kawachi I, editors. Social epidemiology. New York: Oxford University Press; 2000. p. 95-118.

2.9 PRINCIPAIS ESTUDOS SOBRE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS NA SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL

Com o intuito de levantar o “estado da arte” sobre a saúde mental do trabalhador foram reunidos nos quadros 1, 2 e 3 os principais estudos dos últimos dez anos, envolvendo a temática: estresse (abordando as dimensões demanda e controle) e/ ou transtornos mentais comuns.

Foi realizado levantamento bibliográfico das obras dos últimos 10 anos, em bases de dados eletrônicas, no período de março de 2006 a abril de 2007. Foram utilizados termos-chave: estresse, demanda e controle, saúde do trabalhador, modelo de Karasek. Os resultados foram organizados em quadros com nome dos autores, título do estudo, informações sobre a publicação, objetivos, métodos, resultados e conclusão.

Como resultados, foram obtidas duas teses de doutorado em saúde pública e vinte e dois artigos de periódicos científicos, onde o maior destaque foi para a área da saúde pública. Dessas obras, três possuem como sujeitos trabalhadores de enfermagem e evidenciam que o trabalho para esses profissionais apresenta *altas demandas psicológicas e baixo controle sobre suas atividades* o que pode favorecer o surgimento TMC.

As pesquisas expõem características importantes que podem subsidiar estratégias que minimizem o sofrimento dos trabalhadores, e para que se discutam aspectos da organização das tarefas e ambientes laborais em prol da saúde mental do profissional.

Os estudos que utilizaram o modelo D-C, aplicado ao trabalhador de enfermagem, são poucos no Brasil, embora significativos. Através desse levantamento, pôde-se perceber que há necessidade de se desenvolverem medidas preventivas relacionadas à saúde do trabalhador, podendo variar de acordo com as características do ambiente de trabalho (grau de demanda e controle sobre as atividades laborais).

Quadro 1: Estudos sobre saúde mental do trabalhador utilizando o *Self Reporting Questionnaire* no Brasil nos últimos 10 anos

AUTOR (ES)	TÍTULO DO ESTUDO E INFORMAÇÕES SOBRE O PERIÓDICO	OBJETIVOS DO ESTUDO	MATERIAL E MÉTODOS	PRINCIPAIS RESULTADOS	CONCLUSÃO A PARTIR DOS ACHADOS
Maria de Fátima M. Souza Guilherme R. da Silva	Risco de distúrbios psiquiátricos menores em área metropolitana na região Sudeste do Brasil, Rev. Saúde Pública, v.32 n.01, p.50-8, 1998.	Descrever e analisar as características associadas ao risco de ocorrência de distúrbios psiquiátricos menores em 1990.	Estudou-se a prevalência dos distúrbios psiquiátricos menores (DPM) em uma amostra de 925 motoristas e cobradores, controlando e identificando as variáveis de confundimento existentes, através da análise de regressão logística, utilizando-se um modelo progressivo, passo a passo. Ponto de corte SRQ=7,0	Observou-se uma prevalência de DPM de 20,3% no conjunto dos dois grupos de trabalhadores, sendo significativamente maior entre os cobradores (28%) do que entre os motoristas (13%) ($p < 0,0001$). A análise de regressão logística mostrou o trânsito intenso ($OR = 1,99$; $IC\ 95\% = 1,39-2,84$) e a condição ocupacional de cobrador ($OR = 1,84$; $IC95\% = 1,09-3,10$) como os fatores de maior risco para os DPM. Além desses, mostraram-se como fatores de risco, o déficit de sono (dormir menos que 6 horas diárias), o absenteísmo, utilização de banco sem mecanismos de regulação, migração da região Nordeste e alterações na escala de trabalho.	O risco para a categoria ocupacional cobrador sugere a importância deste trabalho específico como associado ao sofrimento psíquico. Recomenda-se a realização de novos estudos que busquem entender melhor a relação com os passageiros, a especificidade do trabalho do cobrador e do motorista e seus problemas de saúde, de modo a subsidiar-se mudanças na organização do trabalho do sistema.
Neice M.X. Faria Luiz A Facchini, Anaclaudia G Fassa Elaine Tomasi	Estudo transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaúcha (Brasil), Rev. Saúde Pública, v.33, n.04, p.391-400, 1999.	Avaliar as associações entre características do trabalho rural e a ocorrência de morbidade psiquiátrica menor (MPM).	Utilizando delineamento transversal, foram estudados 1.282 agricultores de 446 estabelecimentos. As informações foram coletadas por entrevista direta, a partir da percepção do trabalhador. Foram caracterizadas as condições produtivas, dados sociodemográficos e indicadores de saúde mental. Ponto de corte SRQ=6,0 para o sexo masculino e 8 para o feminino.	A prevalência de MPM afetou 37,5% dos agricultores. As prevalências foram maiores entre produtores de feijão e menores entre os de maçã. Encontrou-se risco aumentado nos estabelecimentos de 26 a 50 ha, e risco reduzido associado à maior mecanização e aumento de escolaridade. A ocorrência de intoxicação por agrotóxicos mostrou forte associação com MPM, embora não se possa definir a direção dessa associação.	Os resultados alertam para a dimensão dos problemas e para a urgência de medidas que visem a proteger a saúde dos agricultores.

Continuação... AUTOR (ES)	TÍTULO DO ESTUDO E INFORMAÇÕES SOBRE O PERIÓDICO	OBJETIVOS DO ESTUDO	MATERIAL E MÉTODOS	PRINCIPAIS RESULTADOS	CONCLUSÃO A PARTIR DOS ACHADOS
Jevenal S.D. da Costa Ana Maria B. Menezes Maria Teresa A. Olindo Denise Petrucci Gigante Sílvia Mechedo Marcelo A.P.de Brio Sandra Costa Fuchs	Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas. Rev. Bras. Epidemiologia, v.05, n.02, p.164-173, 2002.	Determinar a prevalência de DPM e verificar associação com fatores de risco.	A amostragem por conglomerados foi definida em estágios múltiplos, incluindo 1967 pessoas com idade entre 20 e 69 anos, identificadas em 40 setores censitários da zona urbana da cidade de Pelotas. As entrevistas foram realizadas nos domicílios, utilizando-se um questionário pré-codificado, contendo SRQ-20, informações sócio-econômicas e demográficas, presença de doenças crônicas, utilização de serviços de saúde, consumo de álcool, hábito de tabagismo e coleta de medidas antropométricas. A presença de DPM foi definida a partir de 6 e 7 respostas positivas no SRQ-20, para homens e mulheres, respectivamente.	A prevalência de DPM foi de 28,5%, com intervalo de confiança de 95% entre 26,5% e 30,5%. A prevalência foi maior nas pessoas inseridas nas classes sociais mais baixas, de menor renda, acima de 40 anos e do sexo feminino. Na análise ajustada, os distúrbios psiquiátricos menores mantiveram-se associados com hábito de tabagismo, presença de doença crônica não transmissível e frequência de consultas médicas.	Os resultados indicam que as prevalências de DPM foram semelhantes a outros estudos realizados no município e atingem principalmente as camadas sociais mais baixas. Embora não tenham sido diferentes em relação ao tipo de serviço de saúde utilizado, mostraram associação com a frequência de utilização de assistência médica, sugerindo que esses resultados possam orientar a formação de profissionais de saúde e o planejamento das ações de saúde.
Ana Bernarda Ludermitz Djalma A de Melo Filho	Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. Rev. Saúde Pública; v.36, n.02, p.213-21, 2002.	Determinar a prevalência de transtornos mentais comuns e analisar sua associação a condições de vida e inserção na estrutura ocupacional.	Estudo transversal conduzido em 1993, em Olinda, PE, envolvendo 621 adultos de 15 ou mais anos em uma amostra domiciliar aleatória, aos quais se aplicaram o Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) e um questionário socioeconômico. Foram estimados os <i>odds-ratios</i> (OR) simples e ajustados, utilizando-se regressão logística. Ponto de corte SRQ= 8	A prevalência total dos transtornos mentais comuns (TMC) foi de 35%. As variáveis relativas às condições de vida foram ajustadas entre si e por sexo, idade e situação conjugal. Apenas a escolaridade ($p<0,0001$) e as condições de moradia ($p=0,02$) mantiveram-se associadas aos TMC. Em relação à estrutura ocupacional, os trabalhadores manuais informalmente inseridos no processo produtivo ($OR=2,21$; IC95% 1,1-4,5), e os indivíduos com pior situação de renda familiar <i>per capita</i> ($OR=2,87$; IC95%1,4-5,8) apresentaram maior prevalência de TMC.	Baixa escolaridade, baixa renda e exclusão do mercado formal de trabalho, expressões da estrutura das classes sociais, proporcionam situações de estresse contribuindo para a produção dos TMC.

Continuação... AUTOR (ES)	TÍTULO DO ESTUDO E INFORMAÇÕES SOBRE O PERIÓDICO	OBJETIVOS DO ESTUDO	MATERIAL E MÉTODOS	PRINCIPAIS RESULTADOS	CONCLUSÃO A PARTIR DOS ACHADOS
Luiz Carlos Brant Elizabeth Costa Dias	Trabalho e sofrimento em gestores de uma empresa pública em reestruturação, Cad. Saúde Pública, v. 20, n.04, 942-949, 2004.	Evidenciar as manifestações do sofrimento em seus gestores.	Estudo transversal conduzido em uma empresa pública, em processo de reestruturação, localizada na região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Utilizaram-se como instrumentos o Self-Report Questionnaire-20 (SRQ-20), questionário sócio-econômico, análise documental e grupo focal. Ponto de corte SRQ=7,0	As principais manifestações do sofrimento foram: angústia (73,2%); tristeza (43,7%); insatisfação (39,0%). Das nove variáveis estudadas, apenas o gênero mostrou-se estatisticamente associado ($p < 0,05$) ao sofrimento. As trabalhadoras apresentaram sofrimento significativamente superior ao dos trabalhadores (OR =6,0).	O grupo focal demonstrou ser um instrumento revelador do sofrimento, enquanto os questionários se mostraram cúmplices das estratégias defensivas, apesar das diferenças conceituais observadas. A utilização de distintas abordagens metodológicas em estudos acerca do sofrimento resulta em achados que contribuem para o desenvolvimento do campo da saúde do trabalhador.
Tânia Maria de Araújo Ivone Paranhos de Sena Márcia Azevedo Viana Edna Maria Araújo	Mal – estar docente: avaliação de condições de trabalho e saúde em uma instituição de ensino superior, Revista Baiana de Saúde Pública, v.29 n.01, p.06-21, 2005.	Caracterizar os processos laborais e descrever o perfil de adoecimento dos trabalhadores, avaliando possíveis associações entre ocupação e saúde.	Estudo epidemiológico de corte transversal com o Foram estudados 314 professores com vínculo contratual permanente, de todos departamentos da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Ponto de corte SRQ= não informado	Os resultados demonstraram deficiências nas condições de infra-estrutura do ambiente laboral: ausência espaço para descanso/repouso, salas de aulas inadequadas e cargas de trabalho que afetam saúde e o desempenho do trabalho docente como ventilação inadequada, exposição ao pó de e poeiras, carregar material didático, permanecer em pé e manter posição inadequada do corpo.	O estudo revelou que os docentes apresentaram elevada prevalência de queixa de doenças associadas com as carga de trabalho, apontando a necessidade de redefinição de aspectos referentes às condições de infra-estrutura, do processo e organização do trabalho na UEFS.
Albanita Gomes da Costa Ana Bernarda Ludermir	Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil, Saúde Pública, v.21, n.01, p.73-79, 2005.	Determinar a prevalência dos transtornos mentais comuns e sua associação com o apoio social em uma comunidade da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil.	Foi conduzido um inquérito domiciliar e o Self Reporting Questionnaire (SRQ-20), o Medical Outcome Study Question e questões sobre as condições sócio-econômicas foram aplicados à população residente maior de 19 anos. Ponto de corte SRQ=6,0	A prevalência total dos transtornos mentais comuns foi de 36,0%; a análise multivariada utilizando a regressão logística demonstrou que as pessoas que têm baixo apoio social apresentam duas vezes mais chances de ter transtornos mentais comuns (OR: 2,09; IC95%: 1,35-3,24) que os que têm alto apoio mesmo depois do ajuste por idade, escolaridade e participação no mercado de trabalho.	Os resultados indicam a importância de se investir em redes de apoio social para promover a interação dos indivíduos e aumentar a confiança pessoal e o poder de enfrentamento dos problemas.
Tânia Maria de Araújo Paloma de Sousa Pinho Maura M. G. de Almeida	Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o	Estimar a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) em mulheres e descrever fatores associados à sua ocorrência, com ênfase	Estudo de corte transversal com mulheres de Feira de Santana, Bahia. Foram entrevistadas 2055 mulheres, com idade >15 anos.	A prevalência global de TMC foi 39,4% (IC95%: 37,3-41,6%). Mulheres com alta sobrecarga doméstica apresentaram prevalência de TMC mais elevada (48,1%) do que mulheres com baixa sobrecarga	Aspectos referentes ao trabalho doméstico devem ser considerados e incorporados à avaliação da saúde mental das mulheres.

	trabalho doméstico, Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., v.05, n.03, 337-348, 2005.	no trabalho doméstico.	Avaliaram-se características Sociodemográficas e aspectos do trabalho doméstico. A saúde mental foi avaliada pelo Self Reporting Questionnaire (SRQ-20). Calculou-se a prevalência de transtornos mentais comuns, sua associação com alguns fatores, mediante o cálculo da razão de prevalência. Ponto de corte SRQ=7,0	(22,5%). Ajuda doméstica remunerada na realização das tarefas associou-se à baixa prevalência de TMC (28,0%); e elevadas prevalências em mulheres que não recebiam ajuda (47,1%) ou contavam apenas com o auxílio de um homem (46,9%). Outras características estavam associadas à ocorrência de TMC: ser negra ou parda, divorciada/desquitada/viúva, baixo nível de escolaridade, ou de renda, ter filhos, ser chefe de família e não dedicar tempo semanal ao lazer.	
Ana Bernarda Ludermir	Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho, J. Bras. Psiquiatria, v.54, n.03, p.198-204, 2005.	Investigar a associação da informalidade das relações de trabalho com os transtornos mentais comuns (TMC).	Estudo transversal, conduzido em Olinda, envolvendo 621 adultos de 15 anos ou mais de uma amostra domiciliar aleatória, aos quais se aplicaram o Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) e um questionário socioeconômico. Estimaram-se as <i>odds ratios</i> (OR) simples e ajustadas, utilizando-se a regressão logística. Ponto de corte SRQ= 8	Os trabalhadores formais apresentaram saúde mental significativamente melhor ($p < 0,0001$) que os informais (OR = 2,09 IC 95% 1,3-3,5). A associação entre o trabalho informal e os TMC permaneceu estatisticamente significante, mesmo quando ajustada por variáveis demográficas e socioeconômicas. A OR ficou ainda maior (2,16 IC 95% 1,3-3,7) quando sexo, idade, situação conjugal e migração foram introduzidos no modelo. Em contraste, diminuiu depois do ajuste por escolaridade e renda familiar per capita mensal (OR = 1,83 IC 95% 1,1-3,1).	A incerteza sobre a situação de trabalho, os baixos rendimentos e a ausência de benefícios sociais e de proteção da legislação trabalhista podem ser os responsáveis pelo desenvolvimento da ansiedade e depressão entre os trabalhadores informais.
Vera Lúcia D. Fagundes Ana Bernarda Ludemir	Transtornos mentais comuns em estudantes da área da saúde, Rev. Bras. Psiquiatria, v.27, n.03, p.194-200, 2005.	Determinar a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) na população de estudantes dos cursos de educação física, enfermagem, odontologia e medicina da universidade de Pernambuco e analisar sua associação com algumas características do ensino aprendizagem.	Estudo transversal conduzido no segundo semestre de 2001, com todos os estudantes do 2º e 6º períodos de cada um dos cursos envolvidos. Um total de 443 alunos respondeu ao <i>Self Reporting Questionnaire</i> e as características sobre o processo ensino aprendizagem. Ponto de corte SRQ=6,0 para o sexo masculino e 8 para o feminino.	A prevalência total dos TMC foi de 34,1% sendo significativamente maior entre os que se sentiam sobrecarregados (OR=2,67 IC 1,6-4,5) e os que afirmaram a presença de situações especiais durante a infância e adolescência (OR=2,55 IC 1,5-4,4).	Os resultados são importantes para subsidiar ações voltadas à prevenção e o cuidado com saúde mental dos estudantes, assim como colaborar para reflexões acerca do processo ensino-aprendizagem nos cursos universitários.

Continuação... AUTOR (ES)	TÍTULO ...	OBJETIVOS DO ESTUDO	MATERIAL E MÉTODOS	PRINCIPAIS RESULTADOS	CONCLUSÃO A PARTIR DOS ACHADOS
Marina Bento Gastaud Luciano D.M. Souza Laryssa Braga Cristina Lessa Horta Flávio M.de Oliveira Paulo Luis Rosa Sousa Ricardo A. da Silva	Bem-estar e transtornos menores em estudantes de Psicologia. Rev. Psiquiatria RS, v.28, n.01, p.12-18, 2006.	O estudo examina associações entre bem-estar espiritual e distúrbios psiquiátricos menores em estudantes de Psicologia.	Uma escala de bem-estar espiritual, o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) e informações sociodemográficas foram utilizadas na totalidade (n = 351) dos alunos de Psicologia da Universidade Católica de Pelotas (RS), no ano de 2002. Foram comparados os escores atuais com os dos alunos de Direito e Medicina da mesma universidade em 2001 (n = 464). Ponto de corte SRQ=7,0 sexo masculino e 6,0 para feminino.	84,6% dos alunos de Psicologia apresentaram espiritualidade negativa, comparados a 68,8% dos acadêmicos de Medicina e 68,5% de Direito (p<0,001). Diferenças semelhantes foram encontradas nas subescalas de bem-estar existencial e religioso. O SRQ-20 foi similar nos três cursos. A razão de chances mostrou associação de 3,71 (IC 95% 1,29-10,68) entre o bem-estar espiritual e o escore do SRQ-20 em alunos de Psicologia.	A religiosidade / espiritualidade se mostrou como fator inversamente associado a transtornos psiquiátricos menores em estudantes de Psicologia.
Lauro Antonio Porto Fernando M. Carvalho Nelson F. de Oliveira Annibal Muniz S. Neto Tânia Maria de Araújo Eduardo J.F.B.dos Reis Núria Serre Delcor	Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores, Rev. Saúde Pública, v.05, n.40, p.01-09, 2006.	Investigar a associação entre aspectos psicossociais do trabalho e prevalência de distúrbios psíquicos em professores da educação infantil e do ensino fundamental.	Estudo de corte transversal realizado com 1.024 professores das escolas públicas municipais e das 10 maiores escolas particulares de Vitória da Conquista, Estado da Bahia, em 2001. A variável de exposição principal foi constituída pelo modelo de demanda-controle, que classifica os indivíduos de acordo com as exigências do trabalho. A variável de resposta representou distúrbios psíquicos medidos pelo Questionário de auto-resposta. A medida de frequência foi a prevalência, e a medida de associação foi a razão de prevalências. A principal técnica estatística utilizada foi a análise de regressão logística. Corte SRQ= 8	A prevalência de distúrbios psíquicos foi de 44%. Evidenciou-se associação entre sua presença e as condições de demanda e controle no trabalho, após o controle do confundimento introduzido pelas variáveis sexo, zona de trabalho e suporte social. Os professores com trabalho de alta exigência (54,3% RP 1,52) apresentaram prevalência 1,5 vez maior que os com trabalho de baixa exigência.	A prevalência de distúrbios psíquicos foi elevada entre professores. Há evidências de que a prevalência estava associada com as exigências do trabalho.

Quadro 2: Estudo sobre a saúde do trabalhador utilizando o modelo teórico demanda controle (D-C) no Brasil nos últimos 10 anos

AUTOR (ES)	TÍTULO DO ESTUDO E INFORMAÇÕES SOBRE O PERIÓDICO	OBJETIVOS DO ESTUDO	MATERIAL E MÉTODOS	PRINCIPAIS RESULTADOS	CONCLUSÃO A PARTIR DOS ACHADOS
Julizar Dantas René Mendes Tânia Maria de Araújo	Hipertensão Arterial e Fatores Psicossociais no Trabalho em uma Refinaria de Petróleo, Rev. Bras. Med. Trab., v. 02, n.01, p. 55-68, 2004.	Investigou a associação entre fatores psicossociais no trabalho e hipertensão arterial. Incluiu 229 trabalhadores (65 casos/hipertensos, 164 controles/normotensos) do refino do petróleo.	Estudo do tipo caso-controle. Incluiu 229 trabalhadores (65 casos/hipertensos, 164 controles/normotensos) do refino do petróleo. Investigou-se a associação entre as variáveis: desgaste no trabalho, horário de trabalho e pressão arterial. O desgaste no trabalho foi avaliado pelo job strain model.	A definição dos quadrantes do job strain model, cuja distribuição dos trabalhadores de acordo com os quadrantes na amostra estudada foi: trabalho de alto desgaste (34,5%), ativo (15,9%), baixo desgaste (20,0%) e passivo (29,6%). Os resultados não mostraram associação estatística entre trabalho de alto desgaste e hipertensão. O suporte social no trabalho foi maior nos trabalhos com baixo desgaste e ativo comparados com alto desgaste ($p < 0,001$). Insegurança no emprego foi associada com trabalho de alto desgaste ($p < 0,001$). Não se constatou associação entre: a) trabalho de alto desgaste e uso de fumo/consumo de bebidas alcoólicas; b) prolongamento da jornada de trabalho e hipertensão; c) trabalho em turnos e hipertensão/consumo de bebidas alcoólicas/fumo.	Embora neste estudo não houvesse associação estatisticamente significativa entre os fatores psicossociais do trabalho estudados e hipertensão, observa-se que o trabalho em alto desgaste associa-se a condições de maior risco de adoecimento. Entre as medidas de Promoção da Saúde no Trabalho para reduzir a carga de trabalho e o desgaste do trabalhador torna-se necessário uma organização do trabalho mais flexível (maior controle sobre o próprio trabalho, uso racional das habilidades e criatividade do trabalhador e regulação das demandas), redução da insegurança no emprego e melhoria do suporte social proveniente da gerência, supervisão e colegas de trabalho.
Márcia Guimarães de M. Alves Dóra Chor Eduardo Faerstein Claudia de S Lopes Guilherme Loureiro Werneck	Versão resumida da “job stress scale”: adaptação para o português, Rev. Saúde Pública, v.38, n.02, p.164-171, 2004.	Descreveu o processo de adaptação, para o português, da versão resumida da “job stress scale”, originalmente elaborada em inglês.	Foram avaliados seis aspectos de equivalência entre a escala original e a versão para o português: as equivalências conceitual, semântica, operacional, de itens, de medidas e funcional. Tomou-se por base um estudo de confiabilidade teste-reteste com 94 indivíduos.	O estudo de confiabilidade teste-reteste entre 94 indivíduos permitiu estimativas de reprodutibilidade (coeficientes de correlação intraclasse) para as dimensões de “demanda”, “controle” e “apoio social” da escala de 0,88, 0,87 e 0,85, respectivamente. Para as mesmas dimensões, as estimativas de consistência interna (alpha de Cronbach) foram, respectivamente, 0,79, 0,67 e 0,85.	Os resultados sugerem que o processo de adaptação da escala foi bem sucedido, indicando que seu uso no contexto sociocultural da população de estudo (Estudo Pró-Saúde) é apropriado.

Continuação... AUTOR (ES)	TÍTULO DO ESTUDO E INFORMAÇÕES SOBRE O PERIÓDICO	OBJETIVOS DO ESTUDO	MATERIAL E MÉTODOS	PRINCIPAIS RESULTADOS	CONCLUSÃO A PARTIR DOS ACHADOS
Fabio da Silva Gomes Marília Alves de Paiva Miguez	Avaliação da Satisfação e Estresse no Trabalho entre funcionários de uma unidade de Alimentação e nutrição no Rio de Janeiro, Ceres: nutrição & saúde; v.30, n.01, p.29-42, 2006.	Avaliou o nível de satisfação, condições de demanda e controle psicológicos e apoio social entre funcionários de uma unidade de alimentação e nutrição.	Foram entrevistados 29 funcionários. Para a avaliação de indicadores de satisfação no trabalho, demanda e controle psicológico e apoio social, utilizou-se um questionário reduzido. A análise do desgaste psicológico foi feita utilizando-se o modelo teórico bidimensional de Demanda-Controlle proposto por Robert Karasek.	Apontou para uma alta demanda psicológica entre a maior parte da população (65,5 – 93,1%) e um controle mais baixo (6,9 – 58,6%), o que caracteriza, portanto, um alto desgaste psicológico dos funcionários. A ordem de grandeza apresentada pela razão (OR) entre as vantagens (<i>odds</i>), foi expressa pela chance seis vezes maior (OR 6,25) de os funcionários estarem satisfeitos ou muito satisfeitos quando estes reconhecem o suporte fornecido pelo ambiente social como alto, quando comparados aos funcionários que identificam um baixo apoio social.	A maioria dos entrevistados demonstrou estar satisfeita com o trabalho. O desgaste psicológico entre os funcionários se apresentou alto, apesar do suporte fornecido pelo amplo apoio social, resultante do bom relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho, do apoio dos colegas e da satisfação em trabalhar com os colegas.
Eduardo J. F. B. dos Reis Tânia Maria de Araújo Fernando M. Carvalho Leonardo Barbalho Manuela Oliveira e Silva	Docência e exaustão emocional, Educ. Soc., Campinas, v. 27, n. 94, p. 229-253, 2006.	Avaliar as características do trabalho docente que podem estar associadas a dois tipos de efeitos negativos sobre a saúde docente: cansaço mental e nervosismo.	Foi realizado um estudo epidemiológico de corte transversal na cidade de Vitória da Conquista, Bahia. Com base na listagem das escolas da Rede Municipal de Ensino, fornecida pela Secretaria Municipal de Educação, foi feito um censo abrangendo cerca de 220 escolas (186 na zona rural e 33 na zona urbana) e 20 creches. Para coleta de dados foi utilizado um formulário auto-aplicado com seis blocos de questões: I – Identificação do professor; II – Características gerais das atividades do professor na escola no qual ele lecionava; III – Aspectos psicossociais do trabalho (utilizando o Job Content Questionnaire – JCQ); IV – Saúde do professor (queixas de sintomas de saúde física); V	Encontrou elevadas prevalências de queixas de cansaço mental (70,1%) e de nervosismo (49,2%). Diversos fatores de risco associaram-se a cansaço mental e a nervosismo: idade ≥ 27 anos, ser mulher, ter filhos, escolaridade média, lecionar ≥ 5 anos, vínculo de trabalho estável, trabalho em zona urbana, carga horária semanal $\geq 35h$ renda ≥ 360 reais, sobrecarga doméstica média/alta, não ter atividades de lazer, alta demanda no trabalho e baixo suporte social. A classificação do trabalho docente, segundo o Modelo Demanda-Controlle de Karasek, revelou os quadrantes “baixa exigência” (40,3%) e “trabalho ativo” (39,7%), ambos com alto controle das atividades por parte dos professores. Professores em trabalho de “alta exigência” e “trabalho ativo” apresentaram prevalências de cansaço mental e de nervosismo mais elevadas que aqueles de “baixa exigência”.	O estudo comprovou que cansaço mental e nervosismo são freqüentes em professores e identificou vários fatores de risco associados a essas manifestações de exaustão emocional nesse grupo ocupacional.

			– Saúde ocupacional (acidentes de trabalho e doenças do trabalho); e VI – Atividades domésticas.		
Cláudia Cerqueira Graça Tânia Maria de Araújo Cruiff E. P. da Silva	Prevalência de dor musculoesquelética em dentistas, Revista Baiana de saúde pública, v. 30, n.01, p.59-76, 2006.	Estimar a prevalência de dor musculoesquelética em cirurgiões dentistas e identificar possíveis fatores de risco associados.	Participaram 130 profissionais, correspondendo a 80,2% da população dos municípios estudados. Foi aplicado formulário por uma pesquisadora que continha informações sociodemográficas e profissionais; hábitos de vida; avaliação simplificada do risco de traumas cumulativos dos MMSS, lombalgia e MMII – utilizando lista de conferência; avaliação da localização e frequência da dor, aspectos psicossociais do trabalho (JCQ).	Observou-se que a dor no ombro, lado direito, estava estatisticamente associada ao trabalho ativo (RP 2,0), dor na parte inferior das costas, lado direito, apresentou associação significativa com o trabalho ativo (RP1,67) e alta exigência no trabalho (RP 1,85), dor na parte inferior das costas, lado esquerdo, associação positiva para alta exigência no trabalho (RP 1,75)	Os resultados demonstram a relevância do problema e podem contribuir para o debate desses distúrbios entre os dentistas.
Márcia G. de M. Alves	Pressão no trabalho: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no estudo pró-saúde, Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de doutor em ciências da saúde, 2004.	Investigou a ocorrência do estresse no trabalho, da hipertensão arterial e da associação entre ambos na população feminina do Estudo Pró-Saúde – estudo longitudinal de funcionários técnico-administrativos de uma universidade no Rio de Janeiro. O estudo testou as hipóteses de que pouco controle sobre o processo de trabalho - isoladamente ou combinado com muitas demandas psicológicas - aumentaria a chance de desenvolvimento de hipertensão arterial.	Uma escala de medida de estresse no trabalho com 11 questões, utilizada na Suécia e baseada no modelo proposto por Karasek, foi adaptada para o Português e incluída num questionário multidimensional aplicado em 2001. Além disso, foi aferida a pressão arterial de toda a população segundo procedimentos padronizados.	Os trabalhos passivos (menor controle e menor demanda) predominaram na população de estudo (33%). A prevalência de hipertensão arterial foi de 24,3%, sendo sua distribuição heterogênea nos diversos estratos da população feminina. A chance de desenvolver hipertensão arterial não esteve associada com menor controle no trabalho ou com trabalhos com alto desgaste (maior demanda e menor controle) e foi 35% maior entre mulheres com trabalhos passivos.	Embora as hipóteses do estudo não tenham sido corroboradas, os resultados permitiram identificar questões como a multiplicidade dos papéis femininos e sua influência sobre a saúde da mulher; a heterogeneidade das ocupações existentes numa organização como uma universidade; a necessidade de investigações longitudinais de desfechos na saúde; a incorporação de outros níveis de análise nos estudos epidemiológicos além do nível individual; e a apreensão dos mecanismos de compensação utilizados para minimizar os efeitos do estresse no trabalho na pressão arterial.

Continuação... AUTOR (ES)	TÍTULO DO ESTUDO E INFORMAÇÕES SOBRE O PERIÓDICO	OBJETIVOS DO ESTUDO	MATERIAL E MÉTODOS	PRINCIPAIS RESULTADOS	CONCLUSÃO A PARTIR DOS ACHADOS
Tânia Maria de Araújo	Trabalho e distúrbios psíquicos em mulheres trabalhadoras de enfermagem, Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial à obtenção do grau de Doutora em Saúde Pública, 1999.	Investigar demandas psicológicas e controle do trabalho e ocorrência de distúrbios psíquicos menores (DPM), entre trabalhadoras de enfermagem. Identificar combinações de controle mais diretamente associadas aos DPM; Investigar o papel de suporte social na modificação da associação entre demanda-controle do trabalho e DPM; Investigar o papel da dupla jornada de trabalho, indicada por sobrecarga doméstica, na modificação da associação entre demanda-controle do trabalho e DPM. Construiu-se a hipótese de que o trabalho executado sob altas demandas e baixo controle, com adicional sobrecarga doméstica e ausência de suporte social no trabalho, associa-se positivamente à ocorrência de distúrbios psíquicos.	O questionário totalizava 126 questões divididas em cinco blocos: identificação das entrevistadas e caracterização sócio-demográfica (incluindo condições dos domicílios), trabalho profissional, trabalho doméstico, história reprodutiva e condições gerais de saúde. Foi utilizado o SRQ e JCQ. Ponto de corte SRQ= 7	Trabalhadoras com alto controle e alta demanda representaram o grupo com menor proporção entre as profissionais, 19,3%. Os demais grupos apresentaram proporções similares. Dentre as trabalhadoras mais jovens, com até 35 anos, observou-se maior proporção de profissionais do grupo com alta exigência (44,0%). Alta sobrecarga doméstica foi referida pela maioria das trabalhadoras em todos os quadrantes do modelo D-C, destacando-se elevadas proporções em alta exigência e trabalho passivo, 70, 1%. A prevalência global de distúrbios psíquicos menores encontrada foi 33,3%. A prevalência de DPM foi significativamente mais elevada entre as trabalhadoras que: a) tinham baixo nível de escolaridade; b) não moravam mais com seus companheiros (eram separadas, divorciadas ou viúvas); c) tinham filhos; d) eram negras; e) recebiam renda mensal inferior a US\$ 412,94	Um dos achados mais relevantes desta investigação refere-se à observação de associação positiva entre trabalho, combinando alta demanda psicológica e baixo controle, e distúrbios psíquicos menores. Assim, a hipótese de que controle e demanda, separados ou em conjunto, exercem considerável influência sobre a saúde mental das trabalhadoras de enfermagem, encontra apoio. Além disso, o fato de demanda ter desempenhado papel relevante na ocorrência de DPM, neste grupo ocupacional, destaca a necessidade de se estabelecer medidas que, além de elevarem os níveis de controle sobre o trabalho - como tem sido amplamente apontado nas pesquisas sobre trabalho e doenças cardiovasculares - sejam acompanhadas da revisão e redimensionamento dos níveis de demanda.

[illegible]

Continuação... AUTOR (ES)	TÍTULO DO ESTUDO E INFORMAÇÕES SOBRE O PERIÓDICO	OBJETIVOS DO ESTUDO	MATERIAL E MÉTODOS	PRINCIPAIS RESULTADOS	CONCLUSÃO A PARTIR DOS ACHADOS
Núria Serre Delcor Tania M. Araújo Eduardo J. F. B. Reis Lauro A. Porto Fernando M. Carvalho Manuela Oliveira e Silva Leonardo Barbalho Jonathan M. de Andrade	Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, Cad. Saúde Pública, v. 20, n.01, p.187-196, 2004.	Descrever as condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino da cidade de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.	Através de um questionário auto-aplicado foram coletadas informações de 250 professores de dez escolas. Entre as características do trabalho docente, validadas pelo Job Content Questionnaire, destacaram-se ritmo acelerado de trabalho, ser criativo e ter boas relações com as pessoas no trabalho. Distúrbios psíquicos menores (DPM), foram medidos pelo Self Reporting Questionnaire-20. Ponto de corte SRQ=7,0	As queixas de saúde mais frequentes estavam relacionadas à postura corporal, à saúde mental e a queixas relacionadas à voz. A prevalência de distúrbios psíquicos menores (DPM) foi de 41,5% e estava fortemente associada a longos períodos de intensa concentração em uma mesma tarefa e volume excessivo de trabalho. Mais da metade dos professores respondeu que “concordaram” ou “concordaram fortemente e” em algumas questões do JCQ que identificavam aspectos negativos para o bom desenvolvimento do seu trabalho: ritmo acelerado de trabalho (67,9%); posição inadequada e incômoda do corpo (65,4%); atividade física rápida e contínua (63,8%); ritmo frenético de trabalho (54,9%); posições da cabeça e braços inadequadas e incômodas (53,4%) e longos períodos de intensa concentração em uma mesma tarefa (51,9%).	Os resultados sugerem relação entre a prevalência de DPM e algumas características do trabalho docente, evidenciando desgaste psicológico do educador.
Eduardo J. F.B.dos Reis Fernando M. Carvalho Tânia Maria de Araújo Lauro Antônio Porto Annibal Muniz S. Neto	Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia. Cad. Saúde Pública, v.21, n.05, p. 1480-1490, 2005.	Investigou a associação entre conteúdo do trabalho (demanda psicológica e controle sobre o trabalho) e a ocorrência de distúrbios psíquicos menores (DPM) entre professores.	Um estudo de corte transversal, com todos os professores da rede municipal de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, O Modelo Demanda-Control, de Karasek, foi utilizado para avaliar o conteúdo do trabalho. Para mensuração dos distúrbios psíquicos menores utilizou-se o Self-Report Questionnaire- 20. Ponto de corte SRQ=7,0	A prevalência de DPM foi de 55,9% entre os 808 professores estudados. A prevalência bruta de DPM mostrou associação positiva e significativa com demanda psicológica e associação negativa e significativa com controle sobre o trabalho. As prevalências de DPM foram mais elevadas em professores com trabalho em alta exigência, caracterizado por alta demanda e baixo controle (RP = 1,74; IC95%: 1,44-2,10) e naqueles em trabalho ativo, com alta demanda e alto controle (RP = 1,35; IC95%: 1,13-1,61) quando comparadas à dos professores em trabalho de baixa exigência (baixa demanda e alto controle), depois de ajuste para confundidores num modelo de regressão logística múltipla.	A saúde mental dos professores está fortemente associada ao conteúdo de seu trabalho.

Continuação... AUTOR (ES)	TÍTULO DO ESTUDO E INFORMAÇÕES SOBRE O PERIÓDICO	OBJETIVOS DO ESTUDO	MATERIAL E MÉTODOS	PRINCIPAIS RESULTADOS	CONCLUSÃO A PARTIR DOS ACHADOS
Carlito L. N. Sobrinho Fernando M. Carvalho Tárcyo A. S. Bonfim Carlos Adriano S. Cirino Isis Sacramento Ferreira	Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Cad. Saúde Pública, v. 22 n.01, p.131-140, 2006.	Investigou a associação entre as condições de trabalho e distúrbios psíquicos menores (DPM) em uma amostra aleatória de 350 médicos de Salvador, Bahia, Brasil.	Estudo de corte transversal. Um questionário individual auto-aplicável avaliou aspectos psicossociais do trabalho, utilizando o modelo demanda-controle (Job Content Questionnaire), e a saúde mental dos médicos, usando o Self-report Questionnaire (SRQ-20). Ponto de corte SRQ=7,0	A prevalência de DPM foi de 26,0% e estava mais fortemente associada com aspectos da demanda psicológica do trabalho do que com o controle deste por parte dos médicos. Médicos com trabalho de alta exigência (alta demanda e baixo controle) apresentaram 3,07 (IC95%: 1,38- 6,85) vezes mais DPM do que aqueles com trabalho de baixa exigência (baixa demanda e alto controle). A prevalência de DPM estava significativamente associada a não trabalhar em consultório típico (pagamento dos serviços médicos diretamente pelo paciente) (RP = 2,51); trabalhar por prestação de serviço, com remuneração por serviço realizado, sem vínculo formal de trabalho (RP = 1,51); trabalhar em regime de plantão (RP = 1,63) e renda mensal obtida com trabalho médico $\leq$ R\$5.000,00 (RP = 2,36). A prevalência de DPM variou segundo os quadrantes do modelo demanda-controle. A situação de alta exigência apresentou a mais elevada prevalência de DPM (42,9%). No extremo oposto, a situação de baixa exigência apresentou a prevalência mais baixa (14,0%).	Constatou-se elevada sobrecarga de trabalho, trabalho em regime de plantão, múltiplas inserções profissionais, baixa remuneração por hora trabalhada e contratação precária sob a forma de remuneração por procedimento.

3 METODOLOGIA

Esta investigação se insere na pesquisa observacional “Gênero, trabalho e saúde em profissionais da enfermagem: morbidade e sua associação com o trabalho noturno, as longas jornadas e o trabalho doméstico”. Consiste em um estudo sobre as relações entre a organização do trabalho e a saúde da equipe de enfermagem realizado no período de 2005 a 2006. Para realização do estudo, o Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde do Departamento de Biologia do Instituto Oswaldo Cruz/ Fundação Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz) contou com apoio da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj), *Mount Sinai School of Medicine*, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Fiocruz.

A investigação do objeto de estudo apresentado nesta dissertação, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ Unirio, foi viabilizada pela parceria institucional dos pesquisadores do Departamento de Biologia/IOC/Fiocruz — Profas. Dras.: Lúcia Rotenberg e Rosane Harter Griep — e do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública EEAP/Unirio — Profa. Dra. Enirtes Caetano Prates Melo.

