

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde:
percepção sobre as condições de trabalho e de vida entre
profissionais de enfermagem, de hospital universitário no
município de São Paulo**

Amanda Aparecida Silva

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Mestre em Saúde
Pública**

**Área de concentração: Saúde Ambiental
Orientador: Profa. Dra. Frida Marina
Fischer**

**São Paulo
2008**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

DEDICATÓRIA

A meus pais e filhos,
que tanto doaram de si
para que eu pudesse me doar a este trabalho.

À Lígia, Paula, Karen e Lúcia
pela amizade.

AGRADECIMENTOS

À Prof. Dra. Frida Marina Fischer, minha orientadora, pelo entusiasmo com que faz seu trabalho.

Ao Prof. Dr. José Maria Pacheco de Souza pela atenção e auxílio na análise dos dados.

Ao Dr. Paul Landsbergis pela colaboração nas análises e na elaboração das publicações.

À Dra. Maria Carmen Martinez por ter se colocado à disposição e atender de forma amigável e competente a todas as dúvidas.

À Prof. Dra. Cláudia Roberta de Castro Moreno pelas idéias e sugestões.

Ao Dr. Flávio Notarnicola da Silva Borges, Roberta Nagai e Dra. Liliane Reis Teixeira pelo acolhimento e aprendizado proporcionado.

A Mauro Breviglieri Fonseca pela imprescindível ajuda na consolidação do banco de dados.

À Elaine Cristina Marqueze e Patrícia Pereira pela contribuição dada à finalização da dissertação, além do companheirismo e das trocas de conhecimento ao longo de todo percurso.

À Prof. e enfermeira Luiza Hiromi Tanaka e a todos os profissionais de enfermagem que permitiram a realização deste trabalho.

A ITREOH Program, (TW 000640), Fogarty International Center, Mount Sinai School of Medicine, NY, USA.

À CAPES e PIBIC-CNPq pelo apoio financeiro dado ao projeto na qual se inseriu este trabalho.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP processo nº 06/56543-6) por ter concedido bolsa de estudos que permitiu realizar o programa de pós-graduação de mestrado.

À Direção e funcionários da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo pelo apoio administrativo.

A todos que direta ou indiretamente colaboraram para a realização deste trabalho, meus sinceros agradecimentos.

Silva AA. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde: percepções sobre as condições de trabalho e de vida entre profissionais de enfermagem, de hospital universitário no município de São Paulo [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2008.

Resumo

Introdução - O ambiente psicossocial do trabalho em enfermagem influencia diretamente a qualidade de vida dos trabalhadores desta área. Diferenças entre as categorias profissionais nesta profissão podem se traduzir em diferenças na percepção de saúde e de condições de trabalho. **Objetivo** - Avaliar as associações entre condições de trabalho e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. **Métodos** – Foram coletados dados em um hospital universitário no município de São Paulo, de uma população de 696 enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, população predominantemente feminina (87,8%) e que trabalhava em turnos diurno e noturno. Os dados coletados a partir de questionário correspondiam a informações sobre aspectos sócio-demográficos, condições de trabalho e de vida, hábitos de vida e sintomas de saúde referidos desta população. Foram também utilizados os questionários: Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida (SF-36), Escala de Estresse no Trabalho e Desequilíbrio Esforço-Recompensa (ERI). Foram ajustados modelos de regressão logística ordinal de chances proporcionais para cada dimensão do SF-36. **Resultados** – Aproximadamente 22% da população foi classificada como trabalhando em condições de alto desgaste e 8% em desequilíbrio desfavorável entre esforços e recompensa no trabalho. Vitalidade, dor e saúde mental foram as dimensões do SF-36 com pior avaliação. Os modelos de regressão múltipla

demonstraram: alto comprometimento associado a todas as dimensões do SF-36, e ERI desfavorável associado a todas as dimensões relacionadas à saúde mental. Alto desgaste no trabalho, ERI desfavorável, alto comprometimento e ser enfermeira associaram-se de maneira independente aos resultados desfavoráveis da dimensão de aspectos emocionais. **Conclusões** – As dimensões relacionadas à saúde mental foram as que mais sofreram influência dos fatores psicossociais do trabalho. ERI desfavorável e alto comprometimento mostraram-se mais significativos à saúde desta população comparados com altas demandas e baixo controle. Os resultados indicam que a análise conjunta dos modelos de desequilíbrio esforço-recompensa e demanda-controle contribui para a discussão sobre os papéis profissionais, condições de trabalho e QVRS de profissionais de enfermagem.

Descritores: qualidade de vida, condição de trabalho, condições de vida, saúde mental, enfermagem

Palavras-chave: qualidade de vida relacionada à saúde, profissionais de enfermagem, demanda-controle, desequilíbrio esforço-recompensa.

Silva AA. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde: percepções sobre as condições de trabalho e de vida entre profissionais de enfermagem, de hospital universitário no município de São Paulo./ Health-related quality of life: perception on living and working conditions among nursing professionals of an university hospital of São Paulo [Master thesis]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2008.

Abstract

Introduction- The psychosocial work environment influences the quality of life of nursing professionals. Differences among job titles may lead to distinct perceptions of working conditions and health status. **Aim-**To evaluate working and living conditions and quality of life associated with health (HRQL) among nursing professionals. **Methods-** Six hundred ninety six nursing professionals, registered nurses and nurse assistants, predominantly females (87.8%), working day or night shifts, participated in a study carried out in an university hospital of São Paulo, Brazil. Data collection took place during 2004-2005 and included a comprehensive questionnaire including sociodemographic characteristics, life styles, working and living conditions, and health outcomes. HRQL was evaluated using the short form questionnaire of quality of life (SF-36). Working conditions included the job stress scale, effort-reward imbalance (ERI), and other environmental and occupational stressors. Ordinal logistic regression of proportional ratios was used to evaluate each of SF-36 dimensions. **Results-** Imbalance of the effort-reward ratio and high work strain were mentioned by 7.8% and 22.1% of the participants, respectively. Vitality, pain and (poor) mental health were the SF-36 worse perceived outcomes. The multiple regression models showed: over commitment associated with all SF-36 dimensions, and unfavorable ERI associated with mental health dimensions. High

job strain, unfavorable ERI, over commitment, and being a registered nurse were independently associated with negative emotional outcomes. **Conclusions-** The dimensions associated with mental health were significantly influenced by psychosocial factors at work. Unfavorable ERI and over commitment were more significantly associated with health compared to high demands and low control. These results show the importance to jointly evaluate ERI and demand- control models to discuss professional roles, working conditions and HRQL of nursing professionals.

Descriptors: quality of life, working and living conditions, mental health, nurses

Keywords: health-related quality of life, nursing professionals, demand-control model, unfavorable effort-reward ratio.

ÍNDICE

1. APRESENTAÇÃO	18
2. INTRODUÇÃO	21
2.1. QUALIDADE DE VIDA	21
2.1.1. Saúde: Definições e Determinantes	22
2.1.2. Bem-estar e Estado Funcional	24
2.1.3. Qualidade de vida relacionada à saúde e Trabalho	26
2.2. TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: CONTEXTO HISTÓRICO E SOCIAL	27
2.3. ESTRESSORES OCUPACIONAIS DA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM	33
2.3.1. Horários e Jornadas de Trabalho na Enfermagem	33
2.3.2. Fatores Psicossociais da Organização do Trabalho	35
2.3.3. Fatores Associados aos Distúrbios Musculares - Doença relacionada ao Trabalho	38
2.4. A PREDOMINÂNCIA FEMININA NA ENFERMAGEM: DUPLA JORNADA DE TRABALHO	40
3. HIPÓTESE	42
4. OBJETIVOS	43
4.1. OBJETIVO GERAL	43
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	43
5. MÉTODOS	44
5.1. POPULAÇÃO	44
5.2. INSTRUMENTO DE PESQUISA	49
5.2.1. Itens Sócio-Demográficos	49
5.2.2. Hábitos e Estilos de Vida	50
5.2.3. Condições de Trabalho	50
5.2.4. Esforço, Recompensa e Comprometimento no Trabalho	51
5.2.5. Demanda, Controle e Apoio Social	52
5.2.6. Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida SF-36 (<i>Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Survey</i>)	56
5.3. CONSOLIDAÇÃO DO BANCO DE DADOS	60
5.4. MÉTODOS ESTATÍSTICOS	60
5.4.1. Análise Estatística para Avaliação do SF-36	62
5.4.2. Tratamento das Variáveis	66
6. RESULTADOS	68
6.1. ANÁLISE DESCRITIVA DA POPULAÇÃO	68
6.2. PERCEPÇÃO SOBRE AS CONDIÇÕES DE TRABALHO NAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS	74
6.3. QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE NAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS	75
6.4. PERCEPÇÃO SOBRE AS CONDIÇÕES DE TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA	77

RELACIONADA À SAÚDE	
6.4.1. Capacidade Funcional	77
6.4.2. Aspectos Físicos	83
6.4.3. Dor	87
6.4.4. Estado Geral de Saúde	92
6.4.5. Vitalidade	96
6.4.6. Aspectos Sociais	100
6.4.7. Aspectos Emocionais	105
6.4.8. Saúde Mental	110
7. DISCUSSÃO	116
7.1. QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE	116
7.2. CATEGORIA PROFISSIONAL NA ENFERMAGEM E PERCEPÇÃO SOBRE AS CONDIÇÕES DE TRABALHO	120
7.3. QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE E PERCEPÇÃO SOBRE AS CONDIÇÕES DE TRABALHO	124
7.4. APOIO SOCIAL E COMPROMETIMENTO NO TRABALHO	128
8. CONCLUSÕES	132
9. RECOMENDAÇÕES	134
10. REFERÊNCIAS	136
ANEXOS	
ANEXO 1- Termo de Consentimento Esclarecido	156
ANEXO 2- Aprovação do Comitê de Ética	157
ANEXO 3- Questionário	158

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estatística descritiva da população que participou e não participou do estudo. Hospital universitário, 2004-2005	45
Tabela 2 - Análise descritiva da população estudada. Valores médios, medianos, desvios padrão, mínimos e máximos de características sócio-demográficas e de trabalho. Hospital universitário, 2004-2005	45
Tabela 3 - Análise descritiva da população estudada. Número e porcentagem de características sócio-demográficas, de estilos de vida e de trabalho. Hospital universitário, 2004-2005	46
Tabela 4 - Escores representativos do 1º, 2º e 3º terços das dimensões do SF-36. Hospital universitário. 2004-2005	66
Tabela 5 - Caracterização dos grupos demanda-controle. Variáveis sócio-demográficas. Teste χ^2 . Hospital universitário. 2004-2005	69
Tabela 6 - Caracterização dos grupos demanda-controle. Variáveis de hábitos e estilos de vida. Teste χ^2 . Hospital universitário. 2004-2005	70
Tabela 7 - Caracterização dos grupos demanda-controle. Variáveis de trabalho. Hospital universitário. Teste χ^2 . 2004-2005	70
Tabela 8 - Valores máximos, mínimos, desvio padrão, mediana e média das dimensões do SF-36. Hospital universitário. 2004-2005	72

Tabela 9 - Média e desvio padrão nas dimensões do SF-36, considerando a idade dos profissionais de enfermagem. Hospital universitário. 2004-2005	73
Tabela 10 - Associação entre categoria profissional e demanda-controle. Teste χ^2 Hospital universitário, 2004-2005	74
Tabela 11 - Associação entre categoria profissional e grupo ERI (desequilíbrio esforço-recompensa) Teste χ^2 . Hospital universitário, 2004-2005	74
Tabela 12 - Razão de chances para baixos escores nas dimensões do SF-36 em relação à categoria profissional. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital universitário, 2004-2005	75
Tabela 13 - Razão de chances para baixos escores na capacidade funcional em relação à variável demanda-controle. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital universitário, 2004-2005	77
Tabela 14 - Razão de chances para baixos escores na capacidade funcional em relação à variável ERI. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital São Paulo, 2004-2005	78
Tabela 15 - Razão de chances para baixos escores na capacidade funcional em relação às variáveis demanda-controle e ERI. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005	79

Tabela 16 - Razão de chances para baixos escores na capacidade funcional em relação às variáveis demanda-controle, ERI e categoria profissional. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005	80
Tabela 17 - Razão de chances para baixos escores na capacidade funcional em relação às variáveis demanda-controle, ERI, categoria profissional e variáveis sócio-demográficas, de hábitos e estilos de vida e trabalho. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005	81
Tabela 18 - Razão de chances para baixos escores nos aspectos físicos em relação à variável demanda-controle. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital universitário, 2004-2005	83
Tabela 19 - Razão de chances para baixos escores nos aspectos físicos em relação à variável ERI. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital universitário, 2004-2005	83
Tabela 20 - Razão de chances para baixos escores nos aspectos físicos em relação às variáveis demanda-controle e ERI. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005	84
Tabela 21 - Razão de chances para baixos escores no aspecto físico em relação às variáveis demanda-controle, ERI e categoria profissional. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005	84

Tabela 22 - Razão de chances para baixos escores nos aspectos físicos em relação às variáveis demanda-controle, ERI, categoria profissional e outras variáveis sócio-demográficas, de hábitos e estilos de vida e trabalho. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005	86
Tabela 23 - Razão de chances para baixos escores da dor em relação à variável demanda-controle. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital universitário, 2004-2005	88
Tabela 24 - Razão de chances para baixos escores da dor em relação à variável ERI. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital universitário, 2004-2005	88
Tabela 25 - Razão de chances para baixos escores da dor em relação às variáveis demanda-controle e ERI. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005	89
Tabela 26 - Razão de chances para baixos escores da dor em relação às variáveis demanda-controle, ERI e categoria profissional. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005	89
Tabela 27 - Razão de chances para baixos escores da dor em relação às variáveis demanda-controle, ERI, categoria profissional e outras variáveis sócio-demográficas, de hábitos e estilos de vida e trabalho. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005	91

Tabela 28 - Razão de chances para baixos escores do estado geral de saúde em relação à variável demanda-controle. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital universitário, 2004-2005	92
Tabela 29 - Razão de chances para baixos escores do estado geral de saúde em relação à variável ERI. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital universitário, 2004-2005	93
Tabela 30 - Razão de chances para baixos escores do estado geral de saúde em relação às variáveis demanda-controle e ERI. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005	93
Tabela 31 - Razão de chances para baixos escores do estado geral de saúde em relação às variáveis demanda-controle, ERI e categoria profissional. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005	94
Tabela 32 - Razão de chances para baixos escores do estado geral de saúde em relação às variáveis demanda-controle, ERI, categoria profissional e outras variáveis sócio-demográficas, de hábitos e estilos de vida e trabalho. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005	95
Tabela 33 - Razão de chances para baixos escores da vitalidade em relação à variável demanda-controle. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital universitário, 2004-2005	96
Tabela 34 - Razão de chances para baixos escores da vitalidade em relação à	96

variável ERI. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital universitário, 2004-2005	
Tabela 35 - Razão de chances para baixos escores da vitalidade em relação às variáveis demanda-controle e ERI. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005	97
Tabela 36 - Razão de chances para baixos escores da vitalidade em relação às variáveis demanda-controle, ERI e categoria profissional. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005	97
Tabela 37 - Razão de chances para baixos escores da saúde mental em relação às variáveis demanda-controle, ERI, categoria profissional e outras variáveis sócio-demográficas, de hábitos e estilos de vida e trabalho. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005	99
Tabela 38 - Razão de chances para baixos escores dos aspectos sociais em relação à variável demanda-controle. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital universitário, 2004-2005	101
Tabela 39 - Razão de chances para baixos escores dos aspectos sociais em relação à variável ERI. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital universitário, 2004-2005	101
Tabela 40 - Razão de chances para baixos escores dos aspectos sociais em relação às variáveis demanda-controle e ERI. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005	102

Tabela 41 - Razão de chances para baixos escores dos aspectos sociais em relação às variáveis demanda-controle, ERI e categoria profissional. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005	102
Tabela 42 - Razão de chances para baixos escores dos aspectos sociais em relação às variáveis demanda-controle, ERI, categoria profissional e outras variáveis sócio-demográficas, de hábitos e estilos de vida e trabalho. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005	103
Tabela 43 - Razão de chances para baixos escores dos aspectos emocionais em relação à variável demanda-controle. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital universitário, 2004-2005	105
Tabela 44 - Razão de chances para baixos escores dos aspectos emocionais em relação à variável ERI. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital universitário, 2004-2005	106
Tabela 45 - Razão de chances para baixos escores dos aspectos emocionais em relação às variáveis demanda-controle e ERI. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005	106
Tabela 46 - Razão de chances para baixos escores dos aspectos emocionais em relação às variáveis demanda-controle, ERI e categoria profissional. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005	107

Tabela 47 - Razão de chances para baixos escores dos aspectos emocionais em relação às variáveis demanda-controle, ERI, categoria profissional e outras variáveis sócio-demográficas, de hábitos e estilos de vida e trabalho. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005	108
Tabela 48 - Razão de chances para baixos escores da saúde mental em relação à variável demanda-controle. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital universitário, 2004-2005	110
Tabela 49 - Razão de chances para baixos escores da saúde mental em relação à variável ERI. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital universitário, 2004-2005	110
Tabela 50 - Razão de chances para baixos escores da saúde mental em relação às variáveis demanda-controle e ERI. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005	111
Tabela 51 - Razão de chances para baixos escores da saúde mental em relação às variáveis demanda-controle, ERI e categoria profissional. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005	112
Tabela 52 - Razão de chances para baixos escores da saúde mental em relação às variáveis demanda-controle, ERI, categoria profissional e outras variáveis sócio-demográficas, de hábitos e estilos de vida e trabalho. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005	113

1. APRESENTAÇÃO

Entre 1999 e 2002, a Professora Titular Frida Marina Fischer coordenou uma pesquisa em hospital público de São Paulo onde se observou a influência da organização do trabalho, principalmente dos horários de trabalho, na saúde de profissionais de enfermagem. Tais resultados incentivaram sua equipe a elaborar no ano de 2003 outro projeto, a partir do qual foram coletadas informações a respeito de condições de vida, trabalho, hábitos e estilos de vida, fadiga, estado de saúde referido e sono de um número maior de profissionais de enfermagem em outro hospital público universitário.

As informações coletadas deram origem a um banco cujos dados foram parcialmente utilizados por Flávio Notarnicola da Silva Borges na sua tese de doutorado. Os resultados desta tese, aqueles que se referem principalmente à capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem, já foram publicados pela Prof. Titular Frida Marina Fischer e sua equipe nos anos de 2006 e 2007, e resumem-se em:

a) população caracterizada como jovem e com alta prevalência de inadequada capacidade para o trabalho (22,8%), o que sugeriu a presença de sinais e sintomas de doenças;

b) grande número de profissionais com mais de um emprego na área de enfermagem (31,5%), resultando em aumento da jornada de trabalho e conseqüentemente tempo de exposição maior a ambientes de trabalho muitas vezes inadequados;

c) problemas de saúde diagnosticados, sendo os mais prevalentes: infecções respiratórias, sinusites, gastrite, lesão nas pernas e pés e lesão nas costas;

d) problemas de saúde sem diagnóstico confirmado pelo médico, sendo que os mais referidos foram: distúrbios emocionais leves, lesão nas costas, lesão nas pernas e pés;

e) fatores como idade menor que 40 anos, responsabilidade exclusiva pela renda familiar e ter filhos menores de 18 anos foram associados de maneira independente à inadequada capacidade para o trabalho.

f) a capacidade para o trabalho dos profissionais mais velhos parece ter sido afetada pelo ambiente de trabalho desfavorável, enquanto a dos mais jovens pelas características individuais;

g) a fadiga foi associada à inadequada capacidade para o trabalho, independente da idade. Discutiu-se que ela podia ser um indicador negativo para o bem-estar e a saúde de trabalhadores de enfermagem.

A capacidade para o trabalho é um indicativo de saúde que pode ser indiretamente englobado por outras medidas de saúde mais amplas. Um dos instrumentos utilizados na coleta cujos dados ainda não haviam sido analisados era o Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida SF-36 (*Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey*). Dado o meu interesse em pesquisar a saúde e a organização do trabalho de profissionais da saúde e minha formação em terapia ocupacional que me aproximava do referencial teórico de funcionalidade e incapacidade do SF-36, fui convidada a integrar a equipe da Prof. Titular Frida Marina Fischer, como aluna de mestrado nesta sua linha de pesquisa.

Percebemos que a continuidade das análises desse banco de dados possibilitaria complementar os resultados já obtidos e melhoraria a compreensão a respeito do estado de saúde dessa população. No decorrer do presente estudo, alguns resultados do SF-36 já foram publicados em 2008 e eles apontam para a associação de fatores psicossociais do ambiente de trabalho com a qualidade de vida relacionada à saúde (SF-36). Entretanto, nestas análises não foram consideradas a influência de fatores de condições de vida ou do trabalho conjuntamente aos fatores psicossociais.

Desta forma, o trabalho aqui apresentado aborda questões relativas à qualidade de vida e sua relação com o trabalho de diferentes categorias profissionais na enfermagem.

2. INTRODUÇÃO

2.1. QUALIDADE DE VIDA

O termo qualidade de vida foi introduzido na área da saúde a partir da década de 1970 após a observação do progresso da medicina em todo século XX e conseqüente prolongamento da expectativa de vida (FLECK, 2008). Na literatura e nos instrumentos de avaliação da qualidade de vida, este termo não tem uma definição amplamente adotada, principalmente porque ele é utilizado em contextos diferentes (PATRICK, 2008). Além disto, qualidade de vida encontrou na área da saúde outros construtos afins que, apesar de terem se desenvolvido independentemente, por não apresentarem limites muito claros, muitas vezes são utilizados como sinônimos e sem muita exatidão (MURDAUGH, 1997; MULDOON et al., 1998; BRADLEY, 2001). Saúde ou estado de saúde, estado funcional e bem-estar psicológico são exemplos destes termos (FLECK, 2008).