3.1 ABORDAGEM E TIPOLOGIA DE ESTUDO

Trata-se de um estudo analítico de corte seccional. OS dados foram explorados no intuito de aprofundar o conhecimento a respeito de determinado tema, nesse caso, o estresse no trabalho e sua relação com os transtornos mentais comuns. O aspecto exploratório possibilita ao investigador ampliar e aprimorar as idéias sobre o assunto abordado. Este tipo de estudo favorece a ampliação da experiência do investigador, analisando determinado problema (TOMASI; YAMAMOTO, 1999).

Grande parte da literatura traz sinônimos para o estudo seccional, denominado como transversal, corte transversal, *cross-sectional*, estudo de prevalências e *survey*. Nos estudos seccionais, tanto a exposição quanto a doença são detectados simultaneamente e, somente ao final, após a coleta de dados, os grupos são formados para investigação. Estudos seccionais têm sido utilizados para investigar uma gama de problemas em saúde pública. De modo geral, a aplicação mais comum desse tipo de estudo está ligada à necessidade de conhecer de que maneira se distribuem uma ou mais características individuais, ou coletivas em determinada população (KLEIN; BLOCH, 2006, p.127).

Segundo os mesmos autores, é sempre possível testar a existência de associações de frequências ou estatísticas, entre pelo menos dois eventos classificados como doença e exposição na amostra de indivíduos (ibid).

No presente estudo, foi investigada a exposição ao estresse tendo como desfecho os transtornos mentais comuns (TMC) (Fig. 4), como esquematiza a figura a seguir:

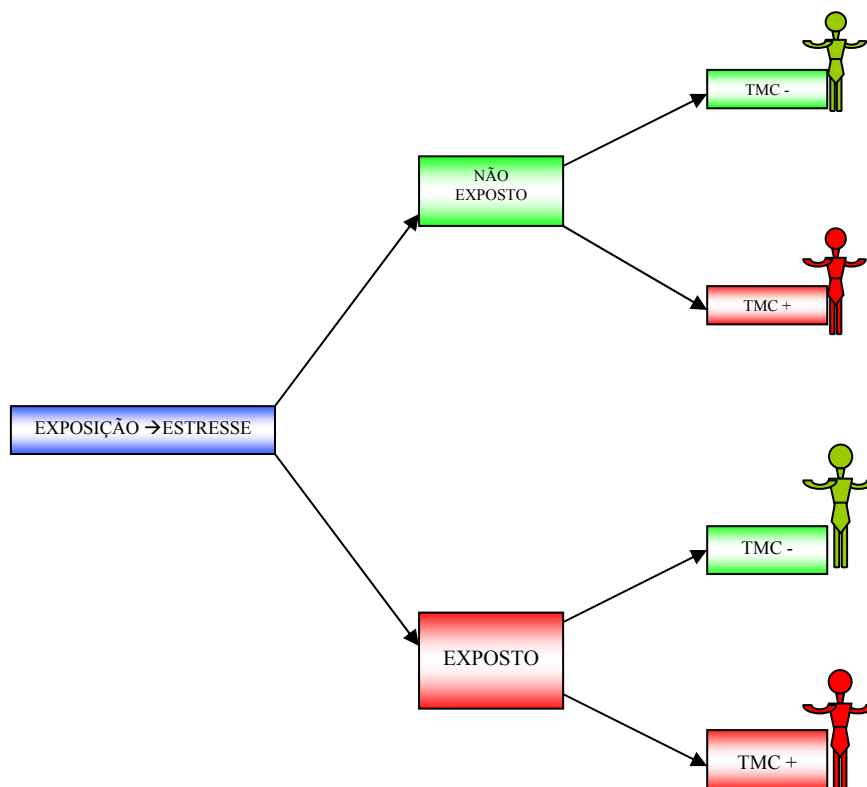


Fig. 4: Exposição e desfecho de estudo

O desenho de estudo permite uma visão geral do que aconteceu na população em determinado momento. Foram considerados os expostos e os não expostos ao estresse e a ocorrência de TMC.

3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Para o estudo geral sobre as relações entre o trabalho, a saúde e o bem-estar entre trabalhadores de enfermagem foram investigados três hospitais públicos localizados no Município do Rio de Janeiro: um hospital geral de grande porte (500 leitos), um centro de referência para saúde da mulher e da criança (120 leitos), e um hospital para tratamento de doenças infecto-contagiosas (40 leitos).

Para a presente pesquisa, em particular, foram analisadas na base de dados as informações referentes ao hospital geral, classificado como de grande porte. Foram considerados elegíveis os profissionais que pertenciam à equipe de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros).

O universo do estudo, composto pela a equipe de enfermagem no cenário definido, totalizou mil duzentos e sessenta e três trabalhadores, incluindo profissionais do quadro temporário e permanente (Fig. 5). Foram excluídos os profissionais licenciados, os que se recusaram a participar do estudo, e os que não foram encontrados no setor. Quanto aos profissionais ausentes, a equipe de pesquisa retornou três vezes ao setor na tentativa de localizá-los. Verificou-se uma perda total 5,7 %.

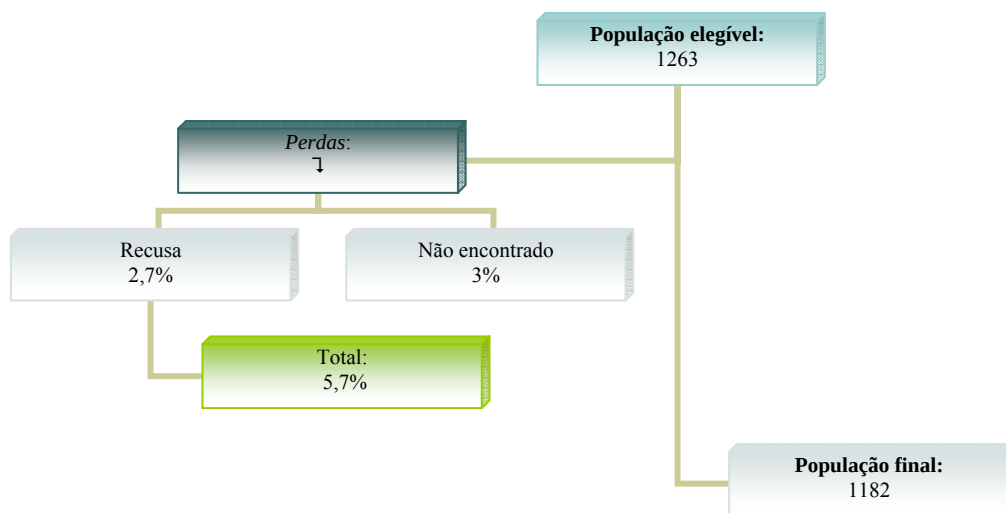


Fig. 5: Representação esquemática da população sob estudo

3.3 MÉTODO E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A estratégia metodológica utilizada consistiu na aplicação de formulário preenchido pelo entrevistador e questionário geral auto-aplicado que abordou os seguintes aspectos (Anexo 4):

- 1) Características sócio-econômicas: idade, escolaridade, situação conjugal, presença de filhos e renda familiar;
- 2) Informações gerais do trabalho profissional: ocupação, presença de outra atividade profissional, turno de trabalho no cenário do estudo e em outro hospital, carga horária semanal, tempo na ocupação;

- 3) Horário de trabalho: número de plantões noturnos por quinzena, tempo de trabalho no turno, razões da escolha do turno, possibilidade de dormir ou repousar durante o trabalho noturno, trabalho noturno no passado;
- 4) Trabalho doméstico: responsabilidade sobre a realização das tarefas, esforço físico, participação do cônjuge, de outros familiares e apoios externos, número de horas de trabalho doméstico por dia.
- 5) Doenças e sintomas: hipertensão arterial, hospitalização, uso de medicamentos prescritos e automedicação, alterações do sono e digestivas, transtornos mentais comuns, histórico familiar de problemas cardiovasculares, aspectos da saúde reprodutiva: alterações menstruais, infertilidade, problemas ginecológicos; índice de capacidade para o trabalho.
- 6) Hábitos relacionados à saúde, estilo de vida: tabagismo, consumo de bebida alcoólica, atividade física, hábitos alimentares;
- 7) Gerenciamento do tempo, cotidiano: ida direta de um trabalho para outro, falta de tempo para si, para a casa, para os filhos e para o descanso ou lazer;
- 8) Aspectos do sono e fadiga: dificuldade para dormir, dificuldade para dormir após interrupção do sono, sono superficial, uso de medicamento para dormir; grau de satisfação geral em relação ao sono; escala de recuperação após o trabalho.
- 9) Aspectos psicossociais do trabalho que podem atuar como fatores estressores: com base na versão resumida adaptada para o português (ALVES et al, 2004) do modelo de demanda-controle (THEORELL; PERSKI; AKERSTED, 1988) e na escala proposta por Siegrist (1996), referente ao modelo conhecido como “esforço-recompensa”.
- 10) Apoio social: avaliação de aspectos do apoio material, emocional, afetivo, de informação e interação social positiva, com base no *Medical Outcomes Study* (SHERBOURNE; STEWAT, 1991), adaptada para o português (GRIEP, 2003).

Para fins do presente estudo, não foram analisados os aspectos relacionados aos itens 4, 6, 7, 8 e 10 supracitados.

3.4 TREINAMENTO DE PESSOAL

O treinamento dos aplicadores de questionário foi desenvolvido através de sessões de apresentação e discussão dos objetivos da pesquisa, enfatizando a importância da adesão do conjunto dos funcionários. Essas sessões foram seguidas de simulação de situações no trabalho de campo.

3.5 PRÉ-TESTES, ESTUDO-PILOTO, ESTUDO DE CONFIABILIDADE

Três etapas de pré-teste foram realizadas, envolvendo cerca de 50 voluntários, cujo perfil social e funcional foi semelhante ao perfil da população-alvo. Nessas etapas, buscou-se testar os instrumentos de coleta de dados, avaliando a clareza e compreensão das questões.

Com o objetivo de adequar os procedimentos e condutas às condições reais de pesquisa, foi realizado estudo piloto com 120 trabalhadores de enfermagem em hospital público federal — que não fez parte dos hospitais estudados — cujo perfil social e funcional era semelhante àquele da equipe de enfermagem sob estudo.

O estudo de confiabilidade (teste, pré-teste) foi realizado com os mesmos funcionários do estudo piloto, no intervalo de 10 a 15 dias, após a primeira aplicação do instrumento de coleta dos dados. Os resultados dessa etapa do estudo, ainda não divulgados, vão compor um manuscrito o qual se encontra em fase de conclusão pelas pesquisadoras coordenadoras da pesquisa.

3.6 O TRABALHO DE CAMPO, COLETA DE DADOS

A equipe foi composta por dois coordenadores de campo (um diurno, um noturno), e quinze entrevistadores responsáveis pela aplicação dos questionários.

Os aplicadores receberam listagens com os nomes dos profissionais, por setor, e os respectivos códigos que eram anotados no questionário no momento da coleta.

Os participantes preencheram o questionário com apoio dos aplicadores, tendo início, em seguida, as aferições de medidas como peso, altura, pressão arterial¹². Após o preenchimento, cada questionário foi numerado e lacrado em envelope, seguindo para o departamento responsável pela pesquisa para fins de codificação de cada item do instrumento.

Diariamente, os questionários foram codificados, revisados e seus dados digitados. A identificação do material coletado se deu através de numeração, cuja ligação ao nome do trabalhador era de conhecimento exclusivo da coordenação de pesquisa do estudo “Gênero, trabalho e saúde em profissionais da enfermagem: morbidade e sua associação com o trabalho noturno, as longas jornadas e o trabalho doméstico”. O processo de digitação se deu concomitante à coleta de dados, contando com a participação de dois digitadores independentes. O banco de dados foi construído utilizando-se o programa Epi-Info 2000®.

¹² Medidas não avaliadas no presente estudo

Após a revisão e codificação das questões do instrumento, as informações foram transcritas para planilhas, pelo procedimento de dupla digitação independente. Erros e inconsistências foram verificados através de processo de revisão.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para aplicação do questionário, foram seguidos os preceitos da resolução 196 de 1996 do Conselho Nacional de Saúde e do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem em atendimento às questões ético-legais. Antes do preenchimento do instrumento de coleta de dados, cada participante foi informado sobre os propósitos da pesquisa e assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 1).

Por envolver seres humanos, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz e pelo Comitê do Hospital dos Servidores do Estado (HSE), além da aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), uma vez que envolveu termo de cooperação internacional (Anexo 2).

Ao final da primeira etapa do estudo, os resultados parciais foram divulgados para os participantes do estudo através de meio impresso.

3.8 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

3.8.1 Estresse no trabalho

No presente estudo, foi utilizada a escala adaptada para o português, baseada na versão resumida da *Job Stress Scale* (JSS), originalmente elaborada em inglês (ALVES et al, 2004). A versão reduzida foi criada por Töres Theorell, pesquisador sueco, em 1988. Essa versão possui dezessete questões, cinco para avaliar a *demanda psicológica no trabalho* e seis para avaliar o grau de *controle no trabalho* e seis para o *apoio social* (THEORELL; PERSKI; AKERSTEDT, 1988) (Anexo 4, bloco G).

Em relação à dimensão controle, quatro questões avaliam o *discernimento intelectual* e duas a *autonomia para tomada de decisões* no trabalho (ibid; ALVES, 2004).

O *Modelo Demanda-Controle* tem sido amplamente aplicado em pesquisas em países como Suécia, Dinamarca, Suíça e Inglaterra, Estados Unidos, Canadá, México e no Japão (ALVES, 2004).

A dimensão *demanda* foi obtida a partir da referida escala, com base em 5 questões propostas por Theorell, Perski e Akersted (1988) descritas a seguir:

- 1 Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?
- 2 Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?
- 3 Seu trabalho exige demais de você?
- 4 Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho? (questão reversa)
- 5 O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

Cada questão recebeu pontuação referente às opções: sempre (1 ponto); às vezes (2 pontos); raramente (3 pontos) e nunca (4 pontos). Das cinco questões relativas à *demanda psicológica*, somente a questão de número 4 possui direção reversa, neste caso: sempre = 4 pontos; às vezes = 3 pontos; raramente = 2 pontos, e nunca = 1 ponto.

Os escores foram obtidos por meio da soma dos pontos atribuídos a cada uma das perguntas. De acordo com estas questões, o escore para *demanda* varia de 5 a 20 pontos, segundo o modelo de avaliação de estresse no trabalho adotado nesta investigação.

A dimensão *controle sobre o trabalho* foi obtida a partir de escala, com base em 6 questões propostas. As duas últimas questões dizem respeito à *autonomia para tomada de decisões*:

- 1 Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?
- 2 Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?
- 3 Seu trabalho exige que você tome iniciativas?
- 4 No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas? (questão reversa)
- 5 Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?
- 6 Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?

Cada questão recebeu pontuação referente em escala crescente de 1 a 4, assim como na orientação para a construção da variável *demanda psicológica*. Esta dimensão, como a anterior, apresentou uma questão com direção reversa (número 4).

Os escores da *dimensão controle* foram obtidos por meio da soma dos pontos atribuídos a cada uma das seis perguntas. De acordo com estas questões, segundo o modelo adotado, o escore para controle variou de 6 a 24. Foi construído um escore do grau de *controle sobre o trabalho* do profissional de enfermagem apresentado neste estudo.

A fim de verificar a distribuição das respostas que compõem a escala de avaliação de estresse, foi considerado como resposta positiva os itens: sempre, às vezes e raramente; e como resposta negativa a opção nunca.

Para a definição dos quadrantes de exposição ao estresse no trabalho, baseado nas dimensões *demandas* e *controle*, utilizou-se a mediana encontrada nos escores das dimensões investigadas.

No caso da dimensão *demandas*, definiu-se como *menor demandas* escores de 1 a 13 e *maior demandas* escores de 14 a 20.

Em relação à dimensão *controle*, considerou-se *menor controle* escores de 1 a 17 e *maior controle* de 18 a 21.

Para composição dos grupos do modelo demanda-controle, as variáveis *demandas psicológicas* e *controle sobre o trabalho* e respectivos graus dicotomizados (alto e baixo) foram combinados de forma a construir os quadrantes do modelo bidimensional, onde:

1. *Alta exigência* = combinação de alta demanda e baixo controle;
2. *Trabalho ativo* = combinação de alta demanda e alto controle;
3. *Baixa exigência* = combinação de baixa demanda e alto controle;
4. *Trabalho passivo* = combinação de baixa demanda e baixo controle.

As dimensões propostas no modelo podem ser visualizadas, a seguir, na figura 6:

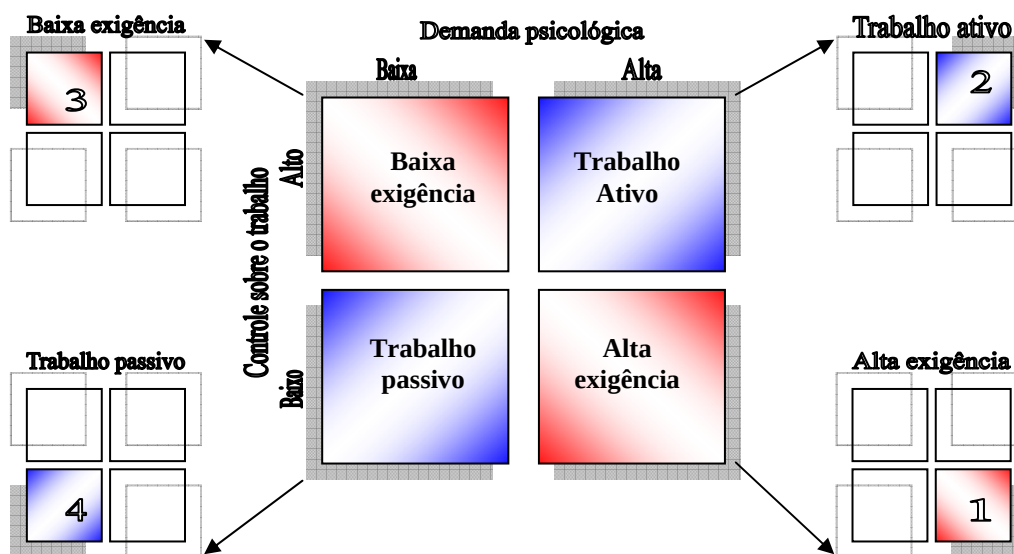


Fig. 6: Modelo bidimensional de Robert Karasek
Fonte: adaptado de Karasek e Theorell (1990).

Analisando o modelo proposto por Karasek e Theorell (1990), podem ser constatadas duas situações específicas relacionadas à *demanda* psicológica e ao *controle* no trabalho, representadas por retas traçadas por duas diagonais: Diagonal “A” e Diagonal “B”, como é possível visualizar na figura 7.

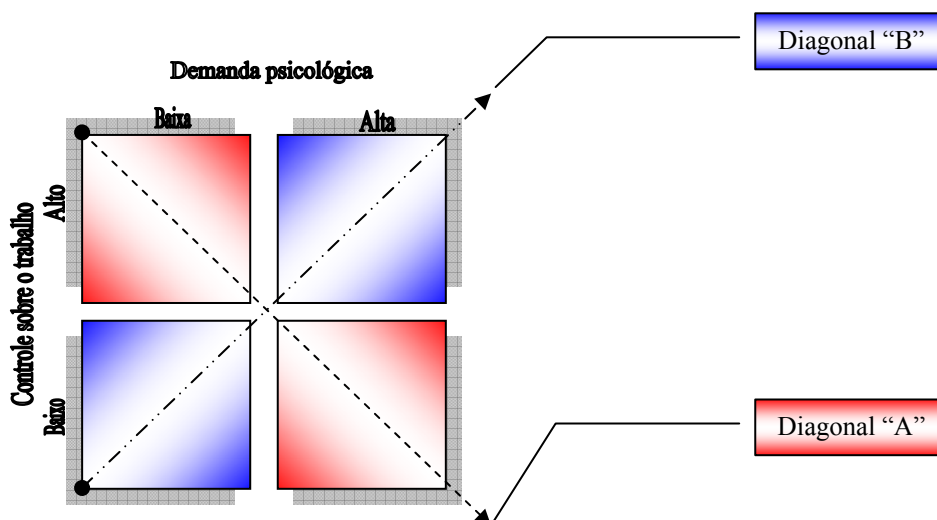


Fig. 7: Diagonais do modelo de Karasek
Fonte: adaptado de Karasek e Theorell (1990).

A diagonal “A” representa o risco de transtornos mentais comuns e doenças físicas. Neste caso, a *demanda* do trabalho é alta e o *controle* sobre as tarefas é baixo, como acontece no processo de trabalho em linhas de montagem (KARASEK; THEORELL, 1990).

Na diagonal “B”, há motivação para desenvolver novos padrões de comportamento e criatividade. Entretanto, o modelo mostra que o trabalho nas condições do 4º quadrante é passivo, o que pode conduzir à redução da capacidade de criar soluções para as atividades e problemas enfrentados, isso ocorre devido ao declínio na atividade laboral (ibid).

Experimentos de laboratório mostraram que indivíduos expostos a atividades de *alta demanda* e *baixo controle* sobre o trabalho (uma situação similar ao trabalho em *alta exigência*) apresentam elevação da produção de cortisol e adrenalina. Em situações em que o indivíduo era exposto apenas a um estressor controlável, somente a produção de adrenalina se elevava, a produção de cortisol permanecia baixa (FRANKENHAEUSER; LUNDBERG; FORSMAN, 1980).

As dimensões *demanda psicológica* e *controle sobre o trabalho* foram avaliadas, segundo diferentes níveis para investigar uma tendência ao efeito tipo dose-resposta. Para a distinção entre o nível da dimensão *demanda* e *controle* (baixo, intermediários, alto) foram

utilizados os quartis; dessa forma, os escores para as dimensões variaram entre baixo, médio-baixo, médio alto e alto (Tabela 4).

Tabela 4: Escores para formação dos estratos, segundo graus de exposição à dimensão demanda e controle

Grau de classificação	Escores demanda	Escores controle
Baixa	Até 11	Até 18
Média baixa	Entre 11 e 13	Entre 18 e 20
Média alta	Entre 14 e 15	Entre 20 e 23
Alta	Acima de 15	Acima de 23

3.8.2 Transtornos mentais comuns

A variável dependente Transtorno Mental Comum (TMC) foi avaliada de acordo com vinte questões fechadas que correspondem à versão reduzida do *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), criado com a finalidade identificar casos suspeitos de transtornos mentais comuns em populações. O instrumento foi desenvolvido por Harding e cols. (1980). Inicialmente, o questionário contava com vinte e quatro questões, sendo as vinte primeiras destinadas à avaliação de transtornos não psicóticos e, as quatro seguintes, para psicóticos. Originalmente, este instrumento foi desenvolvido para identificar transtornos psíquicos comuns em serviços de atendimento primário de países em desenvolvimento (Anexo 4 bloco J).

O instrumento, em sua versão reduzida, possui 20 questões validadas pela Organização Mundial de Saúde em 1983. Estudo inicial, envolvendo TMC no Brasil, foi realizado em 1986 por Mari e Williams, em três unidades de saúde na cidade de São Paulo (Centros de Saúde da Ladeira Rosa e Bom Retiro, em Barra Funda, e no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo) (MARI; WILLIAMS, 1986).

De acordo com os escores do instrumento, podem ser definidos como os sujeitos *não suspeitos* aqueles que apresentam escore igual ou menor a cinco respostas positivas, e *suspeitos* aqueles com escore igual ou acima de seis. Na validação do instrumento, foi recomendado o ponto de corte como cinco respostas positivas para homens e sete para mulheres. O SRQ foi validado por Mari e Williams (1986), e Ludermir e Lewis (2003) com sensibilidade e especificidade em torno de 80%. Porto e cols. (2006) realizaram, recentemente, pesquisa com professores de escolas municipais e particulares de Vitória da Conquista, Bahia, e utilizaram como ponto de corte oito ou mais respostas positivas.

No presente estudo, foi adotado o ponto de corte sete para suspeição de TMC, baseado em pesquisas anteriores tendo como população de estudo profissionais da enfermagem (ARAÚJO, 1999, ARAÚJO et al, 2003). Com isso, foram considerados suspeitos os trabalhadores com escore maior ou igual a sete.

3.8.2.1 Grupo de sintomas

Os estudos que utilizam o SRQ como instrumento de coleta de dados classificam os sintomas, de acordo com grupos característicos referentes às dimensões psicopatológicas. (ARAÚJO, 1999, ARAÚJO et al, 2005, REIS et al, 2005).

Iacoponi e Mari (1988) agruparam as dimensões por meio de análise fatorial, que revelou quatro grupos distintos denominados de fatores. O fator I foi classificado como grupo da *energia vital decrescente*, fator II como *sintomas somáticos*, fator III como *humor deprimido/ansioso* e; por fim, o fator IV que aloca os sintomas referentes aos *pensamentos depressivos*.

3.8.3 Demais características analisadas

Para a avaliação dos efeitos sobre a associação principal investigada, foram tomadas como co-variáveis de estudo: cor da pele; sexo; idade; escolaridade; situação conjugal; presença de filhos; renda *per capita* familiar; categoria profissional; tempo de atuação no setor; número de vínculos empregatícios; turno de trabalho; carga horária semanal; tipo de setor, segundo complexidade, e esforço físico no trabalho.

3.8.3.1 Classificação dos setores segundo grau de complexidade do cuidado

A fim de tornar os setores do hospital mais homogêneos, no que diz respeito às características do cuidado prestado e sua organização, foi proposta uma classificação para os setores, baseada no ambiente e na organização do trabalho (GUIMARÃES, 2007).

O instrumento, composto por 25 itens, abrangeu duas dimensões. A primeira denominada *ambiente de trabalho* se dividiu em três subdimensões: locais de trabalho e instalações; maquinário, tecnologias e ferramentas; substâncias e materiais utilizados. A

segunda abordou a organização do trabalho, se dividindo em duas subdimensões: fatores ergonômicos e condições de trabalho.

A utilização do *checklist* na observação sistemática gerou inicialmente quatro grupos, levantando dúvidas sobre a robustez do instrumento. Na tentativa de calibrar o mesmo, e fazer com que apresentasse maior poder discriminatório sobre os grupos, foi aplicada a *Teoria de Resposta ao Item*, segundo o Modelo de Rasch de variáveis dicotômicas (PRIETO; VELASCO, 2006).

O modelo de Rasch apresenta algumas propriedades métricas consideradas boas: estatísticas suficientes; objetividade específica; unidimensionalidade; métrica intervalar; parâmetros independentes da amostra e estatísticas para analisar o ajuste ao modelo de itens e pessoas (ibid).

A aplicação do modelo permitiu classificar os 46 setores do hospital estudado em três grupos segundo características do trabalho, denominados nesta investigação como: leve, médio e pesado (Anexo 3).

3.8.4 Tratamento das co-variáveis e medidas de associação

As co-variáveis contínuas foram apresentadas, segundo suas frequências médias (com o respectivo desvio padrão) e as co-variáveis categóricas, segundo seus valores absolutos e proporções.

Para a variável raça/cor da pele foi utilizada a classificação proposta pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 1999a, IBGE 2006), baseada na cor da pele auto-referida: preta, parda, amarela e indígena. Para a análise dos dados, as categorias foram agrupadas em branca, mestiça (incluindo indígenas, parda e amarela) e preta.

Inicialmente, foi realizada uma análise univariada que permitiu descrever as características sócio-demográficas e laborais da população estudada. Para a análise bivariada, a co-variável idade foi analisada, segundo a média encontrada para população e em cinco estratos (até 35 anos, 36 a 46 anos, 46-55 anos e 56 anos ou mais).

A escolaridade informada foi agrupada em três categorias para análise univariada e bivariada: ensino fundamental completo, ensino médio completo e ensino superior completo ou mais.

A renda foi analisada de acordo com os valores *per capita*, em salários mínimos da época em que foi realizada a coleta de dados (R\$: 240,00). Essa co-variável também foi avaliada segundo a média encontrada para cada grupo.

Para análise da situação conjugal, foram consideradas duas categorias a dos casados e a dos solteiros, divorciados, separados ou viúvos, denominadas neste estudo como: com companheiro (a) e sem companheiro (a), respectivamente.

O tempo no exercido na função foi analisado como variável contínua, sendo observado o comportamento dos dados pelo tempo médio na função para cada grupo.

O grau de esforço físico no setor foi classificado de acordo com uma escala de percepção, que variou de 0 a 10, proposta pelas pesquisadoras do Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde do Departamento de Biologia (IOC/Fiocruz).

Na análise estratificada, as co-variáveis idade, escolaridade, renda *per capita* familiar tempo no setor, grau de esforço físico e carga horária foram reagrupadas em estratos definidos pela média. Outras co-variáveis como categoria profissional, escolaridade e número de empregos também foram reagrupadas em dois estratos.

O teste qui quadrado (χ^2) foi utilizado para verificar diferenças entre os grupos analisados durante a análise bivariada. Foi considerado, na avaliação da significância, o valor $p \leq 0,05$.

Com a finalidade de identificar possíveis variáveis de confundimento, foram observados os resultados dos testes de qui quadrado (χ^2) durante as análises bivariadas e estratificadas. Foram consideradas como potenciais confundidoras as co-variáveis que apresentaram significância estatística com a exposição e desfecho investigados, neste caso, foi considerado o valor de $p \leq 0,25$. De acordo com Hosmer e Lemeshow (1989), o uso de níveis mais tradicionais ($p \leq 0,05$), muitas vezes, exclui variáveis reconhecidamente importantes.

3.8.5 Análise da associação entre estresse e TMC

Após a realização da análise descritiva das características da população de trabalhadores, iniciaram-se as análises bivariadas e estratificadas com objetivo de avaliar a associação entre as variáveis e a ocorrência de TMC.

Para cada estrato, foram apresentadas proporções e medidas de associação (RP e OR) com os respectivos intervalos de confiança (IC-95%). As medidas de associação foram

estimadas separadamente para trabalhadores de vínculo permanente e temporário, devido à diferença de magnitude do estresse nos dois grupos.

Para avaliação da associação entre a exposição e desfecho, no caso da *dimensão demanda*, foi utilizada como categoria de referência o grupo que apresentou menor escore de demanda (baixa demanda). No caso da *dimensão controle*, a categoria de referência foi a de maior escore (alto controle). Para o estudo das categorias de estresse no trabalho, a *dimensão baixa exigência* foi considerada como referência, segundo a escala JSS construída por Theorell, Perski e Akersted (1988) baseada no modelo proposto por Karasek (1979).

A regressão logística foi utilizada como procedimento de análise multivariada para ajuste da associação, segundo as variáveis de confusão potenciais. Para cada estrato, foram atribuídos os valores absolutos, proporções e medida de associação com os respectivos intervalos de confiança (IC-95%). Além da variável independente (categorias de estresse), permaneceram no modelo selecionado as seguintes co-variáveis: sexo; idade; tempo de atuação profissional no setor; carga horária semanal; turno; grau de esforço físico no trabalho e vínculo.

Levando em consideração que:

- ⇒ A regressão logística múltipla é um procedimento desenvolvido em análises de estudos de caso-controle, produzindo, portanto, medidas de *Odds Ratio* (OR) e não razões de prevalências (RP);
- ⇒ A OR não é recomendada em situações onde a prevalência é elevada, como é o caso deste estudo;
- ⇒ Seria necessário realizar o cálculo das estimativas de RP e respectivos intervalos de confiança com base nos parâmetros do modelo final;

Optou-se, neste estudo, em função de limitações relacionadas ao tempo, apresentar apenas as medidas de OR, apesar das restrições supramencionadas.

Cada etapa do processo de análise dos dados foi realizada utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* versão 13 (SPSS®).

3.9 CONSTRUÇÃO DO MODELO TEÓRICO INVESTIGATIVO

O modelo teórico testado baseia-se na premissa de que determinado grau de estresse laboral pode ser nocivo para a saúde do profissional e, conseqüentemente, estar associado ao aparecimento de TMC.

Baseado nos preceitos de Karasek e Theorell (1990), os trabalhadores com grau de estresse referente à diagonal “A” possuem risco para adoecimento psíquico. As dimensões alocadas nessa diagonal incluem a *baixa exigência* (baixa demanda psicológica e alto controle) e à *alta exigência* (alta demanda e baixo controle) essa classificação está associada à ocorrência de TMC.

Um conjunto de características pode estar relacionado ao desfecho, sendo potenciais fatores de influência sobre o grau de estresse do trabalhador: sexo; cor da pele; idade; escolaridade; situação conjugal; presença de filhos; renda *per capita* familiar; categoria profissional; carga horária de trabalho semanal; tempo de atuação no setor; turno de trabalho; tipo de vínculo empregatício; tipo de setor, segundo complexidade; grau de esforço físico no setor e número de vínculos empregatícios (Fig. 8).

MODELO TEÓRICO A SER INVESTIGADO

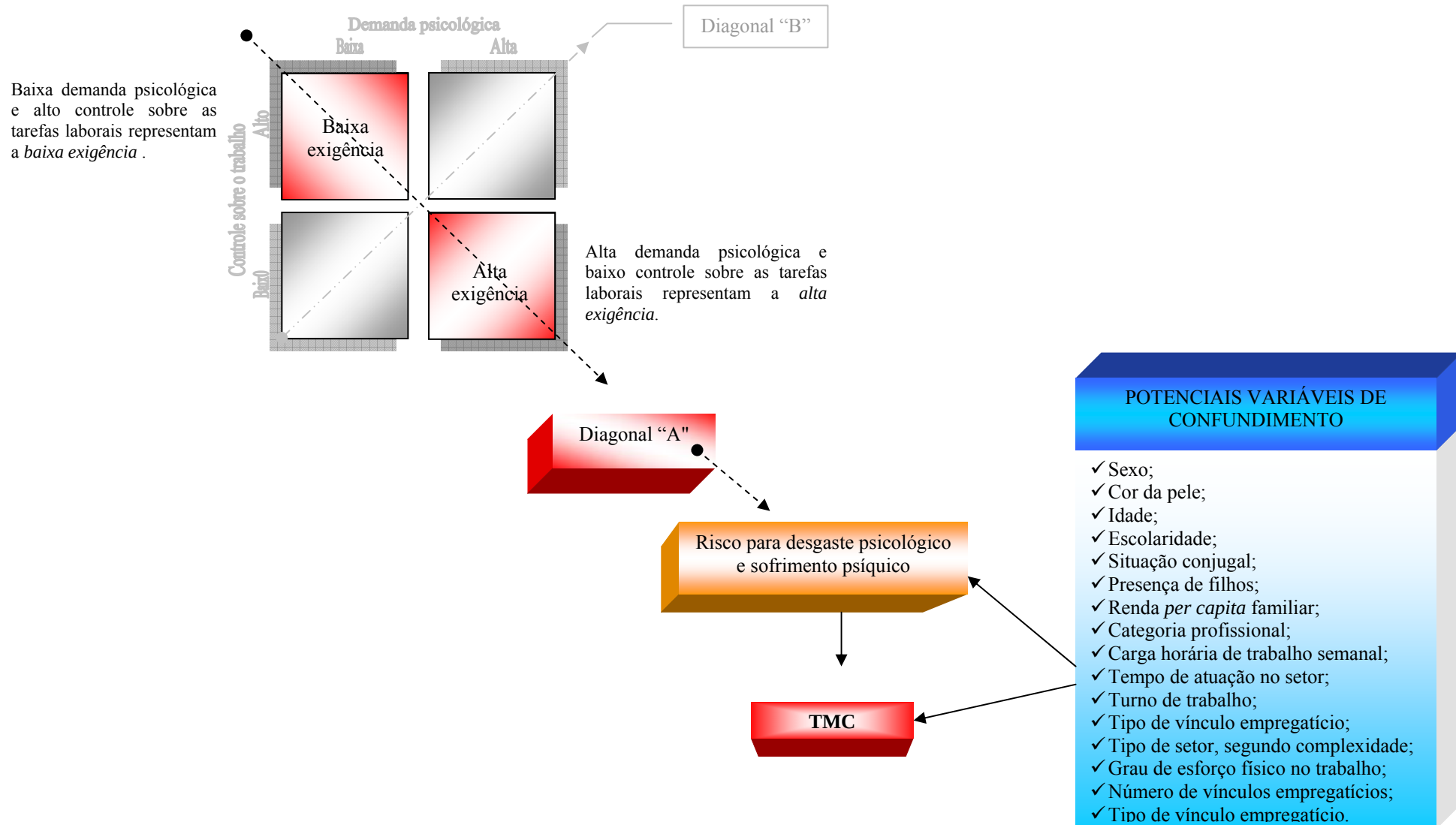


Fig. 8: Esquema no modelo teórico apresentando o risco de desgaste psíquico e potenciais confundidores

3.10 ESTRATIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO SEGUNDO VÍNCULO EMPREGATÍCIO

Durante a análise univariada e bivariada, foi observada uma clara distinção no padrão de distribuição entre os trabalhadores de vínculo temporário e permanente. A análise mostrou diferenças significativas, relacionadas ao vínculo empregatício e idade dos profissionais ($p \leq 0,05$). A população de trabalhadores temporários se apresentou como a mais jovem, e os profissionais com vínculo permanente com idade acima da média encontrada para população geral (Fig. 9).

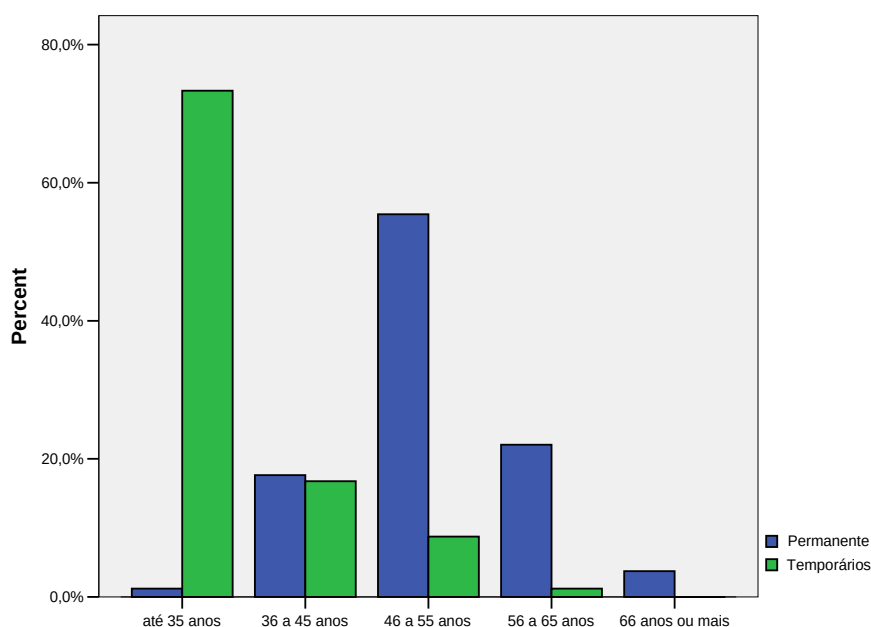


Fig. 9: Gráfico da idade e relação ao vínculo empregatício dos trabalhadores de enfermagem

Na análise inicial dos dados, foram identificadas duas populações distintas em relação às médias de idade e ao tipo de vínculo empregatício. Por esse motivo, optou-se em manter nas análises a estratificação dos grupos de trabalhadores segundo o vínculo (permanente e temporário).

4 RESULTADOS

Dos 1263 trabalhadores elegíveis para o estudo, registrou-se perda de menos de 10%. Considerando as diferenças observadas na análise dos grupos entre trabalhadores de vínculo trabalhista permanente e temporário, optou-se pela estratificação desses grupos na apresentação dos resultados.

A proporção dos dados faltantes nas análises não chegou a 2% das observações para as variáveis e co-variáveis investigadas.

4.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DOS TRABALHADORES

A maioria dos trabalhadores pertencia ao sexo feminino (85,3%) e concentrou-se na faixa etária abaixo de 35 anos (36,9%). A idade média da população geral foi de 41 anos. Em relação à cor da pele auto-referida, a maioria dos trabalhadores considerou-se branca (38,3%), embora a frequência de mestiços e negros, em seu conjunto, tenha sido superior (61,41%). Quanto à escolaridade, 56,9% possuíam ensino superior ou mais. Grande parte vivia com companheiro (a) (43,5%) e um número significativo possuía filhos (58,8%). Da população total, 39% apresentaram renda *per capita* familiar de até dois salários mínimos (Tabela 5).

Tabela 5: Distribuição das co-variáveis sócio-demográficas da população de trabalhadores, segundo vínculo permanente e temporários

VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	Pop. Geral		Permanente		Temporário		Valor de <i>p</i>
	N	%	n	%	n	%	
Raça/cor auto-referida							< 0,0001
Branca	455	38,6	204	34,5	251	51,1	
Mestiça	451	38,3	222	37,6	229	39,0	
Negra	272	23,1	165	27,9	107	18,2	
Sexo							0,779
Feminino	1008	85,3	504	85,0	504	85,6	
Masculino	174	14,7	89	15,0	85	14,4	
Idade por faixa etária							0,0001
Até 35 anos	436	36,9	7	1,2	429	73,0	
De 36 a 45 anos	202	17,1	104	17,5	98	16,7	
De 46 a 55 anos	378	32,0	327	55,1	51	8,7	
56 ou mais	165	14,0	155	26,1	10	1,7	
Média de idade	41,0		51,1		30,3		
Desvio Padrão	13,2		7,05		9,26		
Escolaridade							<0,0001
Ensino fundamental	104	8,8	89	15,0	15	2,5	
Ensino médio	405	34,3	215	36,3	190	32,2	
Ensino superior ou mais	672	56,9	288	48,6	384	65,1	
Situação conjugal							<0,0001
Casado	514	43,5	302	51,0	212	36,0	
Solteiros	432	36,6	121	20,4	311	52,8	
Divorciados, separados, viúvos	235	19,9	169	28,5	66	11,2	
Presença de filhos							<0,0001
Possui filhos	694	58,8	481	81,1	213	36,2	
Não possui filhos	487	41,2	112	18,9	375	63,8	
Faixa de renda per capita familiar							0,005
Até 1 SM	128	10,9	60	10,3	68	11,6	
Entre 1 e 2 SM	331	28,3	189	32,3	142	24,3	
Entre 3 e 4 SM	274	23,4	142	24,3	132	22,6	
Acima de 4 SM	437	37,4	194	32,2	243	41,5	
Média da renda per capita familiar							0,003
Até 4 SM	733	62,6	391	66,8	342	58,5	
5 ou mais	437	37,4	194	33,2	243	41,5	

Legenda: N= população total. n = número de trabalhadores na subcategoria. SM= salário(s) mínimo(s). % freqüência.

Foi notada uma freqüência maior de brancos entre o grupo de temporários (51,1%). Na análise por faixa etária, 73% da população considerada jovem (com até 35 anos) se encontrava entre trabalhadores temporários. Foi observada uma maior concentração de profissionais permanentes na faixa de 46 a 55 anos (55,1%).

Quanto à escolaridade da população de temporários, 65,1% apresentavam ensino superior ou mais, proporção bem superior em relação ao grupo de permanentes.

Pouco mais da metade dos trabalhadores permanentes eram casados (51%). Entre os temporários, verificou-se padrão inverso, com destaque para os solteiros (52,8%).

Uma parcela expressiva dos profissionais do quadro permanente possuía filhos (81,1%), entre os temporários foi observado o inverso.

A proporção de trabalhadores temporários com renda *per capita* familiar acima de quatro salários mínimos foi superior à observada entre os permanentes, 41,5% e 33,2% respectivamente.

O valor de *p* mostrou-se significativo para todas as co-variáveis sócio-demográficas, exceto sexo, demonstrando haver diferença entre os grupos analisados.

4.2 CARACTERÍSTICAS LABORAIS DOS TRABALHADORES

A maior parcela da população era composta de auxiliares de enfermagem e técnicos (72,2%). Do total de profissionais, 39,7% trabalhava há menos de um ano no setor, e 63,4% por até oito anos (Tabela 6).

A maioria dos profissionais (65,7%) possuía mais de um vínculo empregatício, ou seja, exerciam uma segunda jornada de trabalho em outra instituição. Os trabalhadores relataram, em média, 47,6 horas (DP±19,3h) semanais de trabalho o que denota altas demandas laborais referentes à dupla jornada. Observou-se o predomínio do turno diurno na população estudada (52,8%) (Tabela 6).

Na classificação dos setores, 48,8% trabalhavam em setores considerados pesados. A média de esforço físico no setor se manteve em sete, onde 53,1% referiram grau acima da média (Tabela 6).

Tabela 6: Distribuição das co-variáveis laborais da população de trabalhadores, segundo vínculo permanente e temporários

VARIÁVEIS LABORAIS	Total		Permanentes		Temporários		Valor de <i>p</i>
	N	%	n	%	n	%	
Categoria profissional							<0,0001
Enfermeiro	328	27,8	131	22,1	197	33,5	
Técnico e auxiliares	853	72,2	462	77,9	391	66,5	
Média de tempo no setor	7,9		14,8		1,0		-
Desvio padrão	9,41		8,62		2,67		-
Número de empregos							0,013
1 vínculo	405	34,3	183	30,9	222	37,8	
2 ou mais vínculos	776	65,7	410	69,1	366	62,2	
Turno de Trabalho							<0,0001
Diurno	623	52,8	358	60,4	265	45,1	
Noturno	303	25,7	137	23,1	166	28,2	
Misto	255	21,6	98	16,5	157	26,7	
Carga horária semanal							<0,0001
Até 30 h	173	14,6	138	23,3	35	6,0	
31 a 40 h	376	31,8	245	41,3	131	22,3	
41 a 60 h	412	34,9	146	24,6	266	45,2	
> 60h	220	18,6	64	10,8	156	26,5	
Média	47,6		41,8		53,5		
Desvio padrão	19,3		16,3		20,3		
Setores agrupados segundo complexidade							<0,0001
Leve	234	20,2	143	24,8	91	15,6	
Médio	365	31,5	197	34,1	168	28,8	
Pesado	561	48,8	237	41,1	324	55,6	
Esforço físico no trabalho (0-10)							<0,0001
Média	7,33		7,06		7,60		
Desvio padrão	2,04		1,97		2,06		
Grau de esforço físico no setor (média=7)							<0,0001
Até grau 7	554	46,9	235	39,6	319	54,3	
Acima de 7	627	53,1	358	60,4	269	45,7	

Legenda: N= população total. n = número de trabalhadores na subcategoria. % frequência.

O valor de *p* foi significativo para todas as co-variáveis laborais analisadas, demonstrando haver diferença entre os grupos estudados.

Dos profissionais que compunham a população geral, 39,7% exerciam atividades há menos de um ano no setor para qual foi designado. Dois perfis distintos se destacaram em relação ao tempo de permanência no setor (Fig. 10); dos temporários, 73,8% trabalhavam menos de um ano, em contrapartida, 51,6% dos profissionais atuavam mais de quinze anos no mesmo local.

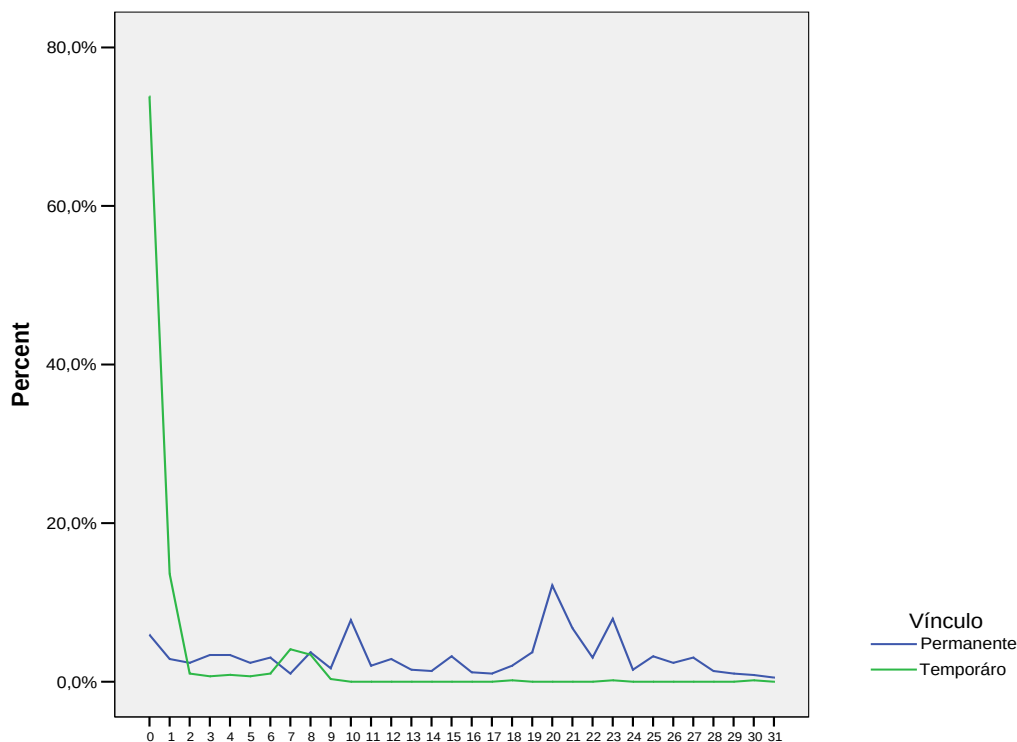


Fig. 10: Distribuição dos trabalhadores segundo tempo de atuação no setor

A carga horária semanal apresentou-se bem superior entre os profissionais temporários, desses 71,7% estavam acima da média geral (47,6 h).

Na classificação dos setores, segundo o grau de complexidade para o cuidado, foi apurado um número significativo de profissionais do quadro temporário que referiram trabalhar em setores considerados pesados (55,6%).

O nível médio de esforço físico auto-referido manteve-se em torno de sete, tanto para funcionários do quadro permanente, quanto para os temporários. O grupo que referiu maior grau de esforço foi composto por profissionais do quadro permanente (60,4%) (Fig. 11).

Todas as co-variáveis laborais apresentaram valor de p estatisticamente significativo, indicando haver diferença entre os grupos de trabalhadores temporários e permanentes.

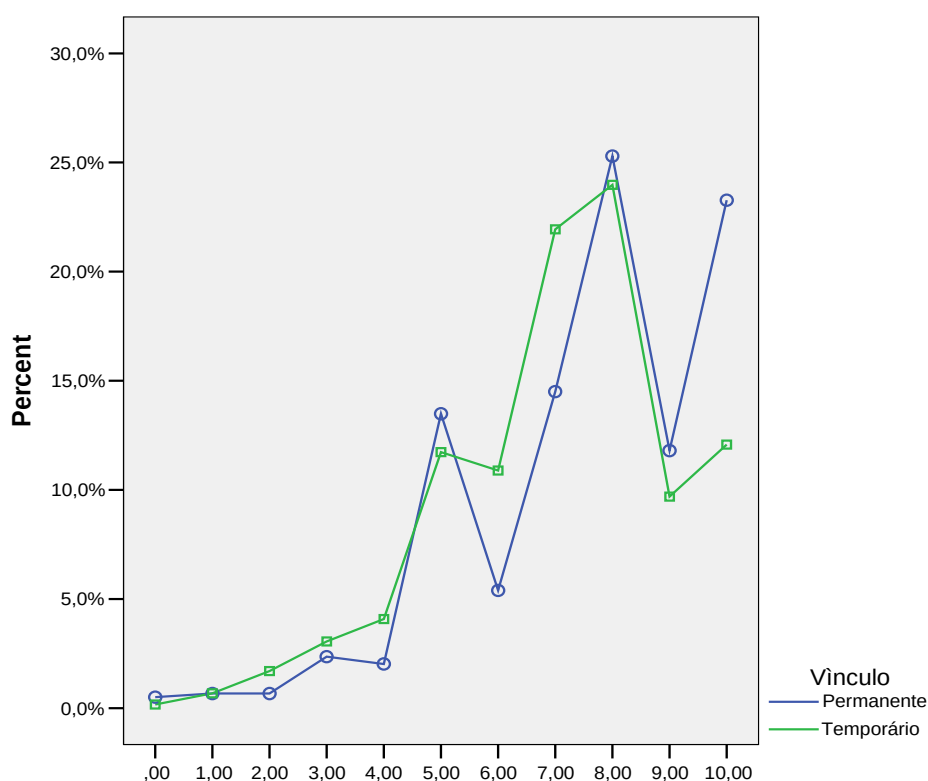


Fig. 11: Distribuição dos trabalhadores segundo grau de esforço físico no trabalho

4.3 DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO SEGUNDO CATEGORIAS DE ESTRESSE NO TRABALHO

4.3.1 Valores da consistência interna da escala de estresse no trabalho

Os valores de consistência interna (coeficiente de Alpha de Cronbach) variaram de 0,16 a 0,75. Os menores valores encontram-se no *discernimento intelectual* (0,36 para temporários e 0,16 para os homens), fator analisado na dimensão controle (Tabela 7).

Tabela 7: Coeficientes Alpha de Cronbach das dimensões de estresse no trabalho para as populações estudadas, homens e mulheres

DIMENSÃO	População geral	Permanentes	Temporários	Mulheres	Homens
<i>Demanda</i>	0,71	0,71	0,70	0,71	0,70
<i>Controle</i>	0,52	0,56	0,45	0,52	0,48
<i>Discernimento intelectual</i>	0,37	0,37	0,36	0,39	0,16
<i>Autoridade para tomada de decisões</i>	0,71	0,75	0,66	0,71	0,74

Os escores de *demanda* variaram de acordo com a escala do *modelo demanda-controle* de 5 a 20 (Fig. 13). Para a população geral, a variável apresentou 12,8 de média, 13 de mediana e desvio padrão de $\pm 2,7$ (Tabela 8).

Os valores de tendência central dos escores de *controle* foram 17,1 de média, 17 de mediana, o desvio padrão foi de $\pm 2,48$ (Fig. 12). A maior parte da população estudada se manteve acima da mediana encontrada na dimensão *demanda* (56,9%) e *controle* (65,7%), o que denota a *alta demanda* e *alto controle* dos trabalhadores (Tabela 8).

Tabela 8: Valores médios da dimensão demanda e da dimensão controle

DIMENSÕES DE ESTRESSE	POPULAÇÃO DE TRABALHADORES						Valor de p
	Geral		Permanente		Temporário		
	N	%	n	%	n	%	
Corte pela mediana de demanda (13)							0,001
Abaixo da mediana	496	43,1	273	48,0	223	38,3	
Acima da mediana	655	56,9	296	52,0	359	61,7	
Corte pela mediana de controle (17)							<0,0001
Abaixo da mediana	398	34,3	232	40,2	166	28,4	
Acima da mediana	764	65,7	345	59,8	419	71,6	
Escore de demanda							
Média	12,8		12,47		13,11		-
Desvio padrão	2,7		2,83		2,51		-
Escore de controle							
Média	17,2		16,9		17,4		-
Desvio Padrão	2,48		2,76		2,12		-

Legenda: N= população total. n = número de trabalhadores na subcategoria. % frequência.

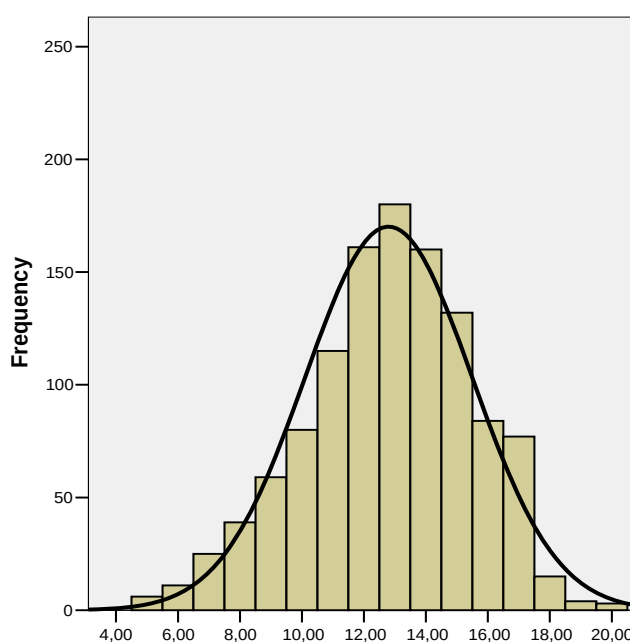


Fig. 12: Histograma do escore de demanda para população geral de trabalhadores

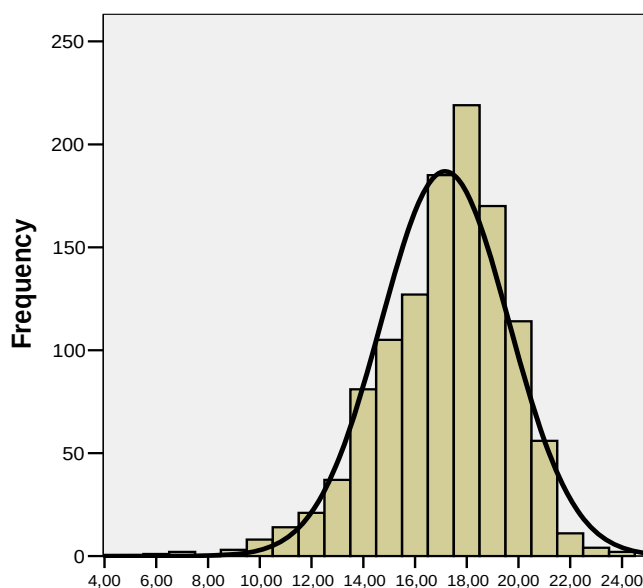


Fig. 13: Histograma do escore de controle para população geral de trabalhadores

Os profissionais reconheceram seu trabalho como aquele que impõe, com frequência, atividades que necessitam ser executadas rapidamente, é realizado de forma intensa, que impõe exigências, onde há tempo para realizar as tarefas e, por fim, com exigências contraditórias ou discordantes. Tais achados revelaram a *alta demanda psicológica* do trabalho na população estudada (Tabela 9).

Tabela 9: Frequência das respostas referentes às questões indicativas da dimensão demanda

QUESTÕES INDICADORAS DE DEMANDA	POPULAÇÃO DE TRABALHADORES					
	Geral		Permanente		Temporário	
	N	%	n	%	n	%
Costuma realizar suas tarefas no trabalho com muita rapidez?						
Sim	815	69,2	419	71,1	396	67,3
Não	363	30,8	170	28,9	192	32,7
Você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?						
Sim	891	75,4	453	76,5	438	74,5
Não	290	24,6	139	23,5	150	25,5
Seu trabalho exige demais de você?						
Sim	859	72,7	428	72,3	431	73,3
Não	322	27,3	164	27,7	157	26,7
Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?						
Sim	1151	99,1	572	99,0	578	99,1
Não	11	0,9	6	1,0	5	0,9
O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?						
Sim	1054	89,9	541	92,2	512	87,5
Não	119	10,1	46	7,8	73	12,5

Legenda: N= população total. n = número de trabalhadores na subcategoria. % frequência.

Os trabalhadores referiram, em sua maioria, que seu trabalho possibilita aprender coisas novas, não exige habilidade ou conhecimentos especializados, não requer iniciativas, é repetitivo e permite a escolha de *como* e *o que* executar nas tarefas a serem realizadas no local de trabalho. Esses achados revelaram o grau mediano de *controle* sobre as atividades laborais (Tabela 10).

Tabela 10: Frequência das respostas referentes às questões indicativas da dimensão controle

QUESTÕES INDICADORAS DE CONTROLE	POPULAÇÃO DE TRABALHADORES					
	Geral		Permanente		Temporário	
	N	%	n	%	n	%
Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?						
Sim	567	48,1	339	57,5	228	38,8
Não	612	51,9	251	42,5	360	61,2
Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?						
Sim	389	33,1	184	31,3	205	34,9
Não	787	66,9	404	68,7	382	65,1
Seu trabalho exige que você tome iniciativas?						
Sim	377	32,1	202	34,4	175	29,9
Não	797	67,9	386	65,6	410	70,1
No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?						
Sim	1169	99,0	581	98,6	587	99,8
Não	9	0,8	8	1,4	1	0,2
Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?						
Sim	886	75,1	417	70,7	468	79,6
Não	293	24,9	173	29,3	120	20,4
Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?						
Sim	1042	88,5	505	85,9	536	91,2
Não	135	11,5	83	14,1	52	8,8

Legenda: N= população total. n = número de trabalhadores na subcategoria. % frequência.

4.3.2 Caracterização dos quadrantes das categorias de estresse no trabalho

A partir dos indicadores descritos anteriormente, foram combinadas as dimensões *demanda* e *controle* de forma a compor os grupos do modelo proposto por Karasek. Foram estabelecidas quatro categorias de exposição ao estresse: *alta exigência*; *trabalho ativo*; *baixa exigência* e *trabalho passivo*. Verificou-se, na população estudada, uma menor frequência de trabalhadores nos grupos *alta exigência* e *trabalho passivo*. Os grupos *trabalho ativo* e *baixa exigência* apresentam proporções mais elevadas (Tabela 11).

Tabela 11: Frequência de trabalhadores de enfermagem, segundo as categorias de estresse no trabalho

CATEGORIAS DE ESTRESSE NO TRABALHO	Total		Permanentes		Temporários		Valor de <i>p</i>
	N	%	n	%	n	%	
Alta exigência (↑D↑C)	204	17,9	109	19,6	95	16,4	<0,0001
Trabalho ativo (↑D↑C)	445	39,1	182	32,7	263	45,3	
Trabalho passivo (↓D↓C)	185	16,3	117	21,0	68	11,7	
Baixa exigência (↓D↓C)	303	26,6	149	26,8	154	26,6	

Legenda: N= população total. n = número de trabalhadores na subcategoria. % frequência.

4.3.2.1 Categorias de estresse no trabalho, segundo aspectos sócio-demográficos

População geral

Na categoria de maior exposição ao estresse, foi verificado que entre os trabalhadores em *alta exigência* havia maior frequência de brancos (38,4%), os que pertenciam ao sexo feminino (87,7%), aqueles na faixa etária de até 35 anos (37,7%), os com ensino superior ou mais (55,9%), aqueles sem companheiros (58,3%), os com filhos (58,3%) e os com renda *per capita* familiar mais elevada (36,6%). A categoria de menor exposição seguiu padrão similar de distribuição nos estratos (Tabela 12).

O grupo de profissionais de enfermagem em *alta exigência* seguiu padrão similar daqueles em *trabalho passivo*. Contudo, neste último, houve exceção em relação à maior frequência de mestiços (40,2%), à concentração de trabalhadores em faixa etária mais elevada (acima de 46 anos – 38,4%), e à renda *per capita* concentrada em estratos mais baixos (32,8%) (Tabela 12).

A maioria das co-variáveis analisadas apresentou valor de *p* significativo, o que denota haver diferença entre os grupos analisados.

População permanente

Entre a população de trabalhadores do quadro permanente, foi observado padrão similar ao da população geral. Entretanto os profissionais efetivos compunham uma maior concentração de mestiços em *alta exigência* (38,9%), indivíduos em faixa etária mais elevada (54,1% - na faixa de 46 a 55 anos), maior número de trabalhadores com companheiro (a) (51,8%), daqueles possuíam filhos (85,3%) e funcionários com renda *per capita* familiar

acima de quatro salários mínimos. Foi observado padrão de distribuição similar na categoria de menor exposição ao estresse (Tabela 12).

O padrão das características sócio-demográficas entre trabalhadores em *trabalho ativo* foi similar àquela observada na população em *trabalho passivo*, entretanto alguns fatores foram singulares como o maior número de brancos em *trabalho ativo* (37,9%) e maior frequência de mestiços na dimensão *trabalho passivo* (37,6%). Neste último, parte considerável da população possuía ganhos de renda *per capita* de até dois salários mínimos (Tabela 12).

População temporária

Entre os trabalhadores com vínculo temporário, não houve diferença em relação ao perfil descrito para população geral em *alta exigência*, exceto no que diz respeito à presença de filhos e o fato deste grupo ser mais jovem. Neste grupo, diferentemente da população geral e daqueles com vínculo permanente, foi observada uma alta proporção de trabalhadores sem filhos (72,6%), assim como apresentaram a menor média de idade. A categoria de menor exposição apresentou padrão similar nos estratos (Tabela 12).

As categorias de exposição intermediária ao estresse apresentaram padrão semelhante de distribuição nas características analisadas. Entretanto, cabe destacar o fato da dimensão *trabalho ativo* incluir maior número de trabalhadores brancos e o *trabalho passivo* mais mestiços, situação parecida àquela observada na população geral e na de permanentes (Tabela 12).

Tabela 12: Distribuição das categorias de estresse no trabalho segundo características sócio-demográficas

CO-VARIÁVEIS SÓCIO- DEMOGRÁFICAS	População geral de trabalhadores								Trabalhadores permanentes										Trabalhadores temporários										
	Alta Exigência (JDFC)		Trabalho Ativo (JDFC)		Trabalho Passivo (JDFC)		Baixa Exigência (JDFC)		Valor de <i>p</i>	Alta Exigência (JDFC)		Trabalho Ativo (JDFC)		Trabalho Passivo (JDFC)		Baixa Exigência (JDFC)		Valor de <i>p</i>	Alta Exigência (JDFC)		Trabalho Ativo (JDFC)		Trabalho Passivo (JDFC)		Baixa Exigência (JDFC)		Valor de <i>p</i>		
	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	n	%			
Raça/cor auto-referida									0,778										0,983										0,917
Branca	78	38,4	186	41,9	65	35,3	117	38,6		35	32,4	69	37,9	40	34,2	52	34,9		43	45,3	116	44,4	25	37,3	65	42,2			
Mestiça	76	37,4	167	37,6	74	40,2	116	38,3		42	38,9	66	36,3	44	37,6	57	38,3		34	35,8	101	38,7	30	44,8	59	38,3			
Negra	49	24,1	91	20,5	45	24,5	70	23,1		31	28,7	47	25,8	33	28,2	40	26,8		18	18,9	44	16,9	12	17,9	30	19,5			
Sexo									0,043									0,001										0,239	
Feminino	179	87,7	370	83,1	168	90,8	252	83,2		95	87,2	153	84,1	111	94,9	115	77,2		84	88,4	216	82,4	57	83,8	137	89,0			
Masculino	25	12,3	75	16,9	17	9,2	51	16,8		14	12,8	29	15,9	6	5,1	34	22,8		11	11,6	46	17,6	11	16,2	17	11,0			
Faixa etária									0,003									0,364										0,579	
Até 35 anos	77	37,7	196	44,0	50	27,0	109	36,0		2	1,8	3	1,6	-	-	2	1,3		75	79,9	193	73,7	50	73,5	107	69,5			
De 36 a 45 anos	38	18,6	77	17,3	29	15,7	54	17,8		24	22,0	39	21,4	17	14,5	21	14,1		14	14,7	38	14,5	12	17,6	33	21,4			
De 46 a 55 anos	63	30,9	130	29,2	71	38,4	93	30,7		59	54,1	102	56,0	66	56,4	82	55,0		4	4,2	27	10,3	5	7,4	11	7,1			
56 anos ou mais	26	12,7	42	9,4	35	18,9	47	15,5		24	22,0	38	20,9	34	29,1	44	29,5		2	2,1	4	1,5	1	1,5	3	1,9			
Média etária									0,001									0,001										0,182	
Abaixo da faixa média	91	45,0	233	52,7	64	35,0	139	45,9	41anos	67	60,9	124	67,4	55	47,8	75	50,3	51anos	67	72,0	161	62,4	46	67,6	91	59,1	30 anos		
Acima da faixa média	111	55,0	209	47,3	119	65,0	164	54,1		43	39,1	60	32,6	60	52,2	74	49,7		26	28,0	97	37,6	22	32,4	63	40,9			
Escolaridade									0,0001									0,107										0,022	
Ens.Fund.Comp.	17	8,3	28	6,3	29	15,7	25	8,3		16	14,7	20	11,0	25	21,4	23	15,4		1	1,1	8	3,1	4	5,9	2	1,3			
Ens.Méd.Comp.	73	35,8	125	28,1	67	36,2	116	38,3		41	37,6	57	31,3	44	37,6	53	35,6		32	33,7	68	26,0	23	33,8	63	40,9			
Ens.Sup.ou mais	114	55,9	292	65,6	89	48,1	162	53,5		52	47,7	105	57,7	48	41,0	73	49,0		62	65,3	186	71,0	41	60,3	89	57,8			
Situação conjugal									0,479									0,943										0,586	
Com companheiro (a)	85	41,7	184	41,3	88	47,6	135	44,6		57	51,8	93	50,3	63	53,8	76	51,0		28	29,8	91	35,0	25	36,8	59	38,3			
Sem companheiro (a)	119	58,3	261	58,7	97	52,4	168	55,4		53	48,2	92	49,7	54	46,2	73	49,0		66	70,2	169	65,0	43	63,2	95	61,7			
Presença de filhos									0,035									0,225										0,265	
Possui filhos	119	58,3	242	54,4	124	67,0	175	57,8		93	85,3	146	80,2	99	84,6	114	76,5		26	27,4	95	36,3	25	36,8	61	39,6			
Não possui filhos	85	41,7	203	45,6	61	33,0	128	42,2		16	14,7	36	19,8	18	15,4	35	23,5		69	72,6	167	63,7	43	63,2	93	60,4			
Renda per capita familiar									0,080									0,436										0,042	
Até 1 salário	22	10,9	45	10,2	20	10,9	30	10,1		14	13,0	14	7,7	11	9,6	13	9,0		8	8,5	31	11,9	9	13,2	17	11,1			
Entre 1 e 2 SM	53	26,2	107	24,2	51	32,8	58	30,9		32	29,6	54	29,8	43	37,4	44	30,3		21	22,3	53	20,3	17	25,0	48	31,4			
Entre 3 e 4 SM	53	26,2	107	24,2	58	19,5	51	27,9		27	25,0	52	28,7	28	24,3	29	20,0		26	27,7	54	20,7	23	33,8	29	19,0			
Acima de 4 SM	74	36,6	184	41,5	52	28,4	118	39,6		35	32,4	61	33,7	33	28,7	59	40,7		39	41,5	123	47,1	19	27,9	59	38,6			

Legenda: n = número de trabalhadores na subcategoria. % frequência.

4.3.2.2 Categorias de estresse no trabalho, segundo aspectos laborais

População geral

Na categoria de maior exposição (alta exigência), encontravam-se os técnicos e auxiliares de enfermagem (77%), aqueles com menos de um ano de trabalho no setor (41,2%), os que exerciam atividades em setores considerados pesados (55,8%), aqueles que trabalhavam em turno diurno (50,5%), aqueles com carga horária entre 41 e 60 h semanais, trabalhadores com apenas um vínculo empregatício (64,2%), e entre os que referiram grau de esforço físico no trabalho acima da média (63,7%) (Tabela 13).

A distribuição das frequências mostrou-se similar entre categoria de maior e menor exposição, exceto em relação ao grau de esforço no setor. O grupo em *baixa exigência* referiu grau esforço abaixo da média (61,7%) (Tabela 13).

O grupo em *trabalho ativo* mostrou similaridade com aqueles em *trabalho passivo* em relação às características laborais, entretanto foi verificado que os trabalhadores passivos atuavam, mais frequentemente, em setores de média complexidade (36,6%), apresentavam carga horária semanal entre 31 e 40h (40%), e grau de esforço físico abaixo da média (51,9%) (Tabela 13).

O valor de *p* mostrou-se estatisticamente significativo na análise da população geral, mostrando haver diferenças entre os grupos estudados.

População permanente

Na categoria de maior exposição, com maior frequência, encontravam-se técnicos e auxiliares (84,4%), os com quinze anos ou mais de trabalho no setor (56%), os que exerciam suas atividades em setores classificados como pesados (49,4%), os que trabalhavam em turno diurno (58,7%), os com carga horária semanal de 31 a 40 h (38,5%), aqueles com dois ou mais vínculos empregatícios (66,4%), e os que referiam grau de esforço físico no trabalho acima da média (70,6%). Tempo de trabalho no setor desses profissionais era maior, e grande parte da população se encontrava acima da média de 14 anos (57,3%) (Tabela 13).

Frequência similar foi encontrada na categoria de menor exposição, exceto em relação ao grau de esforço físico no setor, onde o grupo de *baixa exigência* apresentou valores abaixo da média para essa co-variável e para o tempo de trabalho no setor (Tabela 13).

As categorias de exposição intermediária apresentaram padrão similar de distribuição dos dados, salvo em relação ao tipo de setor, onde os trabalhadores em *trabalho passivo* referiram atuar em locais de média complexidade (Tabela 13).

População temporária

Entre a população de temporários, foi verificada elevada proporção de técnicos e auxiliares na categoria *alta exigência* (84,4%), assim como nos grupos anteriores. Grande parcela possuía até 1 ano de trabalho no setor (83,2%). A maior proporção de trabalhadores era a dos que exerciam atividades em setores classificados como pesados (63,4%), aqueles que atuavam em turno diurno (41,1%), entre os com carga horária semanal entre 41 e 60 h (46,3%), aqueles com dois vínculos ou mais (67%) e os com grau de esforço físico auto-referido acima da média (55,8%) (Tabela 13).

Comparando-se a categoria de maior e menor exposição ao estresse, foi verificado que o grupo em *baixa exigência* exercia atividades em setores de média complexidade (38,8%), e apresentavam grau de esforço físico auto-referido abaixo da média (68,2%) (Tabela 13).

A categoria de *trabalho ativo* apresentou padrão de distribuição similar ao *trabalho passivo*, um item diferencial foi o grau de esforço físico, que para este último grupo esteve abaixo da média (Tabela 13).

Tabela 13: Distribuição das categorias de estresse no trabalho segundo características laborais

CO-VARIÁVEIS LABORAIS	CATEGORIAS DE ESTRESSE NO TRABALHO																										
	População geral de trabalhadores								Valor de <i>p</i>	Trabalhadores com vínculo permanente								Valor de <i>p</i>	Trabalhadores com vínculo temporário								Valor de <i>p</i>
	Alta Exigência (JDFC)		Trabalho Ativo (JDAJC)		Trabalho Passivo (FDFC)		Baixa Exigência (FDAJC)			Alta Exigência (JDFC)		Trabalho Ativo (JDAJC)		Trabalho Passivo (FDFC)		Baixa Exigência (FDAJC)			Alta Exigência (JDFC)		Trabalho Ativo (JDAJC)		Trabalho Passivo (FDFC)		Baixa Exigência (FDAJC)		
	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	n	%	
Categoria profissional									<0,0001									<0,0001									<0,0001
Enfermeiro	47	23,0	175	39,3	23	12,4	75	24,8		17	15,6	59	32,4	13	11,1	37	24,8		30	31,6	116	44,3	10	14,7	38	24,7	
Técnico e auxiliares	157	77,0	270	60,7	162	87,6	228	75,2		92	84,4	123	67,6	104	88,9	112	75,2		92	84,4	123	67,6	104	88,9	112	75,2	
Tempo no setor									0,002									0,047									0,059
Menos de 1 ano	84	41,2	185	41,6	69	37,3	127	41,9		5	4,6	7	3,8	14	12,0	9	6,0		79	83,2	178	67,9	55	80,9	118	76,6	
De 1 a 5 anos	27	13,2	88	19,8	21	11,4	41	13,5		17	15,6	30	16,5	15	12,8	18	12,1		10	10,5	58	22,1	6	8,8	23	14,9	
De 5 a 10 anos	19	9,3	64	14,4	21	11,4	46	15,2		14	12,8	39	21,4	14	12,0	33	22,1		5	5,3	25	9,5	7	10,3	13	8,4	
De 10 a 15 anos	12	5,9	15	3,4	12	6,5	22	7,3		12	11,0	15	8,1	12	10,3	22	14,8		-	-	-	-	-	-	-	-	
15 anos ou mais	62	30,4	15	20,9	12	33,5	22	22,1		61	56,0	91	50,0	62	53,0	67	45,0		1	1,1	1	0,4	-	-	-	-	
Média de tempo no setor									<0,0001									0,414									0,323
Até a média encontrada	140	68,6	349	78,4	117	63,2	229	75,6	8 anos	47	42,7	90	48,6	49	41,9	75	50,3	14 anos	87	92,6	223	85,8	60	88,2	138	89,6	1 ano
Acima da média	64	31,4	96	21,6	68	36,8	74	24,4		63	57,3	95	51,4	68	58,1	74	49,7		7	7,4	37	14,2	8	11,8	16	10,4	
Sector seg.complexidade									<0,0001									0,031									<0,0001
Leve	29	14,6	68	15,5	55	30,1	78	26,4		22	20,8	40	22,2	34	29,6	43	29,9		7	7,5	28	10,8	21	30,9	35	23,0	
Médio	59	29,6	122	27,8	67	36,6	102	34,5		32	30,2	64	35,6	49	42,6	43	29,9		27	29,0	58	22,4	18	26,5	59	38,8	
Pesado	111	55,8	249	56,7	61	33,3	116	39,2		52	49,4	76	42,2	32	27,8	58	40,3		59	63,4	173	66,8	29	42,6	58	38,2	
Turno de trabalho									0,002									0,651									0,001
Diurno	103	50,5	242	54,4	98	53,0	159	52,5		64	58,7	120	65,9	67	57,3	88	59,1		39	41,1	122	46,6	31	45,6	71	46,1	
Noturno	60	29,4	85	19,1	56	30,3	88	29,0		26	23,9	32	17,6	30	25,6	37	24,8		34	35,8	53	20,2	26	38,2	51	33,1	
Misto	41	20,1	118	26,5	31	16,8	56	18,5		19	17,4	30	16,5	20	17,1	24	16,1		22	23,2	87	33,2	11	16,2	32	20,8	
Carga horária semanal									<0,0001									0,129									0,002
Até 30 h	33	16,2	59	13,3	32	17,3	43	14,2		27	24,8	42	23,1	25	21,4	38	25,5		6	6,3	17	6,5	7	10,3	5	3,2	
31 a 40 h	64	31,4	113	25,4	74	40,0	104	34,3		42	38,5	68	37,4	58	49,6	58	38,9		22	23,2	45	17,2	16	23,5	46	29,9	
41 a 60 h	72	35,3	151	33,9	61	33,0	114	37,9		28	25,7	41	22,5	28	23,9	39	26,2		44	46,3	109	41,6	33	48,5	75	48,7	
> 60h	35	17,2	122	27,4	18	9,7	42	13,9		12	11,0	31	17,0	6	5,1	14	9,4		23	24,2	91	34,7	12	17,6	28	18,2	
Carga horária semanal média									<0,0001									0,332									<0,0001
Até a média encontrada	99	48,5	180	40,4	110	59,5	150	49,5	48h	70	64,2	112	61,5	84	71,8	98	65,8	42h	62	66,0	142	54,6	52	76,5	108	70,1	53h
Acima da média	105	51,5	265	59,6	75	40,5	153	50,5		39	35,8	70	38,5	33	28,2	51	34,2		32	34,0	118	45,4	16	23,5	46	29,9	
Número de empregos									0,001									0,240									0,004
1 vínculo	131	64,2	248	55,7	133	71,9	195	64,4		37	33,6	57	30,8	33	28,2	50	33,6		31	33,0	116	44,6	17	25,0	49	31,8	
2 ou mais vínculos	73	35,8	197	44,3	52	28,1	108	35,6		73	66,4	128	69,2	84	71,8	99	66,4		63	67,0	144	55,4	51	75,0	105	68,2	
Média do grau de esforço físico no setor									<0,0001									<0,0001									<0,0001
Até grau 7	74	36,3	179	40,2	96	51,9	187	61,7		32	29,4	58	31,9	49	41,9	82	55,0		42	44,2	121	46,2	47	69,1	105	68,2	
Acima de 7	130	63,7	266	59,8	89	48,1	116	38,3		77	70,6	124	68,1	68	58,1	67	45,0		53	55,8	141	53,8	21	30,9	49	31,8	

Legenda: n = número de trabalhadores na subcategoria. % frequência.

4.4 ANÁLISE DO SELF REPORTING QUESTIONNAIRE

A prevalência global de TMC na população estudada foi de 23,6%. Entre os profissionais temporários, a frequência foi ligeiramente mais elevada (26,4%) (Tabela 14).