O grupo da Organização Mundial da Saúde que estuda a qualidade de vida propôs um conceito genérico para este termo: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1995, p.1405). Nesta definição há implícito dois aspectos relevantes ao conceito: **subjetividade e multidimensionalidade** (WHOQOL GROUP, 1995; FLECK et al., 1999).

A subjetividade diz respeito à **percepção do indivíduo sobre seu estado de saúde** e sobre os aspectos não-médicos do seu contexto de vida, ou seja, remete a

funcionalidade da pessoa, considerando diferentes níveis de **impacto do estado de saúde no contexto de vida** (WHOQOL GROUP, 1995; SEIDL e ZANNON, 2004).

A multidimensionalidade é o reconhecimento de que a qualidade de vida é composta por **diferentes dimensões**. Para fins de avaliação da qualidade de vida de um indivíduo, é necessário que haja, pelo menos, as seguintes dimensões, relacionadas às percepções sobre: estado físico, psicológico (cognitivo e afetivo) e social (relacionamento social e desenvolvimento de papéis sociais) (WHOQOL GROUP, 1995; SEIDL e ZANNON, 2004). O conceito também é composto por elementos positivos, como a mobilidade, e elementos negativos, como a dor (FLECK et al., 1999; MINAYO et al., 2000).

2.1.1. Saúde: Definição e Determinantes

A Organização Mundial da Saúde em 1950 inferiu um caráter multidimensional à saúde, definindo-a em termos de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças. Isto implica em considerar que as dimensões sejam indicadores de saúde e representam elementos do conceito (MCDOWELL e NEWELL, 1996; VIACAVA, 2002; SADANA et al., 2002). As maneiras de avaliar o estado de saúde utilizando-se de conceitos amplos, como o conceito dado acima, colocam-nas muito próximas às medidas de qualidade de vida (FLECK, 2008). A saúde é uma dimensão importante da qualidade de vida e contribui positivamente ou negativamente para a mesma, configurando-se como parte da qualidade de vida (CARR et al., 2001; BRASIL, 2002; MOONS, 2004, PATRICK, 2008, CHATTERJI e BICKENBACH, 2008).

CHATTERJI e BICKENBACH (2008) diferenciaram o conceito de saúde ou estado de saúde do construto qualidade de vida, conceituando **qualidade de vida como uma avaliação subjetiva do estado de saúde, ou seja, reflexo da maneira de como o indivíduo percebe e reage ao estado de saúde.** GILL e FEINSTEIN (1994) também consideraram que qualidade de vida é uma avaliação subjetiva não apenas da saúde, mas também de aspectos não médicos da vida (exemplos: habitação adequada, renda, liberdade, vida em família e na comunidade, igualdade entre os sexos, política e segurança entre outros). Estas definições retomam o conceito de subjetividade trazido por WHOQOL GROUP (1995); SEIDL e ZANNON (2004) quando definiram qualidade de vida.

O movimento da promoção da saúde iniciado também a partir dos anos 1970 enfatizou os determinantes gerais sobre as condições de saúde, aproximando mais este amplo conceito com o construto da qualidade de vida. Nesse momento a saúde é conceituada como “... produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida...” (BUSS, 2003, p.19). As condições de vida, condições de trabalho, estilos de vida, participação social e apoio social são fatores que determinam as condições de saúde (BUSS, 2003; LEFEVRE e LEFEVRE, 2004).

Parece evidente a relação entre saúde e qualidade de vida. Embora sejam construtos diferentes, a melhora da saúde contribui para a melhora da qualidade de vida, e também o contrário é verdadeiro (GILL e FEINSTEIN, 1994).

2.1.2. Bem-Estar e Estado Funcional

O termo bem-estar refere-se a percepções subjetivas que consideram sensações agradáveis e desagradáveis, além da avaliação global da saúde. A diferença da qualidade de vida é que esta última tem o contexto cultural e social como referencia (PATRICK, 2008). FLECK (2008) propôs uma reunião de idéias sobre qualidade de vida em dois grupos de modelos teóricos: modelo da satisfação e modelo funcionalista. As idéias sobre bem-estar, no âmbito da qualidade de vida, são pertencentes, de acordo com este autor, ao modelo da satisfação.

Referir-se a estado funcional significa atentar-se às limitações que o indivíduo pode ter no desempenho de seus papéis sociais ou atividades (PATRICK, 2008).

O estado de saúde de um indivíduo pode ser descrito e medido conforme os níveis de funcionalidade em diferentes domínios (GILL e FEINSTEIN, 1994). Recentemente, a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2003) apresentou um modelo biopsicossocial de funcionalidade humana que preconiza uma relação multilinear entre estados de saúde e fatores contextuais (fatores ambientais externos como o físico, o social e o de atitudes, e fatores pessoais internos como características sócio-demográficas, estilos de vida e condições de vida). Neste modelo, o interesse primordial é pela interação desses elementos gerando níveis de funcionalidade ou incapacidade (funcionalidade diminuída) e o entendimento dos estados de saúde a partir desses níveis.

Quanto à qualidade de vida, o estado funcional tem impacto sobre ela e pode ser uma forma de discuti-la e avaliá-la. No modelo funcionalista considera-se que o

desempenho satisfatório do papel social e das atividades valorizadas pelo indivíduo determina uma boa qualidade de vida. Os teóricos deste modelo utilizaram o termo **qualidade de vida relacionada à saúde** para designar instrumentos de avaliação sobre esta base teórica (FLECK, 2008).

De outro ponto de vista, mas não necessariamente discordante, para MINAYO et al. (2000) e SEIDL e ZANNON (2004), **qualidade de vida relacionada a saúde** é uma das tendências de conceituação de qualidade de vida na área da saúde e não apenas uma forma de designar instrumentos. De acordo com estes autores, a literatura apresenta conceitos de qualidade de vida relacionada à saúde que indicam o **impacto de uma condição de saúde (enfermidade ou agravo) em aspectos da vida que são significativos à qualidade de vida.** Neste construto julgam-se essenciais a **percepção da saúde**, as funções sociais, psicológicas e físicas, assim como os danos a elas relacionados. MURDAUGH (1997) e MOONS (2004) traduzem este construto como experiência de vida com um determinado estado de saúde.

Desta maneira, qualidade de vida relacionada à saúde tem sentido próximo ao conceito de qualidade de vida, mas com certa ênfase dada às conseqüências geradas pelos problemas de saúde, como sintomas, incapacidades ou limitações (MINAYO et al., 2000 e SEIDL e ZANNON, 2004).

Como apontado por PATRICK (2008), a definição adotada ao referir-se sobre qualidade de vida têm dependido do contexto e dos objetivos. No presente estudo, adotou-se a noção de **qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS)** como discutida por MINAYO et al. (2000) e SEIDL e ZANNON (2004), ou seja,

considerando diferentes níveis de impacto do estado de saúde no contexto de vida e, o estado funcional ou funcionalidade como uma forma de avaliá-la.

2.1.3. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) e Trabalho

A promoção da saúde, como um processo de capacitação do coletivo para melhoria da própria qualidade de vida e saúde (BRASIL, 2002), preconiza cinco campos de atuação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde. Quando a promoção de saúde refere-se à criação de ambientes favoráveis à saúde, ela reconhece, entre outros, que o ambiente de trabalho pode favorecer a saúde e, portanto, ele é elemento importante na área da saúde (BUSS, 2003). A saúde, por sua vez, é uma dimensão da qualidade de vida (CARR et al., 2001; BRASIL, 2002; MOONS, 2004, PATRICK, 2008, CHATTERJI e BICKENBACH, 2008) e o foco mais direto da qualidade de vida relacionada à saúde (MINAYO et al., 2000 e SEIDL e ZANNON, 2004).

O conceito de multidimensionalidade também presente no construto qualidade de vida relacionada à saúde (MINAYO et al., 2000 e SEIDL e ZANNON, 2004), assim como o de funcionalidade, permitem que o contexto do trabalho seja referido como uma das dimensões da QVRS. A valorização que o homem dá ao trabalho torna-o de suma importância para avaliação da QVRS, tanto como um fator influenciador quanto uma dimensão integrante.

2.2. TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: CONTEXTO HISTÓRICO E SOCIAL

O trabalho de enfermagem é desempenhado por uma equipe de trabalhadores, majoritariamente do sexo feminino, com qualificações e formações diversas (enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem). O objetivo do trabalho é assistir o indivíduo sadio ou doente, sua família ou comunidade através de atividades que promovam, mantenham ou recuperem a saúde. Este trabalho é organizado de forma hierarquizada e seus profissionais estabelecem relações com a estrutura institucional, com outros trabalhadores e com os usuários dos serviços, buscando atender as necessidades da clientela (ALMEIDA, 1997; LUNARDI FILHO, 1997; MARZIALE et al., 1998; SCHOELLER, 2002; PIRES et al., 2004).

Um olhar sobre o desenvolvimento histórico e processo de formação dos trabalhadores desta profissão pode auxiliar na compreensão de sua natureza, organização e processo de trabalho (HENRIQUES e MACEDO, 2008). A seguir será apresentado um breve registro da sua história.

De acordo com GEOVANINI (2002) e ALMEIDA e ROCHA (1997), a reorganização dos hospitais e avanço da medicina no século XVIII, frente aos impactos gerados pela Revolução Industrial e avanço técnico-científico, caracterizaram os hospitais como agentes de manutenção da força de trabalho e empresas produtoras de serviços de saúde. A partir deste referencial de avanço técnico-científico e da nova função dos hospitais, se desenvolve a enfermagem moderna, ou seja, a introdução e a organização dos conceitos científicos na prática de enfermagem.

Nestes hospitais reorganizados houve um movimento de hierarquização e disciplina que foram garantidas, entre outras medidas, pelo controle médico sobre o desenvolvimento das ações de saúde. Todavia, com o constante avanço técnico-científico, o médico começou a delegar funções manuais e procedimentos pré-estabelecidos ao pessoal de enfermagem, que determinou posteriormente que as tarefas de direção e organização do pessoal de enfermagem, e mais adiante as atividades de gerenciamento administrativo em saúde, fosse dada ao enfermeiro (ALMEIDA e ROCHA, 1997; GEOVANINI, 2002). De acordo com HENRIQUES e MACEDO (2008), estes foram desdobramentos da Revolução Industrial na organização social que refletiram sobre o trabalho em saúde na forma de uma divisão social do trabalho: “Distingue-se a divisão do trabalho pelas classes sociais dos trabalhadores e pela separação dos que pensam daqueles que fazem” (HENRIQUES e MACEDO, 2008, p.33).

Na formação dos profissionais, já no século XIX, esta hierarquização iniciou-se nas escolas *nightingaleanas*, na medida em que estas formaram duas categorias de enfermeiras: as *ladies* e as *nurses*. As *ladies* eram provenientes das camadas mais elevadas da sociedade e desempenhavam funções consideradas mais intelectuais como administração, supervisão, direção e controle dos serviços de enfermagem. As *nurses* procediam dos níveis sociais mais baixos e desempenhavam o trabalho manual de enfermagem, sob a direção das *ladies*. Este tipo de formação foi exemplo para as escolas de enfermagem que se seguiram à primeira, fundada por Florence Nightingale (GEOVANINI, 2002).

No Brasil, no período anterior à Proclamação da República, atividades próximas ao cuidado de enfermagem eram desenvolvidas e incentivadas pelo

governo por meio de pequenos cursos, para ocasiões de emergências, como guerra. A primeira escola de enfermagem, “Ana Nery”, foi fundada em 1923 seguindo a adaptação americana do modelo *nightingaleano* e serviu como um marco de institucionalização da enfermagem no país. Nesta nova escola, mais uma vez, a divisão social do trabalho em enfermagem foi delineada, já que as enfermeiras eram de camadas sociais mais elevadas e preparadas para desempenharem tarefas com maior nível de complexidade. Este quadro reforçou as características que foram impressas ao longo da história como: submissão, espírito de serviço, obediência, disciplina entre outros (GEOVANINI, 2002; HENRIQUES e MACEDO, 2008).

Nos hospitais do Brasil após a Segunda Guerra Mundial, as enfermeiras passaram a administrar os serviços, além de treinar e supervisionar os auxiliares de enfermagem (HENRIQUES e MACEDO, 2008). GEOVANINI (2002) relata que em 1962, a área hospitalar era a que concentrava a maior parte desses trabalhadores. Devido às exigências do mercado, um grande crescimento quantitativo de outras categorias na Enfermagem foi observado nesta época. Somente em 1986, a Lei 7.498 regulamentou o exercício profissional na área, reconhecendo as categorias de enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteira. Também determinou a extinção no prazo de 10 anos dos atendentes de enfermagem, que não tinham a formação específica (BRASIL, 1986). Relatório estatístico disponível pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, referente ao mês de setembro de 2008, apresenta a soma de 2.475 instituições de saúde e 107.636 enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem na cidade, dos quais, 79,5% são auxiliares e técnicos de enfermagem (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2008).

De acordo com a Lei 7.498, citada no parágrafo anterior: “o técnico de enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de Enfermagem”. Já o auxiliar de enfermagem: “(...) exerce atividade de nível médio, de natureza repetitiva, em serviços auxiliares de Enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento” (BRASIL, 1986, artigos 12 e 13). Ambas as categorias só podem desempenhar suas atividades sob orientação e supervisão de enfermeiro, a quem, de modo geral, cabe administrar serviços, pessoal e procedimentos, e assistir diretamente os pacientes graves e aqueles em situações que exigem conhecimento de base científica, procedimentos de maior complexidade e necessidade de decisões imediatas (BRASIL, 1986).

O CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (2003), por meio da Resolução COFEN Nº 276/2003, exigiu que auxiliares de enfermagem obtivessem a habilitação em técnicos de enfermagem, por meio dessa formação. Embora este movimento não tenha ido adiante (Resolução COFEN Nº 314/2007), ele deixa dúvidas e sugere que, talvez na **prática**, as duas categorias profissionais tenham papéis profissionais parecidos. GURGUEIRA et al. (2003), SARQUIS e FELLI (2002) citaram que técnicos e auxiliares de enfermagem em seus estudos, em hospital brasileiro, executavam os mesmos tipos de atividades ocupacionais.

Na apresentação histórica da enfermagem, GEOVANINI (2002) sugeriu que no início da profissão, a hierarquização dos papéis profissionais (categorias profissionais) na enfermagem refletia a diferença de classes existente na sociedade daquele momento. Há hipóteses de que diferenças de categorias profissionais podem

se traduzir em desigualdades na qualidade de vida e saúde dos trabalhadores. Estudos relatam que ainda é atual a discussão sobre a relação entre categorias profissionais e classes sociais, favorecendo diferenças na saúde (ARTAZCOZ et al., 2001; RAUHALA et al., 2007). Na enfermagem, as categorias profissionais podem definir condições de trabalho diferentes, em relação às cargas físicas, cargas psíquicas e outros aspectos da organização do trabalho. Além das condições objetivas do trabalho, as percepções sobre estas condições também podem diferir entre os trabalhadores e influenciar os desfechos na saúde (BOURBONNAIS et. al., 1999).

No Brasil, SILVA et al. (1998) descreve alguns aspectos da organização e divisão do trabalho de enfermagem em hospital universitário que podem sugerir que enfermeiros tenham diferentes condições de trabalho, comparados a outros profissionais de enfermagem. Esses aspectos são descritos de maneira semelhante ao apresentado GEOVANINI (2002): o trabalho de enfermagem reflete a complementaridade da prática médica e o enfermeiro controla as atividades dos profissionais da equipe de enfermagem, por meio da parcialização das atividades e supervisão. SHIMIZU e CIAMPONE (2002), em estudo qualitativo, apreenderam que o parcelamento das atividades em enfermagem dificulta aos auxiliares e técnicos de enfermagem uma visão global do cuidado com o paciente. Além disto, as prescrições feitas também pelos enfermeiros os impedem de desenvolverem conhecimentos e criatividade por serem estas prescrições, geralmente de cuidados rotineiros e repetitivos.

BENATTI (2001); SARQUIS e FELLI (2002) puderam evidenciar diferenças de atividades ocupacionais, de condições para o desenvolvimento destas atividades e também possíveis diferenças na saúde entre as categorias profissionais, ao

verificarem a maior prevalência de acidentes de trabalho em auxiliares e técnicos de enfermagem, quando comparados aos enfermeiros. No estudo de ALEXANDRE et al. (1996), auxiliares e atendentes se ausentavam mais do trabalho por problemas de saúde. MAGNAGO et al. (2007) revisaram artigos nacionais sobre distúrbios musculoesqueléticos entre profissionais de enfermagem e verificaram que os auxiliares de enfermagem são os mais acometidos por estes distúrbios, provavelmente devido ao tipo de atividade desenvolvida por esta categoria profissional aliada a falta de controle sobre o processo de trabalho.

Em relação a estudos conduzidos em outros países, associações indiretas entre categorias profissionais e condições de trabalho também puderam ser observadas. WINWOOD et al. (2006) concluíram que quanto maior a responsabilidade na enfermagem (identificada pela graduação em enfermagem) menor a tendência para o trabalho em turnos, como os alternantes que incluem o turno noturno. LEPPANEN e OLKINUORA (1987), em estudo de revisão, verificaram que auxiliares de enfermagem perceberam o seu trabalho como mais monótono e rotineiro quando comparado às enfermeiras. Todavia, outros estudos não encontraram diferenças significativas de condições de trabalho ou saúde entre as categorias profissionais na enfermagem, como nos estudos de BOURBONNAIS et al. (1999) e ESTRYN-BEHAR et al. (2007). De qualquer forma, o desenvolvimento histórico do processo de trabalho, como foi apresentado, e a composição da força de trabalho em enfermagem orientam às possíveis relações entre o desenvolvimento das atividades, as condições de trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem atualmente.

2.3. ESTRESSORES OCUPACIONAIS DA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

O trabalho na enfermagem, considerando a organização temporal do trabalho e o ambiente hospitalar, expõe os trabalhadores a diversos estressores ocupacionais, sejam eles ambientais ou organizacionais. Grande variedade de perturbações de natureza física e psicossocial está relacionada a estes estressores, que também interferem negativamente no desenvolvimento das atividades dos trabalhadores. (BULHÕES 1984; MARZIALE et al., 1998; SILVA et al., 1998; SAGOE-MOSES et al., 2001; FISCHER, 2003; SEPKOWITZ e EISENBERG, 2005).

Entre os estressores ocupacionais, este estudo faz um recorte e apresenta mais caracteristicamente os estressores ligados à organização do trabalho. Uma revisão de literatura referente à década de 1990 indicou que entre os estressores ocupacionais, aqueles ligados à organização do trabalho eram os mais abordados. Entre estes, os mais citados foram: estressores psicossociais ou cargas psíquicas, organização temporal do trabalho ou jornadas de trabalho e aqueles estressores relacionados aos distúrbios musculoesqueléticos (CONTRERA-MORENO e MONTEIRO, 2003).

2.3.1. Horários e Jornadas de Trabalho na Enfermagem

O trabalho de enfermagem hospitalar é um serviço essencial à sociedade e acontece fora do turno usual de trabalho da maioria da população. Todavia, o trabalho organizado em turnos constitui um fator de risco à saúde de trabalhadores

(FISCHER, 2003). Características pessoais, estilos de vida, exigências do trabalho, jornada de trabalho, alterações no processo produtivo, relações familiares e condição social parecem interferir nas conseqüências adversas que o trabalho em turnos pode provocar no trabalhador, tanto no que diz respeito aos tipos de conseqüências, como quando poderão ocorrê-las (COSTA, 1996, 2004). De acordo com RUTENFRANZ et al. (1989), o trabalho em turnos e noturno pode constituir-se como fator de risco para distúrbios de sono, problemas alimentares, além de prejudicar o desempenho e a vida social.

Diversos autores puderam discutir associações encontradas entre esquemas de turnos de trabalho e as repercussões à saúde de profissionais de saúde ou mais especificamente em população de profissionais de enfermagem. Como exemplo, BARNES-FARRELL et al. (2008) concluíram que o arranjo dos turnos de trabalho associa-se de diferentes maneiras aos componentes da qualidade de vida. POISSONNET e VÉRON (2000), em estudo de revisão, verificaram que turnos de 9 a 12 horas por dia aumentam a fadiga, a tensão psicológica e as demandas de trabalho. WINWOOD et al. (2006), ao pesquisar profissionais de enfermagem do sexo feminino, concluíram que a fadiga aguda relacionada ao trabalho foi associada ao trabalho em turnos, inclusive o turno noturno. TRINKOFF et al. (2007) em pesquisa longitudinal observaram que profissionais de enfermagem em longas jornadas de trabalho profissional ou que trabalham em finais de semana têm risco maior para acidentes com agulhas, devido ao aumento da carga física de trabalho.

No Brasil, os turnos de trabalho no setor de enfermagem geralmente são fixos com duração de 6, 8 ou 12 horas diárias (FISCHER et al., 2002a). São comuns os turnos de 12 horas noturnas, seguidas por descanso de 36 horas, como acontece em

São Paulo (FISCHER et al, 2002b; BORGES e FISCHER, 2003) ou seguidas por 60 horas de descanso, como acontece no Rio de Janeiro (PORTELA et al., 2005).

Nos turnos exemplificados acima, os trabalhadores não precisam prestar serviço em dias consecutivos e esta é característica importante dos hospitais brasileiros. Nesta organização de horários, o trabalhador pode se comprometer com outro emprego, aumentando sua jornada de trabalho (ROTENBERG et al., 2008) e comprometendo seu estado de saúde (WALTERS et al., 1996; DEMBE et al., 2005; CARUSO et al., 2006; TRINKOFF et al., 2007).

Os riscos provenientes das longas jornadas de trabalho advêm de uma série de fatores, tais como, falta de tempo para dormir, falta de tempo para a família e exposição prolongada à ambientes de trabalho repletos de estressores ocupacionais (PORTELA et al.,2004). Tais fatores estão relacionados a distúrbios fisiológicos, fadiga, estresse, dor, diminuição da capacidade funcional, falta de tempo para prática de exercícios físicos e para o preparo e consumo de refeições e ainda, pode aumentar o uso de tabaco ou álcool (CARUSO et al., 2006).