As distribuições dos escores mantiveram-se similares na população geral, permanente e temporária. Destacou-se uma frequência discretamente mais elevada de casos suspeitos entre os trabalhadores de vínculo temporário (Fig. 14, 15 e 16).

Tabela 14: Prevalências de TMC nas populações investigadas

POPULAÇÕES DE TRABALHADORES							
TMC	Geral		Permanentes		Temporários		Valor de <i>p</i>
	n	%	n	%	n	%	
Suspeito	279	23.6	124	20.9	155	26.4	0,027
Não suspeito	902	76.4	469	79.1	433	73.6	

Legenda: **n** = número de trabalhadores na subcategoria. **%** = prevalência.

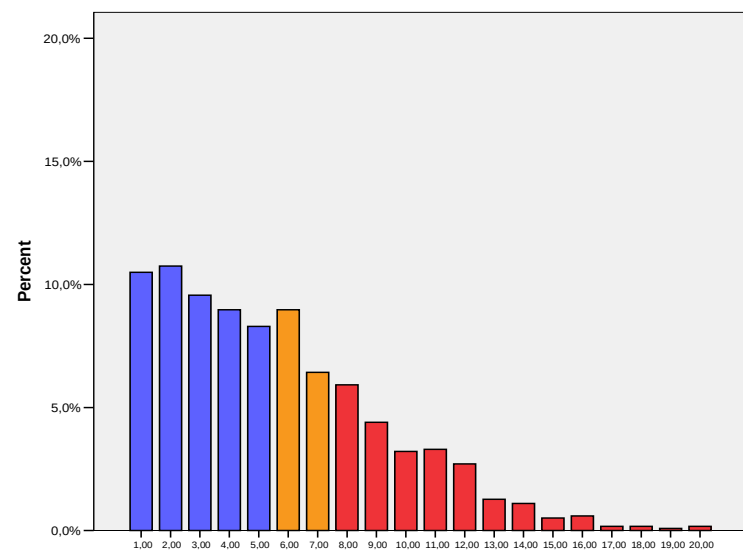


Fig. 14: Distribuição percentual dos escores do SRQ para população geral de trabalhadores

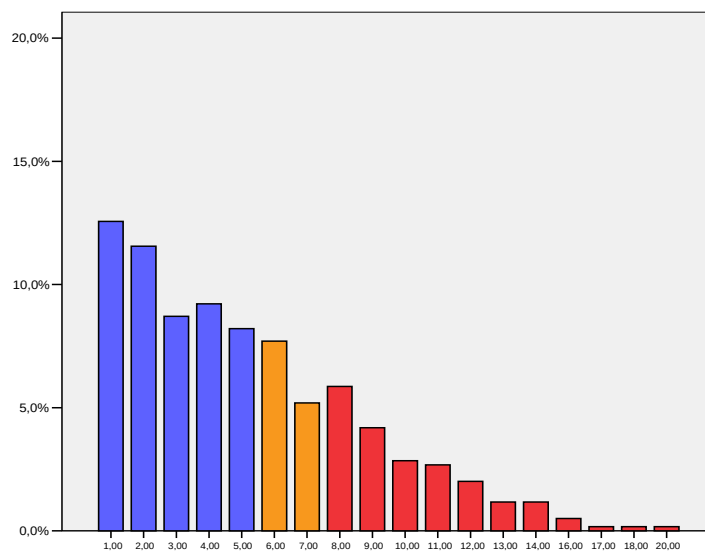


Fig. 15: Distribuição percentual dos escores do SRQ para população de trabalhadores do quadro permanente

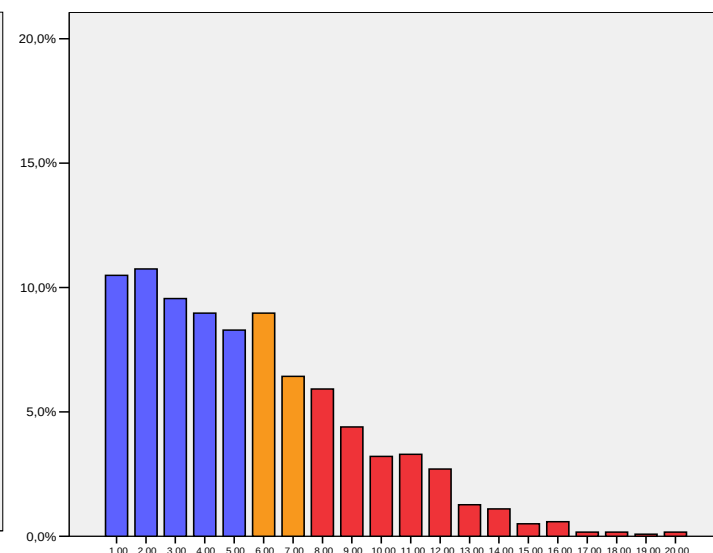


Fig. 16: Distribuição percentual dos escores do SRQ para população de trabalhadores do quadro temporário

4.4.1 Análise da distribuição de casos suspeitos de TMC segundo respostas do SRQ

Para trabalhadores com escore maior igual a sete, as questões do SRQ-20 com respostas afirmativas mais freqüentes foram: *sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a); tem se sentido triste ultimamente; dorme mal; tem sensações desagradáveis no estômago; cansa-se com facilidade; e tem dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias.*

As questões dos grupos fatoriais *humor depressivo/ansioso, decréscimo de energia, sintomas somáticos* foram as mais referidas. As menores freqüências foram observadas no grupo *pensamentos depressivos*.

Tabela 15: Comparação entre a população permanente e temporária em relação à distribuição de TMC, segundo respostas positivas ao *Self Reporting Questionnaire*

GRUPO DE SINTOMAS*	Permanente		Temporário	
	n	%	n	%
Humor Depressivo/ Ansioso				
Sente-se nervosa, tenso (a) ou preocupado (a)	114	91,9	114	82,9
Assusta-se com facilidade	76	61,3	97	62,6
Tem se sentido triste ultimamente	101	82,1	124	80,0
Tem chorado mais do que de costume	56	46,7	86	55,5
Sintomas Somáticos				
Tem dores de cabeça freqüentes	78	62,9	110	71,0
Dorme mal	87	70,2	114	73,5
Tem sensações desagradáveis no estômago	86	69,9	113	73,4
Tem má-digestão	79	64,8	86	55,5
Tem falta de apetite	29	23,8	47	30,3
Tem tremores nas mãos	28	23,1	50	32,3
Decréscimo de Energia Vital				
Cansa-se com facilidade	83	66,9	123	79,4
Tem dificuldade em tomar decisões	79	63,7	88	57,1
Tem dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias	89	72,4	101	65,2
Seu trabalho é penoso	47	37,9	54	34,8
Sente-se cansada o tempo todo	72	59,0	101	65,2
Tem dificuldade de pensar com clareza	71	57,7	89	57,4
Pensamentos Depressivos				
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida	26	21,1	17	11,0
Tem perdido o interesse pelas coisas	59	47,6	75	48,7
Tem tido a idéia de acabar com a vida	10	8,1	16	10,3
Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo	8	6,5	16	10,3

Legenda: n = número de trabalhadores na subcategoria. % freqüência.

* incluídos somente trabalhadores suspeitos com escore ≥ 7 .

4.4.2 Prevalência TMC segundo características sócio-demográficas

Na análise da cor da pele auto-referida, os maiores valores de prevalência foram para mestiços entre a população geral e de permanentes, e cor branca para temporários.

Nos três grupos investigados, o sexo feminino apresentou as maiores prevalências de TMC, com destaque para trabalhadores com vínculo temporário.

A prevalência de TMC foi elevada entre os mais jovens (até 35 anos) e esteve relacionada à maior escolaridade, essa característica foi ainda mais expressiva entre trabalhadores do quadro temporário.

Em relação à situação conjugal, trabalhadores sem companheiro (a) apresentaram prevalência mais elevada para o desfecho deste estudo. Nas três populações investigadas, valores prevalentes mais elevados foram observados entre aqueles que não possuíam filhos (Tabela 16).

Em relação à renda *per capita* familiar, as maiores prevalências encontradas foram entre trabalhadores com ganhos entre três e quatro salários mínimos na população geral e temporária, e de até um salário entre os permanentes. Observando a estratificação pela média de renda *per capita*, puderam-se constatar valores prevalentes maiores para TMC entre aqueles que ganhavam abaixo da média na população geral e de permanentes, o inverso pôde ser constatado entre os temporários.

Tabela 16: Prevalência de TMC segundo características sócio-demográficas

CO-VARIÁVEIS SÓCIO- DEMOGRÁFICAS	POPULAÇÃO DE TRABALHADORES											
	Geral				Permanentes				Temporários			
	N	n	%	Valor de <i>p</i>	N	n	%	Valor de <i>p</i>	N	n	%	Valor de <i>p</i>
Raça/cor auto-referida				0,416				0,072				0,402
Branca	455	108	23,7		205	35	17,1		250	73	29,2	
Mestiça	451	114	25,3		225	58	25,8		226	56	24,8	
Negra	272	57	21,0		165	32	19,4		107	25	23,4	
Sexo				<0,0001				0,003				0,049
Feminino	1008	256	25,4		508	117	23,0		500	139	27,8	
Masculino	174	23	13,2		89	8	9,0		85	15	17,6	
Faixa etária				0,001				0,779				0,005
Até 35 anos	436	131	30,0		7	2	28,6		429	129	30,1	
De 36 a 45 anos	202	39	19,3		107	25	23,4		95	14	14,7	
De 46 a 55 anos	379	77	20,3		328	69	21,0		51	8	15,7	
56 ou mais anos	165	32	19,4		155	29	18,7		10	3	30,0	
Média etária				0,004				0,531				<0,0001
Abaixo da faixa média	533	147	27,6	41anos	337	263	78,0	51anos	367	116	31,6	30 anos
Acima da faixa média	642	131	20,4		257	51	19,8		215	37	17,2	
Escolaridade				0,067				0,542				0,007
Ensino médio	509	107	21,0		305	67	22,0		204	40	19,6	
Ensino superior ou mais	672	172	25,6		219	58	26,5		381	114	29,9	
Situação conjugal				0,089				0,462				0,219
Com companheiro (a)	514	109	21,2		304	60	19,7		210	49	23,3	
Sem companheiro (a)	668	170	24,4		293	65	22,2		375	105	28,0	
Filhos				0,005				0,290				0,085
Possui filhos	695	144	20,7		483	97	20,1		212	47	22,2	
Não possui filhos	487	135	27,7		114	28	24,6		373	107	28,7	
Renda per capita familiar				0,675				0,009				0,301
Até 1 SM	128	32	25,0		60	18	30,0		68	14	20,6	
Entre 1 e 2 SM	331	78	23,6		189	46	24,3		142	32	22,5	
Entre 3 e 4 SM	275	71	25,8		144	33	22,9		132	39	29,5	
Acima de 4 SM	437	96	22,0		196	26	13,3		243	70	28,8	
Renda média per capita familiar				0,295				0,004				0,974
Até 4 SM	734	181	24,7		344	86	25,0		371	98	26,4	
5 ou mais	437	96	22,0		245	37	15,1		211	56	26,5	

Legenda: N= população total. n = número de trabalhadores na subcategoria. % = prevalência. SM= salário(s) mínimo(s)

4.4.2 Análise da prevalência TMC segundo características laborais

Em relação às características laborais, foi observado um padrão muito similar entre a categoria de enfermeiros da população geral e temporária, cujos valores prevalentes para TMC foram os mais expressivos. Para os profissionais permanentes, padrão inverso foi observado (Tabela 17).

Os setores de complexidade média apresentaram valores muito próximos daqueles classificados como pesados nos três grupos. O turno misto de trabalho apresentou as maiores prevalências para TMC nas três populações estudadas, assim como a carga horária mais elevada (>60 h) e jornadas acima da média em cada grupo. Trabalhadores que possuíam dois

ou mais vínculos empregatícios apresentaram maiores prevalências de TMC, sendo superior o valor observado entre os temporários. O grau de esforço físico acima da média esteve relacionado às maiores prevalência nos três grupos (Tabela 17).

Tabela 17: Prevalência de TMC segundo características laborais

CO-VARIÁVEIS LABORAIS	POPULAÇÃO DE TRABALHADORES											
	Geral				Permanentes				Temporários			
	N	n	%	Valor de <i>p</i>	N	n	%	Valor de <i>p</i>	N	n	%	Valor de <i>p</i>
Categoria profissional				0,693				0,144				0,167
Enfermeiro	328	80	24,4		134	22	16,4		194	58	29,9	
Técnicos e auxiliares	854	199	23,3		463	103	22,2		391	97	24,8	
Média de tempo no setor				0,021				0,958				0,177
Até a média encontrada	749	193	25,8	8 anos	271	57	21,0	14 anos	514	140	27,2	1 ano
Acima da média	433	86	19,9		326	68	20,9		71	14	19,7	
Sector segundo complexidade				0,457				0,603				0,851
Leve	234	48	20,5		143	26	18,2		91	22	24,2	
Médio a pesado	366	90	24,6		197	44	22,3		168	46	27,4	
Pesado	561	136	24,2		237	52	21,9		324	84	25,9	
Turno de trabalho				0,003				0,298				0,025
Diurno	623	125	20,1		358	68	19,0		265	57	21,5	
Noturno	303	76	25,1		138	31	22,5		165	45	27,3	
Misto	256	78	30,5		101	26	25,7		155	52	33,5	
Carga horária semanal				0,013				0,673				0,028
Até 30 h	173	40	23,1		138	29	21,0		35	11	31,4	
31 a 40 h	376	77	20,5		245	50	20,4		131	27	20,6	
41 a 60 h	413	92	22,3		146	28	19,2		266	63	23,7	
> 60h	220	70	31,8		64	17	26,6		153	53	34,6	
Média carga horária semanal				0,123				0,760				0,006
Até a média encontrada	628	137	21,8	48h	389	80	20,6	42h	369	83	22,5	53h
Acima da média	554	142	25,6		208	45	21,6		216	71	32,9	
Número de empregos				0,218				0,792				0,248
1 vínculo	736	165	22,4		398	82	20,6		338	83	24,5	
2 ou mais vínculos	446	114	25,5		199	43	21,6		250	72	28,8	
Média de esforço físico no setor				0,043				0,091				0,091
Até grau 7	554	116	20,9		235	41	17,4		319	75	23,5	
Acima de 7	628	163	26,0		362	84	23,2		266	79	29,7	

Legenda: N= população total. n = número de trabalhadores na subcategoria. % = prevalência.

4.4.4 Análise da prevalência de TMC segundo categorias de estresse no trabalho

A prevalência de TMC foi mais alta na categoria de maior exposição (alta exigência) nas três populações investigadas. Prevalências menores foram observadas nas categorias de menor exposição (Tabela 18).

As diferenças encontradas foram estatisticamente significativas, demonstrando que são grupos independentes.

Tabela 18: Prevalência de TMC para trabalhadores de enfermagem, segundo as categorias de estresse no trabalho

CATEGORIAS DE ESTRESSE	N	n	%	Valor de <i>p</i>
Pop. Geral de trabalhadores				<0,0001
Alta exigência (↑D↓C)	204	73	35,8	
Trabalho ativo (↑D↑C)	445	122	27,4	
Trabalho passivo (↓D↓C)	185	31	16,8	
Baixa exigência (↓D↑C)	303	46	15,2	
Pop. Trabalhadores permanentes				0,002
Alta exigência (↑D↓C)	110	37	33,6	
Trabalho ativo (↑D↑C)	185	42	22,7	
Trabalho passivo (↓D↓C)	117	19	16,2	
Baixa exigência (↓D↑C)	149	23	15,4	
Pop. Trabalhadores temporários				<0,0001
Alta exigência (↑D↓C)	94	36	38,3	
Trabalho ativo (↑D↑C)	260	80	30,8	
Trabalho passivo (↓D↓C)	68	12	17,6	
Baixa exigência (↓D↑C)	154	23	14,9	

Legenda: N= população total. n = número de trabalhadores na subcategoria. % = prevalência.

Análise estratificada do grau de demanda

Foi verificada associação estatística positiva entre *demandas psicológicas do trabalho* e TMC. A magnitude da variação dos transtornos foi expressa entre os estratos de *alta demanda* que apresentou as maiores razões de prevalências. Foi observado nítido gradiente do tipo dose resposta (tabela 19).

Análise estratificada do grau de controle sobre o trabalho

O *controle sobre o trabalho* esteve positivo e estatisticamente associado aos TMC. O estrato de *baixo controle* apresentou as mais altas RP entre as três populações estudadas, onde se destacou o valor encontrado para os temporários (RP=4,48), neste grupo, foi observado nítido gradiente do tipo dose resposta entre os temporários (tabela 19).

Análise estratificada segundo categorias de estresse no trabalho

Na comparação entre a prevalência de TMC e as categorias de estresse no trabalho, o quadrante *alta exigência* reuniu as RP mais elevadas para transtornos mentais, confirmando a principal predição do modelo D-C para o risco de adoecimento psíquico na diagonal “A” (Tabela 19).

Devem ser ressaltados os elevados valores no quadrante *trabalho ativo* nos três grupos, demonstrando a relevância da dimensão *alta demanda* que, mesmo combinada com *alto controle*, pode ser prejudicial à saúde mental. O gradiente do tipo dose resposta pôde ser contemplado, na avaliação das categorias de estresse, nas três populações investigadas.

Tabela 19: Razões de prevalências e respectivos intervalos de confiança (IC-95%) entre transtornos mentais comuns e categorias de estresse no trabalho

CARACTERÍSTICAS		POPULAÇÃO DE TRABALHADORES																	
		Geral					Permanentes						Temporários						
		N	n	%	RP	IC-95%	Valor de p	N	n	%	RP	IC-95%	Valor de p	N	n	%	RP	IC-95%	Valor de p
GRAU DE DEMANDA																			
Alto		183	76	41,5	2,96	2,15-4,06	<0,0001	82	34	41,5	2,87	1,86-4,43	<0,0001	101	42	41,6	3,07	1,92-4,91	<0,0001
Médio-alta		292	82	28,1	2,00	1,45-2,76	<0,0001	131	29	22,1	1,53	0,95-2,46	0,076	161	53	32,9	2,43	1,53-3,87	<0,0001
Médio-baixa		341	69	20,2	1,44	1,02-2,02	0,032	173	33	19,1	1,32	0,83-2,10	0,238	168	36	21,4	1,58	0,96-2,61	0,066
Baixo		335	47	14,0	1,00	-	-	187	27	14,4	1,00	-	-	148	20	13,5	1,00	-	-
GRAU DE CONTROLE																			
Baixo		399	120	30,1	3,30	2,05-5,33	<0,0001	224	59	26,3	2,55	1,36-4,78	0,001	175	61	34,9	4,48	2,13-9,39	<0,0001
Médio-baixo		185	43	23,2	2,55	1,51-4,31	<0,0001	83	14	16,9	1,63	0,76-3,48	0,197	102	29	28,4	3,65	1,68-7,93	<0,0001
Médio-alto		389	94	24,2	2,65	1,63-4,32	<0,0001	175	39	22,3	2,16	1,13-4,13	0,014	214	55	25,7	3,30	1,56-6,97	<0,0001
Alto		187	17	9,1	1,00	-	-	97	10	10,3	1,00	-	-	90	7	7,8	1,00	-	-
CATEGORIAS DE ESTRESSE																			
Alta exigência	(↑D↓C)	204	73	35,8	2,35	1,70-3,25	<0,0001	110	37	33,6	2,14	1,34-3,39	0,001	94	36	38,3	2,60	1,65-4,10	<0,0001
Trabalho ativo	(↑D↑C)	445	122	27,4	1,80	1,33-2,45	<0,0001	185	42	22,7	1,49	0,94-2,36	0,082	260	80	30,8	2,04	1,34-3,10	<0,0001
Trabalho passivo	(↓D↓C)	185	31	16,8	1,10	0,72-1,67	0,643	117	19	16,2	1,05	0,60-1,83	0,858	68	12	17,6	1,18	0,62-2,23	0,609
Baixa exigência	(↓D↑C)	303	46	15,2	1,00	-	-	149	23	15,4	1,00	-	-	154	23	14,9	1,00	-	-

Legenda: N= população total. n = número de trabalhadores na subcategoria. RP= Razão de Prevalências. % = prevalência.

4.4.5 Análise estratificada da associação entre categorias de estresse no trabalho e co-variáveis

Para a análise estratificada, foi considerada como categoria de referência o quadrante relativo à *baixa exigência* ($\nabla D \nabla C$) — categoria de menor exposição ao estresse. As co-variáveis analisadas foram reunidas em dois grupos: características sócio-demográficas e laborais. Foram consideradas as populações geral, de temporários e permanentes (Tabelas 20 a 23).

População geral

Em relação às co-variáveis sócio-demográficas, a categoria de maior exposição ao estresse, *alta exigência* ($\nabla D \nabla C$), apresentou maiores razões de prevalências entre trabalhadores do sexo masculino e com renda *per capita* acima de cinco salários mínimos. No estresse do *trabalho ativo*, foi constatado maiores valores de RP com associação estatística, com destaque para o profissionais negros e aqueles de sexo masculino (Tabela 20).

Tabela 20: Análise estratificada da associação entre as categorias de estresse no trabalho e transtornos mentais comuns, segundo variáveis sócio-demográficas da população geral

CO-VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	CATEGORIAS DE ESTRESSE NO TRABALHO							
	Alta Exigência (↑D↑C)		Trabalho Ativo (↑D↑C)		Trabalho Passivo (↑D↓C)		Baixa Exigência (↓D↓C)	
	RP	IC 95%	RP	IC 95%	RP	IC 95%	RP	IC 95%
Raça/cor auto-referida								
Branca	1,21	1,24-3,15	2,00	1,16-3,43	1,00	0,49-2,03	1,00	-
Mestiça	1,52	0,96-2,40	2,32	1,45-3,71	2,22	0,91-5,41	1,00	-
Negra	2,19	0,95-4,90	3,46	1,55-7,72	0,82	0,42-1,60	1,00	-
Sexo								
Feminino	1,68	1,23-2,30	2,17	1,56-3,01	0,98	0,64-1,51	1,00	-
Masculino	4,42	1,04-18,7	5,10	1,06-24,47	3,00	0,47-19,61	1,00	-
Média etária								
Até 41 anos	0,97	0,56-1,69	2,50	1,57-3,95	1,08	0,56-2,10	1,00	-
42 anos ou mais	0,99	0,64-1,61	2,27	1,44-3,58	1,14	0,66-1,98	1,00	-
Escolaridade								
Até Ensino médio	1,38	0,84-2,25	2,06	1,26-3,36	1,26	0,72-2,21	1,00	-
Ensino Superior ou mais	2,05	1,36-3,09	2,60	1,68-4,02	0,91	0,47-1,73	1,00	-
Situação conjugal								
Com companheiro (a)	1,93	1,29-2,87	2,33	1,52-3,57	1,31	0,77-2,23	1,00	-
Sem companheiro (a)	1,61	0,99-2,60	2,38	1,45-3,91	0,85	0,43-1,69	1,00	-
Presença de filhos								
Possui filhos	2,14	1,37-3,35	2,56	1,58-4,13	1,15	0,59-2,25	1,00	-
Não possui filhos	1,50	0,98-2,29	2,20	1,42-3,41	1,08	0,63-1,85	1,00	-
Renda per capita familiar média								
Até 4 SM	1,45	1,00-2,10	2,08	1,43-3,05	0,99	0,62-1,60	1,00	-
5 ou mais	2,56	1,46-4,50	2,82	1,52-5,21	1,22	0,51-2,88	1,00	-

Legenda: RP= Razão de prevalências. SM= salários mínimos.

Em relação às co-variáveis laborais, a *alta exigência* apresentou maiores RP para categoria profissional de enfermeiro, e para trabalhadores atuantes em setores pesados.

Foi encontrada associação estatística para *trabalho ativo*, onde os estratos com maiores valores de RP foram observados na categoria profissional de enfermeiro, e tempo de permanência no setor até oito anos (Tabela 21).

Tabela 21: Análise estratificada da associação entre as categorias de estresse no trabalho e transtornos mentais comuns, segundo variáveis laborais da população geral

VARIÁVEIS LABORAIS	CATEGORIAS DE ESTRESSE NO TRABALHO							
	Alta Exigência (↑D↑C)		Trabalho Ativo (↑D↓C)		Trabalho Passivo (↓D↓C)		Baixa Exigência (↓D↑C)	
	RP	IC 95%	RP	IC 95%	RP	IC 95%	RP	IC 95%
Categoria profissional								
Enfermeiro	2,67	1,33-5,37	3,59	1,69-7,59	1,22	0,35-4,23	1,00	-
Técnico e auxiliar	1,60	1,12-1,27	2,10	1,46-3,01	1,03	0,66-1,61	1,00	-
Média de tempo no setor								
Até 8 anos	2,16	1,47-3,16	2,75	1,83-4,14	1,24	0,72-2,13	1,00	-
Mais de 8 anos	1,14	0,65-1,97	1,82	1,07-3,09	0,92	0,48-1,77	1,00	-
Turno de trabalho								
Diurno	1,65	1,04-2,63	2,35	1,43-3,84	1,31	0,73-2,36	1,00	-
Noturno	1,68	0,97-2,90	2,22	1,28-3,77	0,88	0,42-1,86	1,00	-
Misto	2,26	1,91-4,31	2,58	1,28-5,19	1,00	0,36-2,73	1,00	-
Setor segundo complexidade								
Leve	2,44	1,16-5,13	2,08	1,07-4,00	0,77	0,30-1,96	1,00	-
Médio a pesado	1,72	0,99-2,99	1,45	0,85-3,06	1,22	0,60-2,08	1,00	-
Pesado	3,21	1,86-5,53	2,22	1,30-3,79	1,49	0,72-3,09	1,00	-
Carga horária semanal								
Até a média geral (48h)	1,35	0,85-2,14	2,21	1,40-3,47	1,25	0,74-2,11	1,00	-
Acima da média	2,17	1,42-3,33	2,51	1,58-3,99	0,85	0,40-1,72	1,00	-
Número de empregos								
1 vínculo	2,12	1,24-3,63	2,60	1,46-4,62	0,84	0,34-2,07	1,00	-
2 ou mais vínculos	1,64	1,12-2,39	2,25	1,52-3,32	1,18	0,73-1,90	1,00	-
Média de esforço físico no setor								
Até grau 7	2,13	1,83-3,28	2,12	1,27-3,59	1,24	0,70-2,22	1,00	-
Acima de 7	1,47	0,95-2,27	2,21	1,42-3,43	0,93	0,51-1,70	1,00	-

Legenda: RP= Razão de prevalências

População permanente e temporária

Características sócio-demográficas

Na população permanente, não houve associação para trabalhadores em *alta exigência*. Destacou-se a maior razão de prevalências no estrato de trabalhadores do sexo masculino (RP= 4,42) (Tabela 22).

Na população de temporários, a categoria de maior exposição apresentou RP cerca de três vezes maior para TMC entre trabalhadores acima da média etária e entre aqueles que não possuem filhos. Em *trabalho ativo*, a maior prevalência encontrada foi para negros, seguida dos trabalhadores acima da média de idade (Tabela 22).

Tabela 22: Análise estratificada da associação entre as categorias de estresse no trabalho e transtornos mentais comuns, segundo co-variáveis sócio-demográficas da população de trabalhadores com vínculo permanente e temporário

CO-VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	CATEGORIAS DE ESTRESSE NO TRABALHO															
	Trabalhadores permanentes								Trabalhadores temporários							
	Alta Exigência (↑D↓C)		Trabalho Ativo (↑D↓C)		Trabalho Passivo (↑D↓C)		Baixa Exigência (↑D↓C)		Alta Exigência (↑D↓C)		Trabalho Ativo (↑D↓C)		Trabalho Passivo (↑D↓C)		Baixa Exigência (↑D↓C)	
	RP	IC 95%	RP	IC 95%	RP	IC 95%	RP	IC 95%	RP	IC 95%	IC 95%	IC 95%	RP	IC 95%	RP	IC 95%
Raça/cor auto-referida																
Branca	1,21	1,24-3,15	2,00	1,16-3,43	1,30	0,45-3,72	1,00	-	1,91	1,08-3,37	2,38	1,12-5,05	0,86	0,30-2,43	1,00	-
Mestiça	1,52	0,96-2,40	2,32	1,45-3,71	0,75	0,32-1,75	1,00	-	1,92	0,97-3,77	2,01	1,06-3,82	0,87	0,29-2,60	1,00	-
Negra	2,19	0,95-4,90	3,46	1,55-7,72	1,45	0,48-4,34	1,00	-	3,40	0,80-14,46	6,66	1,58-28,00	5,00	1,05-23,78	1,00	-
Sexo																
Feminino	1,68	1,23-2,30	2,17	1,56-3,01	0,81	0,46-1,41	1,00	-	2,16	1,39-3,35	2,59	1,61-4,16	1,25	0,65-2,43	1,00	-
Masculino	4,42	1,04-18,7	5,10	1,06-24,47	-	-	1,00	-	1,66	0,39-6,93	2,31	0,45-11,72	0,77	0,79-7,53	1,00	-
Faixa etária média																
Até a média	0,97	0,56-1,69	2,50	1,57-3,95	1,36	0,54-3,40	1,00	-	1,81	1,16-2,83	1,93	1,17-3,16	0,93	0,46-1,90	1,00	-
Acima da média	0,99	0,64-1,61	2,27	1,44-3,58	0,90	0,44-1,82	1,00	-	2,92	1,03-8,23	5,45	1,84-16,14	2,14	0,52-8,85	1,00	-
Escolaridade																
Até ensino médio	1,38	0,84-2,25	2,06	1,26-3,36	0,96	0,50-1,82	1,00	-	2,42	1,01-5,78	3,38	1,35-8,49	2,00	0,66-6,01	1,00	-
Ensino superior ou mais	2,05	1,36-3,09	2,60	1,68-4,02	1,08	0,36-3,22	1,00	-	1,79	1,11-2,87	2,19	1,30-3,68	0,89	0,40-1,98	1,00	-
Situação conjugal																
Com companheiro (a)	1,93	1,29-2,87	2,38	1,45-3,91	1,08	0,48-2,43	1,00	-	2,02	1,21-3,38	2,89	1,31-6,39	1,62	0,81-3,22	1,00	-
Sem companheiro (a)	1,61	0,99-2,60	2,33	1,52-3,57	1,02	0,47-2,20	1,00	-	2,10	1,02-4,33	2,39	1,37-4,19	0,29	0,03-2,23	1,00	-
Presença de filhos																
Possui filhos	2,1	1,37-3,35	2,56	1,58-4,13	1,94	0,46-8,67	1,00	-	1,74	1,07-2,83	2,25	1,34-3,77	1,01	0,47-2,17	1,00	-
Não possui filhos	1,5	0,98-2,29	2,20	1,42-3,41	0,92	0,50-1,67	1,00	-	2,92	1,28-6,65	3,12	1,20-8,11	1,62	0,50-5,27	1,00	-
Renda per capita familiar média																
Até 4 SM	1,45	1,00-2,10	2,08	1,43-3,05	0,79	0,42-1,48	1,00	-	1,85	1,09-3,15	3,19	1,86-5,44	1,42	0,53-2,43	1,00	-
5 ou mais	2,56	1,46-4,50	2,82	1,52-5,21	1,68	0,51-5,46	1,00	-	2,35	1,18-4,69	1,43	0,57-3,58	1,26	0,38-4,21	1,00	-

Legenda: **RP**= Razão de prevalências. **SM** = salários mínimos.

Características laborais

Para trabalhadores do quadro permanente em *alta exigência*, as maiores razões de prevalências foram observadas entre trabalhadores com turno misto, e atuantes em setores classificados como pesados (Tabela 23).

A maioria dos estratos da categoria *trabalho ativo* apresentou-se significativa, destaca-se a prevalência acima de quinze vezes para enfermeiros, e em torno de dez para turno misto (Tabela 23).

Na população de temporários, a categoria de maior exposição apresentou valores de RP acima de três vezes para trabalhadores de setores considerados pesados (RP=3,21). Na categoria *trabalho ativo*, foi observado maior frequência de associações estatisticamente significativas, valor similar foi encontrado para trabalhadores do turno diurno (Tabela 23).

Tabela 23: Análise estratificada da associação entre as categorias de estresse no trabalho e transtornos mentais comuns, segundo co-variáveis laborais da população de trabalhadores com vínculo permanente e temporário

CO-VARIÁVEIS LABORAIS	CATEGORIAS DE ESTRESSE NO TRABALHO															
	Trabalhadores permanentes								Trabalhadores temporários							
	Alta Exigência (↑D↓C)		Trabalho Ativo (↑D↓C)		Trabalho Passivo (↑D↓C)		Baixa Exigência (↑D↓C)		Alta Exigência (↑D↓C)		Trabalho Ativo (↑D↓C)		Trabalho Passivo (↑D↓C)		Baixa Exigência (↑D↓C)	
	RP	IC 95%	RP	IC 95%	RP	IC 95%	RP	IC 95%	RP	IC 95%	RP	IC 95%	RP	IC 95%	RP	IC 95%
Categoria profissional																
Enfermeiro	7,16	0,97-52,86	15,2	2,03-114,28	5,69	0,56-57,68	1,00	-	1,82	0,89-3,74	1,99	0,87-4,51	0,54	0,75-3,96	1,00	-
Técnico e auxiliar	1,24	0,76-2,02	1,64	1,02-2,64	0,83	0,46-1,47	1,00	-	2,07	1,22-3,49	2,83	1,63-4,90	1,37	0,68-2,76	1,00	-
Média de tempo no setor																
Até 14 anos	2,03	0,99-4,15	2,83	1,36-5,89	1,53	0,65-3,58	1,00	-	2,25	1,44-3,53	2,69	1,66-4,37	1,26	0,64-2,47	1,00	-
15 anos ou mais	1,11	0,60-2,05	1,76	0,98-3,16	0,77	0,37-1,63	1,00	-	1,00	0,29-3,41	1,52	0,32-7,20	0,66	0,82-5,43	1,00	-
Turno de trabalho																
Diurno	1,15	0,62-2,12	1,96	1,07-3,58	0,93	0,44-1,98	1,00	-	2,57	1,19-5,54	3,12	1,33-7,27	2,29	0,87-5,97	1,00	-
Noturno	0,98	0,39-2,41	1,60	0,71-3,59	0,92	0,36-2,37	1,00	-	2,32	1,12-4,83	2,81	1,33-7,27	0,73	0,21-2,54	1,00	-
Misto	9,75	1,36-69,48	9,60	1,30-70,39	3,60	0,40-31,97	1,00	-	1,39	0,71-2,71	1,71	0,78-3,72	0,72	0,18-2,91	1,00	-
Sector segundo complexidade																
Leve	1,95	0,78-4,87	1,38	0,56-3,36	0,36	0,80-1,62	1,00	-	2,44	1,16-5,13	2,08	1,07-4,00	0,77	0,30-1,96	1,00	-
Médio a pesado	1,34	0,63-2,83	0,87	0,42-1,80	0,79	0,35-1,76	1,00	-	1,72	0,99-2,99	1,45	0,85-3,06	1,22	0,60-2,08	1,00	-
Pesado	4,46	1,80-11,36	2,90	1,15-7,30	2,90	1,03-8,12	1,00	-	3,21	1,86-5,53	2,22	1,30-3,79	1,49	0,72-3,09	1,00	-
Carga horária semanal																
Até a média geral (42h)	1,25	0,70-2,24	2,01	1,15-3,52	1,09	0,57-2,07	1,00	-	1,82	1,05-3,15	2,43	1,35-4,37	1,75	0,71-4,29	1,00	-
Acima da média	1,89	0,86-4,17	2,55	1,13-5,71	0,88	0,28-2,78	1,00	-	2,14	1,09-4,19	2,69	1,29-5,59	0,81	0,31-2,08	1,00	-
Número de empregos																
1 vínculo	2,98	1,18-7,49	1,76	1,03-3,01	0,98	0,52-1,82	1,00	-	2,21	1,25-3,92	2,28	1,11-4,69	1,49	0,70-3,16	1,00	-
2 ou mais vínculos	1,07	0,62-1,85	3,66	1,44-9,30	1,20	0,34-4,15	1,00	-	1,81	0,98-3,35	2,73	1,52-4,92	0,63	0,15-2,62	1,00	-
Média de esforço físico no setor																
Até grau 7	1,54	0,73-3,25	1,86	0,82-4,20	1,21	0,52-2,81	1,00	-	2,41	1,39-4,19	2,31	1,19-4,51	1,27	0,57-2,83	1,00	-
Acima de 7	1,31	0,72-2,40	2,07	1,15-3,73	0,90	0,42-1,90	1,00	-	1,60	0,84-3,05	2,40	1,23-4,68	1,03	0,35-2,99	1,00	-

Legenda: RP= Razão de prevalências.

4.4 ANÁLISE MULTIVARIADA

Foi observado que determinadas características sócio-demográficas e laborais apresentaram significância estatística, e variaram de acordo com cada grupo. A população geral possui maior número de co-variáveis laborais significativas (Tabela 24).

Tabela 24: Comparação entre as populações na síntese dos achados para características significativas relacionadas aos TMC

Co-variáveis sócio-demográficas		
<i>Pop. geral</i>	<i>Pop. permanente</i>	<i>Pop. temporária</i>
Sexo	Sexo*	Sexo
Idade*	Renda	Idade
Presença de filhos	-	Escolaridade
Co-variáveis laborais		
Tempo no setor*	-	Turno*
Turno	-	Carga horária*
Carga horária*	-	-
Grau de esforço físico*	-	-
Vínculo*	-	-

* Co-variáveis que apresentaram $p \leq 0,25$ relacionados à exposição e ao desfecho.

Devido à estratificação entre os vínculos apresentar relação com a idade dos trabalhadores, o modelo de regressão incluiu esta variável — independente do nível de critério de pré-seleção ($p \leq 0,25$) (Tabela 25).

De acordo com o modelo de regressão, os trabalhadores em *alta exigência* apresentam risco acima de duas vezes para TMC. Mesmo após ajustamento pelas potenciais co-variáveis de confundimento (sexo, idade, tempo no setor, carga horária, esforço físico no setor e vínculo), o risco 2,84 vezes maior para a categoria de maior exposição e cerca de duas vezes maior para *trabalho ativo* em relação à categoria de referência, com valores estatisticamente significativos.

Entre os trabalhadores permanentes, o risco para TMC foi ligeiramente inferior ao observado na população geral. Após ajuste por idade e sexo, a associação permaneceu. Nesse grupo, somente a categoria *alta exigência* apresentou dados estatisticamente significativos.

Para o grupo temporário, as estimativas foram calculadas com o ajuste para idade, sexo, turnos e carga horária. A associação e significância estatística permaneceram, onde o modelo ajustado apresentou OR= 3,39 para *alta exigência* e 2,58 para *trabalho ativo*.

Foi percebido que, mesmo após o ajuste com as potenciais variáveis de confundimento, permaneceu o risco para as três populações investigadas. Portanto, foi constatado que a exposição ao estresse conduz ao desgaste do trabalhador de enfermagem,

podendo ocasionar danos psíquicos, especialmente quando exposto ao estresse exigente e ativo.

A retirada das co-variáveis de confundimento não proporcionou resultados mais precisos nos intervalos de confiança, as variáveis produziram alterações na associação principal, em menos de 10% (8,9% para população permanente e 5,5% na população temporária), houve exceção na população geral, onde o ajuste pelo vínculo reduziu o risco em 10,19%. O peso do vínculo empregatício sobre o desfecho foi significativo, uma vez que pode influenciar na percepção do estresse, assim como revela importante papel do vínculo empregatício no aspecto psicossocial relacionado ao trabalho.

Tabela 25: Estimativas do modelo selecionado na análise de regressão logística múltipla

MODELOS DE REGRESSÃO	OR	IC95%
POPULAÇÃO GERAL DE TRABALHADORES		
Modelo 1: estresse no trabalho		
Alta exigência	3,16	2,06-4,83
Trabalho Ativo	2,11	1,44-3,08
Trabalho Passivo	1,13	0,69-1,87
Modelo 2: estresse no trabalho + sexo		
Alta exigência	3,09	2,01-4,74
Trabalho Ativo	2,12	1,45-3,10
Trabalho Passivo	1,08	0,65-1,78
Modelo 3: estresse no trabalho + sexo + idade		
Alta exigência	3,10	2,01-4,77
Trabalho Ativo	2,06	1,41-3,02
Trabalho Passivo	1,14	0,69-1,89
Modelo 4: estresse no trabalho + sexo + idade + tempo no setor		
Alta exigência	3,07	1,99-4,73
Trabalho Ativo	2,06	1,41-3,02
Trabalho Passivo	1,14	0,69-1,89
Modelo 5: estresse no trabalho + sexo + idade + tempo no setor + carga horária		
Alta exigência	3,11	2,02-4,79
Trabalho Ativo	1,98	1,35-2,90
Trabalho Passivo	1,16	0,70-1,93
Modelo 6: estresse no trabalho + sexo + idade + tempo no setor + carga horária + esforço físico no setor		
Alta exigência	3,07	1,99-4,73
Trabalho Ativo	2,03	1,38-2,98
Trabalho Passivo	1,15	0,69-1,90
Modelo 7: estresse no trabalho + sexo + idade + tempo no setor + carga horária + esforço físico no setor + vínculo		
Alta exigência	2,84	1,83-4,42
Trabalho Ativo	1,91	1,29-2,83
Trabalho Passivo	1,11	0,67-1,85
POPULAÇÃO DE TRABALHADORES PERMANENTES		
Modelo 1: estresse no trabalho		
Alta exigência	2,81	1,55-5,10
Trabalho Ativo	1,62	0,92-2,84
Trabalho Passivo	1,08	0,55-2,10
Modelo 2: estresse no trabalho + idade		
Alta exigência	2,76	1,52-5,05
Trabalho Ativo	1,57	0,89-2,77
Trabalho Passivo	1,09	0,56-2,12
Modelo 3: estresse no trabalho + idade + sexo		
Alta exigência	2,56	1,39-4,68
Trabalho Ativo	1,48	0,83-2,62
Trabalho Passivo	0,93	0,47-1,82
POPULAÇÃO DE TRABALHADORES TEMPORÁRIOS		
Modelo 1: estresse no trabalho		
Alta exigência	3,59	1,95-6,61
Trabalho Ativo	2,51	1,50-4,21
Trabalho Passivo	1,22	0,56-2,62
Modelo 2: estresse no trabalho + idade		
Alta exigência	3,37	1,82-6,24
Trabalho Ativo	2,54	1,50-4,27
Trabalho Passivo	1,14	0,53-2,47
Modelo 3: estresse no trabalho + idade + sexo		
Alta exigência	3,41	1,84-6,33
Trabalho Ativo	2,66	1,57-4,50
Trabalho Passivo	1,19	0,55-2,59
Modelo 4: estresse no trabalho + idade + sexo + turnos		
Alta exigência	3,40	1,83-6,33
Trabalho Ativo	2,62	1,54-4,44
Trabalho Passivo	1,22	0,56-2,66
Modelo 5: estresse no trabalho + idade + sexo + turnos + carga horária		
Alta exigência	3,39	1,82-6,31
Trabalho Ativo	2,58	1,52-4,38
Trabalho Passivo	1,23	0,56-2,68

Legenda: OR= Odds Ratio

5 DISCUSSÃO

Nesta seção, os resultados são analisados face à literatura pertinente à temática. Optou-se pela discussão dos dados, de acordo com a exposição dos resultados desta investigação.

5.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE OS ACHADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E LABORAIS

A cor da pele auto-referida mais freqüente na população geral foi a branca, embora os mestiços (incluindo os pardos) e os negros somados ultrapassem o número de brancos no presente estudo. Araújo (1999) encontrou uma freqüência maior de pardos (68,9%) em investigação realizada na Bahia com profissionais de enfermagem — o que se compara à categoria mestiça de 37,8% entre os trabalhadores do quadro permanente neste estudo. De maneira geral, pode-se afirmar que as populações são semelhantes no que diz respeito à miscigenação.

Muito se discute no Brasil em relação à identidade e desigualdade racial, embora ainda seja assunto delicado e polêmico. Como a cor da pele é auto-referida, seguindo a classificação do IBGE, muitas vezes, há tendência ao “clareamento”, como afirmam Chór e Lima (2005). Estudos epidemiológicos sobre as morbidades relacionadas à raça são de suma importância para aprofundar o conhecimento científico sobre como as desigualdades étnicas influenciam na saúde populacional, incluindo a saúde do trabalhador.

As classes menos favorecidas no Brasil se concentram entre os negros/pretos e miscigenados, somando este fato a outros marcadores de posição social como gênero, educação e renda, observa-se um perfil de maior ou menor exposição para diferentes riscos à saúde (CHÓR, LIMA, 2005, IBGE, 2006). Essa constatação desperta a atenção, devido ao fato de grande parte dos profissionais de enfermagem possuir origem humilde, baixo grau de escolaridade e renda salarial baixa. Muitas dessas pessoas buscam cursos profissionalizantes no intuito de se inserir rapidamente no mercado de trabalho, almejando ascensão social (AGUIAR-NETO; SOARES, 2004, LOPES; LEAL 2005).

Pesquisa realizada pelo IBGE em 2006, nas principais capitais do país incluindo o Rio de Janeiro, constatou que a população preta e parda apresenta escolaridade mais baixa e rendimento médio equivalente à metade do recebido pela população branca. Nos resultados do

presente estudo, verificou-se que os trabalhadores negros e mestiços somados ultrapassam 70% da população total. A frequência de negros e mestiços com ensino fundamental somam 81,6% da população total, enquanto que os profissionais brancos de nível superior ou mais correspondem quase a metade dos trabalhadores nesse conjunto (46,4%).

Aproximadamente 80% da população deste estudo eram do sexo feminino. A oferta de empregos na área da enfermagem se mantém através de décadas, atraindo os homens e favorecendo as mulheres que buscam uma participação mais ativa na sociedade contemporânea.

Durante a década de 1980, o emprego de mulheres no setor público aumentou significativamente. Atualmente, as mulheres representam mais de 44% do funcionalismo federal, número significativo tendo em vista a média nacional desses trabalhadores (PENA; CORREIA, 2003).

O setor público é uma das fontes mais importantes de empregos para as mulheres por três razões: inclui muitas colocações nas profissões de magistério e enfermagem, tradicionalmente atrativas para as mulheres. A diminuição dos salários relativos tornou o setor social do serviço público uma opção de emprego menos atrativa para os homens; e, por último, o governo tende a seguir as leis trabalhistas e ser menos discriminador em relação ao gênero (BRASIL, 1998).

A participação do gênero feminino com o maior número de trabalhadores no setor saúde — principalmente na enfermagem — é algo vislumbrado na literatura científica desde a década de 80 (MACHADO, 1986). Várias questões estão envolvidas no trabalho da mulher desde seu papel social de mãe, à dupla ou tripla jornada. A dinâmica que envolve o gênero feminino será mais discutida no decorrer deste estudo.

A média de idade da população geral (41 anos) ficou próxima daquela observada em estudo realizado por Araújo (1999, 2003) com população de trabalhadores de enfermagem. Apenas a população de temporários concentrou-se na faixa etária abaixo dos 40 anos. Ana Pitta (1994), em seu estudo com trabalhadores de hospital, encontrou maior número de profissionais na faixa de 30 a 40 anos.

Em relação à escolaridade foi constatado que a população, em geral, encontra-se no estrato relativo ao ensino superior ou mais. Araújo (1999) encontrou frequência maior de trabalhadores com ensino médio completo, fator este relacionado ao maior número de auxiliares de enfermagem em sua população. Um achado de destaque, na presente investigação, foi a grande proporção de auxiliares e técnicos com ensino superior ou mais (51,4%), contudo, somente uma pequena parcela desse grupo realizou curso de graduação em

enfermagem (24 profissionais 7,81%). Outras formações universitárias tais como biólogo, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social foram as mais referidas no questionário.

Considerando que os profissionais graduados acabam exercendo funções de auxiliares, percebe-se que o grau de insatisfação destes com as atividades laborais é fator que deve ser considerado no estudo do estresse. Alguns trabalhadores podem ter escolhido uma segunda profissão como mecanismo alternativo, fator que pode estar relacionado ao descontentamento.

A maior parte da população do estudo foi de técnicos e auxiliares. É sabido que a maior quantidade de profissionais encontra-se nessas categorias. A própria divisão hierarquizada e vertical da equipe de enfermagem, com base na redistribuição de tarefas entre diferentes níveis de qualificação, gera importante demanda por profissionais menos qualificados e, conseqüentemente, custos mais baixos (COSTA, MORITA, MARTINEZ, 2000, BALANCIERI; BIANCO 2004).

Cabe ao auxiliar de enfermagem, as tarefas de menor complexidade que envolvem atividades rotineiras como higiene, orientações básicas e auxílio no cuidado. Entretanto, sabe-se que, no cotidiano, muitas atividades e responsabilidades são delegadas à categoria o que impõe grandes demandas ao grupo, conseqüentemente, maior desgaste no trabalho e exposição ao estresse.

Percebe-se que o peso da alta demanda de trabalho imposta aos profissionais de enfermagem, devido à própria constituição da classe profissional em categorias. É necessária uma grande quantidade de profissionais para atender às exigências do trabalho hospitalar. A divisão em categorias acaba influenciando no fracionamento das tarefas, as mais complexas ficam para os profissionais mais qualificados e com maior escolaridade, as repetitivas (de rotina) e que envolvem menor complexidade para os trabalhadores de nível técnico (BRASIL, 1986).

A divisão de tarefas e sua realização de forma repetitiva podem ser fatores que contribuem diretamente para intensidade do estresse, realidade que recebe pouca consideração do trabalhador que, muitas vezes, envolvido na dinâmica de trabalho, encara essa característica como normal. A repetição de tarefas, além de impor mais demandas específicas, retira do trabalhador a possibilidade de criar e aprender coisas novas em seu trabalho.

As principais estratégias defensivas para lidar com as tensões no trabalho hospitalar são: parcelamento de tarefas para reduzir o tempo junto ao paciente, fator gerador de angústia; despersonalização e negação da importância do indivíduo, que se traduz em uso de uniformes e consideração de que todo paciente é igual; distanciamento e negação dos sentimentos; eliminação de decisões, através do estabelecimento de rotinas e protocolos; redução do peso

da responsabilidade, por meio do parcelamento e supervisão de tarefas (PITTA, 1994, SENTONE; GONÇALVES, 2002). Tais fatores denotam como o trabalho de enfermagem pode gerar desgaste psíquico e sofrimento, em função de sua organização.

É sabido que o trabalho da enfermagem, na maioria das instituições hospitalares, segue a linha organizacional *taylorista* que busca aumentar a produção e eliminar o tempo ocioso sob controle e vigilância de supervisores de enfermagem. Embora muito criticada, essa abordagem é aplicada, ainda nos dias atuais, como forma de controle dos trabalhadores e insere-se no modelo de produção capitalista. Como consequência, o taylorismo conduz à alienação, despersonalização e fragmentação do cuidado prestado (BELANCIERI, 2005).

Outra característica do taylorismo herdada pela enfermagem é a valorização do “como fazer” em detrimento ao “porque fazer”, especificado como tarefas em manuais de normas, rotinas e procedimentos técnicos que trazem descrições detalhadas dos passos a serem seguidos nas atividades desenvolvidas, bem como dos agentes que devem desempenhá-las (BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1999). Neste caso, há uma valorização do domínio da técnica e produtividade, ou seja, empenha-se na quantidade de procedimentos realizados. Soma-se ao trabalho fracionado e organizado em tarefas, a alta carga horária de trabalho oriunda de duplas ou triplas jornadas, processo que conduz a mais repercussões psicossomáticas relacionadas ao estresse.

A carga horária semanal média de trabalho observada neste estudo esteve próxima daquela encontrada em estudos similares (ARAÚJO, 1999, ARAÚJO, 2003). Entre os trabalhadores temporários, essa média mostrou-se ligeiramente mais elevada (53,3%). O trabalhador de enfermagem possui carga horária semanal relativamente alta; pois, devido aos baixos salários, busca mais de um vínculo empregatício com o objetivo de complementar sua renda mensal. Apesar de a equipe de enfermagem ser a mais presente, participando ativamente da terapêutica e tomada de decisões em relação ao tratamento dos clientes, possui ganhos salariais inferiores, sendo este referido como um dos principais problemas da profissão (SECAF, 1998, MARTINS et al, 2000, STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001).

Sabe-se que a carga horária semanal excessivamente alta que, muitas vezes, se somam ao trabalho em turnos contribui como estímulo ao estresse. Estudos apontam inclusive que esses fatores são motivos para o abandono da profissão (SECAF; RODRIGUES, 1998, ANGERAMI; GOMES; MENDES, 2000).

As condições do trabalho e a sua própria organização impõem variados estímulos estressógenos que influenciam no aspecto produtivo e na qualidade do cuidado prestado, bem como no aspecto psicossocial, conduzindo ao desgaste referente às exigências da função.

5.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A AVALIAÇÃO DO ESTRESSE NO TRABALHO

Em relação às questões indicadoras da dimensão *demanda*, após a soma dos escores, foi percebido que os trabalhadores reconheceram seu trabalho como aquele que impõe *alta demanda psicológica*. As indagações referentes à *dimensão controle* no trabalho indicaram grau mediano de domínio e influência sobre as atividades laborais. Araújo (2003) encontrou maior frequência para as questões que indicavam mais controle sobre as atividades laborais.

Os trabalhadores referiram que seu trabalho é rápido, intenso e com exigências, embora tenham indicado haver tempo para realizar todas as tarefas. A constatação mostra-se contraditória, entretanto, de acordo com experiências da prática no trabalho de enfermagem, as atividades são realizadas dentro das horas do plantão ou turno de trabalho. Com isso, acredita-se que a percepção de que há tempo é aceitável; visto que as tarefas pertinentes ao plantão, quando não realizadas naquele período, são repassadas para o seguinte. Como não há formas de o profissional levar o trabalho para casa, as atividades são realizadas no ambiente laboral durante período de trabalho.

Um outro aspecto a ser destacado são as situações de estresse de constante demanda de trabalho, as quais impõem ao profissional ritmo árduo e requerem, frequentemente, a estratégias de adaptação diante das situações exigentes. Logo, a tática é o fracionamento de tarefas, onde cada membro da equipe fica com determinada etapa do cuidado (medicação, banho, cuidados gerais, troca de lençóis do leito, coleta de materiais para exame). Nesse caso, acredita-se que o tempo é otimizado e, consequentemente, produz-se um trabalho análogo ao de uma linha de produção.

Quanto à *dimensão controle*, os trabalhadores de enfermagem admitiram que podiam escolher *como* e *o que* fazer em relação às atividades laborais, entretanto afirmam que o trabalho é repetitivo, o que denota pouca oportunidade para criar ou aprender. Ressalta-se aqui a constatação de que os profissionais não percebem que suas atividades exigem habilidade e conhecimentos especializados, fator muito influenciado pela divisão das tarefas, como também, pelo fato de a maior parcela da população estudada ser composta por técnicos e auxiliares que realizam as tarefas sob delegação, de acordo com a hierarquia vertical.

Para Balancieri e Bianco (2004) a cisão entre saberes divididos entre enfermeiros e auxiliares na hierarquização prejudica o trabalho conjunto, pois na realidade não se observa um trabalho em equipe, mas sim atividades de forma isolada, onde poucos dominam o saber e a maioria executa as tarefas, muitas vezes, sem compreender a razão dos procedimentos. Com isso, quando não se compreende o propósito dos procedimentos realizados, não se observa

também os saberes necessários para sua realização. A situação descrita mostra que a padronização e a supervisão podem reduzir a possibilidade de aprender ou criar no trabalho.

Os achados referentes às dimensões do modelo proposto por Karasek e Theorell denotam que a população de trabalhadores de enfermagem possui *alto grau de demanda e de controle*, caracterizando um tipo de trabalho que impõe exigências específicas para execução das tarefas.

O grupo de *trabalho ativo* apresentou maior frequência de trabalhadores, em contrapartida, a menor frequência foi identificada no *trabalho passivo*. Quando comparados a estudo anterior, realizado com população semelhante, percebe-se que essas dimensões apresentaram padrão inverso (ARAÚJO, 1999). Um aspecto que pode ser destacado na população estudada é a alta concentração de profissionais que referem *alta demanda* em seu trabalho.

As características laborais influenciam cada trabalhador de forma diferente, ainda assim, a noção de um nível de *demand*a elevado é fator de destaque nos achados deste estudo, nas populações investigadas. Este fator foi expresso pelo estresse ativo (alta demanda e alto controle).

Avaliando os resultados, segundo o modelo bidimensional, os quadrantes de *alta e baixa exigência* são aqueles que estão relacionados ao maior risco de adoecimento psíquico (KARASEK; THEORELL, 1990). O número de trabalhadores em *baixa exigência* esteve próximo de estudos de metodologia similar (ARAÚJO, 1999, ARAÚJO et al, 2003). No entanto, o quadrante de *alta exigência* não apresentou esta mesma relação, pois os valores estiveram abaixo dos encontrados por Araújo (1999).

Em relação aos fatores desencadeadores de estresse e seus respectivos níveis de intensidade, Balancieri e Bianco realizaram estudo, em hospital universitário, e identificaram alguns fatores que impõem altas demandas e, conseqüentemente, favorecem o estresse. Estes incluem: os fatores burocráticos, onde é excessivo o controle que a instituição exerce sobre o trabalho; as relações interprofissionais, onde é expressiva a dificuldade de relacionamento entre os profissionais; o desempenho profissional, onde se destacam as atividades repetitivas e rotineiras; a falta de reconhecimento profissional e econômico, o salário insuficiente e falta de lazer.

Dentre os variados fatores relacionados ao estresse, sabe-se que a organização do trabalho e a percepção de seu papel na vida — se é encargo ou fonte de prazer — estão intimamente relacionados com a noção do grau de *demand*a e *controle*. Sobre a percepção de *controle*, somente o fato de possuir a liberdade de agir, quando julgar necessário, na execução

de tarefas de trabalho não elimina o desgaste. Esta sensação pode ser aliviada com atividades sociais, seja sozinho, ou com outros trabalhadores, são rituais necessários para o bem-estar e contribuem para a diminuição da tensão diária. Em contrapartida, o excesso de formalidade e a mecanização das atividades laborais contribuem para o sofrimento psíquico (KARASEK; THEORELL, 1990).

As tarefas desenvolvidas no ambiente laboral, mesmo que sob minucioso controle, podem ser realizadas de forma rotineira. A rotina acaba por influenciar negativamente a noção da *demand*a de trabalho, acredita-se que esse fator é percebido, com maior intensidade, pelo trabalhador de enfermagem. Soma-se a isso o fato de que não é possível separar os sujeitos dos seus aspectos intrínsecos e extrínsecos, ou seja, o biológico do psicossocial. Logo, as percepções das *demand*as e do *controle* sobre o trabalho se relacionam com aspectos subjetivos peculiares de cada trabalhador.

Sobre o controle das atividades laborais, algumas intervenções são instauradas no ambiente de trabalho de forma a contribuir para um maior suporte social e aumento do grau de *controle* sobre as tarefas. Contudo, observa-se que o próprio processo de mudança tem sido referido como motivo de estresse pelos trabalhadores (THEORELL, 1996). Logo, cabe analisar as características específicas de cada instituição e setor, bem como até que ponto as mudanças podem trazer repercussões positivas nas atividades laborais. Alguns fatores relacionados ao trabalho, como a falta de condições adequadas, por exemplo, constituem elemento sobre o qual o trabalhador tem pouco ou nenhuma influência.

O ambiente psicossocial laboral envolve a organização do trabalho e as relações sociais de forma dinâmica entre o local e o conteúdo do trabalho (OIT, 1986). Quando a organização do trabalho não contribui de forma adequada para que o profissional realize suas tarefas com satisfação, o clima laboral torna-se estressante e os sinais e sintomas do estresse podem surgir. Adán e Garcia (2003) afirmam que o estresse laboral resulta do desequilíbrio entre as demandas exigidas pelo exercício profissional e capacidade de enfrentamento do trabalhador.

Há situações que denunciam a sobrecarga laboral e o estresse do trabalhador de enfermagem, como por exemplo, a dificuldade de atuar em equipe e a maior ocorrência de acidentes de trabalho (PONZETTO 2002). O ideal seria o equilíbrio entre o grau de *demand*a e de *controle* em decorrência de uma organização do ambiente laboral que fosse capaz de contribuir para a manutenção do bem-estar dos profissionais, consequentemente, repercutindo positivamente na qualidade do produto final: o cuidado prestado aos pacientes.

Estudo conduzido pela Universidade da Pensilvânia realizou entrevista com mais de 43.000 enfermeiros dos Estados Unidos, Canadá, Alemanha e Escócia em um total de 711 hospitais. A maioria dos profissionais relatou preocupação com a qualidade do cuidado prestado, afetado pela falta pessoal, insatisfação com o trabalho e desgaste emocional (FACKELIANN, 2001). As condições dos enfermeiros da América do Sul são consideradas piores, quando comparados aos países desenvolvidos, devido a sérias dificuldades políticas e econômicas enfrentadas pelos países em desenvolvimento (MARZIALE, 2001).

Estudo realizado em 1998 investigou os motivos pelos quais os profissionais da área da enfermagem abandonavam a profissão e as razões mais referidas, àquela época, foram horários de trabalho inconstante, burocracia, competitividade, diferentes papéis a desempenhar, cobrança e estresse. Os participantes do estudo afirmaram que faltavam condições de trabalho e liberdade para desenvolver seu trabalho (SECAF; RODRIGUES, 1998). Os fatores citados relacionam-se diretamente ao grau de *demanda* e *controle*, ou seja, dimensões do estresse. A enfermagem é reconhecida como uma profissão potencialmente estressante; a *Health Education Authority*, em 1988, a classificou como a quarta profissão mais estressante do setor público (COOPER; MITCHEL, 1990).

5.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTRESSE NO TRABALHO E ASPECTOS LABORAIS

Na população geral, constatou-se que os mais expostos ao estresse de *alta exigência* foram técnicos e auxiliares de enfermagem, trabalhadores com menos de um ano de trabalho no setor, aqueles que exerciam atividades em setores classificados como pesados, os que atuavam no turno diurno, e entre aqueles que referiram grau de esforço físico acima da média. Na estratificação das populações pelo vínculo, algumas variações foram observadas.

5.3.1 Trabalhadores do quadro permanente

Para os trabalhadores do quadro permanente, foram verificadas diferenças entre o *trabalho passivo* e *trabalho ativo* nos resultados. Neste último, há maior participação dos enfermeiros, enquanto o primeiro apresentou frequência mais baixa. Foi possível encontrar resultados similares em Araújo (1999) e Araújo e cols. (2003). Nota-se, que a organização do trabalho dimensiona a equipe de acordo com as demandas e exigências necessárias para a

realização das tarefas. A função do enfermeiro, além da assistência direta aos clientes, inclui coordenar e supervisionar a equipe. Evidenciou-se, portanto, o maior número de trabalhadores de nível superior em *trabalho ativo*, pois nesta categoria encontram-se as dimensões de *alta demanda* e *alto controle*, característico do chefe de equipe na enfermagem.

Segundo a resolução do Conselho Federal de Enfermagem – Cofen – (1996), o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde se baseia em características relativas à instituição, ao serviço de enfermagem (aspectos técnicos administrativos) e às características da clientela. Com isso, os setores que exigem maior *controle* são os que mais necessitam de profissionais de nível superior.

Em relação ao tempo no campo de atuação, verificou-se que a maioria dos profissionais permanentes possuía mais de 15 anos no setor. Nesta população, a maior frequência se encontrava no grupo de *alta exigência* (56%), e a menor proporção no grupo de *baixa exigência* (45%). O fato de pouco mais da metade dos profissionais se inserirem no grupo de *alta exigência* denota que uma parcela significativa de trabalhadores apresenta maiores riscos para os TMC. Os achados também revelam que a carga de trabalho semanal era alta, independente do tempo de atuação na profissão.

Na análise da carga horária semanal, foi verificado que 49,6% dos trabalhadores no grupo do *trabalho passivo* cumpriam carga horária entre 31 e 40 h semanais, padrão próximo aos 53,7% descritos por em Araújo (1999) e Araújo e cols. (2003) para até 44h semanais. Alguns estudos fazem referência ao sofrimento psíquico associado à longa jornada de trabalho (PITTA, 1994, NOGUEIRA-MARTINS, 2003, NORIEGA et al, 2000). Interessante destacar que, no grupo de estresse passivo, 71,8 % dos trabalhadores possuem dois ou mais vínculos empregatícios, o que justifica em parte o elevado número de horas trabalhadas.

5.3.2 Trabalhadores do quadro temporário

Na população de trabalhadores temporários, a categoria *trabalho ativo* apresentou uma grande participação de enfermeiros (44,3%), assim como na população permanente. As pesquisas de Araújo (1999), Araújo e cols. (2003) e Alves (2004) referiram maior frequência de profissionais de nível superior no grupo *trabalho ativo*. Cabe ressaltar que, neste grupo, se encontra a maior parcela de trabalhadores com elevada escolaridade (nível superior ou mais 65,1%).

Os trabalhadores de enfermagem mais jovens são geralmente lotados em setores considerados mais pesados. Logo, faz sentido encontrar maior frequência de jovens em *trabalho ativo*, pois o ambiente de trabalho apresenta características mais complexas, e impõe perfil de *demandas* mais elevado para tarefas que exigem *alto controle*. Esse fato foi corroborado pela análise da média de tempo trabalhado no setor, onde a maioria dos profissionais abaixo do valor encontrado (oito anos) se encontrava em *trabalho ativo*.

Na análise da carga horária semanal, foram encontrados 48,7% de trabalhadores no grupo de *baixa exigência* com carga horária semanal entre 41 e 60 horas. Valores próximos de 44 horas foram referidos por Araújo (1999). Grande parcela deste grupo possuía dois vínculos empregatícios ou mais (68,2%). Neste caso, o elevado número de horas trabalhadas pôde estar relacionado à atuação em outras instituições (duplo, ou triplo vínculo). Trabalhadores em *alta exigência* apresentaram carga horária semanal acima de 40 horas.

Quando se observam os profissionais com maior número de horas semanais trabalhadas e as co-relaciona às dimensões do modelo D-C, percebe-se que os trabalhadores com maior jornada são os que se encontram na diagonal “A” do modelo (alta exigência e baixa exigência) o que confere maior risco para adoecimento psíquico.

Os trabalhadores temporários eram os mais jovens, os quais passavam por um processo de treinamento realizado no hospital e, em alguns casos, enfrentavam o estresse inicial do primeiro emprego. Acredita-se que o desenvolvimento das habilidades práticas e as experiências relacionadas à organização do setor de trabalho influenciam no padrão de estresse que, inicialmente, pode resultar em melhor desempenho profissional, como visto em Rodrigues e Gasparini (1992). Para Miquelin e cols. (2004), esse é um período de grande expectativa, pois os profissionais precisam demonstrar, na prática, os conhecimentos adquiridos (na graduação ou no curso do ensino médio), em pleno exercício e responsabilidades de sua função, o que representa uma fonte de estresse, além de conviver com a situação do vínculo instável.

A situação ímpar dos funcionários temporários denota a precariedade do trabalho na saúde enfrentado, principalmente, pelo setor público. É significativo o número de contratos de trabalho por tempo determinado, entretanto a proteção social do trabalhador se consolida somente através de vínculos estatutários e celetistas (BRASIL, 2006).

Martins e cols. (2000) afirmam que a incerteza funciona como um poderoso fator de estresse. Esse sentimento muito frequente em nossa sociedade está, quase sempre, ligado ao trabalho, à incerteza da manutenção do emprego e do salário.

5.3.3 Síntese dos achados das categorias de estresse no trabalho

Trabalhadores se expõem às *altas demandas* de serviço impostas pela organização do trabalho devido, em parte, às necessidades peculiares da clientela do sistema público de saúde, acrescenta-se ainda a situação atual das grandes instituições hospitalares públicas. Lidar com o sofrimento humano, a falta de material, as interfaces do relacionamento entre as equipes descontentes, e as exigências dos familiares de clientes são fatores que requerem diversos mecanismos de adaptação e adequação para suportar a complexa demanda de atividades laborais.

Pesquisa desenvolvida em um hospital da Universidade Federal de São Paulo revela que a escassez de material, de pessoal, o excesso de pacientes, a falta de manutenção e, até mesmo, a falta de energia elétrica são situações referidas pelos enfermeiros como geradoras de ansiedade e que fogem ao controle (BARROS et al, 2003). A precariedade das condições de trabalho e a grande carga psíquica e lidar com o sofrimento humano representam fontes geradoras de estresse.

O ambiente hospitalar é um espaço construído para atender e, até certo ponto, administrar os problemas emocionais apresentados pelo doente, sua doença e toda a rede de relações sociais a que eles se vinculam (PITTA, 1994). O trabalhador deve lidar com as fontes internas e externas de estresse e, ao mesmo tempo, gerenciar o cuidado, processo que pode conduzir à ansiedade e ao desgaste físico e psíquico.

Face às *demandas* crescentes e aos variados graus de *controle* referentes às atividades de cuidado, desenvolve-se o processo psicodinâmico do trabalho que pode ser favorável ao prazer, contribuindo para o bem-estar e saúde ou ao mal-estar, neste caso, à doença. Dejours (1992) analisou a relação entre mente e trabalho e a atribuição organização laboral, revelando os efeitos maléficos à saúde mental do trabalhador.

Discutir sobre o trabalho da enfermagem e *demandas psicológicas* é uma tarefa complexa, pois envolve aspectos referentes ao estresse pessoal, laboral e o papel profissional de cada elemento da equipe de enfermagem.

Na população deste estudo, o grau de *demandas* esteve mais associado à sobrecarga de atividades; a constatação pode ser explicada, em parte pela precarização das condições de trabalho nos grandes hospitais públicos e a pela própria assistência à saúde extremamente técnica. Esta requer do trabalhador conhecimentos específicos para lidar com tecnologias —muitas vezes, obsoletas em alguns hospitais públicos— e a carência de recursos materiais. Essa situação gera novas demandas específicas como imprevisto e adequação do trabalho

prescrito para o possível de ser realizado, bem como cria estratégias para lidar com o descontentamento dos clientes com a infra-estrutura hospitalar e atendimento.

O trabalho precário no setor saúde tem sido identificado como obstáculo para o desenvolvimento do SUS. Essa questão compromete a relação dos trabalhadores com o sistema e prejudica a qualidade e continuidade dos serviços (BRASIL, 2006).

A *demand*a de trabalho pôde ser percebida de forma mais intensa, principalmente, quando o trabalhador de enfermagem precisa lidar com aspectos próprios da prática cotidiana que contribuem para sobrecarga. Mauro e cols. (2000) destacam situações relacionadas à demanda de trabalho como o esforço físico que levam à lesão na coluna vertebral (os profissionais levantam peso em torno de 32,7 kg e a OIT recomenda 15 a 20 kg); o ruído comum nas grandes unidades hospitalares, promovendo dor de cabeça, irritabilidade; a ventilação inadequada relacionada ao mal-estar, cansaço e redução da capacidade de concentração e o trabalho em turnos, que reduz a produtividade e conduz aos TMC.

A divisão das atividades pela equipe de enfermagem não contribui para a percepção de *controle sobre o trabalho*, pelo contrário, a fragmentação leva à alienação daquilo que realmente é feito, pois as atividades são padronizadas. Nesse caso, a tomada de decisões sobre *como fazer* e *o que fazer* relacionadas à dimensão *controle* ficam prejudicadas. Embora os profissionais tenham indicado possuir controle sobre suas atividades, admitiram que o trabalho era repetitivo. Repetir as tarefas indica falta de *controle* sobre o que faz. Na realidade, só há controle sobre uma etapa pré-estabelecida pautada em normas. A divisão de tarefas, além de retirar a noção de produto final dos trabalhadores, pode conduzir ao sofrimento psíquico e prejudicar a participação na tomada de decisões (DEJOURS, 1992; PITTA, 1994).

Muito se discute sobre a saúde do trabalhador em relação aos riscos ocupacionais físicos, químicos, biológicos e ergonômicos, em contrapartida, pouco se explora sobre a percepção de estresse e adoecimento psíquico relacionados aos aspectos psicossociais do trabalho. Para Dejours (1992), o sofrimento mental não pode ser considerado apenas como uma consequência lamentável do trabalho, em certos casos, é propício à produtividade.

Estudo aponta o crescente absenteísmo e afastamento dos profissionais de enfermagem relacionado, em parte, às consequências de elevada carga física e psicológica que, muitas vezes, acomete profissionais do quadro permanente, em geral, de idade mais avançada (REIS et al, 2003). A combinação do excesso de *demand*as, que exigem atuação física em demasia, e as adequações psicológicas podem conduzir a variadas consequências, dentre elas os transtornos mentais comuns.

5.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE OS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

A prevalência global de TMC nas populações estudadas esteve próxima daquela encontrada em outros estudos, utilizando metodologia similar com grupos ocupacionais: (PITTA, 1994, ARAÚJO, 1999, ARAÚJO et al, 2003).

As prevalências observadas revelam-se abaixo daquela encontrada por Araújo (2003), embora seja similar à prevalência encontrada por Pitta (1994), que estudou população de profissionais de saúde. Há também semelhança com achados de Sobrinho e cols. (2006), em pesquisa realizada com profissionais médicos (Rio Grande do Sul) (COSTA et al, 2002) e com a população de idosos (MAIA; DUARTE; RAMOS, 2004).

A população temporária apresentou as maiores prevalências de TMC (26,4%), fato que pôde estar relacionado à insegurança em relação ao vínculo empregatício e aos direitos trabalhistas. Ludemir (2005) analisou, entre trabalhadores informais, a associação dos TMC com a informalidade das relações de trabalho e constatou que a incerteza sobre a situação de trabalho, os baixos rendimentos, ausência de benefícios sociais e de proteção da legislação trabalhista podem ser os responsáveis pelo desenvolvimento da ansiedade e depressão. Seu estudo teve como sujeitos trabalhadores informais, mas como analogia, pode-se compará-los aos profissionais da área da enfermagem que não possuem carteira assinada, e que trabalham por contratos por tempo pré-determinado. Esses trabalhadores convivem com a insegurança diária, em relação à fonte de renda e possuir emprego, pois o vínculo de caráter temporário os exclui dos direitos e estabilidades que somente os trabalhadores do quadro permanente usufruem.

O vínculo precário denota desproteção social, quando exercido com ausência dos direitos inerentes ao tipo de contrato firmado. Grande parte dos trabalhadores temporários do SUS foi contratada mediante mecanismos de terceirização, que o Ministério da Saúde admite ser vínculo sem base legal (BRASIL, 2005).

Soma-se ao aspecto do vínculo trabalhista o estresse dos iniciantes na carreira, já que grande parte da população de temporários atuava há pouco tempo na profissão e estavam em adaptação às novas demandas de uma grande instituição hospitalar que exigia elevado grau responsabilidades dos profissionais.

Variados aspectos estão relacionados ao grau de estresse e a saúde do trabalhador, tais como o tamanho do hospital, o nível hierárquico ocupado, as responsabilidades, a estabilidade, ambigüidade de papéis, conflitos e a falta de participação na tomada de decisões (ADÁN; GARCIA, 2003). Fatores estes, que somados, influenciam diretamente no cotidiano

da prática de enfermagem e que, muitas vezes, não recebem atenção necessária da equipe profissional, e de entidades envolvidas na saúde do trabalhador.

5.4.1 Transtornos mentais comuns e características sócio-demográficas

O sexo feminino apresentou as maiores prevalências de TMC o que corrobora as afirmações da literatura sobre a relação entre gênero e TMC. As mulheres, por possuírem mais papéis sociais (mãe, educadora, administradora do lar, cuidadora), acabam expostas a uma maior carga de estresse e, conseqüentemente, maior risco de agravos à saúde psíquica.

Em estudo realizado somente com mulheres, foi constatada alta prevalência de TMC na população (39,4%) (ARAÚJO et al, 2005). Os resultados de pesquisas sobre o tema evidenciam a associação entre os transtornos psíquicos e o gênero feminino (LUDEMIR, COSTA-FILHO, 2002, COSTA et al, 2002, ARAÚJO et al, 2003b, COSTA; LUDEMIR, 2005, REIS et al, 2005). Estudo conduzido por Areias e Guimarães (2004) sobre gênero, estresse e trabalho com trabalhadores de campi universitários, em Campinas, constatou que profissionais do gênero feminino apresentavam mais estresse pessoal, social e laboral, além de possuírem mais fatores psicossociais de risco, relacionados a agravos da saúde mental.

No presente estudo, os trabalhadores mais jovens apresentaram maior prevalência para o desfecho desta pesquisa. Entre os temporários, o estrato que mais se destacou foi o dos jovens até 35 anos (30,1%, $p = 0,005$). Os profissionais permanentes mais jovens (até a média de 51 anos) apresentaram prevalência elevada (78%, $p = 0,531$). Os achados indicam que a percepção de estresse e sofrimento psíquico são mais expressivos entre aqueles em menor faixa etária.

Araújo (1999) encontrou prevalência de 33% para TMC entre trabalhadoras de enfermagem com 36 anos ou mais. Investigações científicas associam o desfecho com população mais idosa. Estudos populacionais referem que há maior prevalência de TMC em pessoas de mais idade, onde o risco aumenta com a elevação da faixa etária (COSTA, 2002). Pesquisa realizada por Maia, Durante e Ramos¹³ (2003) com população idosa da zona urbana de Minas Gerais encontrou prevalência de 29,3%. Foi identificada associação com sexo feminino, capacidade funcional, maior número de doenças e local de moradia.

¹³ O instrumento utilizado foi o questionário de rastreamento psicogeriátrico (QRP), é uma versão brasileira do “Short Psychiatric Evaluation Schedule” – SPES.

O fato de a população mais jovem apresentar maiores prevalências neste estudo se explica, em parte, pela própria organização do trabalho e demandas impostas pelo serviço. Como visto, os trabalhadores mais jovens são lotados em setores mais complexos, além de apresentarem carga horária semanal alta.

No que se refere aos aspectos sociológicos das profissões da área da saúde, há um rejuvenescimento da força de trabalho, o que representa uma crescente inserção de jovens com idade entre 20 e 29 anos (NOGUEIRA-MARTINS, 2002). Muitos são atraídos para a área da enfermagem na expectativa de entrar rapidamente no mercado de trabalho.

No presente estudo, constatou-se que os profissionais que não possuem filhos apresentaram prevalências maiores de TMC. Esta característica foi analisada por Araújo (1999) que encontrou maior prevalência de TMC para as trabalhadoras com filhos.

Há divergências em estudos científicos, em relação à influência dos filhos na percepção de estresse. O cuidado prestado aos descendentes pode ser uma demanda a mais, gerando estresse e ansiedade, em contrapartida, a presença de filhos pode favorecer o bem-estar. Lennon e Rosenfield¹⁴ (1992), citados por Araújo (1999), comentam que para as mulheres com atividades laborais sem autonomia, ter filhos aumentava o adoecimento psíquico, enquanto que, em jornadas com elevada autonomia, essa associação desaparecia. O *controle* sobre o trabalho foi um fator importante para a saúde mental, quando se considerou o número de crianças em casa. Araújo, Pinho e Almeida (2005) encontraram maiores riscos para TMC entre mulheres com filhos em Feira de Santana (Bahia).

É sabido que a população de trabalhadores de enfermagem é predominantemente feminina e que possui longa jornada laboral e doméstica, atendendo aos papéis sociais do gênero, com isso, percebe-se que as tensões laborais, somadas às demandas domésticas impõem à mulher maior exposição ao estresse e conseqüentemente ao risco para TMC.