2.3.2. Fatores Psicossociais da Organização do Trabalho

Os fatores psicossociais do trabalho referem-se à interações entre o ambiente e as condições organizacionais do trabalho, o conteúdo das tarefas e o indivíduo trabalhador, considerado em suas características e necessidades, inclusive fora do ambiente de trabalho (ILO, 1984). Dependendo desta interação e das percepções e experiências dos trabalhadores, as cargas psíquicas desenvolvem-se e podem

influenciar negativamente a saúde dos trabalhadores e o desempenho no trabalho (ILO, 1984; SILVA et al., 1998).

No trabalho em enfermagem são diversas as cargas psíquicas geradoras de estresse, como: atenção constante; supervisão estrita, que determina graus de controle, autonomia e criatividade dos trabalhadores; falta de clareza para execução das tarefas; ritmo acelerado para execução das tarefas; trabalho parcelado e repetitivo; dificuldade para relacionamentos interpessoais e suporte social no trabalho; falta de reconhecimento e outras formas de recompensas como diminuição do salário; demandas emocionais relacionadas ao cuidado com o paciente; trabalho noturno; segurança no trabalho e outras situações que levam ao consumo de álcool e drogas (SILVA et al., 1998; CALLAGHAN et al, 2000; BRYANT e al., 2000; MCVICAR, 2003; GOMES et al., 2006).

De acordo com o trabalho de revisão de POISSONNET e VÉRON (2000), o estresse gerado pelo contato constante com o sofrimento e a morte é uma das principais queixas dos profissionais da saúde. No entanto, MCVICAR (2003), também em extensa revisão, concluiu que as fontes de estresse têm se modificado, pois são apontadas com grande relevância aquelas relacionadas aos salários e aos turnos de trabalho. De qualquer maneira, esta característica do trabalho em enfermagem afeta consideravelmente seu nível de carga psíquica (LEPPANEN and OLKINUORA, 1987).

Considerando a carga psíquica mencionada anteriormente, ESTRYN-BÉHAR et al.(2007) concluíram que a falta de suporte social da equipe está relacionada à intenção dos profissionais de enfermagem de abandonar esta profissão. RUAHALA et al. (2007) também verificaram que esta e outras cargas do trabalho em

enfermagem estão associadas ao risco de afastamento dos profissionais por problemas de saúde.

Não só o contato com o sofrimento humano, mas a exposição contínua aos estressores psicossociais do trabalho traz conseqüências de diferentes naturezas aos trabalhadores, como: “*burnout*” (síndrome do esgotamento profissional), mudanças de hábitos alimentares, mudanças no desempenho das tarefas de trabalho e absenteísmo (KALIMO E MEIJMAN, 1987). Estudos demonstraram que situações com altos esforços, baixas recompensas, alto comprometimento e baixo apoio social no ambiente de trabalho foram fatores que influenciaram negativamente o estado de saúde (CHENG et al., 2000; KUPER et al., 2002, BUDGE et al., 2003; NIEDHAMMER et al., 2004), o risco para doença coronariana (KUPER et al., 2002) e o bem-estar de trabalhadores (VEGCHEL et al., 2000).

Na literatura, algumas pesquisas (BOUNBONNAIS et al. 1999; STANSFELD et al., 1999; ARAÚJO et al., 2003; ESCRIBA-AGUIR and PEREZ-HOYOS, 2007) apresentam a relação entre demanda psicológica, amplitude de decisão (controle) e apoio social no ambiente de trabalho com a saúde mental (tensão psicológica, bem-estar psicológico ou ocorrência de desordens psíquicas) de profissionais de enfermagem ou outros trabalhadores. Todos os estudos mostraram as piores condições de trabalho, ou seja, aquelas com altas demandas, baixo controle e baixo apoio social no trabalho, relacionadas a efeitos negativos na saúde mental. Houve variações entre os estudos quanto à relevância de fatores estudados nesta relação.

Outros problemas de saúde foram investigados em outras categorias de trabalhadores. KARASEK et al. (1981); THEORELL e KARASEK (1996)

concluíram que a baixa amplitude de decisão, ou limitado controle no trabalho, mantém relação importante com doenças cardiovasculares. PETER et al. (2002) acrescentaram que informações avaliadas conjuntamente sobre demanda e controle, esforço e recompensa, apoio social e comprometimento no trabalho melhoram a condição para estimativa de risco de infarto agudo do miocárdio.

LERNER et al. (1994) verificou que o baixo resultado nas dimensões da saúde associou-se à percepção de alta demanda psicológica conjugada ao baixo controle no trabalho. Já nos estudos de LOON et al. (2000) e SCHERNHAMMER et al. (2004), que se referiram respectivamente a fatores de risco para câncer, tais como, hábito de fumar, beber, prática de exercícios e consumo de frutas e vegetais e o outro a incidência de câncer de mama, não foram observadas relações significativas com a percepção das condições de trabalho, quando outros fatores foram considerados nesta relação.

2.3.3. Fatores Associados aos Distúrbios Musculoesqueléticos – Doença Relacionada ao Trabalho

As doenças musculoesqueléticas são comuns em profissionais de enfermagem (GONÇALVES et al., 2001; SARQUIS e FELLI, 2002; GURGUEIRA et al., 2003) e estão entre aquelas que mais provocam afastamentos no trabalho por questões de saúde (ARTAZCOZ et al., 2001; REIS et al., 2003), especialmente as dores em região lombar, ombros e joelhos (GURGUEIRA et al., 2003; SMITH et al., 2004; GIMENO et al., 2005).

Uma gama de fatores de risco pode estar associada aos sintomas, sinais ou incapacidade gerada por problemas musculoesqueléticos em profissionais de saúde em hospitais. A literatura aponta desde riscos físicos, químicos e biológicos (GIMENO et al., 2005), até estressores do ambiente psicossocial do trabalho e tarefas desenvolvidas pelos profissionais de saúde relacionadas a esses sintomas (HEUVEL et al., 2005; SIMON et al., 2007; GILLEN et al., 2007).

As tarefas dirigidas aos pacientes são compostas por atividades como levantar, abaixar ou transferir pacientes; empurrar ou puxar objetos ou pessoas pesadas, além de exigir posturas estáticas, movimentos repetitivos e aplicação de pressão em dedos e mãos. Estas atividades físicas geralmente estão na gênese de distúrbios musculoesqueléticos (VOSS et al., 2001; GILLEN et al., 2007; SIMON et al., 2007), mas GILLEN et al. (2007) sugeriram, após análise ergonômica, que os fatores psicossociais como demandas e esforços, controle e recompensas podem ajudar na explicação da associação entre o risco de doenças musculoesqueléticas e outras características do trabalho.

TRINKOFF et al. (2003) examinaram a relação entre demandas físicas e distúrbios musculoesqueléticos auto-referidos em profissionais de enfermagem, levando em consideração a influência das demandas psicológicas (excessiva quantidade de trabalho, trabalhar muito rápido, necessidade de alta concentração na tarefa, tempo suficiente para o desenvolvimento das tarefas, entre outras) nesta relação. Os autores verificaram que as demandas físicas mais relacionadas aos distúrbios foram provenientes de posições incômodas, erguer e abaixar, empurrar e puxar objetos ou pessoas. Também puderam verificar que as demandas psicológicas estavam associadas aos distúrbios musculoesqueléticos naquela população.

SMITH et al. (2004), por sua vez, não encontraram associação entre demandas físicas, apenas de estressores psicossociais, e queixas relacionadas aos distúrbios musculoesqueléticos em enfermeiras na China. Os pesquisadores apontam algumas especificidades do trabalho de enfermagem na China como prováveis responsáveis pelo resultado encontrado. Naquele país são os parentes dos pacientes que desenvolvem as tarefas que demandam esforço físico, cabendo ao pessoal de enfermagem tarefas cujo conteúdo exige mais conhecimento técnico-científico. Com prevalência de 70% de queixas musculoesqueléticas em uma população que aparentemente está sob demandas físicas menores, se comparado a países ocidentais, SMITH et al. (2004) concluem que fatores psicossociais contribuem de forma importante para a queixa de distúrbios musculoesqueléticos nas populações de enfermeiras chinesas.

2.4. A PREDOMINÂNCIA FEMININA NA ENFERMAGEM: DUPLA JORNADA DE TRABALHO

A predominância feminina na enfermagem (POISSONNET and VÉRON, 2000) qualifica esta profissão como um grupo peculiar para investigação entre trabalho e saúde. Isto porque que há conjugação entre demandas provenientes das jornadas profissionais e as demandas da jornada doméstica, desempenhada principalmente pelas mulheres (PORTELA et al., 2005; ROTENBERG et al., 2008).

LENNON and ROSENFELD (1992) e WINWOOD et al. (2006) sugeriram que as demandas do ambiente familiar são moderadores da relação entre trabalho profissional e saúde de mulheres trabalhadoras. Diversos estudos já foram

conduzidos apresentando a relação entre jornadas de trabalho e saúde de trabalhadores. MUSSHAUSER et al. (2006) estudaram trabalhadoras do sexo feminino de hospital público universitário e encontraram associação entre longa jornada profissional, demandas familiares e saúde. Enfermeiros em grupo focal citaram conflitos entre demandas do trabalho profissional e do trabalho doméstico como influenciadores da qualidade de vida no trabalho (HSU e KERNOHAN, 2006). Estudo de caso sobre saúde mental indicou que a vivência da dupla ou tripla jornada de trabalho foi sinalizada com ansiedade, angústia e depressão pelos enfermeiros (COSTA et al., 2005).

A compreensão de fatores relacionados à saúde de populações de mulheres trabalhadoras deve considerar tanto a interferência de uma jornada na outra, quanto de ambas nos resultados de saúde (POISSONNET e VÉRON 2000; ARTAZCOZ et al., 2001; CHANDOLA et al., 2004).

3. HIPÓTESES

Considerando que o referencial teórico levantado parece não abordar a diferença de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) e condições de trabalho entre profissionais de enfermagem, a partir da categoria profissional e da análise conjunta de demandas, controle, esforços e recompensas no trabalho, as hipóteses deste estudo são:

- (a) Existem diferenças entre as categorias profissionais na enfermagem quanto à percepção de condições de trabalho.
- (b) Diferentes categorias profissionais avaliam de maneira diferente sua QVRS.
- (c) Altas demandas e baixo controle no trabalho, altos esforços e baixa recompensa no trabalho são condições de trabalho que estão relacionadas à QVRS.
- (d) Categoria profissional na enfermagem é relevante para a percepção do estado de saúde quando se consideram as percepções sobre as condições de trabalho.
- (e) Altas demandas e baixo controle, altos esforços e baixa recompensa relacionam-se à QVRS, mesmo considerando-se características sócio-demográficas, do trabalho e de condições e estilos de vida.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar as associações entre percepções das condições de trabalho e QVRS de enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- (a) Comparar a percepção das condições de trabalho entre as categorias profissionais da enfermagem.
- (b) Comparar a QVRS entre as categorias profissionais.
- (c) Analisar a associação entre QVRS e percepção das condições de trabalho.
- (d) Analisar a associação entre QVRS e percepção das condições de trabalho, ajustada pelas categorias profissionais em enfermagem.
- (e) Analisar a associação entre QVRS e percepção das condições de trabalho, segundo variáveis sócio-demográficas, de trabalho e hábitos e estilos de vida.

5. MÉTODOS

5.1. POPULAÇÃO

Trata-se de estudo do tipo transversal. Durante os anos de 2004 e 2005, todos os 996 profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) do hospital universitário no qual se realizou o estudo, que estavam trabalhando a pelo menos três meses no referido hospital foram convidados a participar do estudo. Destes, 696 (69,87%) aceitaram participar. Aqueles que estavam de licença médica (n=21) ou licença maternidade (n=5) não foram convidados.

Todos os indivíduos foram informados da natureza e dos detalhes do estudo e um termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado por cada um dos participantes (ANEXO 1). Como o presente estudo utiliza-se de dados secundários, o projeto de pesquisa e o termo de consentimento foram previamente apresentados ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo por Flávio Notarnicola da Silva Borges, na época estudante de doutorado participante do grupo de pesquisa da Prof. Dra. Frida Marina Fischer. A aprovação dada pelo comitê (Of. COEP 168/03 de 15/10/2003) é apresentada no ANEXO 2. O nome do projeto de pesquisa foi modificado no termo de consentimento para se adequar melhor aos objetivos gerais do projeto.

Entre as pessoas que aceitaram e não aceitaram participar do estudo não foram observadas diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) para idade, sexo

e tempo de trabalho, como apresentado na tabela 1, o que sugere homogeneidade entre os grupos, garantindo maior fidedignidade dos dados (FISCHER et al., 2006).

Tabela 1 – Estatística descritiva da população que participou e não participou do estudo. Hospital universitário, 2004-2005.

	Participantes		Não Participantes	
	N	%	N	%
Aceitação	696	69,9	300	30,1
Sexo				
Feminino	611	87,8	255	84,9
Masculino	65	12,2	45	15,1
	Média	DP	Média	DP
Idade (anos)	34,9	10,5	32,9	10,1
Tempo de trabalho no hospital (meses)	84,7	82,9	88,1	63,0

A tabela 2 mostra os valores médios, medianos, desvios padrão, mínimos e máximos de variáveis sócio-demográficas e de trabalho que permitem estes parâmetros para análise. As características sócio-demográficas, de trabalho e estilos de vida que permitem o cálculo da porcentagem podem ser vistos na tabela 3. Dados descritivos desta população também podem ser encontrados em FISCHER et al. (2006); FISCHER et al., (2007) e SILVA et al., (2008^a, 2008^b).

Tabela 2 – Análise descritiva da população estudada. Valores médios, medianos, desvios padrão, mínimos e máximos de características sócio-demográficas e de trabalho. Hospital universitário, 2004-2005.

Variáveis	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo
<i>Variáveis sócio-demográficas</i>					
Idade*	34,9	32,0	10,5	19,0	66,0
Renda familiar (R\$)	2.768,00	2.300,00	1.866,48	600,00	20.000,00

“continua”

Tabela 2 - Análise descritiva da população estudada. Valores médios, medianos, desvios padrão, mínimos e máximos de características sócio-demográficas e de trabalho. Hospital universitário, 2004-2005.
“continuação”

Variáveis	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo
<i>Variáveis de trabalho</i>					
Tempo na força de trabalho*	18,3	17,0	11,8	-	53,0
Tempo de trabalho na enfermagem**	120,9	84,0	106,5	3,0	432,0
Tempo de trabalho no hospital**	84,7	60,0	82,9	3,0	384,0
Tempo de trabalho em turnos**	101,8	60,0	95,5	2,0	408,0
Jornada total de trabalho***	66,4	61,0	24,2	36,0	168,0
Desequilíbrio Esforço-Recompensa	0,6	0,5	0,3	0,2	1,8
Comprometimento	14,0	14,0	3,1	6,0	24,0
Demanda	13,9	14,0	3,5	5,0	20,0
Controle	17,3	17,0	2,3	8,0	23,0
Apoio Social	18,7	19,0	3,1	8,0	24,0

* anos; ** meses; *** horas

Tabela 3 - Análise descritiva da população estudada. Número e porcentagem de características sócio-demográficas, de estilos de vida e de trabalho. Hospital universitário, 2004-2005.

Variáveis	Classes	N	%
<i>Variáveis sócio-demográficas</i>			
Sexo	Feminino	611	87,8
	Masculino	85	12,2
Estado Civil	Com parceiro	306	44,0
	Sem parceiro	390	56,0
Escolaridade	Superior/pós-graduação	316	45,4
	Fundamental/médio/técnico	380	54,6
Responsabilidade financeira	Mais de 1 pessoa	314	45,1
	Apenas o trabalhador	382	54,9

“continua”

Tabela 3 - Análise descritiva da população estudada. Número e porcentagem de características sócio-demográficas, de estilos de vida e de trabalho. Hospital universitário, 2004-2005.
“continuação”

Variáveis	Classes	N	%
<i>Variáveis de estilo de vida</i>			
Hábito de fumar	Não	482	69,3
	Ex-fumante	97	13,9
	Sim	117	16,8
Variáveis	Classes	N	%
Etilismo	Não	378	54,3
	Ex-fumante	42	6,0
	Sim	276	39,7
Prática de exercício físico	Sim	351	50,4
	Não	345	49,6
<i>Variáveis de trabalho</i>			
Categoria profissional	Enfermeiro	156	22,4
	Auxiliar/Técnico de enfermagem	540	77,6
Emprego e turno	1 ou 2 diurnos	345	49,6
	1 ou 2 noturnos	245	35,2
	1 diurno e 1 noturno	106	15,2
Doença relacionada ao trabalho	Não	573	82,3
	Sim, no passado	46	6,6
	Sim, atualmente	77	11,1
Acidente de trabalho	Não	420	60,3
	Sim	276	39,7
Desequilíbrio Esforço-Recompensa	Adequado	642	92,2
	Inadequado	54	7,8
Comprometimento	Baixo	409	58,8
	Alto	287	41,2
Modelo Demanda-Controle	Baixa demanda no trabalho	161	23,1
	Trabalho ativo	174	25,0
	Trabalho passivo	206	29,7
	Alta demanda no trabalho	154	22,1

Tabela 3 - Análise descritiva da população estudada. Número e porcentagem de características sócio-demográficas, de estilos de vida e de trabalho. Hospital universitário, 2004-2005. “continuação”

Variáveis	Classes	N	%
Apoio Social	Baixo	412	59,8
	Alto	284	40,8

A população era jovem, sendo 67,4% dos indivíduos com até 40 anos de idade, como já descrito em FISCHER et al. (2006); FISCHER et al., (2007). Metade dos trabalhadores tinha filhos menores de 18 anos sob a guarda e metade gastava até 12h com atividades domésticas na semana. Aproximadamente 40% dos auxiliares e técnicos de enfermagem tinham renda familiar entre R\$1.800,00 e R\$ 2.999,99, enquanto a renda familiar de 73,7% dos enfermeiros era de pelo menos R\$3.000,00.

Do total da população, 10,6% tinham o hábito de fumar e consumir bebidas alcoólicas. Aproximadamente 15% dos que fumavam e 40% dos que consumiam bebidas alcoólicas praticavam exercícios físicos.

O turno de trabalho predominante (47%) entre estes profissionais era o de 12 horas de trabalho seguidas de 36 horas de descanso. Neste turno incluía-se 46,0% das mulheres, 47,0% de trabalhadores considerados os únicos responsáveis pela renda familiar, 45,1% dos trabalhadores com parceiro e 46,7% daqueles que tinham filhos menores de 18 anos sob a guarda. Metade da população tinha jornada de trabalho profissional de até 39 horas semanais e destes, aproximadamente metade em turno noturno no hospital de estudo ou outro hospital.

Quanto aos tempos de trabalho, esta população começou, em média, a trabalhar antes dos 18 anos. Metade dos trabalhadores tinha até cinco anos de

trabalho em turnos e no hospital de estudo e sete anos de experiência no trabalho em enfermagem.

5.2. INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Um questionário foi aplicado junto ao corpo de enfermagem do hospital para coleta de informações a respeito de condições de vida, condições de trabalho e estressores organizacionais, hábitos e estilos de vida e condições de saúde nos anos de 2004 e 2005 (ANEXO 3).

Para atender aos objetivos do presente estudo, os seguintes dados foram considerados:

5.2.1. Itens Sócio-Demográficos

Questionário englobando variáveis sócio-demográficas para descrição da população, tais como: sexo, idade, renda familiar, responsabilidade financeira (principais responsáveis pela renda familiar), estado civil, escolaridade e jornada semanal de trabalho doméstico. Esta última variável foi construída a partir do tempo gasto em atividades domésticas (cuidado com a casa e com filhos) na semana anterior ao estudo (Questões de número 01 ao 32 do anexo 3).

5.2.2. Hábitos e Estilos de Vida

Esta sessão do questionário continha dados referidos sobre consumo de fumo e álcool no presente e no passado, além de informações sobre prática de exercício físico (Questões de número 138 ao 152 do anexo 3).

5.2.3. Condições de Trabalho

Nesta sessão do questionário às questões referiam-se às características do trabalho atual e anteriores. Fizeram parte: tempo de trabalho (na profissão, no Hospital São Paulo e em turnos), número de empregos, horários de trabalho no hospital de estudo e em outros hospitais, idade que começou a trabalhar, acidentes de trabalho, doenças relacionadas ao trabalho e esforços físicos no trabalho (Questões de número 36 ao 66 do anexo 3).

A variável jornada semanal de trabalho profissional foi criada a partir da informação acerca do número de empregos e horários de trabalho em cada emprego, de cada participante do estudo. A partir da soma dos valores desta variável com os valores da variável jornada semanal de trabalho doméstico foi possível obter a variável jornada total de trabalho.

A informação sobre tempo na força de trabalho foi obtida através das variáveis idade e idade em que começou a trabalhar.

5.2.4. Esforço, Recompensa e Comprometimento no Trabalho

Esforço, recompensa e comprometimento foram elementos considerados por SIEGRIST (1996) ao propor um modelo de estresse no trabalho, no qual condições de altos esforços e baixas recompensas conduzem a experiências de estresse que podem gerar efeitos adversos à saúde.

Este modelo (Desequilíbrio Esforço-Recompensa, ou seja, *Effort Reward Imbalance-ERI*) baseia-se na premissa de que exista uma reciprocidade entre o ambiente social e o indivíduo, ao levar em conta um contrato organizado socialmente que define as tarefas no trabalho como esforços psicológicos e físicos que são executadas em troca de recompensas, tais como, dinheiro, estima e segurança. Na ausência desta reciprocidade, instala-se estados de tensão relacionados a problemas de saúde física e mental. Frequentemente o desequilíbrio entre esforços e recompensas acontece sob as seguintes condições: falta de alternativas no mercado de trabalho; estratégia do trabalhador em termos de investimento no trabalho para alcançar melhores posições na carreira e por fim, devido a características pessoais, como um comprometimento excessivo (SIEGRIST, 1996).

O comprometimento é um componente intrínseco (pessoal) do modelo, que avalia um padrão motivacional para excessivo desempenho no trabalho, ou seja, necessidade de aprovação, competitividade, hostilidade latente, impaciência e irritabilidade desproporcionais, falta de habilidade para afastar as obrigações do trabalho em momentos fora do ambiente de trabalho (SIEGRIST et al., 1996; CHOR et al., 2008).

O questionário que avalia a relação entre esforço, recompensa e comprometimento foi validado para uso no Brasil por CHOR et al. (2008) com uma população de servidores civis, entre eles, profissionais de enfermagem. Apesar da publicação da validação do questionário ERI ser posterior a sua utilização neste estudo, o estudo para validação já havia sido feito e o questionário utilizado foi exatamente o mesmo que foi publicado.

Os resultados indicaram confiabilidade satisfatória das escalas. No presente estudo, as escalas obtiveram os seguintes alpha de Cronbach: 0,72; 0,73 e 0,65 para esforço, recompensa e comprometimento, respectivamente. Na escala de comprometimento, a retirada da questão 20 para verificação da confiabilidade eleva o alpha de Cronbach da escala para 0,73; entretanto, optou-se por não retirá-la, a fim de manter os conceitos do constructo e escores idealizados para a escala. No anexo 3 este questionário refere-se às questões de número 69 a 91.

Para avaliação dos elementos do modelo, a escala de esforço (varia de 6 a 24) é dividida pela escala recompensa (varia de 11 a 55) e multiplicada por 6/11, fornecendo um coeficiente. Valores maiores que “um” significam desequilíbrio negativo entre esforço e recompensa. Quanto à escala de comprometimento (varia de 6 a 24), maiores valores indicam maiores exposições.

5.2.5. Demanda, Controle e Apoio Social no Trabalho

KARASEK (1979) propôs um modelo de estresse no contexto de trabalho que prediz tensão mental como resultante de interações entre demandas psicológicas e amplitude de decisão (conhecido também como controle no trabalho).

A principal hipótese do modelo é que a combinação de altas demandas psicológicas do ambiente de trabalho (falta de tempo para desenvolver as tarefas, trabalho extenuante, trabalho excessivo, necessidade de fazer as tarefas rapidamente, conflitos entre tarefas) com baixo controle (impossibilidade para o aprendizado e para o uso de habilidades e criatividade, falta de liberdade na execução das tarefas, não participação nas decisões) está associada a diversos sintomas de tensão mental, pois gera alto “desgaste” ao trabalhador (KARASEK, 1979).

O modelo permite outras combinações entre esses dois elementos com repercussões negativas à saúde. As condições em que há baixas demandas e baixo controle correspondem ao trabalho passivo e gera perda de habilidades e motivação e diminuição da auto-estima. A conjugação entre altas demandas psicológicas e alto controle representa o trabalho ativo, que parece menos danoso que a combinação anterior, já que os indivíduos têm possibilidades de exercerem sua criatividade e habilidade, além de proporcionar aprendizado. Entretanto, dependendo da atividade laboral e das características individuais, o alto controle não é suficiente para amenizar os efeitos danosos à saúde provenientes das altas demandas. Percepções de baixas demandas e alto controle caracterizam as melhores condições de trabalho (KARASEK, 1979).

Há evidências de que o modelo é capaz de indicar associações entre percepção de condições de trabalho e sintomas físicos e psicossomáticos, principalmente relacionados às doenças cardiovasculares, além de consumo de medicamentos, ausência do trabalho por problema de saúde e satisfação no trabalho (KARASEK, 1979). CHENG et al. (2000) utilizou o modelo em estudo longitudinal e pode verificar o risco de declínio do estado funcional em relação à saúde física e

mental. Mais recentemente hipóteses são formuladas sobre associações entre dimensões do modelo (demanda, controle e suporte social no trabalho) e indicadores de inflamação e infecção crônicas (CLAYS et al., 2005).

Johnson, em 1989, incluiu o elemento suporte social como uma extensão do modelo (KRISTENSEN, 1995; THEORELL e KARASEK, 1996), referindo-se a níveis de interação com chefia e colegas de trabalho. Baixos níveis de apoio social em situações de alto desgaste no trabalho predizem aumento considerável no risco para desenvolvimento de doenças.

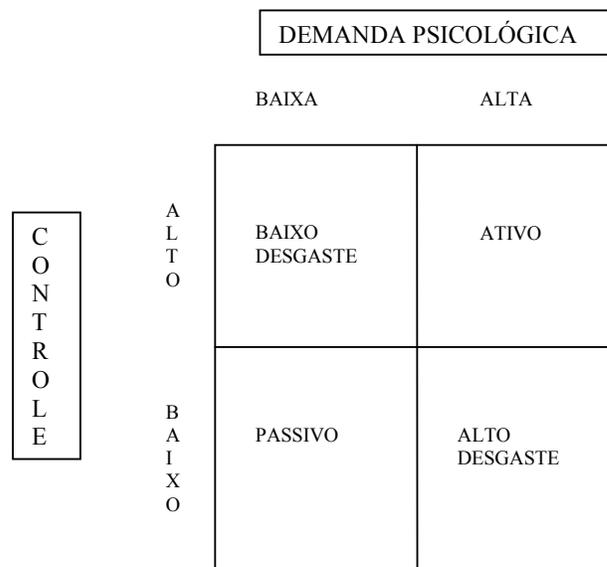
O questionário que representa o modelo (Escala de Estresse no Trabalho - *Job Stress Scale*) foi desenvolvido por Tores Theorell em 1988, como uma versão reduzida do questionário desenvolvido anteriormente por Robert Karasek em 1985. MELLO ALVES et al. (2004) adaptaram para o português esta versão e os resultados indicaram que a confiabilidade das escalas estava de acordo com o que é apontado na literatura, inclusive no que diz respeito a escala que representa a dimensão controle que apresentou um valor menor que 0,70. No presente estudo, os valores do alpha de Cronbach para demanda, controle e apoio social foram respectivamente: 0,79; 0,50; 0,89. O baixo valor referente à escala de controle está, portanto, em concordância com a discussão apresentada por MELLO ALVES et al. (2004).

O questionário é composto por 17 questões distribuídas da seguinte forma: 5 questões para controle, com pontuação de 5 a 20, e escalas demanda e apoio social com 6 questões cada, com pontuação de 6 a 24. Para análises de dados, escores médios ou medianos podem ser utilizados para criação de quatro quadrantes: baixo desgaste, alto desgaste, trabalho passivo e trabalho ativo, de forma a expressar as relações entre demanda e controle: baixa demanda com alto controle, alta demanda

com alto controle, baixa demanda com baixo controle, alta demanda com baixo controle, respectivamente. Quanto à escala de apoio social, quanto maiores os valores, melhores as condições (MELLO ALVES et al, 2004). No anexo 3 este questionário refere-se às questões 67 e 68.

Na figura adiante é apresentado um esquema do modelo de Demanda-Controle, com apresentação dos quadrantes explicados anteriormente.

Figura 1- Esquema do modelo de Demanda-Controle.



* Adaptado de THEORELL e KARASEK, 1996.

Os modelos de estresse no trabalho, Desequilíbrio Esforço-Recompensa e Escala de Estresse no Trabalho, apresentam abordagens operacionais e conceituais distintas e complementam-se em relação às dimensões do ambiente psicossocial do trabalho (PETER e col, 2002; SIEGRIST e col, 2004). O modelo Desequilíbrio

Esforço-Recompensa tem foco sociológico e macro-ocupacional e deve complementar o modelo Demanda-Controle (THEORELL e KARASEK, 1996).

5.2.6. Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida SF-36 (*Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey*)

Este instrumento avalia o estado de saúde como um componente da qualidade de vida. Ele apresenta a saúde como um construto multidimensional e reflete a interferência de doenças sobre diversos aspectos da vida de um indivíduo (QVRS) (WARE, 1987; WARE e SHERBOURNE, 1992; CICONELLI et al., 1999).

O foco dado à qualidade de vida permite que o SF-36 forneça uma visão de estado de saúde mais ampla que medidas específicas de funcionamento biológico. Além do monitoramento da saúde em termos quantitativos, outra vantagem do instrumento é a possibilidade de uso e comparação entre populações diferentes, com ou sem doença (WARE, 1992, 1998).

O SF-36 é composto por 36 questões divididas em oito dimensões que, de maneira geral, demonstram se as pessoas conseguem executar atividades rotineiras e como se sentem quando as estão praticando. Estas dimensões representam os conceitos de saúde mais frequentemente mensurados nos inquéritos de saúde e os mais afetados por doenças e tratamentos (WARE, 1992; WARE e SHERBOURNE, 1992). No anexo 3, o SF-36 refere-se às questões de número 94 à 104.

O quadro número 1 apresenta as dimensões com seus conceitos, além da interpretação de baixo e alto escore.

Quadro 1- Conceito e interpretação de baixo e alto escore das dimensões do SF-36*.

Dimensões	Conceitos	Interpretação no baixo escore (pior)	Interpretação no alto escore (melhor)
Capacidade funcional	Avalia tanto a presença como a extensão das limitações físicas, com três níveis de resposta (muita limitação, pouca limitação, sem limitação).	Grande limitação no desempenho de todas as atividades físicas, incluindo tomar banho e vestir-se.	Desempenho de todos os tipos de atividades físicas, incluindo as mais vigorosas, sem limitações induzidas pela saúde.
Aspectos físicos	Avalia as limitações no tipo e na quantidade do trabalho e das atividades de vida diária em consequência de problemas físicos	Problemas com o trabalho ou outras atividades diárias como resultado da saúde física	Sem problema com o trabalho ou outras atividades diárias
Dor	Avalia a extensão da dor e a interferência nas atividades de vida diária	Dor muito severa e extremamente limitante	Sem dor ou limitações induzidas pela saúde
Estado geral de saúde	Avalia as percepções referentes ao estado de saúde geral	Avaliação pessoal da saúde como pobre e crença de que irá piorar	Avaliação da saúde como excelente
Vitalidade	Considera o nível de energia e de fadiga	Sensação de cansaço e esgotamento durante todo o tempo	Sensação de dinamismo e energia durante todo o tempo
Aspectos sociais	Avalia a limitação da participação do indivíduo em atividades sociais, decorrente de problemas com a saúde	Interferência extrema e freqüente nas atividades sociais normais devido a problemas físicos ou emocionais	Desempenho das atividades sociais normais sem interferência induzida por problemas físicos ou emocionais
Aspectos emocionais	Avalia as limitações no tipo e na quantidade do trabalho e das atividades de vida diária em consequência de problemas emocionais	Problemas com o trabalho ou outras atividades diárias como resultado da saúde emocional	Sem problemas com o trabalho ou outras atividades diárias
Saúde mental	Avalia as percepções em relação a quatro principais dimensões da saúde mental: ansiedade, depressão, alterações do comportamento e bem-estar psicológico	Sentimento de nervosismo e depressão durante todo o tempo	Sentimento de tranquilidade e calma durante todo o tempo

*Adaptado de WARE e SHERBOURNE, 1992.

MCDOWELL e NEWELL (1996) apresentaram um comentário sobre a interpretação das dimensões do SF-36. Eles observaram que capacidade funcional e saúde mental são dimensões que representam especificamente desordens médicas ou psiquiátricas, pois são relativamente puras. Quanto às dimensões aspectos físicos e aspectos emocionais, elas refletem principalmente, mas não com exclusividade, condições físicas e mentais. Vitalidade e aspectos sociais refletem tanto condições físicas quanto mentais e a dimensão estado geral de saúde parece ser mais sensível a problemas físicos de saúde.

WARE (2000) apresentou uma versão do SF-36 com duas escalas que resumem as oito dimensões, mas que ainda não é um formato válido para o uso no Brasil, e portanto, não é o formato utilizada neste estudo. As dimensões capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral da saúde são mais representativas da escala saúde física. Vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental são dimensões mais representativas da escala saúde mental. O autor pondera que estado geral da saúde e vitalidade podem pertencer às duas escalas.

Para o cálculo do escore, após sua pontuação, as questões são transformadas em oito escalas de notas que variam de “0” (zero) a “100” (cem), em que o número zero corresponde à pior QVRS e o número cem, melhor. Cada dimensão é analisada em separado a fim de evitar que os verdadeiros problemas relacionados à saúde do indivíduo sejam subestimados ou não identificados. Consta também um item de avaliação das alterações de saúde ocorridas no período de um ano anterior a aplicação do questionário, que não é usada para pontuar as dimensões. Instruções a respeito da pontuação das questões e cálculo dos escores são encontradas em CICONELLI (1997).

Segundo WARE e SHERBOURNE (1992) e WARE (2000) o questionário foi traduzido e submetido a estudos de confiabilidade e validação em mais de 40 países como parte do Projeto Internacional de Avaliação de Qualidade de Vida (IQOLA) e apresenta boa sensibilidade. No Brasil, a tradução e validação foram realizadas por CICONELLI et al., (1999) com pacientes portadores de artrite reumatóide e apresentou ótima reprodutibilidade.

Um estudo utilizando-se o SF-36 foi desenvolvido com população do município de São Paulo, de ambos os sexos e de faixas etárias a partir de 15 anos. A amostra foi constituída por 766 pessoas; com leve preponderância feminina, aproximadamente 30% na faixa etária de 15 a 24 anos; maioria casada, com ensino superior completo ou incompleto e mais de 60% desenvolvendo atividade remunerada. A análise das propriedades psicométricas deste instrumento foi satisfatória. A confiabilidade interna para o total dos domínios, dada pelo coeficiente Alfa de Cronbach, foi 0,81. A dimensão aspectos sociais apresentou o menor valor do coeficiente nesta dimensão, como encontrado em outros estudos, provavelmente devido o número reduzido de itens que o compõem (KIMURA et al., 2002).

No presente estudo, a consistência interna foi dada pelo alpha de Cronbach, cujos valores foram: 0,87 para capacidade funcional; 0,74 para aspectos físicos; 0,78 para dor; 0,70 para estado geral de saúde; 0,77 para vitalidade; 0,68 para aspectos sociais; 0,70 para aspectos emocionais e 0,81 para saúde mental. Os valores indicam confiabilidade satisfatória das escalas (alpha de Cronbach), exceto a dimensão de aspectos sociais. Ainda sim, optou-se por mantê-la no instrumento por considerá-la uma dimensão da saúde que pode ser influenciada por questões relacionadas ao

trabalho, financeiras e outras que afetam a saúde (MARTINEZ e LATORRE, 2006), além de ser um aspecto de grande importância para a percepção da qualidade de vida.

5.3. CONSOLIDAÇÃO DO BANCO DE DADOS

As informações provenientes dos questionários foram digitadas no programa Excel, do Windows 2000. A primeira consolidação do banco constituído foi realizada em 2005 através da digitação dupla dos dados e posterior comparação. Como as variáveis incluídas no questionário SF-36 não haviam ainda sido analisadas, decidiu-se revisar o banco de dados através de uma segunda consolidação

Para análise dos dados utilizaram-se os programas SPSS versão 12.0 e STATA versão 9.1.

5.4. MÉTODOS ESTATÍSTICOS

As variáveis dependentes foram as oito dimensões componentes do SF-36. As principais variáveis independentes foram a variável demanda-controle com as quatro categorias: baixo desgaste, trabalho ativo, trabalho passivo e alto desgaste e a variável coeficiente ERI, com as categorias: até 1,00 e 1,01 ou mais. As variáveis pré-selecionadas, a partir da literatura (BOURBONNAIS et al., 1999; LOON et L., 2000; ARAÚJO et al., 2003; ESCRIBÀ-AGUIR et al., 2007), para ajustar a associação entre a variável independente e as variáveis dependentes foram: sexo, idade, escolaridade, estado civil, renda familiar, responsabilidade financeira, hábito de fumar, etilismo, prática de exercício físico, jornada total de trabalho, emprego e

turno, tempo de trabalho em turno, tempo de trabalho na enfermagem, tempo de trabalho no hospital de estudo, apoio social, comprometimento, acidente de trabalho e finalmente categoria profissional, de maior interesse, conforme descrição das hipóteses e objetivos.

Para melhor utilização das variáveis dependentes e independentes, inicialmente foi realizada análise descritiva. Foram calculadas frequências, médias, medianas, desvios padrões, valores mínimos e máximos.

A aderência da distribuição da população à curva normal foi testada pelo teste Kolmogorov-Smirnov (SEIGEL, 1975). A fim de selecionar as variáveis independentes que de fato seriam usadas nos modelos estatísticos, foram utilizados os testes Correlação de Spearman, para verificar correlação entre as variáveis contínuas e teste χ^2 de Pearson, para verificar associação entre variáveis qualitativas (DAWSON e TRAPP, 2001).

Os modelos de regressão para as dimensões do SF-36 foram ajustados acrescentando-se variáveis (*stepwise*), de acordo com os objetivos do estudo, de modo a verificar a influência de cada nova variável nos parâmetros das variáveis já presentes nos modelos. Para isto, considerou-se modificação da razão de chances de uma variável quando houve modificação de 10% de seu valor. Para verificação de ajuste do modelo, considerou-se aumento de 3,84 pontos no teste de razão de verossimilhança (LR (χ^2)) de um modelo para o outro (KLEINBAUM e KLEIN, 2002a, 2002b).

Desta maneira, os resultados para **cada dimensão do SF-36** foram apresentados da seguinte maneira:

- a) Modelos univariados para as variáveis:
 - 1) Categoria profissional
 - 2) Demanda-controle
 - 3) Coeficiente ERI

- b) Modelos múltiplos para as variáveis:
 - 1) Demanda-controle + coeficiente ERI
 - 2) Demanda-controle + coeficiente ERI + categoria profissional
 - 3) Demanda-controle + coeficiente ERI + categoria profissional + variáveis sócio-demográficas, de hábitos e estilos de vida e outras de trabalho

Em todos os testes o nível de significância adotado foi o de 5% ($p < 0,05$).

5.4.1. Análise Estatística para Avaliação do SF-36

Não foram indicados pontos de corte que definam melhores e piores percepções de estados de saúde, somente que a escala varia de zero a cem, sendo o valor “cem” o melhor estado de saúde (CICONELLI et al., 1999).

Neste estudo não há distribuição normal da população nas escalas do SF-36, o que impossibilita a construção de modelos de regressão linear, mesmo após a transformação destas escalas em logaritmo (\log_{10}) (DAWSON e TRAPP, 2001). Vários autores destacaram que as escalas de qualidade de vida tendem a apresentar distribuição discreta e assimétrica e, portanto, análises que assumem normalidade da

distribuição não são adequadas, tão pouco a dicotomização ou o tratamento como nominais (LALL et al., 2002).

Os artigos revisados para este estudo, entretanto, mostram que o tratamento destas escalas tem sido feito de diversas maneiras e os modelos construídos utilizam as escalas no formato linear ou dicotomizadas. O quadro número 2 resume artigos provenientes de pesquisa bibliográfica na PUBMED CENTER em agosto de 2008, com os termos quality of life, SF-36, workers. Foram descartados aqueles artigos que não se referiam à saúde de trabalhadores e aqueles que utilizaram a versão 2.0 do SF-36 (versão que fornece apenas duas dimensões: saúde física e saúde mental) (WARE, 2000).

Quadro 2- Resumo de estudos que utilizaram o SF-36, de acordo com o tratamento das variáveis e análises estatísticas.

Publicação	Dimensão com distribuição normal	Dimensões do SF-36 consideradas para análise	Tratamento das variáveis	Modelo Estatístico
LERNER et al., 1994	Vitalidade, estado geral da saúde e saúde mental.	Todas	Todas elas foram dicotomizadas na mediana	Regressão logística múltipla.
TOUNTAS et al., 2003	Sugeriu que algumas apresentaram e outras não	Todas	Como quantitativas	Sem modelo. Fez teste t, ANOVA e Teste Mann-Whitney
Publicação	Dimensão com distribuição normal	Dimensões do SF-36 consideradas para análise	Tratamento das variáveis	Modelo Estatístico
GAULLAR-CASTILLÓN et al., 2005.	Não informado	Todas	Dicotomizadas em <100 e 100	Regressão logística múltipla
MUSSHAUSER et al., 2006	Não informado	Todas	Como variáveis quantitativas	Regressão linear múltipla
ESCRIBÀ-AGUIR e PÉREZ-HOYOS, 2007.	Não Informado	Vitalidade e saúde mental	Dicotomizadas na mediana	Regressão logística múltipla

“continua”

Quadro 2- Resumo de estudos que utilizaram o SF-36, de acordo com o tratamento das variáveis e análises estatísticas.
 “continuação”

Publicação	Dimensão com distribuição normal	Dimensões do SF-36 consideradas para análise	Tratamento das variáveis	Modelo Estatístico
HAYASHIRO et al., 2007	Não informou	Aspectos físicos, estado geral da saúde, aspectos emocionais, saúde mental.	Como variáveis quantitativas	Regressão linear múltipla
MILLS et al., 2007	Não informou	Estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.	Como variáveis quantitativas	Sem modelo. Fez teste t
SLUITER et al., 2008	Sugeriu que algumas apresentaram e outras não	Todas	Como variáveis quantitativas	Sem modelo. Usou testes: ANOVA e Mann-Whitney

Restam poucas opções para utilização das escalas do SF-36 quando se pretende analisar fatores associados de maneira independente. ABREU (2007) sugere o uso de modelos de regressão logística ordinal para análise de fatores associados à qualidade de vida cujos instrumentos fornecem escala ordinal dos dados, como observado por LALL et al. (2002) no caso do SF-36.

Existem alguns tipos de modelos de regressão ordinais e a escolha depende da forma como a variável ordinal se apresenta. Alguns apresentam pressupostos que devem ser considerados, do mesmo modo que é necessário ter distribuição normal para modelos de regressão linear. ABREU (2007) exemplifica o uso de modelo de regressão logística ordinal do tipo “chances proporcionais parciais” com a dimensão aspectos emocionais do SF-36.