Quanto à escolaridade, os trabalhadores com maior instrução apresentaram frequência discretamente maior de casos suspeitos de TMC. Na população de temporários, profissionais com ensino superior ou mais apresentaram maiores prevalências, chegando a uma diferença de 10% em relação ao estrato relativo ao ensino médio. Em contrapartida, pesquisa de Araújo (1999), com população similar, encontrou maior número de suspeitos entre trabalhadores de menor escolaridade, assim como estudos realizados com populações de zonas urbanas (LUDEMIR; FILHO, 2002, ARAÚJO, PINHO, ALMEIDA, 2005, MORAGNO et al, 2006). Neste caso, há de se considerar que uma grande parcela de auxiliares (45,7%) e técnicos de

¹⁴ LENNON, M.C.; ROSENFELD, S. Women and mental health: the interaction of job and family conditions. *Journal of Health and Social Behavior*, v.33, p.316-327.1992.

enfermagem (5,7%) possui ensino superior ou mais, acredita-se com isto que, a percepção do estresse sofreu influência da carga de trabalho atribuída à função laboral e ao grau de satisfação com relação ao trabalho. Deve ser considerado o fato de que uma parcela significativa da população (51,4%) possui conhecimentos acadêmicos que pouco se adequam às funções auxiliares.

O fato de não possuir companheiro (a) foi fator relacionado à suspeição de TMC, com maior prevalência na população temporária (28%, $p = 0,085$). A constatação vem ao encontro dos achados científicos sobre o tema que revelam que a ausência de companheiros confere maior risco. Estudos apontam a associação entre estar em união estável e maiores prevalências de TMC para as mulheres (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005). Entre as pesquisas populacionais gerais, os solteiros são os que apresentam maiores prevalências (MORAGNO et al, 2006, SOBRINHO et al, 2006). Cabe ressaltar que, neste estudo, grande parte dos trabalhadores pertenceu ao sexo feminino e possuía companheiro.

A distribuição da renda *per capita* familiar por salário mínimo mostrou que a população permanente apresentou as maiores prevalências, em relação ao desfecho estudado nos estratos de até 2 salários (54,3%, $p = 0,009$). Entre os temporários, a frequência mais expressiva foi identificada entre aqueles que possuíam renda *per capita* familiar acima de 4 salários mínimos mensais (58,3%, $p = 0,301$). Entretanto, foram observadas maiores prevalências entre aqueles com renda *per capita* abaixo da média encontrada para a população geral.

5.4.2 Transtornos mentais comuns e características laborais

O grupo de auxiliares e técnicos de enfermagem representa o maior número de profissionais, entretanto as maiores prevalências de TMC entre esses profissionais foram observadas somente na população permanente. A falta de expectativa quanto à ascensão na carreira é uma situação experimentada pelos profissionais auxiliares (BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997, SENTONE; GONÇALVES, 2002), no presente estudo, destacam-se nessa situação os trabalhadores do quadro permanente.

Foram observadas prevalências mais elevadas tanto para os enfermeiros na população geral, quanto para os temporários. Apesar da frequência de trabalhadores com transtornos mentais entre os temporários ser mais expressiva, há de se considerar que as tensões laborais a que os profissionais de vínculos estável se submetem são diferentes das tensões dos

trabalhadores de vínculo instável. Aqueles que atuavam há pouco tempo no setor apresentaram maiores prevalências TMC.

Na análise do tipo de setor de acordo com o grau de complexidade do cuidado, verificou-se que os locais considerados de “médio a pesado” são os que apresentam maior prevalência de TMC.

Trabalhadores que exerciam atividades durante o dia e a noite (turnos mistos) apresentaram as maiores frequências de suspeição em ambos os grupos, assim como a percepção de esforço referido pela população, que se manteve acima da média.

O trabalho em turnos pode conduzir a alterações no sono, distúrbios gastrintestinais, cardiovasculares, desordens psíquicas (COSTA, MORITA, MARTINEZ, 2000). Ressaltam-se, ainda, os danos que as jornadas duplas ou triplas oferecem para a vida social do trabalhador de enfermagem. Há prejuízos para o tempo dedicado à família, devido às ausências impostas pela dificuldade de adequação aos horários. O trabalhador pode apresentar dificuldade em organizar a vida social do cotidiano, bem como planejar atividades em grupo.

Ao discutir sobre o trabalho em turnos e a qualidade de vida, estudo sobre o trabalho dos profissionais de enfermagem constatou que trabalhar à noite não altera significativamente a qualidade de vida dos auxiliares de enfermagem. Apesar da modificação no seu ritmo de vida, foram referidas vantagens como o adicional noturno, compensando as dificuldades de trabalhar nesse turno (SIQUEIRA - JÚNIOR, SIQUEIRA, GONÇALVES, 2006).

Sentone e Gonçalves (2002), em pesquisa sobre o sofrimento psíquico com trabalhadores de enfermagem, concluíram que a natureza do trabalho da equipe e a organização dos processos laborais, somado ao contato contínuo com a dor e o sofrimento humano, são fatores desencadeantes de sofrimento no trabalho e não o fato de realizarem dupla jornada (diurna e noturna). Tais achados se apóiam nas conclusões de Pitta (1994).

A alta carga horária semanal, assim como possuir dois ou mais vínculos empregatícios foram características que apresentaram prevalências mais elevadas para o desfecho deste estudo. O trabalhador, devido aos baixos salários, muitas vezes, necessita de uma fonte de renda adicional, para a manutenção de condições financeiras adequadas ao seu padrão de vida. A dupla jornada de trabalho é encarada como necessária aos profissionais de enfermagem, devido à situação econômica dos trabalhadores da área da saúde, decorrente dos salários insuficientes para o sustento da família (PAFARO; MARTINO, 2004).

Lidar com variadas situações no ambiente laboral hospitalar, bem como a estrutura organizacional do trabalho influenciam no bem-estar do trabalhador. No que diz respeito à saúde ocupacional, a atuação no ambiente hospitalar, mesmo respeitando as características

individuais de cada profissão, pode conduzir aos transtornos mentais comuns (PITTA, 1994, NOGUEIRA-MARTINS, 2003).

Soma-se aos estressores ambientais o fato de os profissionais de enfermagem constituírem um grupo que se destaca por suas características relacionadas ao gênero, hierarquia e sobrecarga, tanto física quanto emocional (REIS et al, 2003). Esses fatores se apresentam como elementos significativos para o estresse e as peculiaridades do trabalho, acarretando consequências em âmbito psíquico.

O trabalho possui poder estruturante em relação ao equilíbrio psíquico dos indivíduos. Contudo, as relações de trabalho no interior das organizações privam, de forma freqüente, o trabalhador de sua subjetividade, excluindo o sujeito e fazendo do profissional uma vítima de seu próprio trabalho (DEJOURS, 1992).

Sabe-se que o estresse, em “dose adequada”, pode contribuir para o bom rendimento do profissional. As fases do estresse estão diretamente relacionadas à produtividade do profissional, mediante aos estímulos do ambiente em seus estágios iniciais (PAFARO; 2002, RODRIGUES; GASPARINI, 1992).

É indiscutível que o ambiente seja responsável por diferentes graus de estresse, mas existem características relacionadas também às atividades profissionais. Como a possibilidade de controlar as atividades que realiza, tanto intrinsecamente, em termos de planejamento e determinação de procedimentos a utilizar, quanto extrinsecamente, em termos de salário, benefícios e horários (LAUTERT; CHAVES; MOURA, 1999). Esses aspectos são pouco notados pelo trabalhador de enfermagem, mas estão diretamente ligados ao seu cotidiano laboral e influenciam no grau de satisfação sobre o trabalho e, conseqüentemente, também no bem-estar psicológico.

O fato de o profissional de enfermagem lidar com situações diversas¹⁵, a dupla jornada de trabalho, e o próprio esforço físico impõem *demandas psicológicas* na execução de tarefas e estabelecem variados graus de *controle sobre o trabalho*, fatores que podem estar relacionados à gênese dos TMC. Tais aspectos são evidenciados em estudos científicos sobre *demanda e controle no trabalho* e as atividades de enfermagem (ARAÚJO, 1999, ARAÚJO et al, 2003).

Como visto, o desgaste psíquico do trabalhador de enfermagem está relacionado ao desequilíbrio que é produzido no mecanismo de adaptação ao estresse, processo o qual pode resultar na somatização. A capacidade de enfrentamento e adaptação depende de uma gama

¹⁵ São exemplos: o atendimento de casos inesperados na emergência, casos clínicos complexos no setor de clínica médica, clientes graves em tratamento intensivo, gerenciamento da equipe e materiais.

de fatores que envolvem desde os aspectos sócio-demográficos, como o papel do gênero feminino, até as características do trabalho. Esta última, envolvendo o grau de *demand* e *controle* sobre as tarefas laborais, que determinam as categorias de estresse abordadas nesta investigação.

5.5 CONSIDERAÇÕES SOBRE A RELAÇÃO ENTRE EXPOSIÇÃO E DESFECHO

5.5.1 Grau de demanda psicológica exigida no trabalho

Foi observada associação estatística significativa entre diferentes estratos da dimensão *demand* psicológica do trabalho e o TMC para a população geral. Em relação ao grau de exposição à *demand*, os dados indicaram um gradiente do tipo dose resposta para os TMC. Tomando-se como categoria de referência a *baixa demand*, na medida em que a exposição à dimensão aumenta, maior foi a razão de prevalências observada. Tal situação foi descrita por Araújo (1999) e Araújo e cols. (2003).

A demanda de trabalho vem sendo associada e discutida como potencial fator relacionado ao sofrimento psíquico para a equipe de enfermagem. Destaca-se a atuação do pessoal auxiliar, que possui ritmo intenso de trabalho, carga de atividades elevada, sofrem com o autoritarismo, convivem com fracas possibilidades de ascensão profissional e inexistência de formas de participação na tomada de decisões. Fatores estes fortemente relacionados à percepção de alta demanda de trabalho, e à gênese do sofrimento psíquico (BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997, SENTONE; GONÇALVES, 2002).

As demandas impõem exigências ao trabalhador que afetam o ritmo físico, psíquico e biológico, como consequência, o profissional acaba assumindo múltiplas tarefas para dar conta do processo de trabalho fracionado. A carga psíquica relacionada às exigências da *demand* na enfermagem acabam se intensificando com a presença de aspectos agravantes como as condições inadequadas de trabalho, baixa remuneração, trabalho em turnos e alta carga horária semanal.

Soma-se à situação o problema sobre a definição clara entre o papel do enfermeiro, técnico e auxiliares, o que acaba por influenciar no poder decisório de quem faz o *que*, e *como*, gerando exigências contraditórias ou discordantes — fator investigado na *dimensão demand*. A indefinição de papéis, ou papéis conflitantes é referida por variados autores como

fator estressante na enfermagem (SECAF; RODRIGUES, 1998, MARTINS et al, 2000, STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001, MIQUELIN et al 2004).

O destaque para as *demandas psicológicas*, no presente estudo, deve ser focado no papel do enfermeiro, pois além de lidar com aspecto burocrático e se encontrar em setores de elevada demanda exercem função gerencial. Estudos revelam que, independente da área de atuação do enfermeiro, atividades relacionadas à área administrativa são estressantes (CHAVES, MOURA, 1999, STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001). Tal constatação está relacionada à demanda psicológica em lidar com outros profissionais e indefinição de papéis (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001).

Martins e cols. (2000) ressaltam que o enfermeiro não possui papel profissional muito bem definido para si próprio, nem para a equipe com quem trabalha. Na prática, acaba assumindo um número excessivo de atividades, das quais muitas delas não são de sua competência, e acaba exposto a situações estressantes, as quais poderão acarretar mais demandas e tensões.

Os sintomas psíquicos do desgaste estão relacionados à somatização como consequência do estresse laboral. Logo, fica evidente que há repercussões para a saúde do trabalhador e para a qualidade do cuidado prestado.

5.5.2 Grau de controle sobre as atividades laborais

Foi observada associação estatística positiva entre a dimensão *controle no trabalho* e os TMC para a população geral e de temporários. Foi percebido nítido gradiente do tipo dose resposta entre TMC e o grau de exposição ao *controle*. Considerando-se como categoria de referência *alto controle*, na medida em que a intensidade da dimensão diminuiu, maior se demonstrou a razão de prevalências. Achados similares foram descritos por Araújo (1999) e Araújo e cols. (2003), demonstrando que o *alto controle* funciona como fator de proteção para os TMC.

Nas três populações estudadas, o estresse do *trabalho ativo* apresentou a maior quantidade de profissionais enfermeiros (nível superior). O grau de *controle* que este profissional possuía sobre suas tarefas foi mais elevado, na medida em que determina *como e quando* devem ser realizadas as tarefas pertinentes ao cuidado, além de supervisionar a equipe. Situações em que as responsabilidades são maiores e, conseqüentemente, requerem maior grau de *controle* e maior autonomia.

A literatura aponta que a falta de *controle* sobre o trabalho na equipe de enfermagem pode conduzir ao estresse, ao desgaste psíquico e somatização (KARASEK; THEORELL, 1990, ADÁN; GARCIA, 2003, BELANCIERI; BIANCO, 2004). O grau de *controle* se relaciona diretamente à autonomia que cada profissional possui de acordo com sua posição hierárquica. O papel do supervisor de setor, por exemplo, permite exercer domínio sobre os horários e as tarefas. Essa situação, ao mesmo tempo em que denota certo grau de controle, está relacionada a grandes responsabilidades e pode antecipar pensamentos de afrontamentos, como, por exemplo, lidar com situações pessoais de cada membro da equipe insatisfeito com a escala planejada pelo enfermeiro.

Estudo realizado sobre a atividade administrativa hospitalar constatou que o gerenciamento de pessoal foi a fonte de tensão que apresentou maior número de correlações significativas com os sintomas de estresse, e concluiu que as tensões relacionadas à gerência (neste caso, mesmo com certo grau de controle) desencadeiam alterações na saúde (CHAVES; MOURA, 1999).

Belancieri e Bianco (2004) ressaltam que, ao mesmo tempo em que o enfermeiro controla hierarquicamente sua equipe, também é controlado pelas normas da instituição. Os trabalhadores são continuamente confrontados, vigiados e controlados pela organização, portanto há poucas oportunidades para atividades cognitivas e intelectuais as quais poderiam reduzir o estresse e aumentar a participação dos funcionários em seu trabalho.

O horário, o salário, os benefícios e a filosofia organizacional hospitalar são fatores que o trabalhador não pode controlar. A falta de controle sobre o trabalho, assim como a responsabilidade excessiva produzem conseqüências psicológicas e somáticas negativas (CHAVES; MOURA, 1999).

Para McEwen e Lasley (2003), quando o indivíduo se depara com situações que não pode controlar, onde a solução não é a luta nem a fuga, a reação ao estresse não poderá ajudar. O sistema próprio para nos proteger começa a causar desgaste ao organismo, e a doença se estabelece.

No presente estudo, a combinação dos diferentes graus da dimensão *demanda* e *controle* implicaram na percepção diferenciada de estresse, de acordo com a organização do trabalho.

5.5.3 Categorias de estresse no trabalho

O grupo em *alta exigência* apresentou maiores razões de prevalências de TMC na população investigada, sendo os valores associados e estatisticamente significativos. Os demais grupos apresentaram valores intermediários de RP. Comparando as três populações de trabalhadores, notam-se valores maiores entre os temporários (RP=38,8%, $p < 0,0001$).

Dessa forma, os dados corroboram a proposição do *modelo demanda-controle*, pois o quadrante que apresentou a combinação de *maior demanda e menor controle* (alta exigência) demonstrou maiores RP para adoecimento psíquico, enquanto o inverso foi observado na categoria de referência (baixa exigência).

O quadrante *trabalho ativo e trabalho passivo* registraram prevalências intermediárias, assim como em estudos similares (ARAÚJO, 1999, ARAÚJO et al 2003). Os achados denotam que a população de enfermagem possui características próprias de organização do trabalho, como também são expostas ao elevado grau de estresse laboral e psicossocial, propiciando o adoecimento psíquico.

5.5.3.1 Análise estratificada das categorias de estresse no trabalho

Na estratificação entre TMC e categorias de estresse no trabalho para população geral de trabalhadores, foi encontrada associação estatisticamente significativa para o *trabalho ativo*. A razão de prevalência para TMC, nesta categoria, foi acima de cinco vezes para os homens.

Verificou-se que a população de trabalhadores permanentes apresentou associação estatisticamente significativa somente para o estrato de *alta exigência*, com razão de prevalências cerca de duas vezes maior para o desfecho. Entre os profissionais temporários, o estresse de *alta exigência* apresentou RP acima de duas vezes e meia, e *trabalho ativo* acima de duas vezes.

A categoria de *alta exigência* foi a dimensão de estresse mais associada aos TMC, achado que é corroborado com pesquisas do gênero (ARAÚJO 1999, ARAÚJO, 2003, ARAÚJO, GRAÇA, ARAÚJO, 2003). As constatações, novamente, demonstraram que o trabalho da equipe de enfermagem apresenta estresse desgastante relacionado às características próprias da organização laboral.

Entre os níveis intermediários de exposição ao estresse, a RP mais elevada para TMC encontrou-se no grupo *trabalho ativo*, diferentemente da menor prevalência encontrada entre o grupo de trabalhadores em *trabalho passivo*. O estresse ativo, mesmo com elevado grau de *controle*, sugere não influenciar diminuindo os efeitos negativos de *alta demanda* sobre a saúde mental, esse achado vem ao encontro de estudos com a mesma temática (ARAÚJO, 1999, ARAÚJO et al, 2003, ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003). Acredita-se que a organização do trabalho influencia na percepção da carga psíquica relacionada à *demand*a sobre o trabalho.

Estudo conduzido por Reis e cols. (2005) constatou que as maiores prevalências com associação estatística foram verificadas no estresse de *alta exigência*. Sobrinho e cols. (2006) encontraram prevalência cerca de três vezes maior para população de médicos na mesma dimensão.

Os achados evidenciaram que a *baixa demanda* minimiza, de certa forma, o efeito negativo proveniente do *baixo controle* no quadrante de *baixa exigência*. De fato, o elevado grau de *demand*a impõe mais custos fisiológicos de adaptação do trabalhador a situações de estresse do que o baixo grau de *controle* sobre as tarefas. Quando as demandas são experimentadas como estímulo, não como carga de trabalho, a produção de adrenalina e cortisol são elevados (FRANKENHAEUSER, 1991, ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003). A *demand*a de atividades é um estímulo positivo, na medida em que instiga a pessoa a buscar soluções para os desafios, pois segundo Karasek e Theorell (1990), há prejuízos quando não há possibilidade de controle sobre o processo de trabalho.

A exposição a situações de estresse caracterizadas por *altas demandas* evidenciou as maiores RP para TMC neste estudo. Durante a análise estratificada da associação entre as categorias de estresse e co-variáveis sócio-demográficas e laborais, foi constatado que o *trabalho ativo* apresentou as maiores RP estatisticamente associadas, seguidas do grupo de *alta exigência* o qual apresentou maiores valores nas co-variáveis sócio-demográficas, entre os trabalhadores do quadro temporário. Essas dimensões possuem como característica comum à *alta demanda*.

Nas três populações investigadas, trabalhadores em *alta exigência* apresentaram as maiores prevalências de TMC, assim como aqueles atuantes em setores classificados como pesados. A categorização dos setores, de acordo com a complexidade do cuidado e organização do processo de trabalho, permitiu analisar de forma mais ampla o desfecho estresse laboral.

Em particular, os transtornos mentais se apresentam associados, na maioria das vezes, com exigências que estão relacionadas à duração da jornada de trabalho, sobrecarga quantitativa, lidar com situações que exigem atenção excessiva, ritmo intenso e lidar com riscos (NORIEGA et al, 2000). Fatores estes que foram evidenciados na análise dos dados nesta investigação.

Os fatores citados anteriormente podem conduzir ao estresse contínuo, logo, o trabalhador pode apresentar incapacidade de adaptação aos estressógenos laborais. As repercussões, além dos TMC, envolvem o aumento da adrenalina e cortisona, nesse caso, favorece as doenças cardiovasculares e metabólicas envolvidas no mecanismo de alostase (MCEWEN, 1998, MCEWEN; LASLEY, 2003).

5.5.3.2 Análise multivariada

Na análise multivariada, a possibilidade de comparação entre as três populações de trabalhadores permitiu constatar que o grau de estresse a que o trabalhador de enfermagem se submete, controlado por sexo, idade, tempo no setor, carga horária, esforço físico e vínculo mostra-se associado ao desfecho. O achado expõe que as condições do trabalho da enfermagem no hospital impõem estresse danoso, e com consequências à saúde mental do trabalhador.

Os artigos publicados sobre o estresse no trabalho da enfermagem, — principalmente sobre o trabalho do enfermeiro — ainda não responderam se há alguma função ocupacional ou especialidade mais estressante do que outra de acordo com os setores. Existe um entendimento de que as fontes de estresse são diferentes, embora algumas sejam consideradas comuns, independente do cargo do enfermeiro e de sua área de atuação (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001).

A razão de chances (*Odds Ratio*) de 3,16 para população geral, 2,81 para permanentes e 3,59 para temporários registrados no modelo de regressão selecionado, apresentou valores abaixo daqueles encontrados por Araújo e cols (2003) com OR=4,65.

Na presente investigação, pôde-se constatar que o trabalho da equipe de enfermagem, independente de fatores sócio-demográficos ou laborais — de confundimento — é uma atividade estressante, devido a aspectos inerentes da profissão. No entanto, fatores como grau de esforço físico, sexo, idade e vínculo demonstraram relação com os TMC na análise do modelo de regressão, onde este último se destacou, ocasionando redução do risco em 10%.

O vínculo empregatício, de certa forma, mostrou-se envolvido na percepção do estresse por parte do trabalhador, bem como possui importante papel no aspecto psicossocial. É através do tipo de vínculo permanente que se alcança a estabilidade no emprego, há possibilidade de engajar em plano de carreiras, ameniza-se o sentimento de perda; pois sua atividade laboral é permanente, garante-se o sustento seguro da família e afasta a insegurança do desemprego presente nos grandes centros urbanos, fatores estes que não podem ser usufruídos por aqueles que possuem vínculo precário.

5.6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Embora os estudos seccionais sejam relevantes para a área da saúde do trabalhador, possuem limitações, pois este desenho se restringe a explorar momentaneamente o estado de saúde da população estudada, bem como mais especificamente os indivíduos que apresentaram o desfecho observado pelos pesquisadores.

Outra possível limitação seria viés de seleção no que diz respeito ao *efeito do trabalhador saudável*, através desse processo, os indivíduos mais aptos para o trabalho e livres do desfecho de estudo são mantidos em atividade nos setores de trabalho. Com isso, não puderam ser investigados os trabalhadores que se ausentaram de seus postos por problemas psíquicos o que pôde ter subestimado a prevalência global de TMC.

Klein e Bloch (2006) ressaltam o problema da relação temporal, neste desenho de estudo, não há como estabelecer se a exposição é causa ou consequência do desfecho. Ou seja, não há como estabelecer com segurança a sequência temporal dos eventos.

Em relação à análise multivariada, as estimativas foram avaliadas segundo razão de chances (*Odds Ratio*), embora seja utilizada para identificação e controle de possíveis variáveis de confusão, é utilizada como medida de associação somente quando o desfecho é raro (KALE; COSTA; LUIZ, 2006). Como a prevalência para o desfecho na presente investigação foi elevada, as estimativas do modelo de regressão apresentaram risco superestimado.

Como o estresse é um fenômeno multidimensional, depende de fatores objetivos e subjetivos, os achados podem ter refletido as condições não provenientes somente do ambiente de trabalho; ou seja, os resultados podem ter sido influenciados pelas condições de vida do trabalhador, problemas familiares, relacionamentos pessoais e conflitos internos. Tais fatores podem ter influenciado nas respostas de ambos os instrumentos utilizados, o de avaliação do estresse (JSS) no trabalho, e o das consequências psicossomáticas (SRQ).

Quanto ao uso de escala para mensuração do estresse, estudo conduzido na Noruega por Sanne e cols. (2005), com grande população (29.400 pessoas de diferentes graus de instrução, profissões de ambos os sexos), constatou que o questionário sueco reduzido para avaliação do estresse no trabalho possui consistência interna e especificidade satisfatórias, isso só não ocorreu para o item sobre *demandas conflituosas*, representada pela questão: *seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes*. Esta pergunta apresentou baixa especificidade para *demanda psicológica* no estudo norueguês.

Pesquisa conduzida por Sale e Kerr (2002) com trabalhadores de hospital escola encontrou itens de fraca consistência interna na questão responsável pela avaliação da repetitividade no trabalho, além de apurar baixo Alpha de Crombach para *autonomia na tomada de decisões*, ambas as constatações observadas na dimensão *controle* da escala JCQ reduzida.

Os valores de consistência interna descritos por Theorell (1996) na escala original foram: para homens *demanda* = 0,75, *discernimento intelectual* = 0,54, *autonomia para tomada de decisões* = 0,76.

No presente estudo, os valores da dimensão *controle* estiveram abaixo daqueles encontrados para a escala original. Os valores mais próximos nesta investigação se encontraram na dimensão *demanda* que variaram entre 0,70 e 0,71 e *autonomia para tomada de decisões* (*dimensão controle*) que se manteve entre 0,66 e 0,75.

A dimensão *discernimento intelectual* — escolha de *como* e *o que* fazer no trabalho — apresentou-se fraca (0,16 - 0,37), considerando o valor mínimo de 0,70 recomendado por Rowland (1991). Esta subdimensão apresentou baixa consistência interna, assim como constatado por Theorell (1996) na população de trabalhadores suecos.

6 CONCLUSÃO

No que diz respeito ao perfil do estresse do trabalhador de enfermagem, foi constatado que as atividades laborais impõem *altas demandas*. Grande parte dos profissionais se encontrava em *alta demanda* e *alto controle*, estresse considerado ativo o que pode conduzir ao esgotamento profissional. A segunda categoria de estresse encontrada foi a de *alta exigência*, neste grupo, há maior risco para o adoecimento psíquico.

Em relação às características sócio-demográficas, na população geral, foi observado que, na categoria de maior exposição, se encontravam trabalhadores do sexo feminino, os jovens, aqueles de maior escolaridade e sem filhos.

Em relação às características laborais, encontravam-se na categoria de maior exposição ao estresse os técnicos e auxiliares, os trabalhadores de setores pesados, aqueles que atuavam há pouco tempo no setor, profissionais do turno diurno, profissionais com carga horária semanal acima da média, quem possuía apenas um vínculo empregatício e entre aqueles com elevado grau de esforço físico no trabalho.

A população permanente mais exposta ao estresse exigente foi encontrada nos estratos de técnicos e auxiliares de enfermagem, entre aqueles atuantes há mais tempo no setor, trabalhadores de setores pesados e aqueles com grau de esforço físico acima da média. Entre a população de temporários, foi verificado que os mais expostos eram também técnicos e auxiliares, profissionais de setores pesados, aqueles em turno noturno, aqueles com carga horária até a média de 53h, quem possuía dois ou mais vínculos e aqueles com grau de esforço físico acima da média.

Na análise do desfecho, os resultados desta pesquisa evidenciaram altas prevalências de TMC para as três populações, com destaque para temporários. As mulheres mais jovens são as que apresentam TMC nos três grupos investigados. Na população geral, as maiores prevalências foram observadas entre trabalhadores que não possuíam filhos, o que se apresentou como característica peculiar. Entre os permanentes, os valores de destaque foi para a menor renda *per capita* familiar, para os temporários, a maior escolaridade¹⁶ apresentou a maior prevalência.

¹⁶ Embora tenha sido observado que quanto maior a escolaridade maior foi a prevalência de TMC nas três populações, entre os temporários o valor encontrado foi superior aos dos outros grupos de trabalhadores.

Em referência aos aspectos laborais, foi constatado que trabalhar pouco tempo no setor, turno misto, carga horária acima de 60 h e grau de esforço físico acima da média apresentaram prevalências mais altas de TMC. Entre os trabalhadores temporários, o turno misto e a alta carga horária semanal estiveram relacionados às maiores prevalências.

Na análise entre exposição e desfecho, as categorias de estresse que apresentaram as maiores prevalências de TMC foram *alta exigência* e *trabalho ativo*. O perfil do estresse demonstra que a noção da intensidade de *demandas* por parte dos trabalhadores de enfermagem é mais apurada, ou seja, a carga de *demandas* laboral foi percebida de forma mais intensa. A constatação se corrobora frente às razões de prevalências encontradas na análise estratificada segundo o *grau de demandas*, bem como nas situações em que é *baixo o grau de controle* sobre o trabalho. Foi observado nítido gradiente do tipo dose resposta.

Foi constatada a associação positiva entre *alta demandas psicológicas* e *baixo controle* e TMC como descrito em estudos científicos sobre a temática. A dimensão *alta exigência* apresentou as maiores RP, tanto na população geral de profissionais quanto entre aqueles de ambos os vínculos empregatícios, observou-se gradiente do tipo dose resposta de acordo com o grau de exposição estipulado no modelo D-C.

As co-variáveis de confusão foram diferenciadas para as populações estudadas. Para a população geral a idade, tempo no setor, carga horária e grau de esforço físico no trabalho se mostraram confundidoras. Entre os permanentes, somente a co-variável sexo esteve estatisticamente relacionada à exposição e ao desfecho. O trabalho em turnos e carga horária semanal foram potenciais confundidores na análise dos dados referentes à população temporária. Tais achados denotam a distinção das três populações estudadas, no que diz respeito à percepção do estresse no trabalho.

O estresse manteve-se associado estatisticamente aos TMC, na análise multivariada, considerando-se a população geral; após ajuste por sexo, idade, tempo no setor, carga horária semanal, esforço físico e vínculo. A inserção da co-variável vínculo proporcionou redução da OR cerca de 10%. O que denota o peso desta variável na percepção do estresse e no desfecho deste estudo sobre os trabalhadores. Logo, o achado demonstrou que realmente as populações de trabalhadores eram independentes em relação ao vínculo empregatício, tornando pertinente a estratificação para análise.

O trabalho da equipe de enfermagem no ambiente hospitalar impõe demandas específicas que vão desde aspectos físicos, químicos e biológicos a demais fatores como os pessoais¹⁷, os referentes à saúde do indivíduo e da própria organização do trabalho.

Há necessidade de discussão sobre a criação de novos meios de intervenção no ambiente de trabalho e organização das tarefas para promoção da saúde mental e bem-estar laboral. Um passo significativo seria a criação de políticas públicas voltadas para saúde do trabalhador, ação esta que vislumbre o estresse como potencial causador de agravos à saúde dos trabalhadores de enfermagem, fator o qual merece atenção dos devidos órgãos responsáveis pela saúde do trabalhador no Brasil.

O estresse e suas conseqüências trazem prejuízos no aspecto social do trabalhador de enfermagem, como também para a qualidade do cuidado que é prestado aos usuários do serviço público de saúde. Os resultados expõem a necessidade da promoção de equilíbrio entre o grau de *demand*a e *controle* sobre as tarefas para redução do adoecimento de ordem biológica, física e mental.

¹⁷ Valores que dependerão das respostas pessoais de cada trabalhador em lidar com o estresse em face de novas tarefas no trabalho.

7 REFERÊNCIAS

- ABRANCHES, S.S. Situação ergonômica do trabalho de enfermagem em unidade básica de saúde. 2005. Tese (doutorado em enfermagem) - Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- ADÁN, J.C.M.; GARCÍA, S.P. Estrés en la enfermería: el cuidado do cuidador. Madrid: Díaz de Santos, 2003.
- AGUIAR-NETO, Z.; SOARES C.B. A qualificação dos atendentes de enfermagem: transformações no trabalho e na vida. Rev. Latino-am Enfermagem, v.12, n.04. p. 614-22. jul. - ago. 2004.
- ANGERAMI, E.L.S.; GOMES, D.L.S.; MENDES, I.J.M. Estudo da permanência dos enfermeiros no trabalho. Rev.Latino-am. Enfermagem, v. 08, n. 50, p. 52-57, out. 2000.
- ALVES, M.G.M. Pressão no trabalho: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no Estudo Pró-Saúde. 2004. Tese (doutorado em saúde pública) - Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- _____. et al. Versão resumida da *Job Stress Scale*: adaptação para o português, Rev. Saúde Pública, v.38, n. 02. p.164-171, 2004.
- ARANTES, M.A.A.C.; VIEIRA, M.J.F. Estresse. 2. ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2003.
- ARAÚJO, T.M. Distúrbios psíquicos menores entre mulheres trabalhadoras de enfermagem. 1999. Tese (doutorado em saúde pública) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- _____.; et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem, Rev.Saúde Pública, v.37, n. 04, p. 424-33, 2003.
- _____.; et al. Mal – estar docente: avaliação de condições de trabalho e saúde em uma instituição de ensino superior, Revista Baiana de Saúde Pública v.29 n.01, p.6-21, jan.- jun. 2005.
- _____.; PINHO, P. S.; ALMEIDA, M. M. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico, Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., v.05 n.03, p.337-348, jul.-set. 2005.
- _____.; GRAÇA, C.C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Control, Ciência e Saúde Coletiva, v.08, n. 04, p.991-1003, 2003.
- AREIAS, M.E.Q.; GUIMARÃES, L.A.M. Gênero e estresse em trabalhadores de uma universidade Pública de São Paulo. Psicologia em estudo, Maringá, v.09, n.02, p.255-262, mai.- ago.2004.
- AZEVEDO, V.A.Z.; KITAMURA, S. Stress trabalho e qualidade de vida. In: VILATRA, R. Qualidade de vida e fadiga institucional. Campinas: IPES Editorial, 2006.
- BALLONE, G, J. Estresse. Disponível em:
<<http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=304&sec=27>>. Acesso em: 20 de agosto de 2006.
- _____. Síndrome de Burnout. Disponível em:
<<http://virtualpsy.locaweb.com.br/?art=311&sec=27>>. Acesso em: 20 de agosto de 2006.

- _____. Considerações importantes sobre o estresse. Disponível em: <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/?art=312&sec=27>>. Acesso em: 20 de agosto de 2006.
- _____. Imunologia e emoção. Disponível em: <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/?art=117&sec=22>>. Acesso em 20 de agosto de 2006.
- _____. Fisiologia do estresse. Disponível em: <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/?art=305&sec=27>>. Acesso em 20 de agosto de 2006.
- _____. Estresse e trabalho. Disponível em: <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/?art=310&sec=27>>. Acesso em: 20 de agosto de 2006.
- _____. Alterações hormonais do estresse. Disponível em: <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/?art=306&sec=27>>. Acesso em: 20 de agosto de 2006.
- _____. Ansiedade esgotamento e estresse. Disponível em: <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/?art=309&sec=27>>. Acesso em: 20 de agosto de 2006.
- _____. Sintomas do estresse. Disponível em: <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/?art=308&sec=27>>. Acesso em: 20 de agosto de 2006.
- _____.; NETO, E.P.; ORTOLANI, I, V. Da emoção à lesão: um guia de medicina psicossomática. São Paulo: Manone, 2002.
- BARBOZA D.B.; SOLER, Z.A.S.G. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. Rev.Latino-am Enfermagem, v.02, n.11, p. 177-83, mar. - abr. 2003.
- BARREIRA, I.A. Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. Rev.Lat-am. Enfermagem, v. 07, n. 03, p. 87-93, jul. 1999.
- BELANCIERI, M.F. Enfermagem: estresse e repercussões psicossomáticas. Bauru: EDUSC, 2005.
- _____.; BIANCO, M.H.B.C. Estresse e repercussões psicossomáticas em trabalhadores da área da enfermagem de um hospital universitário. Texto Contexto Enferm, v.13, n.01, p.124-131, jan.-mar. 2004.
- BELLATO, R.; PASTI, M.J.; TAKEDA, E. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem. Rev.Lat-am.Enfermagem, v. 05, n. 01, p. 75-81, jan. 1997.
- BERTOLETE, J.M. A saúde mental da mulher. Rev. Med. v.08, [s/n], [s/m], p.25-32, 2001.
- BRAGA, D. Acidente de trabalho com material biológico em trabalhadores da equipe de enfermagem do Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas – um olhar da saúde do trabalhador. 2000. Dissertação (mestrado em saúde pública)-Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Rio de Janeiro.
- BRANT, L. C.; DIAS, E. C. Trabalho e sofrimento em gestores de uma empresa pública em reestruturação, Cad. Saúde Pública, v. 20, n.04, p.942-949, jul. - ago. 2004.
- BRASIL. Organização Pan-americana de Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de procedimentos para os serviços de saúde. Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; organizado por Elizabeth Costa Dias; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al. – Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.
- _____. Escola Nacional de Administração Pública. Diagnóstico da situação da mulher na administração pública federal: Relatório de Pesquisa. Brasília: ENAP, 1998.

_____. Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde. Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde, 2004. Disponível em: <www.mpas.gov.br/docs/pdf/pnsst_CNPS.pdf> . Acessado em 20/04/2007.

_____. _____. Programa nacional de humanização da assistência hospitalar. Brasília, 2000a.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do SUS: DesprecarizaSUS- perguntas e respostas. Brasília: Editora do MS, 2006.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Departamento de Gestão e Regulação do trabalho em saúde. Gestão do trabalho e da regulamentação profissional em saúde- Agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: Editora do MS, 2005.

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social, Decreto N. 3048 de 06 de maio de 1999. Brasília, DF: Diário Oficial da União, n. 89, 12 mai. 1999.

_____. Portaria n. 3.947/GM. Brasília, DF: Diário Oficial da União 1999a, 14 janeiro.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). IBGE divulga estudo especial da PME sobre Cor ou Raça. Disponível em<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=737>. Acessado em dezembro de 2006.

_____. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

GUIMARÃES, R. M. Penosidade do trabalho de enfermagem em unidade hospitalar: avaliação do ambiente e da organização do trabalho. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-graduação, em nível de especialização, sob a forma de treinamento em serviço para enfermeiros, nos moldes de residência) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio), Rio de Janeiro.

CÂMARA, V.M. Epidemiologia e ambiente. In: MEDRONHO, R.A. Epidemiologia, Rio de Janeiro: Atheneu, 2006. Cap. 25. p. 371-77.

CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família, Rev. Latino-am Enfermagem, v. 12, n.01, jan. - fev., p.14-21. 2004.

CAMPOS E. P. Aspectos psicossomáticos em cardiologia. Rev. Psicossomática hoje, Porto Alegre: Artes Médicas, ano 04, n.43, p.234-52,1992.

CHOR, D.; LIMA, C. R.A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública, v. 21, n. 05, p.1586-94, set. - out. 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 189. Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. Rio de Janeiro, 25 de março de 1996.

COOPER, C.L. Identifying workplace stress: costs, benefits and the way forward. Proceedings of the European Conference on Stress at Work, 1993, Nov. p.9-10. Brussels: Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1993.

_____.; MITCHEL, S. Nursing and critically ill and dying. Hum Relations; v.43, [s/n], p.297-311. 1990.

CORGONZINHO, I. Saúde mental, trabalho e o descompasso tupiniquim. Revista Saúde mental & Trabalho, Belo Horizonte: UFMG, n.01, Ano 01, ago. p.05-15, 2000.

COSTA, A.G.; LUDERMIR, A.B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil, Rev. Saúde Pública, v.21, n.01, jan. - fev. p.73-79, 2005.

COSTA, E. S.; MORITA, I.; MARTINEZ, M.A.R. Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social em funcionários da enfermagem em um hospital universitário do Estado de São Paulo, Cad. Saúde Pública, v. 16, n.02, p.553-555, abr. - jun. 2000.

COSTA, J.S.D. et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas. Rev. Bras. Epidemiologia, v. 05, n. 02, p.164-173, 2002.

CREED, F. Mental health problems at work. BMJ, v.306, p.1082-1083,1993.

DAHER, D.V. Por detrás da chama da lâmpada. Niterói: EdUFF, 2000.

DANTAS, J.; MENDES, R.; ARAÚJO, T. M. Hipertensão Arterial e Fatores Psicossociais no Trabalho em uma Refinaria de Petróleo, Rev. Bras. Med. Trab., v. 02, n. 01, p. 55-68, jan. - mar. 2004.

DECKARD, G.; METERCO, M.; FIELD, D. Physician burnout: an examination of personal, professional and organizacional relashionships, Medical Care, v.32, [s/n], p.745-754,1994.

DEJOURS, C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 7. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

_____.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

_____.; a banalização da injustiça social. (Trad). Luiz Alberto Monjardim. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

DELCOR, N, S. et al. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, Cad. Saúde Pública, v.20, n.01, p.187-196. jan-fev. 2004.