O modelo de chances proporcionais, também chamado de modelo do logito cumulativo, compara a probabilidade de uma resposta igual ou menor a uma

determinada categoria, com a probabilidade de uma resposta maior que esta categoria. Quando a variável resposta é binária, este modelo corresponde ao tradicional modelo de regressão logística binária. Esse modelo fornece apenas uma única estimativa de razão de chances (OR) para todas as categorias comparadas, ou seja, todas as variáveis do modelo apresentam chances proporcionais. Esta característica do modelo é chamada de suposição de chances proporcionais (LALL et al., 2002, ABREU, 2007).

Como é difícil que todas as variáveis independentes cumpram com a suposição, o modelo de razão de chances parciais, que é uma extensão do anterior, permite que algumas variáveis possam ser modeladas com a suposição de chances proporcionais e, para as outras em que o pressuposto não é aceito, são incluídas parâmetros específicos que variam para as diversas categorias comparadas. Resumidamente, o uso do modelo de chances proporcionais parciais deve ser utilizado quando a suposição de chances não é válida e existe relação linear entre OR de uma variável independente e a variável resposta (LALL et al., 2002, ABREU, 2007).

ABREU (2007) não recomendou o uso de modelo de regressão ordinal com escalas do SF-36 que apresentam muitas categorias (mais de sete) que, a princípio, não poderiam ser agrupadas. Entretanto, mesmo não havendo pontos de cortes fixos informados para utilização do instrumento, alguns autores (LERNER et al., 1994; GAULLAR-CASTILLON et al., 2005, ESCRIBÀ-AGUIR e PÉREZ HOYOS, 2007) demonstraram que é possível discutir os dados a partir de agrupamento de categorias, já que a interpretação dos escores é feita em termos de baixo escore e alto escore (WARE e SHERBOURNE, 1992). Neste sentido, a utilização do método de análise

de regressão logística ordinal do tipo “chances proporcionais parciais” talvez possa fornecer resultados mais apurados, já que leva em consideração a ordem entre as categorias ao compará-las.

5.4.2. Tratamento das variáveis

As variáveis dependentes foram as oito dimensões do SF-36. A tabela 4 indica que cada escala foi dividida nos tercís a fim de serem analisadas nos modelos de regressão ordinal. A opção por estes pontos de corte é decorrente de observação das freqüências dos resultados e a inversão da escala em relação aos terços (1º, 2º, 3º) foi feita para facilitar a interpretação dos resultados devido ao modo como o programa STATA efetua a análise dos dados, ou seja, o programa sempre considera a primeira categoria (1º terço) como aquela de referência. Vale salientar que a forma de pontuação dos escores não foi modificada, mantendo uma escala que indica os maiores valores significativos de melhor QVRS.

Tabela 4- Escores representativos do 1º, 2º e 3º terços das dimensões do SF-36. Hospital universitário. 2004-2005.

Dimensões SF-36	1º terço	2º terço	3º terço
Capacidade funcional	95 a 100	80 a 94	0 a 79
Aspectos físicos	100	75 a 99	0 a 74
Dor	72 a 100	51 a 71	0 a 50
Estado geral de saúde	82 a 100	62 a 81	0 a 61
Vitalidade	65 a 100	45 a 64	0 a 44
Aspectos sociais	75 a 100	50 a 74	0 a 49
Aspectos emocionais	100	66,7 a 99	0 a 66,6
Saúde mental	76 a 100	56 a 75	0 a 55

Para a construção do modelo teórico demanda-controle foram consideradas as medianas das variáveis demanda e controle para formação das categorias: baixo desgaste no trabalho, trabalho ativo, trabalho passivo e alto desgaste no trabalho. Desta forma, escores acima de 14 representaram alta demanda e acima de 17, alto controle. A categoria de referência foi baixo desgaste no trabalho.

O coeficiente gerado a partir das variáveis esforço e recompensa, do questionário ERI, foi categorizado no ponto 1,00, que corresponde a condições de equilíbrio.

Quanto às variáveis independentes, que foram utilizadas como ajuste, aquelas de natureza quantitativa foram transformadas em qualitativas categóricas no ponto mediano.

6. RESULTADOS

6.1. ANÁLISE DESCRITIVA DA POPULAÇÃO: CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS DEMANDA-CONTROLE E DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

Dados descritivos da população são apresentados no capítulo de metodologia, visto que já foram apresentados em trabalhos anteriores (FISCHER et al, 2006, 2007; SILVA et al., 2008a, 2008b).

A partir desses dados, algumas análises estatísticas complementares foram realizadas para verificar se existia colinearidade ou associação entre variáveis independentes. Com o teste de Correlação de Spearman, verificou-se que idade foi fortemente correlacionada às variáveis de tempo de trabalho:

- $r_{sp}=0,927$, $p<0,001$ para tempo na força de trabalho;
- $r_{sp}=0,772$, $p<0,001$ para tempo de trabalho na enfermagem;
- $r_{sp}=0,629$, $p<0,001$ para tempo de trabalho no hospital de estudo
- $r_{sp}=0,696$, $p<0,001$ para tempo de trabalho em turnos.

Desta maneira optou-se por utilizar nas análises deste estudo, a variável idade. Além disso, estudos anteriores (FISCHER et al., 2006, 2007) já indicaram que idade foi uma característica importante na avaliação de saúde desta população.

O teste χ^2 de Pearson foi utilizado para verificar a associação entre variáveis independentes de natureza qualitativa. Como esperado, todos os enfermeiros eram

graduados ou pós-graduados ($\chi^2=238,959$, $p<0,001$, com casela nula) e tinham renda familiar superior aos auxiliares e técnicos de enfermagem ($\chi^2=133,519$, $p<0,001$). Entre as duas variáveis optou-se por trabalhar com a categoria profissional, já que faz parte das hipóteses do estudo.

As tabelas 5, 6 e 7 apresentam a caracterização da população nos grupos demanda-controle quanto às variáveis sócio-demográficas, de hábitos e estilos de vida e de trabalho.

Tabela 5 - Caracterização dos grupos demanda-controle. Variáveis sócio-demográficas. Teste χ^2 . Hospital universitário. 2004-2005.

Variáveis	Demanda		Controle		p
	Trabalho ativo (N=174) %	Baixo desgaste (N=161) %	Trabalho passivo (N=206) %	Alto desgaste (N=154) %	
Sexo					0,039
Masculino	15,5	6,2	11,7	14,9	
Feminino	84,5	93,8	88,3	85,1	
Idade					0,007
Até 39 anos	71,8	60,2	63,1	76,0	
40 anos e mais	28,2	39,8	36,9	24,0	
Responsabilidade financeira					0,012
Mais de uma pessoa	34,5	47,2	49,0	50,0	
Apenas o trabalhador	65,5	52,8	51,0	50,0	

Destacam-se nesta tabela a maior diferença de proporção entre homens e mulheres em situações de baixo desgaste no trabalho, a população mais jovem em maior proporção no grupo de alto desgaste e o comportamento da variável responsabilidade financeira quanto à sua distribuição nos grupos.

Tabela 6 - Caracterização dos grupos demanda-controle. Variáveis de hábitos e estilos de vida. Teste χ^2 . Hospital universitário. 2004-2005.

Variáveis	Demanda		Controle		p
	Trabalho ativo	Baixo desgaste	Trabalho passivo	Alto desgaste	
	(N=174) %	(N=161) %	(N=206) %	(N=154) %	
Hábito de fumar					0,130
Não	65,5	75,8	68,9	66,9	
Ex-fumante	17,8	7,5	16,0	13,6	
Sim	16,7	16,8	15,0	19,5	
Etilismo					0,474
Não	51,1	55,9	52,9	57,8	
Ex-etilista	5,2	3,7	7,3	7,8	
Sim	43,7	40,7	39,8	34,4	
Prática de exercícios físicos					0,208
Sim	44,3	49,1	53,4	54,5	
Não	55,7	50,9	46,6	45,5	

Tabela 7 – Caracterização dos grupos demanda-controle. Variáveis de trabalho. Hospital universitário. Teste χ^2 . 2004-2005.

Variáveis	Demanda		Controle		p
	Trabalho ativo	Baixo desgaste	Trabalho passivo	Alto desgaste	
	(N=174) %	(N=161) %	(N=206) %	(N=154) %	
Jornada total de trabalho					0,392
Até 61h/semana	47,4	55,7	53,3	48,6	
62h/semana ou mais	52,6	44,3	46,7	51,4	
Emprego e turnos					0,032
1 ou 2 diurnos	42,0	50,9	52,9	52,6	
1 ou 2 noturnos	36,8	39,8	34,0	30,5	
1 diurno e 1 noturno	21,3	9,3	13,1	16,9	
Coefficiente ERI					0,005
Até 1,00	93,7	96,9	91,7	86,4	
1,01 ou mais	6,3	3,1	8,3	13,6	
Comprometimento					0,003
Baixo	56,9	65,2	64,1	47,4	
Alto	43,1	34,8	35,9	52,6	

Tabela 7 – Caracterização dos grupos demanda-controle. Variáveis de trabalho. Hospital universitário. Teste χ^2 . 2004-2005. “continuação”

Variáveis	Demanda		Controle		p
	Trabalho ativo (N=174) %	Baixo desgaste (N=161) %	Trabalho passivo (N=206) %	Alto desgaste (N=154) %	
Acidente de trabalho					0,527
Não	56,9	64,0	58,7	62,3	
Sim	43,1	36,0	41,3	37,7	
Doença relacionada ao trabalho					0,075
Não	83,9	87,6	83,0	74,0	
Sim, no passado	6,3	5,0	5,3	10,4	
Sim, atualmente	9,8	7,5	11,7	15,6	
Apoio Social					<0,001
Alto	37,4	56,5	39,8	29,2	
Baixo	62,6	43,5	60,2	70,8	
Categoria Profissional					<0,001
Enfermeiro	39,1	33,5	7,8	11,7	
Auxiliar/Técnico	60,9	66,5	92,2	88,3	

Baixo desgaste no trabalho concentrou a menor proporção de indivíduos que possuíam dois empregos (9,3% para 1 diurno e 1 noturno). É neste grupo também que concentrou a maior proporção de mulheres; o que sugere que talvez a maioria das mulheres desta população não tenha dois empregos, portanto não realize dupla jornada profissional.

O baixo desgaste também concentrou a maior proporção de indivíduos com melhor relação entre esforços e recompensas. De maneira oposta, ERI 1,01 ou mais apresentou maior proporção de indivíduos classificados em condições de alta exigência no trabalho. Estes resultados indicam a complementação entre os dois modelos de estresse no trabalho. Esta complementação também pode ser observada

em relação à variável comprometimento. Enquanto trabalho ativo, baixo desgaste e trabalho passivo foram grupos cujas maiores freqüências foram de baixo comprometimento, em alto desgaste predominou indivíduos com alto comprometimento. Tanto o alto desgaste como o alto comprometimento são condições são prejudiciais à saúde.

Apenas aqueles classificados em condições de baixo desgaste relataram alto apoio social no trabalho em maior proporção. Contrariamente, o grupo de alto desgaste apresentou a maior proporção de baixo apoio social.

Como já esperado, em relação às categorias profissionais, os grupos que indicam alto controle, ou seja trabalho ativo e baixo desgaste, tiveram maior concentração de enfermeiros, enquanto auxiliares e técnicos de enfermagem estiveram em maior proporção nos grupos que indicam condições de baixo controle no trabalho.

A tabela 8 e 9 apresentam resultados descritivos da população quanto às dimensões do SF-36.

Tabela 8- Valores máximos, mínimos, desvio padrão, mediana e média das dimensões do SF-36. Hospital universitário. 2004-2005.

Dimensões SF-36	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo
Capacidade funcional	81,3	85,0	18,8	10,0	100,0
Aspectos físicos	74,9	100,0	32,3	-	100,0
Dor	60,1	61,0	20,1	10,0	100,0
Estado geral de saúde	71,0	72,0	18,1	5,0	100,0
Vitalidade	52,7	50,0	19,6	-	100,0
Aspectos sociais	65,1	62,5	25,2	-	100,0
Aspectos emocionais	69,0	100,0	34,5	-	100,0
Saúde mental	63,9	64,0	18,5	8,0	100,0

Análises complementares (Teste Mann-Whitney) demonstraram que nas dimensões capacidade funcional, aspectos físicos e aspectos emocionais foram observadas diferenças significativas em relação aos grupos de enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem. O enfermeiro percebe melhor QVRS na dimensão capacidade funcional: 83,5, dp=18,2 comparado a 80,7-dp=18,8 de técnicos e auxiliares de enfermagem. Nas dimensões aspectos físicos e aspectos emocionais, os escores médios de técnicos e auxiliares foram, respectivamente: 76,1-dp=32,1 e 74,4-dp=34,6 comparados a 70,6-dp=32,9 e 65,4-dp=37,8 de enfermeiros.

Tabela 9- Média e desvio padrão nas dimensões do SF-36, considerando a idade dos profissionais de enfermagem. Hospital universitário. 2004-2005.

Dimensões SF-36	Idade (anos)				
	19 a 24 (N=115, %=16,5)	25 a 34 (N=269, %=38,6)	35 a 44 (N=166, %=23,9)	45 a 54 (N=119, %=17,1)	55 a 66 (N=27, %=3,9)
Capacidade funcional	85,0 (15,5)	84,1(16,2)	81,9(17,4)	75,4(22,9)	62,0(25,2)
Aspectos físicos	76,1 (29,0)	73,1(34,1)	73,5(35,1)	79,0(28,0)	77,9(27,7)
Dor	61,5 (17,9)	60,0(19,6)	60,1(20,8)	58,7(20,8)	60,9(25,6)
Estado geral de saúde	69,2 (18,0)	71,8(18,4)	72,1(17,2)	70,3(18,0)	68,6(18,9)
Vitalidade	48,3 (17,8)	51,5(19,7)	54,1(20,1)	55,7(18,9)	60,6(22,7)
Aspectos sociais	65,7 (25,6)	65,3(24,8)	65,1(25,1)	65,7(25,5)	65,4(29,6)
Aspectos emocionais	67,9 (36,6)	69,2(36,7)	69,5(37,1)	82,3(26,7)	76,9(35,0)
Saúde mental	60,8 (16,1)	63,3(19,0)	65,4(8,2)	64,8(19,5)	69,3(18,9)

Avaliação do SF-36 por faixas etárias, como apresentado acima, permite maior comparabilidade das informações do questionário com outros estudos.

6.2. PERCEPÇÃO SOBRE AS CONDIÇÕES DO TRABALHO NAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS

A tabela a seguir apresenta o resultado da associação entre as categorias profissionais e a variável demanda-controle.

Tabela 10 - Associação entre categoria profissional e demanda-controle. Teste χ^2 . Hospital universitário, 2004-2005.

Variáveis	Demanda				Controle				Total	
	Trabalho ativo		Baixo desgaste		Trabalho passivo		Alto desgaste			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Enfermeiro	68	43,6	54	34,6	16	10,3	18	11,5	156	100,0
Auxiliar/técnico	106	19,7	107	19,9	190	35,3	136	25,2	539	100,0
Total	174	63,3	161	54,5	206	45,9	154	36,7	695	100,0

Nota: $\chi^2=74,779$; $p<0,001$

Esta tabela confirma os dados referentes à categoria profissional apresentados na tabela descritiva. É esperado que enfermeiros possuam maior controle no trabalho quando comparados às categorias profissionais hierarquicamente inferiores.

Na tabela abaixo é apresentada a associação entre as categorias profissionais e o desequilíbrio entre esforços e recompensas.

Tabela 11- Associação entre categoria profissional e grupo ERI (desequilíbrio esforço-recompensa) Teste χ^2 . Hospital universitário, 2004-2005.

Variável	Grupos ERI				Total	
	Até 1,00		1,01 ou mais			
	N	%	N	%	N	%
Enfermeiros	137	87,8	19	12,2	156	100,0
Auxiliares/técnicos	505	93,5	35	6,5	540	100,0
Total	642	92,2	54	7,8	696	100,0

Nota: $\chi^2_c = 4,724$, $p=0,03$

A maioria dos trabalhadores (92,2%) está em desequilíbrio favorável, ou seja, mais recompensa do que esforços no trabalho, inclusive no que diz respeito às categorias profissionais. No entanto, é possível verificar que a proporção de auxiliares e técnicos de enfermagem na categoria ERI 1,01 ou mais é aproximadamente metade da proporção de enfermeiros no mesmo grupo. Diferentemente ocorreu no Modelo Demanda-Controle: quando se considera esforços e recompensas no caso do ERI, os enfermeiros perceberam suas condições de trabalho como piores.

6.3. QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE NAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS

A tabela 12 apresenta resultados de modelo logístico ordinal univariado com cada uma das dimensões do SF-36 em relação à variável categoria profissional.

Tabela 12- Razão de chances para baixos escores nas dimensões do SF-36 em relação à categoria profissional. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital universitário, 2004-2005.

Categoria Profissional	Comparações					
	1° versus (2° +3°)			(1°+2°) versus 3°		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
	<i>Capacidade Funcional</i>					
Enfermeiro	1,00			1,00		
Auxiliar/técnico	1,53	0,023	1,06;2,21	1,12	0,558	0,76-1,66
	<i>Aspectos Físicos</i>					
Enfermeiro	1,00			1,00		
Auxiliar/técnico “continua”	0,65	0,021	0,46;0,94	0,72	0,091	0,49-1,05

Tabela 12- Razão de chances para baixos escores nas dimensões do SF-36 em relação à categoria profissional. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital universitário, 2004-2005. “continuação”

Categoria Profissional	Comparações					
	1° versus (2° +3°)			(1°+2°) versus 3°		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
				<i>Dor</i>		
Enfermeiro	1,00			1,00		
Auxiliar/técnico	1,37	0,088	0,95-1,98	0,82	0,340	0,56-1,22
				<i>Estado Geral de Saúde</i>		
Enfermeiro	1,00			1,00		
Auxiliar/técnico	1,27	0,208	0,88-1,83	0,75	0,157	0,51-1,11
				<i>Vitalidade</i>		
Enfermeiro	1,00			1,00		
Auxiliar/técnico	0,92	0,689	0,63-1,35	0,71	0,080	0,49-1,04
				<i>Aspectos Sociais</i>		
Enfermeiro	1,00			1		
Auxiliar/técnico	1,03	0,885	0,72-1,47	0,80	0,303	0,51-1,23
				<i>Aspectos Emocionais</i>		
Enfermeiro	1,00			1,00		
Auxiliar/técnico	0,72	0,074	0,50-1,03	0,57	0,004	0,39-0,83
				<i>Saúde Mental</i>		
Enfermeiro	1,00			1,00		
Auxiliar/técnico	1,28	0,193	0,88-1,85	0,85	0,427	0,58-1,26

Nota: Ver tabela 4, página 43, sobre escores nas várias dimensões do SF-36.

No que diz respeito à capacidade funcional, os auxiliares e técnicos têm 1,53 mais chances de apresentarem escores pertencentes ao 2° e 3° terços (0 a 94). O contrário acontece nos aspectos físicos, quando auxiliares e técnicos são “categoria de proteção” para os escores pertencentes a estes terços da escala (valores de 0 a 99). Na segunda comparação a categoria auxiliar/técnico é fator de proteção para os escores mais baixos da escala (0 a 66,6) de aspectos emocionais.

6.4. PERCEÇÃO SOBRE AS CONDIÇÕES DE TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

Nesta seção são apresentados os resultados referentes aos modelos de regressão logística ordinal de chances proporcionais parciais, com o propósito de discutir a influência da percepção das condições de trabalho na percepção do estado de saúde, ajustada por categoria profissional e outras variáveis. Os resultados são apresentados por dimensão do SF-36.

6.4.1. CAPACIDADE FUNCIONAL

As tabelas números 13 e 14 apresentam os modelos de regressão logística ordinal univariados para demanda-controle e desequilíbrio esforço-recompensa.

Tabela 13- Razão de chances para baixos escores na capacidade funcional em relação à variável demanda-controle. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital universitário, 2004-2005.

Demanda- Controle	Comparações Capacidade Funcional					
	1º versus (2º +3º)			(1º+2º) versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Baixo desgaste	1,00			1,00		
Trabalho ativo	1,05	0,812	0,67;1,63	0,89	0,655	0,55;1,44
Trabalho passivo	1,72	0,016	1,10;2,66	1,17	0,479	0,75;1,84
Alto desgaste	1,72	0,025	1,07;2,76	1,37	0,188	0,85;2,20

Nota: 1º= 95 a 100; 2º= 80 a 94; 3º= 0 a 79

As piores condições de trabalho apresentaram razão de chances significativas apenas na primeira comparação, ou seja, os profissionais na categoria trabalho passivo e alto desgaste têm, cada um, 1,72 mais chances de apresentarem escores que variam entre os valores 0 e 94.

Tabela 14- Razão de chances para baixos escores na capacidade funcional em relação à variável ERI. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital São Paulo, 2004-2005.

Coeficiente ERI	Comparações Capacidade Funcional					
	1º versus (2º+3º)			(1º+2º) versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Até 1,00	1,00			1,00		
1,01 ou mais	1,48	0,226	0,78;2,77	2,17	0,007	1,24;3,80

Nota: 1º= 95 a 100; 2º= 80 a 94; 3º= 0 a 79

Somente na segunda comparação houve resultado significativo: aqueles na categoria ERI 1,01 ou mais têm 2,17 mais chances de avaliarem sua capacidade funcional entre os escores mais baixos da escala (de 0 a 79) em comparação aos escores que variam de 80 a 100.

A tabela 15 apresenta o resultado do modelo de regressão logística ordinal múltipla, considerando as variáveis demanda-controle e ERI. A tabela 16 acrescenta ao modelo a variável categoria profissional.

Tabela 15- Razão de chances para baixos escores na capacidade funcional em relação às variáveis demanda-controle e ERI. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005.