DOHRENWEND, B.P.; DOHRENWEND, B.S. Sex differences and psychiatric disorders. American Journal of Sociology, v.81, [s/n], p.1447-1454,1976.

FACKELIANANN, K. Nursing burnout may lead to major health care crisis. USA Today. Monday, 2001 may,7.p.09.

FAGUNDES, V. L. D.; LUDEMIR, A. B. Transtornos mentais comuns em estudantes da área da saúde, Rev. Bras. Psiquiatria, v. 27, n.03, p.194-200, 2005.

FARIA, M.X. N. et al. Estudo transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaúcha (Brasil), Rev. Saúde Pública, v. 33, n. 04, p.391-400, 1999.

FRANKEUHAEUSER, M. The psychophysiology of sex differences as related to occupational status. In: FRANKEUHAEUSER, M.; LUNDBERG, U.; CHESNEY, M. (org). Woman , Work and Health. New York: Plenum, p.39-91, 1991.

GASTAUD, M. B. et al. D.M. Bem-estar e transtornos menores em estudantes de Psicologia. Rev. Psiquiatr RS, v.28, n. 01, p.12-18, 2006.

GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, T. M.; SILVA, C. E. P. Prevalência de dor musculoesquelética em dentistas, Revista Baiana de saúde pública, v. 30, n. 01, p.59-76, jan. - jun. 2006.

GOLDBERG, D; HUXLEY, P. Common mental disorders: A bio-social model. London: Tavistock, Routledge, 1992.

GOMES, F. S.; MIGUEZ, M. A. P. Avaliação da Satisfação e Estresse no Trabalho entre funcionários de uma unidade de Alimentação e nutrição no Rio de Janeiro, CERES: nutrição & saúde, v. 30, n.01, p. 29-42, 2006.

GRIEP, R. H. Confiabilidade e validade de instrumentos de medida de rede social e de apoio social utilizados no estudo pró-saúde. 2003. Tese (doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

GUYTON, A.C. HALL, J.E. Tratado de fisiologia médica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

HARDING, T.W et al. Mental disorders in primary health care: a study of the frequency and diagnosis in four developing countries. Psychol Med, v.10, p.231-41, 1980.

HORTA, V. A.; CASTELLANOS, B. E. P. Processo de enfermagem. São Paulo: E.P.U, 1979.

HOSMER, D.W.; LEMESHOW, S. Applied Logistic Regression. New York: John Wiley & Sons, 1989.

KAC, G. et al. Fatores relacionados à prevalência de morbidades psiquiátricas menores em mulheres selecionadas em um Centro de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, v. 22, n.05, p. 999-1007, mai. 2006.

KANAANE, R. Comportamento humano nas organizações: o homem rumo ao século XXI. São Paulo: Atlas, 1994.

KAPLAN, H. I; SHADOK, B.J. Modern synopsis of comprehensive textbook of psychiatry. 4. ed. Baltimore:Williams & Wilkins, 1985.

KARASEK, R.A. Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. Adm.Sci.Q, v. 24, [s/n], p. 285-308,1979.

_____.; BRISSON, C.; KAWAKAMI, N. The Job Content Questionnaire: an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. J. Occup. Health Psychology, v.3, [s/n], p.322-355, 1998.

_____.; THEORELL T. Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books, 1990.

KALE, P.L.; COSTA, A.J.L.; LUIZ, R.R. Medidas de efeito e medidas de associação. In: MEDRONHO, R.A. Epidemiologia, Rio de Janeiro: Atheneu, 2006. Cap.8. p.115-122.

KLEIN, C.H.; BLOCH, K.V. Estudos seccionais. In: MEDRONHO, R.A. Epidemiologia, Rio de Janeiro: Atheneu, 2006. Cap.9. p.125-150.

KURCGANT, P. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU, 1991.

LABRADOR, F.J.; CRESPO, M. Estrés: Trastornos psicofisiológicos. Salamanca: Eudema, 1993.

LAUTERT L.; E. H. B. CHAVES.; G. M. S. S. MOURA. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro, Rev.Panam Salud Publica, Pan Am J Public Health, v. 06 n.06, p.415-25, 1999.

- LAZARUS, R.S; FOLKMAN, S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing, 1984.
- LENNON, M.C.; ROSENFELD, S. Women and mental health: the interaction of job and family conditions. Journal of Health and Social Behavior, v.33, [s/n], p.316-327, 1992.
- LEOPARDI, M.T. Trabalho na saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-livros, 1999.
- LIPP, M.E.N. O stress está dentro de você. Contexto, São Paulo, 2000.
- _____. O Stress. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2001.
- _____. Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos, Rev. Psiqu. Clín., v.28, n. 6, p.347-349, 2001a.
- _____. Estresse: um sinal que merece atenção, Revista Saúde Brasil, ano 01, [s/v], n. 05, abr. - mai, [s, p], 2003.
- _____. O modelo quadrifásico do stress. In: LIPP, M.E.N. Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do psicólogo, 2003a.
- LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde, Cad. Saúde Pública, v.19 n.06, p.1713-20, nov. - dez. 2003.
- LOPES M.J.M.; LEAL S. M.C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira, Cadernos Pagu, v.24, [s/n], p.105-25. jan.-jun. 2005.
- LUDERMIR, A. B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental, Cad. Saúde Pública, v.16, n.03, p.647-659, jul. - set. 2000.
- _____. Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho, J. Bras. Psiquiatria, v.54, n.03, p. 198-204, 2005.
- _____.; LEWIS, G. Informal work and common mental disorders. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, v.38, [s/n], p.485-9, 2003.
- _____.; MELO FILHO, D. A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. Rev. Saúde Pública, v.36, n.02, p.213-21, 2002.
- MACHADO, M.H. A participação da mulher no setor saúde no Brasil— 1970/80. Cad. Saúde Pública v.02, n.04. out. - dez. 1986.
- MAIA L.C.; DURANTE, A. M. G.; RAMOS, L.R. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. Rev.Saúde Pública, v.38, n.05, p.650-656, 2004.
- MASLACH, C.H.; JACKSON, S. The measurement of experienced burnout. Journal of occupational Behavior, v.02, [s/n], p. 99-113, 1981.
- MARI, J.J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo, Br psychiatric, v.118, [s/n], p.23-26, 1986.
- MARTINS, L. M. M. et al. Agentes estressores no trabalho e sugestões para amenizá-los: opiniões de enfermeiros de pós-graduação. Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n. 01, p. 52-8, mar. 2000.
- MASCI, C. A hora da virada: enfrentando os desafios da vida com equilíbrio e serenidade. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

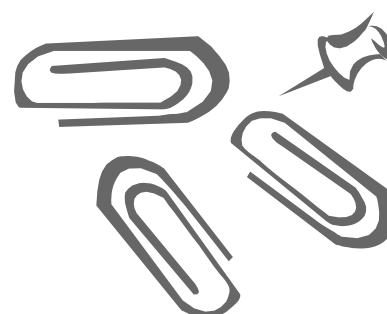
- MARZIALE, M.H.P. Enfermeiros apontam as inadequadas condições de trabalho como responsáveis pela deterioração da qualidade da assistência de enfermagem. Rev. Latino-am. Enfermagem, v. 09, n. 03, mai. 2001.
- MAURO, M.Y.C et al. O estresse e a prática de enfermagem: quando parar e refletir? Uma experiência com estudantes de enfermagem. Acta Paul.Enf. Número especial, parte II, 2000.
- MCEWEN, B.S. Projective and damaging effects of stress mediators. Seminar in medicine of the Beth Israel Deaconess Medical Center. v. 338, n. 03, jan. 1998.
- _____; LASLEY, E. O fim do estresse como nós o conhecemos. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 2003.
- MIQUELIM, J.D.L. et al. Estresse nos profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade de pacientes portadores de HIV-Aids, Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, v.16, n.3, p.24-31, 2004.
- MUROFUSE, N.T.; ABRANCHES, S.S.; NAPOLEÃO, A.A. Reflexões sobre estresse e *Burnout* e a relação com a enfermagem. Rev. Latino-am Enfermagem, v. 13, n.02, p. 255-61, mar.-abr. 2005.
- NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Saúde Mental dos profissionais de saúde. Rev. Bras.Med.Trab, v.01, n.01, p.56-68, 2003.
- NORIEGA, M. Interacción de las exigencias de trabajo en la generación de sufrimiento mental, Cad. Saúde Pública, v.16, n.04, p.1011-19, out. - dez. 2000.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO-OIT-. Factores psicosociales en el trabajo. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo, 1986.
- PAFARO, R. C.; MARTINO, M, M. F. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas, Rev.Esc Enferm USP, v. 38, n.02, p.152-60, 2004.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Health in the Americas. Washington, D.C: World Health Organization, 1998.
- PELÁ, N. T. R.; GALANTE, A.C.; GABRIELLI, J. M. Worschech. The male nursing student: his meaning for university undergraduates. In: Brazilian nursing communication symposium, 8, 2002, São Paulo. Proceedings online... Escola de Enfermagem de Riberão Preto - USP, Available from: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000100004&lng=en&nrm=abn>. Acessado em: 27/07/2006.
- PENA M. V. J.; CORREIA, M. C. A questão de gênero no Brasil. Brasília: Banco Mundial, 2003.
- PITTA, A. Hospital, dor e morte como ofício. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.
- PONZETTO, G. Mapa de riscos ambientais: manual prático. São Paulo: LTR, 2002.
- PORTO, L.A. et al. Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores, Rev. Saúde Pública, v.05, n.40, p.01-09, 2006.
- POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Estresse e adaptação. In _____. Grande tratado de enfermagem clínica e prática hospitalar. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. Cap. 3. p. 51-65.
- PRIETO, G.; VELASCO, A.D. Visualización espacial, raciocinio inductivo y rendimiento académico en dibujo técnico. Psicol. esc. educ., jun. v.10, n.01, p.11-20, 2006.

- RAMIREZ, A.J. et al. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work, Lancet, v.347, p.724-728, 1996.
- REIS, E. J. F. B. et al. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, Cad. Saúde Pública, v.21, n.05, p.1480-1490, set. - out. 2005.
- REIS, R. J. et al. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem, Rev.Saúde Pública,v.37, n.05, p.616-23, 2003.
- REVIKI, D.A.; MAY, H.; WHITLEY, W. Reliability and validity of the work related strain inventory among health professionals. Behavioral Medicine, v.17, p. 11-16, 1991.
- RIVIERA, G.J.L. et al. Factores de estrés y enfermedad. Actas luso-españolas de neurología y psiquiatría, v.19, [s/n], p.290-297,1991.
- ROBINS, L.N.; REGIER, D.A. Psychiatric disorders in America: the epidemiologic Catchment Area Study. New York, NY: Free Press, 1991.
- ROCHA, J. S. Y. Acerca do saber e da prática de enfermagem. Cad. Saúde pública. v.02, n.03, p. 297-303, jul.- set. 1986.
- RODRIGUES, R.M. Enfermagem compreendida como vocação e sua relação com as atitudes dos enfermeiros frente às condições de trabalho. Rev. Latino-am. enfermagem, v. 09, n. 06, p. 76-82, 2001.
- RODRIGUES A. L.; GASPARINI, A. L.F. Uma perspectiva psicossocial em psicossomática: via estresse e trabalho. Rev. Psicossomática hoje, Porto Alegre: Artes Médicas, ano 04, n.43, p.93-107. 1992.
- ROUQUARYOL, M.Z.; FILHO, N. A. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: _____. Epidemiologia e saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 1999. Cap. 2. p. 15-31.
- ROWLAND, D.; ARKKELIN, D.; CRISLER, L. Computer-Based Data Analysis:Using SPSS in the Social and Behavioral Sciences. Chicago: Nelson-Hall Inc, 1991.
- SANNE, B. et al. The Swedish Demand-Control-Support Questionnaire (DCSQ): factor structure, item analyses, and internal consistency in large population. Scandinavian Journal of Public Health, v.33, [s/n], p.166-174, 2005.
- SANTOS, P. R. Estudo do processo de trabalho da enfermagem em hemodinâmica : cargas de trabalho e fatores de riscos à saúde do trabalhador. 2001. Dissertação (mestrado em saúde pública) - Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Rio de Janeiro.
- SECAF, V.; RODRIGUES, A.R.F. Enfermeiros que deixaram de exercer a enfermagem: por quê? Rev.Latino-am. Enfermagem, v. 06, n. 02, p. 5-11, abr. 1998.
- SENTONE, A.D. D.; GONÇALVES, A. A. F. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 23, [s/n], p. 33-38, jan. - dez. 2002.
- SELYE H. The stress of life. New York: Mc Graw Hill, 1956.
- _____. History and Present Status of the Stress Concept. In: Goldberger L, Breznitz S. Handbook of Stress- Theoretical and Clinical Aspects. New York: Free Press. 1986. p.7-20.
- SHERBOURNE, C.D.; STEWART, A. L. The MOS Social Support Survey. Social Science and Medicine, v.38, n.06, p.705-714, 1991.

- SIEGRIST, J. Adverse health effects of high-effort, low-reward conditions. J Occup Health Psychol, v.01, [s/n], p. 27-41, 1996.
- SIMÕES, J.; AMÂNCIO, L. Gênero e enfermagem: um estudo sobre a minoria masculina, Sociologia, Oeiras, [s/v], [s/n], jan. 2004.
- SILVA, D.M.P.P.; MARZIALE, M.H.P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário, Rev.latino-Am.enfermagem, v.08, n.05, p.44-51, 2000.
- SIQUEIRA-JÚNIOR, A. C.; SIQUEIRA, F. P. C.; GONÇALVES, B.G.O. G. REME – Rev. Min. Enf., v.10, n.01, p. 41-45, jan.-mar. 2006.
- SIQUEIRA, M.M.; WATANABE, F.S.; VENTOLA, A. Desgaste físico e mental de auxiliares de enfermagem, Rev. Latino-am. Enfermagem, v. 03, n. 01, p. 45-57, jan. 1995.
- SOBRINHO, C.L.N.et al. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Cad. Saúde Pública, v. 22, n.01, p.131-140, 2006.
- SOUZA, M, F. M.; SILVA, G, R. Risco de distúrbios psiquiátricos menores em área metropolitana na região Sudeste do Brasil, Rev. Saúde Pública, v.32, n.01, p.50-8, 1998.
- SPÍNDOLA, T. Mulher, mãe e... trabalhadora de enfermagem, Rev. Esc. Enferm.USP, v.34, n.04, p.354-61, 2000.
- STACCIARINI, J.M.; TRÓCCOLI, B.T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro, Rev.Latino-am Enfermagem,v.09, n.02, p.17-25, mar. 2001.
- THEORELL T. Working conditions and health. In: Berkman L, Kawachi I, editors. Social epidemiology. New York: Oxford University Press, 2000.
- _____. The Demand-Control-Support Model for Studying Health in Relation to the Work Environment: an Interactive Model. In: ORTH-GÓMER, K.; SCHNEIDERMAN. Behavioral Medicine Approaches to Cardiovascular Disease. p. 69-85. Mahwah N.J.: Erlbaum Publishers, 1996.
- _____; PERSKI A.A.; AKERSTEDT, T. Changes in Job Strain in Relation to Changes in Psychological state. Scandinavian Journal Work Environmental Health, v.14, [s/n], p.189 – 96, 1988.
- TOWNSEND, M.C. Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- TUOMI, K. et al. Índice de capacidade para o trabalho. Helsinki: Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional, 1997, 19 p. [Portuguese adapted version of Work ability index by Fischer, F. M. et al].
- VIEIRA, S.; HOSSNE, W.S. Metodologia científica. Rio de Janeiro: Campus, 2001.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). A user's guide to the Self Reporting Questionnaire. Geneva: WHO, 1993.

9 ANEXOS

.....



ANEXO 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você, profissional de enfermagem do _____, a participar de uma _____ pesquisa sobre o trabalho em hospitais e suas repercussões à saúde dos trabalhadores. A pesquisa é realizada por uma equipe da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em colaboração com a Comissão de Saúde do Trabalhador deste Hospital. O objetivo desta pesquisa é estudar os impactos de seu trabalho na saúde e vida familiar, levando em conta o trabalho no hospital e também as tarefas realizadas em casa.

O estudo se baseia no preenchimento de um questionário sobre a sua saúde, o sono, o trabalho profissional e as atividades domésticas. Os resultados da pesquisa ajudarão a compor o perfil de saúde dos profissionais de enfermagem do HSE. Nossa meta é que este estudo possa contribuir para a análise do trabalho hospitalar e suas repercussões à saúde dos profissionais, visando gerar ações de melhoria das condições de trabalho. Faremos, oportunamente, convite a todos para a apresentação e discussão destes resultados neste Hospital.

Você tem total liberdade para se recusar a participar da pesquisa, sem punição alguma e sem prejuízo a sua atividade profissional. Sua participação não envolve nenhum gasto, desconforto ou alteração na sua rotina. Além disso, a pesquisa é anônima, de forma a garantir a sua privacidade, de forma que seu nome não estará associado a nenhum tipo de informação ou resultado da pesquisa. Os resultados poderão vir a ser apresentados em congressos ou publicados, respeitando-se sempre o sigilo e a confidencialidade das informações.

Segue abaixo o nome, endereço e telefone da coordenadora da pesquisa, que está à disposição para sanar qualquer tipo de dúvida e fornecer mais informações sobre o estudo, caso seja de seu interesse.

Concordo em participar da pesquisa acima descrita.

Assinatura do participante

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____

Assinatura da coordenadora da pesquisa

Coordenadora: Lúcia Rotenberg
Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde, Departamento de Biologia, Instituto Oswaldo Cruz, Fiocruz
Av. Brasil, 4365, Pav. Lauro Travassos, sala 11
Telefones: 2598-4378 e 2598-4379 ramais 130 ou 131
E-mail: rotenber@ioc.fiocruz.br

Nome do participante: _____ Setor: _____

ANEXO 2: PARECER DO CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PARECER Nº 1318/2004

Registro CONEP: 10228 (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

CAAE-0001.0.011.000-0

Processo nº 25000.065397/2004-48

Projeto de Pesquisa: *"Gênero trabalho e saúde em profissionais da enfermagem: morbidade e sua associação com o trabalho noturno, longas jornadas e trabalho doméstico"*

Pesquisador Responsável: Drª. Lúcia Rotenberg.

Instituição: Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz - RJ.

Área Temática Especial: cooperação estrangeira.

Objetivo

O projeto visa estudar as relações entre a organização do trabalho hospitalar e a saúde e bem estar dos profissionais de enfermagem.

Específicos: descrever o perfil da população quanto às variáveis sócio-demográficas, ao trabalho profissional, ao trabalho doméstico e as condições de saúde física e mental referidas, incluindo queixas referentes ao sono e à falta de tempo para si, para cuidar da casa, para o descanso e lazer. Descrever o grupo em relação aos fatores psicossociais do trabalho. Avaliar a associação entre condições de saúde e horário de trabalho, a duração da jornada profissional, a jornada doméstica, a sobrecarga doméstica e a carga total de trabalho considerando ambos as atividades profissionais e domésticas. Testar a associação entre duração da jornada de trabalho profissional e o aumento da pressão arterial no ambiente de trabalho. Testar a associação entre o desgaste psicossocial no trabalho e o aumento da pressão arterial no ambiente de trabalho.

Resumo

O projeto tem fundamentação teórica pertinente e é uma continuação de projeto anteriormente desenvolvido nos hospitais da FIOCRUZ. O projeto se divide em duas partes: a primeira compreende um estudo epidemiológico, onde serão entrevistados todos os funcionários e serão avaliados as condições físicas e metais; queixas relativas ao sono e ao gerenciamento do tempo e sua associação com trabalho noturno, às longas jornadas e o trabalho doméstico. A segunda etapa compreende a tomada de pressão arterial, de 280 indivíduos escolhidos aleatoriamente e suas relações com a jornada semanal e o desgaste psicossocial no trabalho.

Comentários

Os procedimentos estão bem descritos, a forma de recrutamento está adequada, existe benefício imediato ao sujeito da pesquisada e não há riscos evidentes. Existe uma cooperação entre a coordenadora do projeto e um pesquisador do Hospital Mont Sinai de Nova York que participará *"com provimento de parte dos recursos financeiros para a execução do projeto"*, o que caracteriza a cooperação estrangeira. Consta no protocolo o orçamento financeiro detalhado, descrevendo as despesas com pessoas físicas e jurídicas.

Cont. Parecer CONEP nº 1318/2004.

Considerações

Mediante a análise do presente projeto, considerou-se que os aspectos fundamentais da Res. CNS nº 196/96 sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, foram atendidas e o projeto foi aprovado pela instituição supracitada.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS nº 196/96, manifesta – se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Projeto aprovado.

Brasília, 29 de junho de 2004.


WILLIAM SAAD HOSSNE
Coordenador da CONEP/CNS/MS

ANEXO: 3 AGRUPAMENTO DOS SETORES DE ACORDO COM A DISTRIBUIÇÃO DOS ESCORES POR QUARTIS A PARTIR DO INSTRUMENTO REFINADO

GRUPO 1	CIRGII	CIRURGIA GERAL 2
	CIRVAS	CIRURGIA VASCULAR
	DERMA	DERMATOLOGIA
	ODONTO	ODONTOLOGIA
	ONCO	ONCOLOGIA
	PCTH	PROGRAMA DE COLTROLE DE TUBERCULOSE HUMANA
	PSIQUI	PSIQUIATRIA
	UPEOFT	AMBULATÓRIO DE OFTALMOLOGIA
	UPEORL	AMBULATÓRIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA
	UPEORT	AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA
	UPEPED	AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA
	UPEURO	AMBULATÓRIO DE UROLOGIA
	CIRG1	CIRURGIA GERAL 1
	CIRPLA	CIRURGIA PLÁSTICA
	UPECAR	AMBULATÓRIO DE CARDIOLOGIA
	UPECCI	AMBULATÓRIO DE CIRURGIA GERAL
GRUPO 2	CIRPED	CIRURGIA PEDIÁTRICA
	GINECO	GINECOLOGIA
	NEURO	NEUROLOGIA
	HEMOTE	HEMOTERAPIA
	OTR	OTORRINOLARINGOLOGIA
	URO	UROLOGIA
	ORTOP	ORTOPEDIA
	UPECDI	AMBULATÓRIO DE IMAGEM
	UPEGIN	AMBULATÓRIO DE GINECOLOGIA
	UPEOBS	AMBULATÓRIO DE OBSTETRÍCIA
	UPECLI	AMBULATÓRIO DE CLÍNICA MÉDICA
	UMI	UNIDADE MATERNO INFANTIL
	PROCTO	PROCTOLOGIA
	DIP	DOENÇAS INFECTOPARASITÁRIAS
	OFT	OFTALMOLOGIA
GRUPO 3	CETIP	CTI PEDIÁTRICO
	TRANSRE	TRANSPLANTE RENAL
	UTINEO	UTI NEONATAL
	CIRTO	CIRURGIA TORÁCICA
	HEMO	HEMODIÁLISE
	CARDIO	CARDIOLOGIA
	CLIMED	CLÍNICA MÉDICA
	EMER	EMERGÊNCIA
	CTI	CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA
	HEMODI	HEMODINÂMICA
	MEDNU	MEDICINA NUCLEAR
	PED	PEDIATRIA
	NEUROC	NEUROCIRURGIA
	RADIO	RADIOLOGIA
	UNICOR	UNIDADE CORONARIANA

Fonte: Guimarães (2007).

PARA USO DA EQUIPE DE PESQUISA

Horário de término: ____:____

1 ☐ Preenchido com interrupção

Observações

Entrevistador

Data: ____/____/____

Supervisor

Data: ____/____/____

Revisor/Codificador 1: ____

Data: ____/____/____

Revisor final: ____

Data: ____/____/____

Digitador 1: ____

Data: ____/____/____

Digitador 2: ____

Data: ____/____/____

Digitador correção: ____

Data: ____/____/____

Coordenador digitação: ____

Data: ____/____/____

A SAÚDE E O TRABALHO EM ENFERMAGEM

Pesquisa sobre condições
de trabalho e saúde
dos profissionais
de enfermagem

Código do questionário _____ Entrevistador _____

Hospital _____ Setor _____

Data: ____/____/____ Hora de início: ____:____



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Oswaldo Cruz - IOC
Departamento de Biologia
Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde

SAÚDE
DO TRABALHADOR
Hospital dos Servidores do Estado



ESCOLA DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Recife

EU VOU INICIAR A ENTREVISTA FAZENDO ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O SEU TRABALHO PROFISSIONAL NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A1. Qual a sua categoria profissional, de acordo com a escolaridade?

- 1 ☐ enfermeiro(a) 2 ☐ técnico(a) 3 ☐ auxiliar 4 ☐ Outra _____

A2. Qual o cargo para o qual você foi admitido neste hospital (de acordo com o contracheque)?

- 1 ☐ enfermeiro(a) 3 ☐ auxiliar 5 ☐ Outra _____
2 ☐ técnico(a) 4 ☐ AOSD (aux. operacional de serv. diversos)

A3. Qual a função que você exerce neste hospital?

- 1 ☐ enfermeiro(a) 3 ☐ auxiliar 5 ☐ Outra _____
2 ☐ técnico(a) 4 ☐ AOSD (aux. operacional de serv. diversos)

A4. Qual o seu vínculo empregatício neste hospital?

- 1 ☐ Do quadro permanente (MS / Estado / Município) 4 ☐ Terceirizado (CLT)
2 ☐ Cooperativado 5 ☐ Contratado (CLT)
3 ☐ RPA 6 ☐ Contratado (MS / Estado / Município)
7 ☐ Outro _____

A5. Há quanto tempo você começou a trabalhar (na sua vida)?

_____ anos. ☐ Há menos de um ano. ____ dias; ____ meses

A6. Há quanto tempo trabalha na área de enfermagem?

_____ anos. ☐ Há menos de um ano. ____ dias; ____ meses

A7. E neste setor deste hospital? (exclua as interrupções)

_____ anos. ☐ Há menos de um ano. ____ dias; ____ meses

A8. Quantos pontos você daria, em uma escala de 0 a 10 ao esforço físico nas suas atividades profissionais neste hospital?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Menor esforço Maior esforço

A9. Além deste emprego, você trabalha na assistência de enfermagem em outro local?

- 1 ☐ Sim, em 1 local. Local 2: _____
2 ☐ Sim, em 2 locais. Local 2: _____
Local 3: _____
3 ☐ Não. **VAI PARA A13**

A10. Há quanto tempo você trabalha em mais de um local?

_____ anos. ☐ Há menos de um ano. ____ dias; ____ meses

A11. Quando você vem para cá, você vem direto de outro trabalho?

1 ☐ nunca 2 ☐ raramente 3 ☐ às vezes 4 ☐ muitas vezes 5 ☐ sempre

A12. Quando você sai daqui, você vai direto para outro trabalho?

1 ☐ nunca 2 ☐ raramente 3 ☐ às vezes 4 ☐ muitas vezes 5 ☐ sempre

Perguntas a seguir: PARA TODOS

A13. Vamos lembrar agora os horários em que você se dedicou ao trabalho profissional de enfermagem em cada dia da última semana (em todos os locais). (ATENÇÃO: PESQUISAR O HORÁRIO REAL TRABALHADO)

Dia da Entrevista

LOCAL/DIA							
Local 1							
Local 2							
Local 3							

A14. Essas horas de trabalho profissional identificadas na pergunta anterior correspondem às suas atividades habituais?

1 ☐ Sim
2 ☐ Não, você costuma trabalhar MAIS HORAS por semana (se necessário use este exemplo: Você faltou alguma vez na última semana)
3 ☐ Não, você costuma trabalhar MENOS HORAS por semana (se necessário use este exemplo: Você cobriu plantões de alguém ou fez complementações do seu plantão nessa última semana)

A15. Qual o seu horário de trabalho neste hospital? (Se trabalhar em mais de um horário, informe o predominante) (ATENÇÃO: SE NECESSÁRIO QUESTIONAR SOBRE AS COMPLEMENTAÇÕES OU FOLGAS)

1 ☐ Plantão diurno 12/60
2 ☐ Plantão noturno 12/60
3 ☐ Plantão diurno 12/60 (40 h – com complementações)
4 ☐ Plantão noturno 12/60 (40 h – com complementações)
5 ☐ Plantão de 24 horas com ____ dias de folga
6 ☐ Plantão diurno 12/36
7 ☐ Plantão noturno 12/36
8 ☐ Plantão diurno 12/36 (40 h – com folgas)
9 ☐ Plantão noturno 12/36 (40 h – com folgas)
10 ☐ 2ª, 4ª e 6ª / 3ª e 5ª
11 ☐ Diarista: de ____ às ____ horas
12 ☐ Manhista: de ____ às ____ horas
13 ☐ Tardista: de ____ às ____ horas
14 ☐ Outro. Qual? _____

Não trabalha nos fins de semana

A16. Podendo escolher entre permanecer neste horário ou trocar para outro horário existente neste hospital, o que você decidiria?

1 ☐ nunca sairia 2 ☐ sairia imediatamente 3 ☐ sairia em algum momento 4 ☐ ficaria na dúvida 5 ☐ indiferente

A17. Há quanto tempo você trabalha neste horário? (desde a última mudança)

____ anos. ☐ Há menos de um ano. ____ dias; ____ meses

A18. Na maior parte das vezes, o que você costuma fazer após sair do trabalho neste hospital?

1 ☐ dorme assim que chega em casa 5 ☐ cuida da casa
2 ☐ descansa 6 ☐ vai para outro emprego
3 ☐ faz alguma atividade de lazer 7 ☐ resolve algum assunto (pagamento, comprar coisas)
4 ☐ cuida das crianças 8 ☐ outros _____
77 ☐ não sabe/não lembra

Perguntas a seguir: Para quem TEM OUTRO LOCAL DE TRABALHO na assistência de Enfermagem

A19. Em que horário você trabalha em enfermagem no Local 2 (dizer o nome do local 2, de acordo com a resposta A9)? (Se trabalhar em mais de um horário, informe o predominante) ATENÇÃO: SE NECESSÁRIO QUESTIONAR SOBRE AS COMPLEMENTAÇÕES OU FOLGAS

1 ☐ Plantão diurno 12/60
2 ☐ Plantão noturno 12/60
3 ☐ Plantão diurno 12/60 (40 h – com complementações)
4 ☐ Plantão noturno 12/60 (40 h – com complementações)
5 ☐ Plantão de 24 horas com ____ dias de folga
6 ☐ Plantão diurno 12/36
7 ☐ Plantão noturno 12/36
8 ☐ Plantão diurno 12/36 (40 h – com folgas)
9 ☐ Plantão noturno 12/36 (40 h – com folgas)
10 ☐ 2ª, 4ª e 6ª / 3ª e 5ª
11 ☐ Diarista: de ____ às ____ horas
12 ☐ Manhista: de ____ às ____ horas
13 ☐ Tardista: de ____ às ____ horas
14 ☐ Outro. Qual? _____
99 ☐ Não trabalha no Local 2

Não trabalha nos fins de semana

A20. Há quanto tempo você trabalha neste horário? (desde a última mudança)

____ anos. ☐ Há menos de um ano. ____ dias; ____ meses

A21. Qual o cargo para o qual você foi admitido no Local 2 (dizer o nome do local 2, de acordo com a resposta da A9) (de acordo com o contracheque)?

1 ☐ enfermeiro(a) 3 ☐ auxiliar 5 ☐ Outra _____
2 ☐ técnico(a) 4 ☐ AOSD (aux. operacional de serv. diversos)

A22. Qual a função real que você exerce no Local 2 (dizer o nome do local 2, de acordo com A9)?

1 ☐ enfermeiro(a) 3 ☐ auxiliar 5 ☐ Outra _____
2 ☐ técnico(a) 4 ☐ AOSD (aux. operacional de serv. diversos)

A23. Em que horário você trabalha em enfermagem no Local 3 (dizer o nome do local 3, de acordo com a resposta A9)? (Se trabalhar em mais de um horário, informe o predominante) ATENÇÃO: SE NECESSÁRIO QUESTIONAR SOBRE AS COMPLEMENTAÇÕES OU FOLGAS

1 ☐ Plantão diurno 12/60
2 ☐ Plantão noturno 12/60
3 ☐ Plantão diurno 12/60 (40 h – com complementações)

A36. Em relação a este seu horário para dormir ou descansar durante o plantão no Local 2 (dizer o nome do local 2, de acordo com a resposta da A9), você diria que na maior parte das vezes:

- 1 ☐ somente descansa (não consegue dormir)
 2 ☐ dorme por cerca de ____ h ____ minutos
 3 ☐ não descansa, nem dorme
 8 ☐ Não informou

Perguntas a seguir PARA QUEM TRABALHA A NOITE NO LOCAL 3, de acordo com A23

- A37. Quando você trabalha à noite no Local 3 (dizer o nome do local 3, de acordo com a resposta da A9) é permitido dormir ou descansar?
 1 ☐ Sim, por ____ h ____ minutos
 2 ☐ Não. **VAI PARA A44**
 8 ☐ Não informou **VAI PARA A44**
 9 ☐ Não trabalha à noite no local 3 **VAI PARA A44**

A38. Em relação a este seu horário para dormir ou descansar durante o plantão no Local 3 (dizer o nome do local 3, de acordo com a resposta da A9), você diria que na maior parte das vezes:

- 1 ☐ somente descansa (não consegue dormir)
 2 ☐ dorme por cerca de ____ h ____ minutos
 3 ☐ não descansa, nem dorme
 8 ☐ Não informou

Perguntas a seguir PARA QUEM NÃO TRABALHA À NOITE EM NENHUM LOCAL

A39. Você já trabalhou à noite antes?

- 1 ☐ Sim, regularmente, 1 vez por semana
 2 ☐ Sim, regularmente, 2 a 3 vezes por semana
 3 ☐ Sim, regularmente, 4 ou mais vezes por semana
 4 ☐ Sim, raramente **VAI PARA A44**
 5 ☐ Sim, ocasionalmente **VAI PARA A44**
 6 ☐ Não **VAI PARA A44**

A40. Por quanto tempo você trabalhou à noite antes?

____ anos. ☐ Por menos de um ano. ____ dias; ____ meses

A41. Qual a principal razão que o(a) levou a trabalhar à noite naquela ocasião?

- 1 ☐ imposição do serviço
 2 ☐ para conciliar com outro emprego
 3 ☐ para conciliar com o estudo
 4 ☐ para conciliar com o cuidado da casa ou dos filhos
 5 ☐ porque gosta
 6 ☐ para aumentar os rendimentos
 7 ☐ para aumentar os rendimentos
 8 ☐ outro _____
 77 ☐ não sabe / não lembra

A42. Há quanto tempo deixou de trabalhar à noite?

____ anos. ☐ Há menos de um ano. ____ dias; ____ meses

A43. Qual a principal razão da sua saída do trabalho noturno?

- 1 ☐ problema de saúde. Qual? _____
 2 ☐ dificuldade para conciliar com a vida familiar
 3 ☐ dificuldade para conciliar com outro emprego
 4 ☐ dificuldade para conciliar com o estudo
 5 ☐ necessidade do serviço
 6 ☐ outra. Qual? _____
 7 ☐ não sabe
 8 ☐ não informou

Perguntas a seguir: PARA TODOS

A44. Além do trabalho em enfermagem, você tem mais algum trabalho ou atividade regular que lhe dê rendimentos, mesmo que se trate de uma atividade informal?

- 1 ☐ Sim. Qual(ais)? _____
 2 ☐ Não.

A45. Considerando a sua jornada de trabalho, com que frequência você dispõe de tempo para:

	Nunca	Às vezes	Freqüentemente	Sempre
Cuidar de si mesmo(a)? (estética, saúde, fazer coisas para si próprio)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Para as tarefas da casa? (compras, pagamentos, cozinhar...)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Para o repouso durante a semana? (excluir o tempo para o sono)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Para o lazer nos dias de folga?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

AGORA EU VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA CASA

B1. Você tem filhos?

- 1 ☐ Sim
 2 ☐ Não **VAI PARA B5**

B2. Seus filhos moram com você?

- 1 ☐ Sim
 2 ☐ Não **VAI PARA B5**

Perguntas a seguir PARA QUEM TEM FILHOS

B3. Informe o número de filhos de acordo com a idade. [PODE HAVER + DE 1 OPÇÃO]

- 1 ☐ Menor que 1 ano _____
 2 ☐ De 1 a 5 anos _____
 3 ☐ De 6 a 14 anos _____
 4 ☐ De 15 a 18 anos _____
 5 ☐ Maior que 18 anos _____

B4. Além do(s) seu(s) filho(s), você cuida de alguma criança ou adolescente na sua casa? [PODE HAVER + DE 1 OPÇÃO]

- 1 ☐ Sim, menor que 1 ano
 2 ☐ Sim, de 1 a 5 anos
 3 ☐ Sim, de 6 a 14 anos
 4 ☐ Sim, de 15 a 18 anos
 5 ☐ Não

Perguntas a seguir PARA QUEM NÃO TEM FILHOS OU NÃO MORA COM OS FILHOS

B5. Você cuida de alguma criança ou adolescente na sua casa? [PODE HAVER + DE 1 OPÇÃO]

- 1 ☐ Sim, menor que 1 ano
 2 ☐ Sim, de 1 a 5 anos
 3 ☐ Sim, de 6 a 14 anos
 4 ☐ Sim, de 15 a 18 anos
 5 ☐ Não **VAI PARA B8**

Pergunta a seguir: PARA QUEM TEM CRIANÇA OU ADOLESCENTE EM CASA (≤ 18 anos)

B6. Quando v. está trabalhando fora, quem costuma ficar com as crianças/adolescentes?

- 1 ☐ creche/escola 4 ☐ babá/ empregada
 2 ☐ pai/mãe das crianças 5 ☐ outra alternativa _____
 3 ☐ ficam sós

B7. Considerando a sua jornada de trabalho, com que frequência você dispõe de tempo para a(s) criança(s)/adolescentes?

- 1 ☐ nunca 2 ☐ às vezes 3 ☐ freqüentemente 4 ☐ sempre

Perguntas a seguir: PARA TODOS

B8. Incluindo você, quantas pessoas moram na sua casa? _____ ☐ Mora só **VAI PARA B10**

B9. Alguma dessas pessoas precisa de cuidado especial, pela idade avançada, doença ou algum problema?

- 1 ☐ Sim. Quem? (grau de parentesco) _____
 2 ☐ Não

B10. Quando você está em casa, é sua responsabilidade:

Tarefa	Sim, inteiramente	Sim, a maior parte	Divide igualmente	Sim, a menor parte	Não
Cuidar das crianças/adolescentes? 9 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Cuidar da limpeza?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Cozinhar?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Lavar roupas?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Passar roupas?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

B11. Na última semana, quantas horas aproximadamente, você dedicou ao trabalho doméstico?

Dia da Entrevista						

777 ☐ não sabe/não lembra

B12. Essas horas de trabalho em casa identificadas na pergunta anterior correspondem às suas atividades domésticas habituais?

- 1 ☐ Sim
 2 ☐ Não, você costuma trabalhar em casa MAIS HORAS por semana
 3 ☐ Não, você costuma trabalhar em casa MENOS HORAS por semana

B13. Quantos pontos você daria, em uma escala de 0 a 10, ao esforço físico nas suas atividades domésticas?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Menor esforço					Maior esforço					

AGORA EU GOSTARIA DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA SAÚDE

C1. Nos ÚLTIMOS 15 DIAS, você teve alguma doença, acidente, ferimento ou outro problema de saúde?

- 1 ☐ Sim. Qual? _____ 2 ☐ Não 8 ☐ não informou

C2. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você esteve hospitalizada(o)?

- 1 ☐ Sim, MOTIVO: _____ 2 ☐ Não

C3. Alguma vez algum médico ou outro profissional da saúde lhe disse que você tem ou teve pressão alta?

- 1 ☐ Sim, apenas uma vez.
 2 ☐ Sim, mais de uma vez em dias diferentes.
 3 ☐ Sim, apenas durante a gravidez **VAI PARA C 9**
 4 ☐ Não. **VAI PARA C 9**

C4. Com que idade você foi informado pela primeira vez que tinha pressão alta?
 _____, anos de idade.

C5. Em que setor trabalhava quando descobriu que tinha pressão alta? _____

C6. Tratou ou trata sua pressão alta?

- 1 ☐ Nunca tratou
2 ☐ Trata continuamente **VAI PARA C8**
3 ☐ Tratou, mas não trata mais
4 ☐ Trata, apenas se a pressão se eleva **VAI PARA C8**
7 ☐ não sabe / não lembra **VAI PARA C9**

Perguntas a seguir PARA OS QUE NÃO TRATAM

C7. Por que nunca tratou ou parou de tratar sua pressão alta? [PODE HAVER + DE 1 OPÇÃO]

- 1 ☐ Não achou necessário
2 ☐ Remédios muito caros
3 ☐ Não sente nada
4 ☐ Remédios deram reação
5 ☐ Nunca mais mediu a pressão
6 ☐ Basta ficar tranquilo(a)
7 ☐ Orientação médica
8 ☐ Outro motivo. Qual? _____

Perguntas a seguir PARA OS QUE TRATAM

C8. Que tipo de tratamento para pressão alta está fazendo?

- 1 ☐ Só cuidados com a dieta
2 ☐ só cuidados com a dieta e exercícios
3 ☐ só medicamentos
4 ☐ medicamentos e cuidados com a dieta
5 ☐ medicamentos, cuidados com a dieta e exercícios
6 ☐ outros. Qual? _____

Perguntas a seguir PARA TODOS

C9. Quando você verificou sua pressão pela última vez?

- Há _____ anos. ☐ Há menos de um ano. _____ dias; _____ meses
7 ☐ Não sabe/ não lembra 9 ☐ Nunca mediu

C10. Onde foi que você verificou sua pressão pela última vez?

- 1 ☐ Unidade de Saúde 5 ☐ em casa
2 ☐ médico particular 6 ☐ na rua
3 ☐ trabalho 7 ☐ Outro _____
4 ☐ farmácia 77 ☐ não sabe/ não lembra

C11. Alguém da sua família consanguíneo tem ou teve algum dos seguintes problemas DIAGNOSTICADO? [PODE HAVER + DE 1 OPÇÃO]

- Pressão Alta 1 ☐ Mãe 2 ☐ Pai 3 ☐ Outro _____ 4 ☐ Ninguém 7 ☐ Não sabe
Derrame (acidente vascular cerebral) 1 ☐ Mãe 2 ☐ Pai 3 ☐ Outro _____ 4 ☐ Ninguém 7 ☐ Não sabe
Infarto do miocárdio (ataque do coração) 1 ☐ Mãe 2 ☐ Pai 3 ☐ Outro _____ 4 ☐ Ninguém 7 ☐ Não sabe
Angina (isquemia, má circulação no coração) 1 ☐ Mãe 2 ☐ Pai 3 ☐ Outro _____ 4 ☐ Ninguém 7 ☐ Não sabe
Diabetes 1 ☐ Mãe 2 ☐ Pai 3 ☐ Outro _____ 4 ☐ Ninguém 7 ☐ Não sabe
Doença Renal 1 ☐ Mãe 2 ☐ Pai 3 ☐ Outro _____ 4 ☐ Ninguém 7 ☐ Não sabe
Depressão 1 ☐ Mãe 2 ☐ Pai 3 ☐ Outro _____ 4 ☐ Ninguém 7 ☐ Não sabe

C11a. ☐ Nenhum parente teve problemas diagnosticados ou Não sabe **VAI PARA C13**

C12. Você perdeu alguém da sua família, antes dos 60 anos, por algum dos problemas abaixo? [PODE HAVER + DE 1 OPÇÃO]

- Pressão Alta 1 ☐ Mãe 2 ☐ Pai 3 ☐ Outro _____ 4 ☐ Ninguém 7 ☐ Não sabe
Derrame (acidente vascular cerebral) 1 ☐ Mãe 2 ☐ Pai 3 ☐ Outro _____ 4 ☐ Ninguém 7 ☐ Não sabe
Infarto do miocárdio (ataque do coração) 1 ☐ Mãe 2 ☐ Pai 3 ☐ Outro _____ 4 ☐ Ninguém 7 ☐ Não sabe
Angina (isquemia, má circulação no coração) 1 ☐ Mãe 2 ☐ Pai 3 ☐ Outro _____ 4 ☐ Ninguém 7 ☐ Não sabe
Diabetes 1 ☐ Mãe 2 ☐ Pai 3 ☐ Outro _____ 4 ☐ Ninguém 7 ☐ Não sabe
Doença Renal 1 ☐ Mãe 2 ☐ Pai 3 ☐ Outro _____ 4 ☐ Ninguém 7 ☐ Não sabe
Depressão 1 ☐ Mãe 2 ☐ Pai 3 ☐ Outro _____ 4 ☐ Ninguém 7 ☐ Não sabe

C13 Qual o seu peso? _____ Kg 777 ☐ não sabe/ não lembra

C14 Qual a sua altura? _____ cm 777 ☐ não sabe/ não lembra

C15. Nos últimos 7 dias você tomou algum medicamento (alopático, homeopático, caseiro, etc)?

- 1 ☐ Sim
2 ☐ Não **VAI PARA C17**

C16. Qual(ais) o(s) medicamento(s) que você tomou nos últimos 7 dias e quem indicou?
 Não esqueça de pesquisar o nome, para que sintoma/doença, o sal farmacológico, etc

- | | | |
|---------|---|---|
| 1 _____ | 1 ☐ auto-medicação | 2 ☐ indicado por _____ |
| 2 _____ | 1 ☐ auto-medicação | 2 ☐ indicado por _____ |
| 3 _____ | 1 ☐ auto-medicação | 2 ☐ indicado por _____ |
| 4 _____ | 1 ☐ auto-medicação | 2 ☐ indicado por _____ |
| 5 _____ | 1 ☐ auto-medicação | 2 ☐ indicado por _____ |
| 6 _____ | 1 ☐ auto-medicação | 2 ☐ indicado por _____ |
| 7 _____ | 1 ☐ auto-medicação | 2 ☐ indicado por _____ |

AGORA GOSTARÍAMOS DE SABER A RESPEITO DE ALGUNS HÁBITOS RELACIONADOS À SAÚDE

C17. Você é ou já foi fumante de cigarros, ou seja, já fumou ao longo da vida, pelo menos 100 cigarros (cinco maços)?

- 1 ☐ Sim
 2 ☐ Não. **VAI PARA C23**

Perguntas a seguir: PARA QUEM É OU JÁ FOI FUMANTE

C18. Com que idade você começou a fumar? _____ anos

C19. Você fuma cigarros atualmente?

- 1 ☐ Sim. **VAI PARA C21**
 2 ☐ Não.

Perguntas a seguir: PARA QUEM NÃO FUMA ATUALMENTE

C20. Com que idade você parou de fumar pela última vez? _____ anos

Perguntas a seguir: PARA QUEM É OU JÁ FOI FUMANTE

C21. Em geral, quantos cigarros por dia você fuma ou fumava?

_____ cigarros ☐ menos de 1 cigarro por dia

C22. Ao todo, durante quantos anos você fumou ou fuma? (Se for o caso, desconte os períodos em que você deixou de fumar) _____ anos ☐ menos de 1 ano

Perguntas a seguir: PARA TODOS

C23. Você convive com pessoas fumando na mesma sala de trabalho ou em casa?

- 1 ☐ Sim, tanto em casa como no trabalho
 2 ☐ Sim, apenas em casa
 3 ☐ Sim, apenas no trabalho
 4 ☐ Não

C24. Nas últimas duas semanas, você consumiu algum tipo de bebida alcoólica?

- 1 ☐ Sim
 2 ☐ Não **VAI PARA C28**

Perguntas a seguir PARA QUEM CONSUMIU BEBIDA ALCÓOLICA NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS

C25. Nas últimas duas semanas, quantos dias, ao todo, você consumiu algum tipo de bebida alcoólica?

- 1 ☐ Todos os dias
 2 ☐ 10 a 13 dias
 3 ☐ 6 a 9 dias
 4 ☐ 2 a 5 dias
 5 ☐ 1 único dia

Com base no quadro abaixo:

Uma dose corresponde, por exemplo, a

- 1 lata de cerveja ou 1 chope ou
- 1 copo de vinho
- 1 dose de uísque, cachaça, vodka, conhaque
- 1 copo de calpirinha
- 1 garrafa de cerveja corresponde a 2 doses

C26. Nas últimas duas semanas, nos dias em que você bebeu, em geral quantas doses você bebeu EM CADA UM DESSES DIAS?

- 1 ☐ 1 dose
 2 ☐ 2 a 4 doses
 3 ☐ 5 a 7 doses
 4 ☐ 8 a 10 doses
 5 ☐ Mais de 10 doses

C27. Esse número de doses identificado na pergunta anterior corresponde ao seu consumo habitual de álcool?

- 1 ☐ Sim
 2 ☐ Não, costuma beber mais do que esta quantidade
 3 ☐ Não, costuma beber menos do que esta quantidade

Perguntas a seguir: PARA TODOS

C28. Em média, quantas horas você pratica atividade física para melhorar sua saúde, condição física ou com objetivo estético ou de lazer em uma semana habitual de trabalho?

- 1 ☐ Não pratica
2 ☐ Menos de 1 hora
3 ☐ 1 a 3 horas
4 ☐ 4 a 6 horas
5 ☐ Mais que 6 horas

C29. Com que frequência você consome frutas frescas?

- 1 ☐ Diariamente
2 ☐ 4 a 6 vezes por semana
3 ☐ 1 a 3 vezes por semana
4 ☐ 1 a 3 vezes por mês
5 ☐ Nunca ou menos frequentemente que uma vez por mês

C30. Com que frequência você consome alimentos fritos (frituras)?

- 1 ☐ Diariamente
2 ☐ 4 a 6 vezes por semana
3 ☐ 1 a 3 vezes por semana
4 ☐ 1 a 3 vezes por mês
5 ☐ Nunca ou menos frequentemente que uma vez por mês

C31. Com que frequência você consome verduras?

- 1 ☐ Diariamente
2 ☐ 4 a 6 vezes por semana
3 ☐ 1 a 3 vezes por semana
4 ☐ 1 a 3 vezes por mês
5 ☐ Nunca ou menos frequentemente que uma vez por mês

C32. Quando foi a última vez que você fez exame para medir o colesterol ou gordura no sangue?

- 1 ☐ Nunca fez
2 ☐ Há mais de 3 anos
3 ☐ Entre 1 e 3 anos
4 ☐ Há menos de 1 ano
7 ☐ Não sabe/ não lembra

C33. Quando foi a última vez que você fez exame de vista?

- 1 ☐ Nunca fez
2 ☐ Há mais de 3 anos
3 ☐ Entre 1 e 3 anos
4 ☐ Há menos de 1 ano
7 ☐ Não sabe/ não lembra

C34. Nas últimas quatro semanas, com que frequência você:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
a) Tomou remédios para dormir?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
b) Tomou remédios para se manter acordado?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
c) Sentiu-se sonolento durante o horário de trabalho?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
d) Sentiu que não dormiu o suficiente?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

C35 Em relação ao seu sono durante a noite, em casa:

Nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS, com que frequência você:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
a) Teve dificuldade em pegar no sono?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
b) Acordou durante o sono e teve dificuldade para dormir de novo?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
c) Acordou antes da hora desejada e não conseguiu adormecer de novo?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

C36. O quanto cada uma das condições em sua residência ATRAPALHAM o seu sono:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
a) Calor ou frio?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
b) Claridade no local onde você dorme?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
c) Ruído externo da residência?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
d) Ruído interno da residência?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
e) Pessoas dividindo o seu quarto de dormir?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
f) Tarefas que devem ser executadas interrompendo o seu período de sono (como tarefas domésticas, levar filhos para escola, cuidar de outras pessoas)?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
g) Insegurança na residência (medo de ser roubado/assaltado)?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

ESTA FOI MINHA ÚLTIMA PERGUNTA DESTA PARTE DO QUESTIONÁRIO. AGORA EU GOSTARIA QUE VOCÊ CONTRIBUÍSSE PREENCHENDO ESTE OUTRO QUESTIONÁRIO MUITO OBRIGADA POR SUA COLABORAÇÃO ATÉ O MOMENTO!

INSTRUÇÕES

Para complementar o questionário, pedimos a você para responder às perguntas que se seguem.

Responda após ler devagar cada pergunta até o final, e todas as opções de resposta.

Qualquer dúvida, consulte o entrevistador.

Obrigado pela colaboração!

Bloco D

Nesta parte da pesquisa fazemos perguntas sobre o seu trabalho e as repercussões sobre a saúde.

TODAS AS PERGUNTAS SOBRE O TRABALHO SE REFEREM A ESTE HOSPITAL.

Para cada afirmativa abaixo, assinale primeiro se você *concorda* ou *discorda*. Se houver uma seta depois de sua resposta, por favor assinale até que ponto você se sente estressado com tal situação.

Agradecemos por responder a todas as afirmativas.

D1. Constantemente, eu me sinto pressionado pelo tempo por causa da carga pesada de trabalho.

1 ☐ Concordo → E com isso, eu fico: 1 ☐ nem um pouco estressado 2 ☐ um pouco estressado
3 ☐ estressado 4 ☐ muito estressado

2 ☐ Discordo

D2. Frequentemente eu sou interrompido e incomodado no trabalho.

1 ☐ Concordo → E com isso, eu fico: 1 ☐ nem um pouco estressado 2 ☐ um pouco estressado
3 ☐ estressado 4 ☐ muito estressado

2 ☐ Discordo

D3. Eu tenho muita responsabilidade no meu trabalho.

1 ☐ Concordo → E com isso, eu fico: 1 ☐ nem um pouco estressado 2 ☐ um pouco estressado
3 ☐ estressado 4 ☐ muito estressado

2 ☐ Discordo

D4. Frequentemente, eu sou pressionado a trabalhar depois da hora.

1 ☐ Concordo → E com isso, eu fico: 1 ☐ nem um pouco estressado 2 ☐ um pouco estressado
3 ☐ estressado 4 ☐ muito estressado

2 ☐ Discordo

D5. Meu trabalho exige muito esforço físico.

1 ☐ Concordo → E com isso, eu fico: 1 ☐ nem um pouco estressado 2 ☐ um pouco estressado
3 ☐ estressado 4 ☐ muito estressado

2 ☐ Discordo

D6. Nos últimos anos, meu trabalho passou a exigir cada vez mais de mim.

1 ☐ Concordo → E com isso, eu fico: 1 ☐ nem um pouco estressado 2 ☐ um pouco estressado
3 ☐ estressado 4 ☐ muito estressado

2 ☐ Discordo

D7. Eu tenho o respeito que mereço dos meus chefes.

- 1 ☐ Concordo
- 2 ☐ Discordo → E com isso, eu fico: 1 ☐ nem um pouco estressado 2 ☐ um pouco estressado
3 ☐ estressado 4 ☐ muito estressado

D8. Eu tenho o respeito que mereço dos meus colegas de trabalho.

- 1 ☐ Concordo
- 2 ☐ Discordo → E com isso, eu fico: 1 ☐ nem um pouco estressado 2 ☐ um pouco estressado
3 ☐ estressado 4 ☐ muito estressado

D9. No trabalho, eu posso contar com apoio em situações difíceis.

- 1 ☐ Concordo
- 2 ☐ Discordo → E com isso, eu fico: 1 ☐ nem um pouco estressado 2 ☐ um pouco estressado
3 ☐ estressado 4 ☐ muito estressado

D10. No trabalho, eu sou tratado injustamente.

- 1 ☐ Concordo → E com isso, eu fico: 1 ☐ nem um pouco estressado 2 ☐ um pouco estressado
3 ☐ estressado 4 ☐ muito estressado
- 2 ☐ Discordo

D11. Eu vejo poucas possibilidades de ser promovido no futuro.

- 1 ☐ Concordo → E com isso, eu fico: 1 ☐ nem um pouco estressado 2 ☐ um pouco estressado
3 ☐ estressado 4 ☐ muito estressado
- 2 ☐ Discordo

D12. No trabalho, eu passei ou ainda posso passar por mudanças não desejadas.

- 1 ☐ Concordo → E com isso, eu fico: 1 ☐ nem um pouco estressado 2 ☐ um pouco estressado
3 ☐ estressado 4 ☐ muito estressado
- 2 ☐ Discordo

D13. Tenho pouca estabilidade no emprego.

- 1 ☐ Concordo → E com isso, eu fico: 1 ☐ nem um pouco estressado 2 ☐ um pouco estressado
3 ☐ estressado 4 ☐ muito estressado
- 2 ☐ Discordo

D14. A posição que ocupo atualmente no trabalho está de acordo com a minha formação e treinamento.

- 1 ☐ Concordo
- 2 ☐ Discordo → E com isso, eu fico: 1 ☐ nem um pouco estressado 2 ☐ um pouco estressado
3 ☐ estressado 4 ☐ muito estressado

D15. No trabalho, levando em conta todo o meu esforço e conquistas, eu recebo o respeito e o reconhecimento que mereço.

- 1 ☐ Concordo
- 2 ☐ Discordo → E com isso, eu fico: 1 ☐ nem um pouco estressado 2 ☐ um pouco estressado
3 ☐ estressado 4 ☐ muito estressado

D16. Minhas chances futuras no trabalho estão de acordo com meu esforço e conquistas.

- 1 ☐ Concordo
- 2 ☐ Discordo → E com isso, eu fico: 1 ☐ nem um pouco estressado 2 ☐ um pouco estressado
3 ☐ estressado 4 ☐ muito estressado

D17. Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado.

- 1 ☐ Concordo
- 2 ☐ Discordo → E com isso, eu fico: 1 ☐ nem um pouco estressado 2 ☐ um pouco estressado
3 ☐ estressado 4 ☐ muito estressado

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

D18. No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado pela pressão do tempo.

- 1 ☐ Discordo Totalmente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo Totalmente

D19. Assim que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas do trabalho.

- 1 ☐ Discordo Totalmente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo Totalmente

D20. Quando chego em casa, eu consigo relaxar e "me desligar" facilmente do meu trabalho.

- 1 ☐ Discordo Totalmente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo Totalmente

D21. As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho.

- 1 ☐ Discordo Totalmente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo Totalmente

D22. O trabalho não me deixa; ele ainda está na minha cabeça quando vou dormir.

- 1 ☐ Discordo Totalmente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo Totalmente

D23. Não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje.

- 1 ☐ Discordo Totalmente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo Totalmente

D24. Geralmente não consigo parar de pensar no trabalho durante a folga.

- 1 ☐ Discordo Totalmente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo Totalmente

BLOCO E

E1. Poderia, por favor, responder as questões abaixo:

	Sim	Não
a) Eu tenho dificuldade de relaxar após um dia de trabalho.	1 ☐	2 ☐
b) No final de um dia de trabalho, eu realmente me sinto exausto.	1 ☐	2 ☐
c) O meu trabalho faz com que me sinta bastante cansado ao fim do dia.	1 ☐	2 ☐
d) De maneira geral, eu me sinto descansado após o jantar.	1 ☐	2 ☐
e) De maneira geral, só sou capaz de relaxar no segundo dia de folga.	1 ☐	2 ☐
f) Eu tenho dificuldade de me concentrar no tempo de folga após meu dia de trabalho.	1 ☐	2 ☐
g) Eu tenho dificuldade de me interessar por outras pessoas quando acabo de voltar do trabalho.	1 ☐	2 ☐
h) Em geral, leva mais que uma hora para que me sinta completamente recuperado após o trabalho.	1 ☐	2 ☐
i) Quando chego em casa, as pessoas deveriam me deixar só por algum tempo.	1 ☐	2 ☐
j) Após um dia de trabalho, eu freqüentemente estou cansado demais para começar outras atividades.	1 ☐	2 ☐
k) Na parte final de um dia de trabalho, eu não tenho um desempenho tão bom, por vezes, devido ao cansaço.	1 ☐	2 ☐

BLOCO F

F1. Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos. Assinale com X um número na escala de zero a dez, quantos pontos você daria para a sua capacidade de trabalho atual

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estou incapaz para o trabalho										Estou em minha melhor capacidade para o trabalho

F2. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do seu trabalho? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo)

- 1 ☐ muito boa
 2 ☐ boa
 3 ☐ moderada
 4 ☐ baixa
 5 ☐ muito baixa

F3. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais do seu trabalho? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer)

- 1 ☐ muito boa
 2 ☐ boa
 3 ☐ moderada
 4 ☐ baixa
 5 ☐ muito baixa

F4. Na sua opinião quais das lesões por acidentes ou doenças citadas abaixo você possui **ATUALMENTE**. Marque também aquelas que foram confirmadas pelo médico. Caso não tenha nenhuma doença, deixe em branco a questão e todos os seus sub-ítems.

	Minha Opinião	Diagnóstico Médico
01. lesão nas costas	1 ☐	2 ☐
02. lesão nos braços/mãos	1 ☐	2 ☐
03. lesão nas pernas/pés	1 ☐	2 ☐
04. lesão em outras partes do corpo. Onde? _____ Que tipo de lesão? _____	1 ☐	2 ☐
05. doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores freqüentes	1 ☐	2 ☐
06. doença da parte inferior das costas com dores freqüentes	1 ☐	2 ☐
07. dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)	1 ☐	2 ☐
08. doença músculo-esquelética afetando os membros (braços e pernas) com dores freqüentes	1 ☐	2 ☐
09. artrite reumatóide	1 ☐	2 ☐
10. outra doença músculo-esquelética, Qual? _____	1 ☐	2 ☐
11. hipertensão arterial (pressão alta)	1 ☐	2 ☐
12. doença coronariana, dor no peito durante exercício (angina pectoris)	1 ☐	2 ☐
13. infarto do miocárdio, trombose coronariana	1 ☐	2 ☐
14. insuficiência cardíaca	1 ☐	2 ☐
15. outra doença cardiovascular, Qual? _____	1 ☐	2 ☐
16. infecções repetidas do trato respiratório (incluindo amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda)	1 ☐	2 ☐
17. bronquite crônica	1 ☐	2 ☐
18. sinusite crônica	1 ☐	2 ☐
19. asma	1 ☐	2 ☐
20. enfisema	1 ☐	2 ☐
21. tuberculose pulmonar	1 ☐	2 ☐
22. outra doença respiratória. Qual? _____	1 ☐	2 ☐
23. distúrbio emocional severo (ex.depressão severa)	1 ☐	2 ☐
24. distúrbio emocional leve (ex.depressão leve, tensão, ansiedade, insônia)	1 ☐	2 ☐
25. problema ou diminuição da audição	1 ☐	2 ☐
26. doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau)	1 ☐	2 ☐
27. doença neurológica (acidente vascular cerebral ou "derrame", neuralgia, enxaqueca, epilepsia)	1 ☐	2 ☐

BLOCO G

G1. Agora temos mais algumas perguntas sobre as características do seu trabalho neste hospital

	Sempre/ Frequente- mente	As Vezes	Raramente	Nunca/ quase nunca
a) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
b) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente? (isto é, produzir muito em pouco tempo)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
c) Seu trabalho exige demais de você?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
d) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas do seu trabalho?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
e) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
f) Você tem possibilidade de aprender coisas novas no seu trabalho?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
g) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
h) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
i) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
j) Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
l) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

G2. A seguir, por favor responda até que ponto você concorda ou discorda das seguintes afirmativas sobre o seu ambiente de trabalho neste hospital

	Concordo Totalmente	Concordo mais do que discordo	Discordo mais do que concordo	Discordo Totalmente
a) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
b) No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
c) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
d) Se eu não estiver em um bom dia, meus colegas me compreendem	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
e) No trabalho eu me relaciono bem com meus chefes	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
f) Eu gosto de trabalhar com meus colegas	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

BLOCO H – Seguem algumas perguntas sobre situações que às vezes ocorrem nos locais de trabalho

H1. Nos últimos doze meses alguém que faz parte do seu ambiente de trabalho (supervisor, chefe, colega de trabalho, outros profissionais, paciente ou acompanhante):

	Nunca	Uma ou duas vezes	Mais de duas vezes
a) Desprezou-a (o) ou tratou-a (o) com desdém.	1 ☐	2 ☐	3 ☐
b) Insultou ou fez observações desrespeitosas sobre você	1 ☐	2 ☐	3 ☐
c) Fez piadas a seu respeito	1 ☐	2 ☐	3 ☐
d) Acusou você de ser incompetente ou estúpido	1 ☐	2 ☐	3 ☐
e) Interrompeu ou falou ao mesmo tempo que você	1 ☐	2 ☐	3 ☐
f) Ignorou ou deixou de falar com você	1 ☐	2 ☐	3 ☐
g) Gritou ou xingou você	1 ☐	2 ☐	3 ☐
h) Encarou ou dirigiu olhares hostis para você.	1 ☐	2 ☐	3 ☐
i) Dirigiu-se a você de forma inapropriada ou não profissional	1 ☐	2 ☐	3 ☐
j) Ameaçou ou intimidou você fisicamente	1 ☐	2 ☐	3 ☐
l) Comportou-se de maneira não civilizada com outras pessoas na sua presença (insultando, humilhando).	1 ☐	2 ☐	3 ☐

H2. Nos últimos 12 meses você vivenciou algum tipo de situação descrita abaixo? (você pode assinalar mais de uma alternativa)

- a) agressão física (corpo a corpo) 1 ☐ Sim 2 ☐ Não
- b) agressão física (com objetos) 1 ☐ Sim 2 ☐ Não
- c) assédio sexual (verbal) 1 ☐ Sim 2 ☐ Não
- d) assédio sexual (físico) 1 ☐ Sim 2 ☐ Não
- e) outra 1 ☐ Sim. Qual? _____ 2 ☐ Não

BLOCO I

As próximas perguntas são sobre aspectos da sua vida com a família e amigos na sua vida pessoal e oportunidades em que as pessoas procuram por outras em busca de companhia, ajuda ou outros tipos de apoio.

I1. Com quantos PARENTES você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (se for o caso, inclua esposo (a), companheiro (a) ou filhos nesta resposta)

_____ parentes ☐ não tenho nenhum parente

I2. Com quantos AMIGOS você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Não inclua nesta resposta esposo (a), companheiro (a), filhos ou outros parentes)

_____ amigos ☐ não tenho nenhum amigo

13. Se você precisar, com que frequência você conta com alguém:	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
a) Que o ajude se você ficar de cama?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
b) Para lhe ouvir quando você precisa falar?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
c) Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
d) Para levá-lo ao médico?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
e) Que demonstre amor e afeto por você?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
f) Para divertirem-se juntos?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
g) Para lhe dar informação que o ajude a compreender determinada situação?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
h) Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
i) Que lhe dê um abraço?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
j) Com quem relaxar?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
l) Para preparar suas refeições se você não puder prepará-las?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
m) De quem realmente quer conselhos?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
n) Com quem distrair a cabeça?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
o) Para ajudá-lo nas tarefas diárias se você ficar doente?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
p) Para compartilhar seus medos e preocupações mais íntimos?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
q) Para dar sugestão sobre como lidar com um problema pessoal?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
r) Para fazer coisas agradáveis?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
s) Que compreenda seus problemas?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
t) Que você ame e faça você se sentir querido?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

BLOCO J

J1. Agora, nós gostaríamos de saber mais alguns aspectos da sua saúde física e emocional

	Sim	Não
a) Tem dores de cabeça freqüentes?	1 ☐	2 ☐
b) Tem falta de apetite?	1 ☐	2 ☐
c) Dorme mal?	1 ☐	2 ☐
d) Assusta-se com facilidade?	1 ☐	2 ☐

	Sim	Não
e) Tem tremores nas mãos?	1 ☐	2 ☐
f) Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	1 ☐	2 ☐
g) Tem má digestão?	1 ☐	2 ☐
h) Tem sensações desagradáveis no estômago?	1 ☐	2 ☐
i) Tem dificuldade de pensar com clareza?	1 ☐	2 ☐
j) Tem se sentido triste ultimamente?	1 ☐	2 ☐
l) Tem chorado mais do que de costume?	1 ☐	2 ☐
m) Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	1 ☐	2 ☐
n) Tem dificuldades para tomar decisões?	1 ☐	2 ☐
o) Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	1 ☐	2 ☐
p) É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1 ☐	2 ☐
q) Tem perdido o interesse pelas coisas?	1 ☐	2 ☐
r) Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	1 ☐	2 ☐
s) Tem tido a idéia de acabar com a vida?	1 ☐	2 ☐
t) Sente-se cansado o tempo todo?	1 ☐	2 ☐
u) Você se cansa com facilidade?	1 ☐	2 ☐

J2. De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde?

1 ☐ Muito bom 2 ☐ Bom 3 ☐ Regular 4 ☐ Ruim

J3. Em comparação a 12 meses atrás, como você considera o seu estado de saúde atual?

1 ☐ MELHOR que o de 12 meses atrás 2 ☐ IGUAL ao de 12 meses atrás 3 ☐ PIOR que o de 12 meses atrás

J4. O quanto você está satisfeito(a) com o seu sono?

1 ☐ Muito insatisfeito 2 ☐ Insatisfeito 3 ☐ Nem satisfeito nem insatisfeito 4 ☐ Satisfeito 5 ☐ Muito satisfeito

BLOCO K

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE ASPECTOS DA SUA HISTÓRIA PESSOAL E DE SUA FAMÍLIA

K1. Qual é o grau de instrução de seu pai?

- 1 ☐ não frequentou escola
- 2 ☐ Ensino Fundamental (1º. grau) incompleto
- 3 ☐ Ensino Fundamental (1º. grau) completo
- 4 ☐ Ensino Médio (2º. grau) incompleto
- 5 ☐ Ensino Médio (2º. grau) completo
- 6 ☐ Universitário (Faculdade) incompleto
- 7 ☐ Universitário (Faculdade) completo
- 8 ☐ não conheci/morreu cedo

K2. Qual é o grau de instrução da sua mãe?

- 1 ☐ não frequentou escola
- 2 ☐ Ensino Fundamental (1º. grau) incompleto
- 3 ☐ Ensino Fundamental (1º. grau) completo
- 4 ☐ Ensino Médio (2º. grau) incompleto
- 5 ☐ Ensino Médio (2º. grau) completo
- 6 ☐ Universitário (Faculdade) incompleto
- 7 ☐ Universitário (Faculdade) completo
- 8 ☐ não conheci/morreu cedo

AGORA, POR FAVOR, PENSE NA ÉPOCA EM QUE VOCÊ TINHA 12 ANOS DE IDADE

K3. Quando você tinha 12 anos de idade, em que tipo de lugar você morava?

- 1 ☐ capital de estado
- 2 ☐ cidade grande, mas não capital
- 3 ☐ cidade pequena ou vila
- 4 ☐ zona rural

K4. Como você classifica a situação econômica da sua família, quando você tinha 12 anos de idade, isto é, o padrão de vida de sua família naquela época?

- 1 ☐ rica
- 2 ☐ média
- 3 ☐ pobre
- 4 ☐ muito pobre

K5. Quando você tinha 12 anos de idade, em sua casa, houve ocasiões em que se deixou de comer por falta de dinheiro?

- 1 ☐ sim, com frequência
- 2 ☐ sim, às vezes
- 3 ☐ sim, raramente
- 4 ☐ não

K6. Comparado ao padrão de vida que você tem agora, como era o padrão de vida de sua família quando você tinha 12 anos?

- 1 ☐ era melhor que o meu padrão de vida agora
- 2 ☐ era igual ao meu padrão de vida agora
- 3 ☐ era pior do que o meu padrão de vida agora

BLOCO L

ESTE BLOCO DE PERGUNTAS SE REFERE AOS SEUS DADOS PESSOAIS

L1. Qual a sua data de nascimento? ____/____/____

L2. Qual é o seu grau de escolaridade?

- 1 ☐ Ensino Fundamental incompleto
- 2 ☐ Ensino Fundamental completo
- 3 ☐ Ensino Médio incompleto/Curso Técnico Incompleto
- 4 ☐ Ensino Médio completo/Curso técnico de enfermagem
- 5 ☐ Ensino Superior incompleto
- 6 ☐ Ensino Superior completo
- 7 ☐ Pós-graduação incompleto
- 8 ☐ Pós-graduação completo

L3. Qual a sua situação conjugal atual?

- 1 ☐ casado (a) ou vive em união
- 2 ☐ separado (a) ou divorciado (a)
- 3 ☐ viúvo (a)
- 4 ☐ solteiro(a) (Nunca se casou ou viveu em união)

L4. Qual é aproximadamente sua renda familiar LÍQUIDA, isto é, a soma de rendimentos, já com os descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa?

- 1 ☐ Até 500 reais
- 2 ☐ Entre 501 e 1000 reais
- 3 ☐ Entre 1001 e 1500 reais
- 4 ☐ Entre 1501 e 2000 reais
- 5 ☐ Entre 2001 e 2500 reais
- 6 ☐ Entre 2501 e 3000 reais
- 7 ☐ Entre 3001 e 4000 reais
- 8 ☐ Entre 4001 e 5000 reais
- 9 ☐ Mais de 5001 reais

L5. Quantas pessoas (adultos e crianças), incluindo você, dependem dessa renda para viver? (Se for o caso, inclua dependentes que recebem pensão alimentícia. Não inclua empregados domésticos aos quais você paga salário) _____

L6. Quem tem maior responsabilidade financeira com as despesas em sua casa?

- 1 ☐ o(a) próprio(a)
- 2 ☐ o cônjuge
- 3 ☐ o pai e/ou mãe
- 4 ☐ o(a) próprio e outra(a) pessoa(s) Quem? _____
- 5 ☐ outra(s) pessoa(s) Quem? _____

L7. Atualmente, qual é a sua religião? (aquela com que você mais se identifica) _____ ☐ Não tem religião

L8. Nos últimos 12 meses, sem contar com situações como casamento, batizado ou enterro, com que frequência você compareceu a atividades de sua religião ou de outra religião?

- 1 ☐ mais de 1 vez por semana
2 ☐ 1 vez por semana
3 ☐ 2 a 3 vezes por mês
4 ☐ 1 vez por mês
5 ☐ algumas vezes no ano
6 ☐ uma vez no ano
7 ☐ não compareci nenhuma vez

L9. O Censo Brasileiro (IBGE) usa os termos preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Se você tivesse que responder ao Censo do IBGE hoje, como se classificaria a respeito de sua cor ou raça?

- 1 ☐ Preta/negra 2 ☐ Parda 3 ☐ Branca 4 ☐ Amarela 5 ☐ Indígena

L10. Sexo: 1 ☐ Feminino 2 ☐ Masculino

PARA OS HOMENS:

Você chegou ao fim do questionário.

MUITO OBRIGADO POR SUA COLABORAÇÃO !

Se quiser fazer algum comentário, por favor, utilize o espaço abaixo.

PARA AS MULHERES:

Há algumas perguntas adicionais, para você.

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO IMPORTANTES PARA CONHECER ASPECTOS DA SAÚDE DA MULHER

M1. Quando foi a última vez que você fez exame preventivo do câncer de colo do útero?

- 1 ☐ nunca fiz **não responda a próxima pergunta**
2 ☐ há menos de 1 ano 4 ☐ entre 2 e 3 anos 6 ☐ há mais de 5 anos
3 ☐ entre 1 e 2 anos 5 ☐ entre 3 e 5 anos 7 ☐ não sei/não lembro

M1a. Se você já fez alguma vez o exame preventivo, qual foi o principal motivo para a realização do seu último exame preventivo?

- 1 ☐ exame de rotina / prevenção 4 ☐ outro. Qual? _____
2 ☐ por apresentar algum problema ginecológico 7 ☐ não sei / não lembro
3 ☐ exame de rotina do pré-natal

M2. Quando foi a última vez que algum médico realizou exame clínico de suas mamas?

- 1 ☐ nunca fiz este exame
2 ☐ há menos de 1 ano 4 ☐ entre 2 e 3 anos 6 ☐ há mais de 5 anos
3 ☐ entre 1 e 2 anos 5 ☐ entre 3 e 5 anos 7 ☐ não sei / não lembro

M3. Com que frequência você realiza o auto-exame das mamas, com o objetivo de descobrir nódulos (caroços) ou qualquer anormalidade?

- 1 ☐ nunca 4 ☐ quase todo mês
2 ☐ raramente 5 ☐ todo mês
3 ☐ às vezes 7 ☐ não sei / não lembro

M4. Há quanto tempo você fez sua última mamografia?

- 1 ☐ nunca fiz **não responda a próxima pergunta**
2 ☐ há menos de 1 ano 4 ☐ entre 2 e 3 anos 6 ☐ há mais de 5 anos
3 ☐ entre 1 e 2 anos 5 ☐ entre 3 e 5 anos 7 ☐ não sei/não lembro

M4a. Qual foi o principal motivo para a realização da sua última mamografia?

- 1 ☐ exame de rotina/prevenção
2 ☐ foi detectado algum problema no exame clínico ou auto-exame das mamas
3 ☐ outro. Qual? _____
7 ☐ não sei / não lembro

M5. Como é o seu ciclo menstrual?

- 1 ☐ Regular – nos últimos 12 meses você conseguia prever a data do início da menstruação, variando até 4 dias
- 2 ☐ Estou na menopausa / não menstruo mais
- 3 ☐ Irregular – nos últimos 12 meses você não conseguia prever a data do início da menstruação

M5a. Se seu ciclo é irregular, há quanto tempo isto acontece?

Há _____ anos / há _____ meses

M6. Algum médico já lhe disse que você tem ou teve algum dos problemas ginecológicos abaixo? Por favor, assinale com um X no quadrado correspondente.

- a ☐ endometriose
- b ☐ doença inflamatória pélvica
- c ☐ infecção do trato urinário
- d ☐ infecção por Chlamydia
- e ☐ gonorréia
- f ☐ outras infecções de transmissão sexual
- g ☐ trompas bloqueadas
- h ☐ anticorpos contra esperma
- i ☐ mioma uterino (tumor benigno do útero)
- j ☐ câncer vaginal
- k ☐ câncer uterino
- l ☐ câncer cervical
- m ☐ problemas de ovulação
- n ☐ cistos de ovário
- o ☐ defeito de fase lútea
- p ☐ ovários policísticos
- q ☐ anormalidades cervicais
- r ☐ câncer de mama
- s ☐ prolapso do útero
- t ☐ sangramento vaginal anormal
- u ☐ Outro. Qual? _____
- v ☐ Não tenho ou não tive problemas ginecológicos

SOMENTE PARA MULHERES QUE TEM FILHOS

M7. Em alguma gestação você levou mais de 1 ano para engravidar? Isto é, você manteve relação sexual sem uso de método anticoncepcional por mais de um ano antes de engravidar?

1 ☐ sim → Se sim, em quantas gestações isso ocorreu? _____

E em que ano(s) isso aconteceu? _____

2 ☐ não

7 ☐ não lembro/não tenho certeza

M8. Atualmente você está tentando engravidar? Isto é, você tem mantido relação sexual sem uso de método anticoncepcional com intenção de engravidar?

1 ☐ Sim, estou tentando há _____ anos ou _____ meses

2 ☐ Não

SOMENTE PARA MULHERES QUE NÃO TEM FILHOS

M9. Você já engravidou alguma vez?

1 ☐ Sim

2 ☐ Sim, estou grávida

3 ☐ Não

7 ☐ Não lembro / não tenho certeza

M9a. Se sim, já engravidou ou está grávida, em alguma gestação você levou mais de 1 ano para engravidar? Isto é, você manteve relação sexual sem uso de método anticoncepcional por mais de um ano antes de engravidar?

1 ☐ sim → Se sim, em quantas gestações isso ocorreu? _____

E em que ano(s) isso aconteceu? _____

2 ☐ não

7 ☐ não lembro/não tenho certeza

M10. Você já tentou ou está tentando engravidar? Isto é, você manteve ou tem mantido relação sexual sem uso de método anticoncepcional com intenção de engravidar?

1 ☐ Sim, tentei por _____ anos ou _____ meses

2 ☐ Sim, estou tentando há _____ anos ou _____ meses

3 ☐ Não

7 ☐ Não lembro / não tenho certeza

**Você chegou ao fim do questionário
MUITO OBRIGADO POR SUA COLABORAÇÃO!**

Se quiser fazer algum comentário, por favor, utilize o espaço abaixo.