Variáveis	Comparações Capacidade Funcional					
	1° versus (2°+3°)			(1°+2°) versus 3°		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Demanda-Controle						
Baixo desgaste	1,00			1,00		
Trabalho ativo	1,05	0,826	0,67;1,63	0,86	0,543	0,53;1,39
Trabalho passivo	1,70	0,018	1,09;2,65	1,13	0,583	0,72;1,78
Alto desgaste	1,68	0,033	1,04;2,72	1,25	0,355	0,78;2,02
Coeficiente ERI						
Até 1,00	1,00			1,00		
1,01 ou mais	1,31	0,408	0,69;2,48	2,07	0,012	1,17;3,65

Nota: 1°= 95 a 100; 2 °= 80 a 94; 3 °= 0 a 79

Trabalho passivo e alto desgaste continuam apresentando chances significativas para escores de 0 a 94 e ERI 1,01 ou mais para escores de 0 a 79. Houve ajustes menores que 10% nos valores das ORs das categorias, mas um resultado melhor de teste de razão de verossimilhança do modelo da tabela 13 para a tabela 15 (passou de 11,25, $p=0,08$ para 17,60, $p=0,02$), o que demonstra um ajuste melhor do modelo.

Tabela 16- Razão de chances para baixos escores na capacidade funcional em relação às variáveis demanda-controle, ERI e categoria profissional. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005.

Variáveis	Comparações Capacidade Funcional					
	1° versus (2°+3°)			(1°+2)° versus 3°		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Categoria Profissional						
Enfermeiro	1,00			1,00		
Auxiliar/técnico	1,33	0,156	0,89;1,97	1,05	0,809	0,69;1,60
Demanda-Controle						
Baixo desgaste	1,00			1,00		
Trabalho ativo	1,06	0,791	0,68;1,65	0,87	0,570	0,54;1,40
Trabalho passivo	1,57	0,052	0,99;2,48	1,12	0,622	0,70;1,79
Alto desgaste	1,54	0,083	0,94;2,53	1,24	0,382	0,76;2,04
Coeficiente ERI						
Até 1,00	1,00			1,00		
1,01 ou mais	1,32	0,398	0,69;2,50	2,10	0,011	1,18;3,72

Nota: 1°= 95 a 100; 2 °= 80 a 94; 3 °= 0 a 79

A variável categoria profissional perdeu significância na primeira comparação em relação ao seu modelo univariado. As categorias trabalho passivo e alto desgaste que eram significantes no modelo da tabela 15, perderam significância. A categoria 1,01 ou mais da variável ERI, que apresentou significância na segunda comparação do modelo da tabela 15, manteve significância; porém o ajuste não foi em mais de 10% da OR e também não houve ajuste no teste de razão de verossimilhança maior que 3,84. O modelo indica que categoria profissional é ajustada pelas variáveis demanda-controle e ERI e além disto, modifica

principalmente, a relação entre demanda-controle e capacidade funcional, já que a variável ERI não apresentou mudança significativa.

A tabela 17 apresenta os resultados de modelo de regressão logística ordinal considerando variáveis sócio-demográficas, de hábitos e estilos de vida e de trabalho. O propósito é considerar a influência destas variáveis na razão de chances das variáveis demanda-controle e ERI para piores resultados na capacidade funcional dessa população.

Tabela 17- Razão de chances para baixos escores na capacidade funcional em relação às variáveis demanda-controle, ERI, categoria profissional e variáveis sócio-demográficas, de hábitos e estilos de vida e trabalho. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005.

Variáveis	Comparações Capacidade Funcional					
	1º versus (2º+3º)			(1º+2º) versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Idade						
40 anos ou mais	1,00			1,00		
Até 39 anos	0,55	0,003	0,37;0,81	0,44	<0,001	0,31;0,65
Responsabilidade financeira						
Mais de uma pessoa	1,00			1,00		
Apenas o trabalhador	1,34	0,102	0,94;1,91	1,61	0,011	1,12;2,32
Comprometimento						
Baixo	1,00			1,00		
Alto	1,82	0,002	1,25;2,63	1,48	0,034	1,03;2,12
Categoria profissional						
Enfermeiro	1,00			1,00		
Auxiliar/técnico	1,42	0,104	0,93;2,15	1,06	0,786	0,68;1,66
“continua”						

Tabela 17- Razão de chances para baixos escores na capacidade funcional em relação às variáveis demanda-controle, ERI, categoria profissional e variáveis sócio-demográficas, de hábitos e estilos de vida e trabalho. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005.
“continuação”

Variáveis	Comparações Capacidade Funcional					
	1º versus (2º+3º)			(1º+2º) versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Demanda-Controle						
Baixo desgaste	1,00			1,00		
Trabalho passivo	1,56	0,074	0,96;2,53	1,04	0,883	0,63;1,71
Alto desgaste	1,58	0,092	0,93;2,68	1,35	0,267	0,79;2,31
Coeficiente ERI						
Até 1,00	1,00			1,00		
1,01 ou mais	0,87	0,706	0,42;1,78	1,31	0,399	0,70;2,48

Nota: 1º= 95 a 100; 2º= 80 a 94; 3º= 0 a 79

Nota: Variáveis de ajuste: sexo, hábito de fumar, hábito de consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercícios físicos, jornada de trabalho total, turnos e empregos, acidente de trabalho, apoio social no trabalho.

A tabela acima mostra que as variáveis categoria profissional e demanda-controle continuam sem significância em relação ao modelo da tabela 16. Já a variável ERI perdeu a significância que apresentava na segunda comparação. As variáveis idade, responsabilidade financeira e comprometimento no trabalho que entrariam como variáveis de ajuste foram significativas. Houve um ajuste do modelo verificado pelo teste de verossimilhança, pois se observou que o valor do teste que era de 19,86; $p=0,03$ passou a 79,61; $p=0,001$.

No modelo final os fatores associados aos piores resultados da dimensão capacidade funcional, independente das outras variáveis, foram: os mais velhos, apenas o trabalhador como responsável pela renda familiar e alto comprometimento no trabalho.

6.4.2. ASPECTOS FÍSICOS

As tabelas números 18 e 19 apresentam os modelos de regressão logística ordinal univariados para demanda-controle e desequilíbrio esforço-recompensa.

Tabela 18- Razão de chances para baixos escores nos aspectos físicos em relação à variável demanda-controle. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital universitário, 2004-2005.

Demanda-Controle	Comparações Aspectos Físicos					
	1° versus (2°+3°)			(1°+2°) versus 3°		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Baixo desgaste	1,00			1,00		
Trabalho ativo	1,19	0,446	0,78;1,84	1,16	0,558	0,712;1,88
Trabalho passivo	1,19	0,403	0,79;1,80	1,26	0,331	0,79;;2,00
Alto desgaste	1,10	0,672	0,70;1,72	1,44	0,146	0,88;2,34

Nota: 1°= 100; 2 °= 75 a 99; 3 °= 0 a 74

Tabela 19- Razão de chances para baixos escores nos aspectos físicos em relação à variável ERI. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital universitário, 2004-2005.

Coeficiente ERI	Comparações Aspectos Físicos					
	1° versus (2°+3°)			(1°+2°) versus 3°		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Até 1,00	1,00			1,00		
1,01 ou mais	1,83	0,037	1,03;3,23	1,59	0,113	0,90;2,82

Nota: 1°= 100; 2 °= 75 a 99; 3 °= 0 a 74

Os profissionais com ERI 1,01 ou mais têm 1,83 chances de apresentarem escores de 0 a 99 na dimensão aspectos físicos.

A tabela 20 apresenta o resultado de modelo de regressão logística ordinal múltipla, considerando as variáveis demanda-controle e ERI. A tabela 21 acrescenta ao modelo a variável categoria profissional.

Tabela 20- Razão de chances para baixos escores nos aspectos físicos em relação às variáveis demanda-controle e ERI. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005.

Comparações Aspectos Físicos						
Variáveis	1 versus (2+3)			(1+2) versus 3		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Demanda-Controle						
Baixo desgaste	1,00			1,00		
Trabalho ativo	1,18	0,446	0,77;1,82	1,14	0,599	0,70;1,85
Trabalho passivo	1,17	0,469	0,77;1,77	1,23	0,381	0,77;1,96
Alto desgaste	1,04	0,842	0,67;1,64	1,37	0,208	0,84;2,24
ERI						
Até 1,00	1,00			1,00		
1,01 ou mais	1,81	0,041	1,02;3,21	1,53	0,147	0,86;2,73

Nota: 1º= 100; 2 º= 75 a 99; 3 º= 0 a 74

Tabela 21- Razão de chances para baixos escores no aspecto físico em relação às variáveis demanda-controle, ERI e categoria profissional. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005.

Comparações Aspectos Físicos						
Variáveis	1º versus (2º+3º)			(1º+2º) versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Categoria Profissional						
Enfermeiro	1,00			1,00		
Auxiliar/técnico	0,65	0,028	0,44;0,95	0,64	0,040	0,42;0,98

“continua”

Tabela 21- Razão de chances para baixos escores no aspecto físico em relação às variáveis demanda-controle, ERI e categoria profissional. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005. “continuação”

Demanda-Controle						
Baixo desgaste	1,00			1,00		
Trabalho ativo	1,17	0,479	0,75;1,81	1,11	0,667	0,68;1,81
Trabalho passivo	1,32	0,209	0,86;2,03	1,40	0,173	0,86;2,27
Alto desgaste	1,17	0,499	0,74;1,86	1,54	0,096	0,93;2,56
Coeficiente ERI						
Até 1,00	1,00			1,00		
1,01 ou mais	1,65	0,089	0,92;2,96	1,38	0,281	0,77;2,50

Nota: 1^o= 100; 2^o= 75 a 99; 3^o= 0 a 74

A variável categoria profissional manteve-se significativa no modelo múltiplo e interferiu na OR da variável ERI, que perdeu significância. Isto indica que quando considerado categoria profissional, auxiliares e técnicos de enfermagem continuam ‘protegidos’ de apresentarem escores de 0 a 99 nesta dimensão, independente da percepção das condições de trabalho.

A tabela 22 apresenta os resultados de modelo de regressão logística ordinal considerando variáveis sócio-demográficas, de hábitos e estilos de vida e de trabalho.

Tabela 22- Razão de chances para baixos escores nos aspectos físicos em relação às variáveis demanda-controle, ERI, categoria profissional e outras variáveis sócio-demográficas, de hábitos e estilos de vida e trabalho. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005.

Variáveis	Comparações Aspectos Físicos					
	1° versus (2°+3°)			(1°+2)° versus 3°		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Hábito de fumar						
Não	1,00			1,00		
Ex- fumante	0,47	0,003	0,29-0,77	0,67	0,163	0,39-1,17
Sim	0,84	0,435	0,53-1,31	1,37	0,193	0,85-2,21
Emprego e turno						
1 ou 2 empregos diurnos	1,00			1,00		
1 ou 2 empregos noturnos	1,52	0,023	1,06-2,17	1,05	0,814	0,71-1,55
1 diurno e 1 noturno	1,06	0,823	0,62-1,82	0,93	0,807	0,51-1,68
Apoio social						
Alto	1,00			1,00		
Baixo	1,53	0,015	1,09-2,15	1,19	0,356	0,82-1,73
Comprometimento						
Baixo	1,00			1,00		
Alto	1,83	0,001	1,30-2,57	1,68	0,005	1,17-2,41
Categoria profissional						
Enfermeiro	1,00			1,00		
Auxiliar/técnico	0,54	0,004	0,36-0,83	0,61	0,030	0,39-0,95
Demanda-Controle						
Baixo desgaste	1,00			1,00		
Trabalho ativo	1,12	0,619	0,71-1,79	0,99	0,979	0,59-1,67
Trabalho passivo	1,49	0,087	0,94-2,37	1,57	0,081	0,95-2,59
Alto desgaste	1,07	0,795	0,64-1,77	1,55	0,116	0,90-2,68
“continuação”						

Tabela 22- Razão de chances para baixos escores nos aspectos físicos em relação às variáveis demanda-controle, ERI, categoria profissional e outras variáveis sócio-demográficas, de hábitos e estilos de vida e trabalho. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005.
“continuação”

Variáveis	Comparações Aspectos Físicos					
	1º versus (2º+3º)			(1º+2)º versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
ERI						
Até 1,00	1,00			1,00		
1,01 ou mais	1,07	0,837	0,56-2,03	1,12	0,735	0,59-2,12

Nota: 1º= 100; 2º= 75 a 99; 3º= 0 a 74

Nota: Variáveis de ajuste: sexo, idade, responsabilidade financeira, hábito de fumar, hábito de consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercício físico, jornada total de trabalho, acidente de trabalho.

O status das variáveis demanda-controle, ERI e categoria profissional não se modificou, mostrando que outras variáveis que são significativas no modelo devem explicar melhor os baixos escores nos aspectos físicos. Este modelo está ajustado em relação ao apresentado pela tabela anterior. O teste de razão de verossimilhança cujo valor era 14,25, $p=0,1621$ passou a 72,72, $p<0,001$.

No modelo final, os fatores associados aos piores resultados da dimensão aspectos físicos, independente das outras variáveis, foram: ex-fumante, profissionais com 1 ou 2 empregos em turno noturno, baixo apoio social no trabalho, alto comprometimento no trabalho e enfermeiros.

6.4.3. DOR

As tabelas números 23 e 24 apresentam os modelos de regressão logística ordinal univariados para demanda-controle e desequilíbrio esforço-recompensa.

Tabela 23- Razão de chances para baixos escores da dor em relação à variável demanda-controle. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital universitário, 2004-2005.

Demanda-Controle	Comparações Dor					
	1º versus (2º+3º)			(1º+2º) versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Baixo desgaste	1,00			1,00		
Trabalho ativo	1,21	0,399	0,78-1,87	0,98	0,928	0,59-1,61
Trabalho passivo	1,70	0,015	1,11-2,61	1,00	0,994	0,62-1,61
Alto desgaste	1,85	0,009	1,16-2,95	1,73	0,027	1,06-2,80

Nota: 1º=72 a 100; 2º=51 a 71; 3º=0 a 50

Tabela 24- Razão de chances para baixos escores da dor em relação à variável ERI. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital universitário, 2004-2005.

Coeficiente ERI	Comparações Dor					
	1º versus (2º+3º)			(1º+2º) versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Até 1,00	1,00				1,00	
1,01 ou mais	2,08	0,030	1,07-4,03	2,49	0,001	1,42-4,38

Nota: 1º=72 a 100; 2º=51 a 71; 3º=0 a 50

Os modelos univariados apresentam razão de chances significativas na primeira comparação para as categorias: trabalho passivo, alto desgaste e ERI 1,01 ou mais. Na segunda comparação: alto desgaste e ERI 1,01 ou mais.

A tabela 25 apresenta resultados de modelo de regressão logística ordinal múltipla, considerando as variáveis demanda-controle e ERI. A tabela 26 acrescenta ao modelo a variável categoria profissional.

Tabela 25- Razão de chances para baixos escores da dor em relação às variáveis demanda-controle e ERI. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005.

Variáveis	Comparações Dor					
	1º versus (2º+3º)			(1º+2º) versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Demanda-Controle						
Baixo desgaste	1,00			1,00		
Trabalho ativo	1,18	0,458	0,76-1,82	0,95	0,829	0,57-1,56
Trabalho passivo	1,65	0,021	1,08-2,54	0,95	0,850	0,59-1,54
Alto desgaste	1,74	0,020	1,09-2,79	1,56	0,079	0,95-2,55
Coeficiente ERI						
Até 1,00	1,00			1		
1,01 ou mais	1,91	0,057	0,98-3,73	2,26	0,005	1,27-4,02

Nota: 1º=72 a 100; 2º=51 a 71; 3º=0 a 50

Tabela 26- Razão de chances para baixos escores da dor em relação às variáveis demanda-controle, ERI e categoria profissional. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005.

Variáveis	Comparações Dor					
	1º versus (2º+3º)			(1º+2º) versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Categoria Profissional						
Enfermeiro	1,00			1,00		
Auxiliar/técnico	1,25	0,270	0,84-1,85	0,78	0,254	0,51-1,19
Demanda-Controle						
Baixo desgaste	1,00			1,00		
Trabalho ativo	1,21	0,392	0,78-1,88	0,93	0,780	0,56-1,54
Trabalho passivo	1,57	0,046	1,00-2,44	1,02	0,942	0,62-1,67
Alto desgaste	1,66	0,038	1,03-2,68	1,65	0,053	0,99-2,73
“continua”						

Tabela 26- Razão de chances para baixos escores da dor em relação às variáveis demanda-controle, ERI e categoria profissional. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005. “continuação”

Variáveis	Comparações Dor					
	1º versus (2º+3º)			(1º+2º) versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Coeficiente ERI						
Até 1,00	1,00			1,00		
1,01 ou mais	1,98	0,046	1,01-3,86	2,18	0,008	1,22-3,89

Nota: 1º=72 a 100; 2º=51 a 71; 3º=0 a 50

O modelo com a variável categoria profissional foi ajustado de acordo com o teste de razão de verossimilhança (24,05, $p=0,002$ para 28,92, $p=0,001$). A entrada da categoria profissional, que não era significativa, ajustou as razões de chances das categorias significativas das variáveis demanda-controle e ERI em menos de 10%, mas a categoria ERI 1,01 voltou a ser significativa na primeira comparação. A leitura deste modelo é: os profissionais classificados em condições de trabalho passivo, alto desgaste e ERI 1,01 ou mais têm respectivamente 1,57; 1,66 e 1,98 chances de apresentarem escores que variam entre 0 e 71 nesta dimensão. Além disto, aqueles com ERI 1,01 ou mais têm 2,18 chances de avaliarem sua dor em escores que vão de 0 a 50.

A tabela 27 apresenta os resultados do modelo de regressão logística ordinal considerando variáveis sócio-demográficas, de hábitos e estilos de vida e de trabalho. O propósito é considerar a influência destas variáveis na razão de chances das variáveis demanda-controle e ERI para resultados ruins na dimensão dor dessa população.

Tabela 27- Razão de chances para baixos escores da dor em relação às variáveis demanda-controle, ERI, categoria profissional e outras variáveis sócio-demográficas, de hábitos e estilos de vida e trabalho. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005.

Variáveis	Comparações Dor					
	1° versus (2°+3°)			(1°+2°) versus 3°		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Idade						
40 anos ou mais	1,00			1,00		
Até 39 anos	0,92	0,678	0,63-1,35	0,59	0,013	0,39-0,89
Comprometimento						
Baixo	1,00			1,00		
Alto	1,63	0,007	1,14-2,33	1,56	0,020	1,07-2,27
Categoria profissional						
Enfermeiro	1,00			1,00		
Auxiliar/técnico	1,39	0,121	0,92-2,11	0,78	0,267	0,50-1,21
Demanda-Controle						
Baixo desgaste	1,00			1,00		
Trabalho ativo	1,08	0,729	0,68-1,72	0,93	0,791	0,55-1,58
Trabalho passivo	1,44	0,121	0,91-2,30	1,05	0,854	0,62-1,78
Alto desgaste	1,43	0,167	0,86-2,39	1,69	0,061	0,97-2,92
ERI						
Até 1,00	1,00			1,00		
1,01 ou mais	1,27	0,514	0,62-2,60	1,68	0,108	0,89-3,15

Nota: 1°=72 a 100; 2°=51 a 71; 3°=0 a 50

Nota: Variáveis de ajuste: sexo, responsabilidade financeira, hábito de fumo, consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercício físico, prática de exercícios físicos, jornada de trabalho total, acidente de trabalho, apoio social no trabalho.

Neste modelo final, nenhuma das variáveis de condições de trabalho manteve valores de OR significativos. Outras variáveis, como idade e comprometimento no trabalho, parecem influenciar a variável dor. O modelo foi ajustado em relação ao apresentado na tabela anterior. O valor do teste razão de verossimilhança passou a 69,20, $p=0,001$

Os fatores associados aos piores resultados da dimensão dor, independente das outras variáveis, foram: os mais velhos e aqueles com a percepção de alto comprometimento no trabalho.

6.4.4. ESTADO GERAL DE SAÚDE

As tabelas números 28 e 29 apresentam os modelos de regressão logística ordinal univariados para demanda-controle e desequilíbrio esforço-recompensa.

Tabela 28- Razão de chances para baixos escores do estado geral de saúde em relação à variável demanda-controle. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital universitário, 2004-2005.

Demanda-Controle	Comparações Estado Geral de Saúde					
	1° versus (2°+3°)			(1°+2°) versus 3°		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Baixo desgaste	1,00			1,00		
Trabalho ativo	0,81	0,363	0,52-1,27	1,09	0,730	0,66-1,79
Trabalho passivo	0,99	0,967	0,64-1,52	1,17	0,503	0,73-1,89
Alto desgaste	1,46	0,121	0,90-2,36	1,21	0,455	0,73-2,00

Nota: 1°=82 a 100; 2°=62 a 81; 3°=0 a 61

Tabela 29- Razão de chances para baixos escores do estado geral de saúde em relação à variável ERI. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital universitário, 2004-2005.

Coeficiente ERI	Comparações Estado Geral de Saúde					
	1º versus (2º+3º)			(1º+2º) versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Até 1,00	1,00			1,00		
1,01 ou mais	3,31	0,002	1,53-7,14	1,72	0,067	0,96-3,07

Nota: 1º=82 a 100; 2º=62 a 81; 3º=0 a 61

Destaca-se o alto valor da OR₁ da categoria ERI 1,01 ou mais, sem o ajuste de outras variáveis.

A tabela 30 apresenta resultado de modelo de regressão logística ordinal múltipla, considerando as variáveis demanda-controle e ERI. A tabela 31 acrescenta ao modelo a variável categoria profissional.

Tabela 30- Razão de chances para baixos escores do estado geral de saúde em relação às variáveis demanda-controle e ERI. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005.

Variáveis	Comparações Estado Geral de Saúde					
	1º versus (2º+3º)			(1º+2º) versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Demanda-Controle						
Baixo desgaste	1,00			1,00		
Trabalho ativo	0,78	0,275	0,50-1,22	1,07	0,787	0,65-1,75
Trabalho passivo	0,93	0,746	0,60-1,44	1,14	0,588	0,71-1,84
Alto desgaste	1,31	0,270	0,81-2,13	1,14	0,609	0,68-1,90
Coeficiente ERI						
Até 1,00	1,00			1,00		
1,01 ou mais	3,15	0,004	1,45-6,82	1,68	0,084	0,93-3,02

Nota: 1º=82 a 100; 2º=62 a 81; 3º=0 a 61

Tabela 31- Razão de chances para baixos escores do estado geral de saúde em relação às variáveis demanda-controle, ERI e categoria profissional. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005.

Variáveis	Comparações Estado Geral de Saúde					
	1º versus (2º+3º)			(1º+2º) versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Categoria Profissional						
Enfermeiro	1,00			1,00		
Auxiliar/técnico	1,26	0,249	0,85-1,88	0,72	0,136	0,47-1,11
Demanda-Controle						
Baixo desgaste	1,00			1,00		
Trabalho ativo	0,80	0,331	0,51-1,25	1,03	0,904	0,63-1,69
Trabalho passivo	0,88	0,563	0,56-1,37	1,23	0,409	0,75-2,00
Alto desgaste	1,26	0,356	0,77-2,06	1,22	0,457	0,72-2,05
Coeficiente ERI						
Até 1,00	1,00			1,00		
1,01 ou mais	3,26	0,003	1,50-7,09	1,55	0,150	0,85-2,81

Nota: 1º=82 a 100; 2º=62 a 81; 3º=0 a 61

O modelo tornou-se mais explicativo em relação ao anterior, pois o valor do teste de razão de verossimilhança passou de 18,07, $p=0,02$ a 24,42, $p=0,006$. Categoria profissional, que não tinha significância no seu modelo univariado, não modificou em mais de 10% o valor da OR da categoria ERI 1,01 ou mais, que manteve um alto OR₁.

A tabela 32 apresenta os resultados de modelo de regressão logística ordinal considerando variáveis sócio-demográficas, de hábitos e estilos de vida e de trabalho.

Tabela 32- Razão de chances para baixos escores do estado geral de saúde em relação às variáveis demanda-controle, ERI, categoria profissional e outras variáveis sócio-demográficas, de hábitos e estilos de vida e trabalho. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005.

Variáveis	Comparações Estado Geral de Saúde					
	1º versus (2º+3º)			(1º+2º) versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Comprometimento						
Baixo	1,00			1,00		
Alto	1,86	0,001	1,30-2,67	2,07	<0,001	1,43-3,00
Categoria profissional						
Enfermeiro	1,00			1,00		
Auxiliar/técnico	1,30	0,211	0,86-1,99	0,72	0,150	0,46-1,12
Demanda-Controle						
Baixo desgaste	1,00			1,00		
Trabalho ativo	0,69	0,121	0,43-1,10	0,93	0,793	0,55-1,58
Trabalho passivo	0,85	0,499	0,53-1,36	1,26	0,374	0,75-2,11
Alto desgaste	1,20	0,487	0,71-2,03	1,04	0,889	0,59-1,82
Coeficiente ERI						
Até 1,00	1,00			1,00		
1,01 ou mais	3,10	0,009	1,32-7,27	1,22	0,542	0,64-2,34

Nota: 1º=82 a 100; 2º=62 a 81; 3º=0 a 61

Nota: Variáveis de ajuste: sexo, idade, responsabilidade financeira, hábito de fumar, hábito de consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercícios físicos, jornada de trabalho total, emprego e turno, acidente de trabalho, apoio social no trabalho.

A tabela mostra que os profissionais com ERI 1,01 ou mais têm 3,10 chances de terem escores no estado geral de saúde entre 0 e 81, além de 1,86 chances de apresentarem um comprometimento alto no trabalho. O modelo final foi ajustado em relação ao anterior (valor do teste de razão de verossimilhança: 72,86, $p < 0,001$).

Os fatores associados aos piores resultados da dimensão estado geral de saúde, independente das outras variáveis, foram: alto comprometimento no trabalho e desequilíbrio desfavorável entre esforço e recompensa.

6.4.5. VITALIDADE

As tabelas números 33 e 34 apresentam os modelos de regressão logística ordinal univariados para demanda-controle e desequilíbrio esforço-recompensa.

Tabela 33- Razão de chances para baixos escores da vitalidade em relação à variável demanda-controle. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital universitário, 2004-2005.

Comparações Vitalidade						
Demanda-Controle	1º versus (2º+3º)			(1º+2º) versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Baixo desgaste	1,00			1,00		
Trabalho ativo	0,61	0,033	0,39-0,96	1,13	0,614	0,70-1,81
Trabalho passivo	1,25	0,336	0,79-1,95	0,94	0,789	0,59-1,49
Alto desgaste	1,09	0,734	0,67-1,75	1,51	0,087	0,94-2,43

Nota: 1º=65 a 100; 2º=45 a 64; 3º=0 a 44

Tabela 34- Razão de chances para baixos escores da vitalidade em relação à variável ERI. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital universitário, 2004-2005.

Comparações Vitalidade						
Coeficiente ERI	1º versus (2º+3º)			(1º+2º) versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Até 1,00	1,00			1,00		
1,01 ou mais	4,36	0,001	1,84-10,34	2,95	<0,001	1,68-5,17

Nota: 1º=65 a 100; 2º=45 a 64; 3º=0 a 44

Destacam-se nestes resultados as condições de trabalho ativo apresentando-se como um ‘fator de proteção’ para escores de 0 a 64 na vitalidade.

A tabela 35 apresenta o resultado do modelo de regressão logística ordinal múltipla, considerando as variáveis demanda-controle e ERI. A tabela 36 acrescenta ao modelo a variável categoria profissional.

Tabela 35- Razão de chances para baixos escores da vitalidade em relação às variáveis demanda-controle e ERI. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005.

Variáveis	Comparações Vitalidade					
	1º versus (2º+3º)			(1º+2º) versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Demanda-Controle						
Baixo desgaste	1,00			1,00		
Trabalho ativo	0,59	0,024	0,38-0,93	1,09	0,718	0,68-1,75
Trabalho passivo	1,17	0,496	0,74-1,84	0,87	0,573	0,55-1,39
Alto desgaste	0,96	0,860	0,59-1,55	1,34	0,241	0,82-2,17
Coeficiente ERI						
Até 1,00	1,00			1,00		
1,01 ou mais	4,05	0,002	1,70-9,67	2,84	<0,001	1,60-5,03

Nota: 1º=65 a 100; 2º=45 a 64; 3º=0 a 44

Tabela 36- Razão de chances para baixos escores da vitalidade em relação às variáveis demanda-controle, ERI e categoria profissional. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005.

Variáveis	Comparações Vitalidade					
	1º versus (2º+3º)			(1º+2º) versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Categoria Profissional						
Enfermeiro	1,00			1,00		
Auxiliar/técnico	0,77	0,206	0,51-1,56	0,73	0,190	0,48-1,10

Tabela 36- Razão de chances para baixos escores da vitalidade em relação às variáveis demanda-controle, ERI e categoria profissional. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005. “continuação”

Variáveis	Comparações Vitalidade					
	1º versus (2º+3º)			(1º+2º) versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Trabalho ativo	0,58	0,019	0,37-0,92	1,07	0,774	0,66-1,72
Trabalho passivo	1,25	0,340	0,79-1,99	0,95	0,829	0,59-1,53
Alto desgaste	1,02	0,948	0,62-1,66	1,45	0,146	0,88-2,38
Coeficiente ERI						
Até 1,00	1,00			1,00		
1,01 ou mais	3,90	0,002	1,63-9,32	2,67	0,001	1,50-4,77

Nota: 1º=65 a 100; 2º=45 a 64; 3º=0 a 44

Com a entrada da variável categoria profissional, o status das variáveis demanda-controle e ERI não foi alterado. As modificações nas razões de chances foram inferiores a 10% e o ajuste do modelo também foi inferior a 3,84 pontos. Novamente, a categoria ERI 1,01 ou mais mantém alto OR, mesmo ajustada por outras variáveis.

A tabela 37 apresenta os resultados de modelo de regressão logística ordinal considerando variáveis sócio-demográficas, de hábitos e estilos de vida e de trabalho.

Tabela 37- Razão de chances para baixos escores da vitalidade em relação às variáveis demanda-controle, ERI, categoria profissional e outras variáveis sócio-demográficas, de hábitos e estilos de vida e trabalho. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005.

Variáveis	Comparações Vitalidade					
	1º versus (2º+3º)			(1º+2º) versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Apoio social						
Alto	1,00			1,00		
Baixo	1,60	0,009	1,13-2,27	1,34	0,125	0,92-1,95
Comprometimento						
Baixo	1,00			1,00		
Alto	1,60	0,010	1,12-2,28	1,95	<0,001	1,37-2,79
Categoria profissional						
Enfermeiro	1,00			1,00		
Auxiliar/técnico	0,80	0,320	0,52-1,24	0,81	0,351	0,53-1,25
Demanda-Controle						
Baixo desgaste	1,00			1,00		
Trabalho ativo	0,47	0,002	0,29-0,76	0,84	0,504	0,50-1,40
Trabalho passivo	1,14	0,608	0,69-1,86	0,75	0,277	0,45-1,25
Alto desgaste	0,78	0,353	0,46-1,32	1,05	0,852	0,61-1,80
Coeficiente ERI						
Até 1,00	1,00			1,00		
1,01 ou mais	3,02	0,017	1,22-7,49	2,18	0,015	1,16-4,10

Nota: 1º=65 a 100; 2º=45 a 64; 3º=0 a 44

Nota: Variáveis de ajuste: sexo, idade, responsabilidade financeira, hábito de fumar, hábito de consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercícios físicos, jornada de trabalho total, turno e emprego, acidente de trabalho.

A entrada de outras variáveis no modelo modificou a razão de chances das categorias significativas em mais de 10% dos valores anteriores. A interpretação

deste modelo é a seguinte: para a primeira comparação, os profissionais na categoria de trabalho ativo estão protegidos para baixos escores e aqueles na categoria 1,01 ou mais do ERI tem 3,02 chances de terem escores de 0 a 64. Além disto, baixo apoio social e alto comprometimento no trabalho têm 1,60 chances, cada um, para escores de 0 a 64. Em relação à segunda comparação, categorias ERI 1,01 ou mais e alto comprometimento têm 2,18 e 1,95 respectivamente chances de estarem entre os escores 0 e 44 da vitalidade.

Os fatores associados aos piores resultados da dimensão vitalidade, independente das outras variáveis, foram: baixo apoio social, baixo comprometimento, desequilíbrio desfavorável entre esforço e recompensa e trabalho ativo (este último, como “fator protetor”).

6.4.6. ASPECTOS SOCIAIS

As tabelas números 38 e 39 apresentam os modelos de regressão logística ordinal univariados para demanda-controle e desequilíbrio esforço-recompensa.

Tabela 38- Razão de chances para baixos escores dos aspectos sociais em relação à variável demanda-controle. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital universitário, 2004-2005.

Demanda-Controle	Comparações Aspectos Sociais					
	1º versus (2º+3º)			(1º+2º) versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Baixo desgaste	1,00			1,00		
Trabalho ativo	1,11	0,643	0,72-1,70	0,81	0,462	0,45-1,43
Trabalho passivo	1,57	0,034	1,03-2,38	0,83	0,506	0,48-1,43
Alto desgaste	2,04	0,002	1,30-3,21	1,84	0,022	1,09-3,12

Nota: 1º=75 a 100; 2º=50 a 74; 3º= 0 a 49

Tabela 39- Razão de chances para baixos escores dos aspectos sociais em relação à variável ERI. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital universitário, 2004-2005.

Coeficiente ERI	Comparações Aspectos Sociais					
	1º versus (2º+3º)			(1º+2º) versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Até 1,00	1,00			1,00		
1,01 ou mais	3,52	<0,001	1,78-6,95	3,44	<0,001	1,93-6,12

Nota: 1º=75 a 100; 2º=50 a 74; 3º= 0 a 49

As piores condições de trabalho associaram-se aos baixos escores dos aspectos sociais da saúde em ambas as comparações.

A tabela 40 apresenta resultado de modelo de regressão logística ordinal múltipla, considerando as variáveis demanda-controle e ERI. A tabela 41 acrescenta ao modelo a variável categoria profissional.

Tabela 40- Razão de chances para baixos escores dos aspectos sociais em relação às variáveis demanda-controle e ERI. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005.

Variáveis	Comparações Aspectos Sociais					
	1º versus (2º+3º)			(1º+2º) versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Demanda-Controle						
Baixo desgaste	1,00			1,00		
Trabalho ativo	1,08	0,727	0,70-1,67	0,76	0,350	0,43-1,35
Trabalho passivo	1,48	0,066	0,97-2,26	0,76	0,331	0,44-1,32
Alto desgaste	1,89	0,006	1,20-2,99	1,62	0,079	0,95-2,76
ERI						
Até 1,00	1,00			1,00		
1,01 ou mais	3,15	0,001	1,59-6,25	3,23	<0,001	1,79-5,82

Nota: 1º=75 a 100; 2º=50 a 74; 3º= 0 a 49

Tabela 41- Razão de chances para baixos escores dos aspectos sociais em relação às variáveis demanda-controle, ERI e categoria profissional. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005.

Variáveis	Comparações Aspectos Sociais					
	1º versus (2º+3º)			(1º+2º) versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Categoria Profissional						
Enfermeiro	1,00			1,00		
Auxiliar/técnico	0,89	0,560	0,60-1,31	0,79	0,352	0,49-1,30
Demanda-Controle						
Baixo desgaste	1,00			1,00		
Trabalho ativo	1,07	0,742	0,70-1,66	0,76	0,350	0,43-1,35
Trabalho passivo	1,53	0,055	0,99-2,37	0,82	0,501	0,46-1,46
Alto desgaste	1,95	0,005	1,22-3,11	1,72	0,054	0,99-3,01

“continua”

Tabela 41- Razão de chances para baixos escores dos aspectos sociais em relação às variáveis demanda-controle, ERI e categoria profissional. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005. “continuação”

Variáveis	Comparações Aspectos Sociais					
	1º versus (2º+3º)			(1º+2º) versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
ERI						
Até 1,00	1,00			1,00		
1,01 ou mais	3,09	0,001	1,55-6,15	3,08	<0,001	1,70-5,60

Nota: 1º=75 a 100; 2º=50 a 74; 3º= 0 a 49

Os ajustes causados pela variável categoria profissional não alteraram as razão de chances que era significativa no modelo anterior em mais de 10% de seu valor. O teste de razão de verossimilhança também não indicou ajustes no modelo (de 40,83, $p < 0,001$ para 41,72, $p < 0,001$).

A tabela 42 apresenta os resultados de modelo de regressão logística ordinal considerando variáveis sócio-demográficas, de hábitos e estilos de vida e de trabalho.

Tabela 42- Razão de chances para baixos escores dos aspectos emocionais em relação às variáveis demanda-controle, ERI, categoria profissional e outras variáveis sócio-demográficas, de hábitos e estilos de vida e trabalho. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005.

Variáveis	Comparações Aspectos Sociais					
	1º versus (2º+3º)			(1º+2º) versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Responsabilidade financeira						
Mais de uma pessoa	1,00			1,00		
Apenas o trabalhador	1,46	0,028	1,04-2,05	1,97	0,003	1,26-3,07

“continua”

Tabela 42- Razão de chances para baixos escores dos aspectos sociais em relação às variáveis demanda-controle, ERI, categoria profissional e outras variáveis sócio-demográficas, de hábitos e estilos de vida e trabalho. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005.
“continuação”

Variáveis	Comparações Aspectos Sociais					
	1º versus (2º+3º)			(1º+2º) versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Hábito de fumar						
Não	1,00			1,00		
Ex-fumante	0,98	0,953	0,61-1,59	0,39	0,008	0,19-0,78
Sim	0,84	0,452	0,54-1,32	0,92	0,777	0,52-1,63
Etilismo						
Não	1,00			1,00		
Ex-etilista	0,55	0,090	0,27-1,10	2,85	0,015	1,23-6,62
Sim	1,10	0,574	0,78-1,56	1,41	0,132	0,90-2,20
Comprometimento						
Baixo	1,00			1,00		
Alto	2,15	<0,001	1,52-3,03	2,51	<0,001	1,64-3,84
Categoria profissional						
Enfermeiro	1,00			1,00		
Auxiliar/técnico	0,90	0,628	0,60-1,36	0,75	0,276	0,48-1,26
Demanda-Controle						
Baixo desgaste	1,00			1,00		
Trabalho ativo	0,98	0,919	0,61-1,55	0,59	0,095	0,31-1,09
Trabalho passivo	1,51	0,078	0,95-2,40	0,84	0,580	0,46-1,55
Alto desgaste	1,73	0,032	1,05-2,86	1,65	0,103	0,90-3,03
ERI						
Até 1,00	1,00			1,00		
1,01 ou mais	2,37	0,020	1,14-4,92	2,48	0,007	1,28-4,83

Nota: 1º=75 a 100; 2º=50 a 74; 3º= 0 a 49

Nota: Variáveis de ajuste: sexo, idade, prática de exercício físico, emprego e turno, jornada total de trabalho, acidente de trabalho, apoio social no trabalho.

As categorias significativas no modelo anterior tiveram suas razões de chances modificadas em mais de 10% de seus valores e o teste de verossimilhança que passou a 106,42, $p < 0,001$ também indicou ajuste do modelo.

Os fatores associados aos piores resultados da dimensão aspectos sociais, independentes das outras variáveis foram: o trabalhador único responsável pela renda, o ex-fumante (fator protetor), ex-etilista, alto comprometimento no trabalho, alto desgaste e equilíbrio desfavorável entre esforço e recompensa.

6.4.7. ASPECTOS EMOCIONAIS

As tabelas números 43 e 44 apresentam os modelos de regressão logística ordinal univariados para demanda-controle e desequilíbrio esforço-recompensa.

Tabela 43- Razão de chances para baixos escores dos aspectos emocionais em relação à variável demanda-controle. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital universitário, 2004-2005.

Demanda-Controle	Comparações Aspectos Emocionais					
	1° versus (2°+3°)			(1°+2°) versus 3°		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Baixo desgaste	1,00			1,00		
Trabalho ativo	1,45	0,112	0,92-2,20	1,64	0,057	0,98-2,75
Trabalho passivo	1,30	0,223	0,85-1,98	1,33	0,266	0,80-2,21
Alto desgaste	1,90	0,005	1,21-2,99	2,38	0,001	1,43-3,98

Nota: 1°=100; 2°=66,7 a 99; 3°=0 a 66,6

Tabela 44- Razão de chances para baixos escores dos aspectos emocionais em relação à variável ERI. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital universitário, 2004-2005.

Coeficiente ERI	Comparações Aspectos Emocionais					
	1° versus (2°+3°)			(1°+2°) versus 3°		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Até 1,00	1,00			1,00		
1,01 ou mais	1,74	0,054	0,99-3,06	2,54	0,001	1,44-4,46

Nota: 1°=100; 2°=66,7 a 99; 3°=0 a 66,6

Os indivíduos cujas percepções são de alto desgaste têm 1,90 chances de apresentarem escores de 0 a 99 nesta dimensão da saúde. Quem percebe também alto desgaste no trabalho e ERI 1,01 ou mais têm, respectivamente 2,38 e 2,54 chances de apresentarem escores entre 0 e 66,6.

A tabela 45 apresenta resultado de modelo de regressão logística ordinal múltipla, considerando as variáveis demanda-controle e ERI. A tabela 46 acrescenta ao modelo a variável categoria profissional.

Tabela 45- Razão de chances para baixos escores dos aspectos emocionais em relação às variáveis demanda-controle e ERI. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005.

Variáveis	Comparações Aspectos Emocionais					
	1° versus (2°+3°)			(1°+2°) versus 3°		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Demanda-Controle						
Baixo desgaste	1,00			1,00		
Trabalho ativo	1,40	0,132	0,90-2,17	1,70	0,044	1,01-2,84
Trabalho passivo	1,26	0,277	0,83-1,93	1,37	0,224	0,82-2,28
Alto desgaste	1,80	0,011	1,15-2,84	2,35	0,001	1,40-3,93

“continua”

Tabela 45- Razão de chances para baixos escores dos aspectos emocionais em relação às variáveis demanda-controle e ERI. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005.
“continua”

Variáveis	Comparações Aspectos Emocionais					
	1º versus (2º+3º)			(1º+2º) versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Coeficiente ERI						
Até 1,00	1,00			1,00		
1,01 ou mais	1,58	0,115	0,89-2,80	2,40	0,003	1,36-4,26

Nota: 1º=100; 2º=66,7 a 99; 3º=0 a 66,6

Destaca-se a razão de chances significativa para escores de 0 a 66,6 àqueles da categoria de trabalho ativo

Tabela 46- Razão de chances para baixos escores dos aspectos emocionais em relação às variáveis demanda-controle, ERI e categoria profissional. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005.

Variáveis	Comparações Aspectos Emocionais					
	1º versus (2º+3º)			(1º+2º) versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Categoria Profissional						
Enfermeiro	1,00			1,00		
Auxiliar/técnico	0,66	0,038	0,45-0,98	0,50	0,001	0,32-0,76
Demanda-Controle						
Baixo desgaste	1,00			1,00		
Trabalho ativo	1,37	0,160	0,88-2,13	1,65	0,059	0,98-2,77
Trabalho passivo	1,41	0,123	0,91-2,19	1,70	0,049	1,00-2,90
Alto desgaste	1,99	0,004	1,25-3,17	2,87	<0,001	1,68-4,91
Coeficiente ERI						
Até 1,00	1,00			1,00		
1,01 ou mais	1,44	0,217	0,81-2,57	2,19	0,008	1,22-3,91

Nota: 1º=100; 2º=66,7 a 99; 3º=0 a 66,6

A variável categoria profissional ganhou significância estatística na primeira comparação em relação a seu modelo univariado, passando a ter auxiliar/técnico como fator de proteção tanto para escores de 0 a 99, quanto de 0 a 66,6. Os ajustes entre as variáveis modificaram a razão de chances da categoria alto desgaste e ERI 1,01 ou mais em mais de 10% dos seus valores e a razão de chances da categoria trabalho passivo passou a ter significado estatístico na segunda comparação.

A tabela 47 apresenta os resultados de modelo de regressão logística ordinal considerando variáveis sócio-demográficas, de hábitos e estilos de vida e de trabalho.

Tabela 47- Razão de chances para baixos escores dos aspectos emocionais em relação às variáveis demanda-controle, ERI, categoria profissional e outras variáveis sócio-demográficas, de hábitos e estilos de vida e trabalho. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005.

Variáveis	Comparações Aspectos Emocionais					
	1º versus (2º+3º)			(1º+2º) versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Comprometimento						
Baixo	1,00			1,00		
Alto	2,3	<0,001	1,63-3,24	2,07	<0,001	1,41-3,02
Categoria profissional						
Enfermeiro	1,00			1,00		
Auxiliar/técnico	0,70	0,095	0,46-1,06	0,48	0,002	0,30-0,76
Demanda-Controle						
Baixo desgaste	1,00			1,00		
Trabalho ativo	1,31	0,254	0,82-2,09	1,61	0,086	0,93-2,80
Trabalho passivo	1,48	0,102	0,93-2,35	1,75	0,050	1,00-3,06
Alto desgaste	1,78	0,025	1,07-2,95	2,45	0,003	1,37-4,40
“continua”						

Tabela 47- Razão de chances para baixos escores dos aspectos emocionais em relação às variáveis demanda-controle, ERI, categoria profissional e outras variáveis sócio-demográficas, de hábitos e estilos de vida e trabalho. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005.
“continuação”

Variáveis	Comparações Aspectos Emocionais					
	1º versus (2º+3º)			(1º+2º) versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Coeficiente ERI						
Até 1,00	1,00			1,00		
1,01 ou mais	1,04	0,887	0,55-2,01	2,12	0,023	1,11-4,04

Nota: 1º=100; 2º=66,7 a 99; 3º=0 a 66,6

Nota: Variáveis de ajuste: sexo, idade, responsabilidade financeira, hábito de fumar. Hábito de consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercícios físicos, jornada de trabalho total, turno e emprego, acidente de trabalho, apoio social

No modelo final, categoria profissional associou-se aos piores resultados da escala aspectos emocionais independente das condições de trabalho. Também demanda-controle e ERI foram fatores associados à dimensão aspectos emocionais. O modelo final ajustou-se, como indica o teste de razão de verossimilhança que passou de 32,56, $p < 0,001$ a 85,35, $p < 0,001$.

Os fatores associados aos piores resultados na dimensão aspectos emocionais, independente das outras variáveis, foram: alto comprometimento no trabalho, enfermeiro, alto desgaste e desequilíbrio desfavorável entre esforço e recompensa.

6.4.8. SAÚDE MENTAL

As tabelas números 48 e 49 apresentam os modelos de regressão logística ordinal univariados para demanda-controle e desequilíbrio esforço-recompensa.

Tabela 48- Razão de chances para baixos escores da saúde mental em relação à variável demanda-controle. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital universitário, 2004-2005.

Comparações Saúde Mental						
Demanda-Controle	1º versus (2º+3º)			(1º+2º) versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Baixo desgaste	1,00			1,00		
Trabalho ativo	1,23	0,355	0,79-1,90	1,10	0,697	0,68-1,76
Trabalho passivo	2,06	0,001	1,33-3,19	0,85	0,490	0,53-1,35
Alto desgaste	1,92	0,006	1,20-3,07	1,51	0,087	0,94-2,43

Nota: 1º=76 a 100; 2º=56 a 75; 3º=0 a 55

Tabela 49- Razão de chances para baixos escores da saúde mental em relação à variável ERI. Modelo de regressão logística ordinal univariado. Hospital universitário, 2004-2005.

Comparações Saúde Mental						
Coeficiente ERI	1º versus (2º+3º)			(1º+2º) versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Até 1,00	1,00			1,00		
1,01 ou mais	2,76	0,007	1,32-5,75	3,06	<0,001	1,75-5,38

Nota: 1º=76 a 100; 2º=56 a 75; 3º=0 a 55

Trabalho passivo apareceu como pior condição para saúde mental, se comparado ao alto desgaste. No entanto, para modelos univariados, a categoria ERI 1,01 ou mais apresenta maiores OR, quando comparado com as categorias da variável demanda-controle.

A tabela 50 apresenta o resultado do modelo de regressão logística ordinal múltipla, considerando as variáveis demanda-controle e ERI. A tabela 51 acrescenta ao modelo a variável categoria profissional.

Tabela 50- Razão de chances para baixos escores da saúde mental em relação às variáveis demanda-controle e ERI. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005.

Variáveis	Comparações Saúde Mental					
	1° versus (2°+3°)			(1°+2°) versus 3°		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Demanda-Controle						
Baixo desgaste	1,00			1,00		
Trabalho ativo	1,21	0,387	0,78-1,88	1,06	0,814	0,66-1,70
Trabalho passivo	1,99	0,002	1,28-3,09	0,80	0,351	0,50-1,28
Alto desgaste	1,79	0,016	1,11-2,87	1,34	0,239	0,82-2,17
Coeficiente ERI						
Até 1,00	1,00			1,00		
1,01 ou mais	2,44	0,018	1,16-5,09	2,90	<0,001	1,64-5,14

Nota: 1°=76 a 100; 2°=56 a 75; 3°=0 a 55

Não houve modificação em relação às OR das variáveis. Observou-se que a variável ERI, na primeira comparação, foi ajustada em mais de 10% o valor de seu OR. O teste de razão de verossimilhança indica que o modelo ficou mais explicativo (25,09, $p<0,000$ para 39,24, $p<0,000$).

Tabela 51- Razão de chances para baixos escores da saúde mental em relação às variáveis demanda-controle, ERI e categoria profissional. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005.

Variáveis	Comparações Saúde Mental					
	1° versus (2°+3°)			(1°+2°) versus 3°		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Categoria Profissional						
Enfermeiro	1,00			1,00		
Auxiliar/técnico	1,08	0,690	0,73-1,61	0,91	0,661	0,60-1,38
Demanda-Controle						
Baixo desgaste	1,00			1,00		
Trabalho ativo	1,21	0,375	0,79-1,89	1,05	0,846	0,65-1,69
Trabalho passivo	1,95	0,004	1,24-3,06	0,81	0,404	0,50-1,32
Alto desgaste	1,75	0,022	1,08-2,84	1,36	0,223	0,83-2,22
Coeficiente ERI						
Até 1,00	1,00			1,00		
1,01 ou mais	2,45	0,017	1,17-5,13	2,87	<0,001	1,61-5,09

Nota: 1°=76 a 100; 2°=56 a 75; 3°=0 a 55

Os ajustes entre as variáveis após a entrada da variável categoria profissional não modificaram em 10% o valor das razões de chances que eram significativas no modelo anterior. O teste de razão de verossimilhança também não indicou ajuste no modelo (de 39,24, $p < 0,001$ para 39,95, $p < 0,001$).

A tabela 52 apresenta os resultados de modelo de regressão logística ordinal considerando variáveis sócio-demográficas, de hábitos e estilos de vida e de trabalho. O propósito é considerar a influência destas variáveis na razão de chances das variáveis demanda-controle e ERI para piores resultados na saúde mental dessa população.

Tabela 52- Razão de chances para baixos escores da saúde mental em relação às variáveis demanda-controle, ERI, categoria profissional e outras variáveis sócio-demográficas, de hábitos e estilos de vida e trabalho. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005.

Variáveis	Comparações Saúde Mental					
	1° versus (2°+3°)			(1°+2°) versus 3°		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Emprego e turno						
1 ou 2 empregos diurnos	1,00			1,00		
1 ou 2 empregos noturnos	1,02	0,924	0,70-1,48	1,72	0,007	1,15-2,55
1 diurno e 1 noturno	1,28	0,403	0,72-2,30	1,35	0,325	0,74-2,46
Apoio social						
Alto	1,00			1,00		
Baixo	1,51	0,021	1,07-2,15	1,23	0,296	0,83-1,80
Comprometimento						
Baixo	1,00			1,00		
Alto	2,67	<0,001	1,84-3,87	2,50	<0,001	1,73-3,61
Categoria profissional						
Enfermeiro	1,00			1,00		
Auxiliar/técnico	1,22	0,361	0,79-1,87	0,87	0,526	0,56-1,35
Demanda-Controle						
Baixo desgaste	1,00			1,00		
Trabalho ativo	1,11	0,652	0,69-1,79	0,93	0,781	0,56-1,55
Trabalho passivo	2,09	0,003	1,28-3,40	0,74	0,247	0,44-1,23
Alto desgaste	1,47	0,145	0,87-2,47	1,15	0,594	0,68-1,96

“continua”

Tabela 52- Razão de chances para baixos escores da saúde mental em relação às variáveis demanda-controle, ERI, categoria profissional e outras variáveis sócio-demográficas, de hábitos e estilos de vida e trabalho. Modelo de regressão logística ordinal múltipla. Hospital universitário, 2004-2005.

“continuação”

Variáveis	Comparações Saúde Mental					
	1º versus (2º+3º)			(1º+2º) versus 3º		
	OR ₁	Valor-p	IC	OR ₂	Valor-p	IC
Coeficiente ERI						
Até 1,00	1,00			1,00		
1,01 ou mais	1,68	0,190	0,77-3,66	2,45	0,005	1,31-4,60

Nota: 1º=76 a 100; 2º=56 a 75; 3º=0 a 55

Nota: Variáveis de ajuste: sexo, idade, responsabilidade financeira, hábito de fumar, hábito de consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercícios físicos, jornada de trabalho total, acidente de trabalho.

Na primeira comparação, a categoria ERI 1,01 ou mais e alto desgaste perderam significância no modelo. Na segunda comparação, a razão de chances da categoria ERI 1,01 ou mais também foi ajustada em mais de 10%. As variáveis: emprego e turno, apoio social e comprometimento seriam consideradas variáveis de ajuste, mas apresentaram categorias significativas no modelo. O valor do teste de razão de verossimilhança indica que o modelo foi ajustado pelas variáveis incluídas (119,29, $p < 0,001$).

No modelo final, os fatores associados aos piores resultados na saúde mental foram: ter 1 ou 2 empregos em turno noturno, baixo apoio social no trabalho, alto comprometimento no trabalho, trabalho passivo e desequilíbrio desfavorável entre esforço e recompensa.

A seguir, um quadro resume o status das principais variáveis de estudo e também das principais variáveis de ajuste que se mostraram significativas nos oito modelos finais.

Quadro3- Principais variáveis que se mostraram significativas no modelo final de regressão logística ordinal.

	Demanda- Controle			Coefficiente ERI	Categoria Profissional	Comprometi- mento	Apoio Social
Dimensões do SF-36	Trabalho ativo	Trabalho passivo	Alto desgaste	1,01 ou mais	Auxiliar/Técnico	Alto	Baixo
Capacidade Funcional	ns	ns	ns	ns	ns	+	ns
Aspectos Físicos	ns	ns	ns	ns	---	+	+
Dor	ns	ns	ns	ns	ns	+	ns
Estado Geral de Saúde	ns	ns	ns	+	ns	+	ns
Vitalidade	---	ns	ns	+	ns	+	+
Aspectos Sociais	ns	ns	+	+	ns	+	ns
Aspectos Emocionais	ns	ns	+	+	---	+	ns
Saúde Mental	ns	+	ns	+	ns	+	+

Nota: **ns** = não significativo; + = razão de chances >1,00; --- = razão de chances <1,00

7. DISCUSSÃO

7.1. QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

A análise de perdas segundo sexo, idade e tempo de trabalho no hospital evidenciou que não houve diferença significativa entre as perdas e a população de estudo. No entanto, não foi possível incluir na amostra os trabalhadores que estavam ausentes por licença médica. Desta forma, a população de estudo é representativa dos profissionais de enfermagem do hospital que não estavam afastados por problemas de saúde ou licença maternidade. Quanto à validade externa, como no momento da pesquisa o hospital estava passando por importante reestruturação organizacional e física (receio de demissões e mudança de local de trabalho devido às reformas administrativas), a possibilidade de generalizações dos resultados deve ser vista com cautela.

As dimensões da qualidade de vida relacionadas à saúde (SF-36) que apresentaram os três piores resultados na população foram: **vitalidade, dor e saúde mental**. Além disto, os trabalhadores, de modo geral, estão piores em relação às dimensões consideradas de saúde mental (vitalidade, aspetos sociais, aspectos emocionais e saúde mental). Como a média e a mediana destas dimensões que apresentaram os três piores resultados foram muito próximas, elas refletem bem a população nestes aspectos avaliados.

Os resultados corroboram os estudos anteriores com a mesma população (FISCHER et al., 2006; FISCHER et al., 2007). Eles apontaram: fadiga e cansaço

(dimensão vitalidade) como fatores associados à inadequada capacidade para o trabalho; problemas relacionados às doenças musculoesqueléticas tanto auto-avaliadas quanto diagnosticadas por médico, o que indica condições favoráveis a dores severas e/ou limitantes (dimensão dor); por fim, alta prevalência de distúrbios psíquicos menores referidos, justificando baixo escore na saúde mental.

KIMURA et al. (2002) validou o instrumento SF-36 em população saudável do Município de São Paulo e em todas as dimensões este estudo com profissionais de enfermagem apresentou piores resultados, embora não tenha sido possível padronizar as distribuições por sexo e idade. Caso estes resultados permaneçam após uma padronização, pode significar a importância das características inerentes ao trabalho de enfermagem, reconhecendo que exista um conjunto de exposições específicas de estressores de ambiente físico e psicossocial.

Na aplicação do SF-36 nos Estados Unidos, França, Alemanha e Suécia com populações adultas, que tiveram o objetivo de validação e avaliação psicométrica do instrumento em populações saudáveis para obtenção de valores de referência (exceto nos Estados Unidos), a dimensão **vitalidade** também apresentou o escore médio mais baixo, seguido principalmente por **saúde mental** ou **dor** e **estado geral de saúde** (LERNER et al., 1994; PERNEGER et al., 1995; BULLINGER, 1995, SULLIVAN et al., 2005). Apesar dos baixos escores nestas dimensões serem justificados na presente população, como descrito no parágrafo acima, talvez parte da concordância entre estes estudos e o presente trabalho seja porque possivelmente as dimensões vitalidade e dor apresentam-se como parâmetros mais sensíveis às modificações do estado de saúde (ou seja, mais sensíveis à presença de doença), significando que

pequenas alterações na saúde repercutem modificações nestas dimensões. Esta pode ser uma característica do questionário.

As populações dos Estados Unidos e Suécia dos estudos mencionados tinham predominância feminina, mas com média de idade superior à população do nosso estudo. O estudo com a população francesa (PERNEGER et al., 1995) e o estudo realizado por JENKINSON et al. (1993) na Inglaterra apresentaram os escores em estratos etários (18 a 24 anos, 25 a 34 anos e 35 a 44 anos) o que permitiu uma comparação mais precisa. Os profissionais de enfermagem comparados com estas outras populações saudáveis relataram pior qualidade de vida relacionada à saúde também nas três faixas etárias, que, inclusive, concentram a maior parte desta população.

Além das faixas etárias, JENKINSON et al. (1993) apresentaram seus dados estratificados por sexo e também segundo faixas de idade mais avançadas (45 a 54 e 55 a 64). Exceto pelas dimensões **vitalidade**, na primeira faixa etária, e **aspectos físicos** na segunda, os profissionais de enfermagem também apresentaram piores resultados nas demais dimensões.

Em pesquisa com trabalhadores de enfermagem, MUSSHAUSER et al. (2006) conduziram um estudo com equipes femininas de trabalhadores de hospital universitário na Áustria. A população do presente estudo apresentou pior qualidade de vida em todas as dimensões, comparada às enfermeiras do estudo de MUSSHAUSER et al. (2006). Vale salientar que estes autores chamaram a atenção para o fato de que, embora o grupo de enfermeiras fosse o mais jovem, não apresentou a melhor qualidade de vida relacionada à saúde comparando com outros grupos pesquisados naquele estudo.

BUDGE et al. (2003) também utilizaram o SF-36 para avaliar a QVRS de enfermeiras na Nova Zelândia. Os profissionais eram majoritariamente do sexo feminino, em proporção semelhante à deste estudo, e com faixa etária entre 20 e 62 anos. Os escores médios das dimensões aspectos físicos, estado geral de saúde e vitalidade da população estudada por BUDGE et al. (2003) foram semelhantes à do presente trabalho.

A pior QVRS dos profissionais de enfermagem do presente estudo, em relação às populações de adultos de outros países, reflete, provavelmente, diferenças de contextos sócio-econômicos e de trabalho piores em países em desenvolvimento, além de diferenças de sexo e da estrutura etária das populações. A ocorrência de piores resultados em relação a outros profissionais de enfermagem reforça as diferenças macro-sociais e as piores condições de trabalho no contexto brasileiro (EL-BATAWI, 1987; SAGOE-MOSES et al., 2001).

As reconhecidas cargas psíquicas ou características emocionais do trabalho em enfermagem devem constituir um peso importante nos resultados de baixos escores observados nas dimensões de saúde mental, principalmente. Outros estudos já referiram associações entre o trabalho de profissionais de enfermagem e as conseqüências negativas à saúde mental desses trabalhadores (MCVICAR, 2003; GOMES et al., 2006; ESCRIBA-AGUIR e PEREZ-HOYOS, 2007).

O fato da coleta de dados ter ocorrido em momento de reestruturação organizacional também pode ter contribuído com os baixos escores referidos acima. Este é um fenômeno constante na realidade brasileira que atinge de formas semelhantes outros grupos de trabalhadores (RIGOTTO, 1998; MARTINEZ e LATORRE, 2006).

7.2. CATEGORIA PROFISSIONAL NA ENFERMAGEM E PERCEPÇÃO SOBRE AS CONDIÇÕES DE TRABALHO

Entre os dois grupos de categorias profissionais considerados neste estudo, os enfermeiros tiveram percepções de condições de trabalho que foram classificadas no modelo demanda-controle como de baixo desgaste e trabalho ativo. Esta resposta difere estatisticamente da percepção dos técnicos e auxiliares de enfermagem e condiz com os resultados de ARAÚJO et al. (2003) ao caracterizarem sua população de profissionais de enfermagem.

De acordo com o modelo demanda-controle, o que há em comum nas percepções dos enfermeiros sobre suas condições de trabalho é o alto controle. Era esperado que ao considerar uma profissão, as categorias hierarquicamente superiores tivessem maior controle do trabalho. Os resultados, portanto, parecem apresentar confluência entre os papéis profissionais e as condições de trabalho: os papéis funcionais do enfermeiro diferem do auxiliar e técnico (BRASIL, 1986) e lhes conferem maior poder de decisão, controle de suas tarefas e possibilidade para exercitar habilidades e criatividade.

LEPPANEN e OLKIMUORA (1987) observaram que o significado, o desafio do trabalho e a percepção de competências para desenvolver as tarefas vão diminuindo à medida que, em um conjunto de profissões, a escala hierárquica decresce. Estes autores concluíram o que também mostra o presente estudo: geralmente auxiliares de enfermagem percebem seu trabalho como monótonos e rotineiros, apesar do caráter desafiante e inovador que tipicamente têm as profissões

de saúde. SHIMIZU e CIAMPONE (2002) analisaram o discurso de auxiliares e técnicos de enfermagem de hospital universitário no Brasil e observaram que, devido à organização e divisão do trabalho de enfermagem, dificilmente era possível a estes profissionais terem visão global do cuidado do com o paciente, autonomia, desenvolvimento de criatividade no trabalho, participação no planejamento das atividades e tomada de decisões.

Quanto ao modelo esforço-recompensa, os enfermeiros percebem piores condições de trabalho comparadas às percepções de auxiliares e técnicos de enfermagem. A troca de foco deste modelo, de controle para recompensa, amplia o poder argumentativo quanto aos efeitos à saúde das más condições de trabalho no contexto sócio-econômico atual. A dimensão recompensa engloba questões de justiça no trabalho e de desenvolvimento de papéis sociais (SIEGRIST, 1996).

Situar o trabalho em um contexto macro-social permite dizer que os enfermeiros se consideraram pouco valorizados (altos esforços, mas baixas recompensas) e assim justifica-se a percepção de piores condições de trabalho, comparadas a dos técnicos e auxiliares de enfermagem. Provavelmente a classe social, e mais particularmente o nível educacional, possibilite aos enfermeiros vislumbrarem aspectos mais abrangentes de suas condições de trabalho.

A pouca valorização do trabalho do enfermeiro tem sido registrada constantemente em estudos a respeito de condições de trabalho e é um dos motivos que leva os profissionais de enfermagem a abandonarem a profissão em diversos países desenvolvidos (FOCHESSEN et al., 2005; GARDULF et al, 2005; TAKASE et al., 2006; ESTRYN-BÉHAR et al., 2007) e também no Brasil (SECAF e RODRIGUES, 1998; ANGERAMI et al., 2000). Na literatura há registro crescente

de pesquisas cujo tema é a *overqualification*, fenômeno relacionado à desvalorização das habilidades dos trabalhadores (RIGOTTO, 1998; JOHNSON e JOHNSON, 1999; FUJINO e NOJIMA, 2005).

Como nos estudos desenvolvidos por PETER et al. (2002), OSTRY et al. (2003) e SIEGRIST et al. (2004) com outros grupos de trabalhadores, os resultados deste estudo também demonstraram que os modelos demanda e controle e desequilíbrio esforço-recompensa se complementam. Provavelmente, as características do papel profissional do enfermeiro, que requerem a necessidade de atuar em questões organizacionais não só possibilita maior controle ao nível das tarefas (traduzido por trabalho ativo ou baixo desgaste) como exige avaliação mais abrangente das condições de trabalho. Tais responsabilidades talvez se convertam numa distância maior entre esforços e recompensas. Pesquisa desenvolvida em hospital universitário brasileiro identificou que a maioria dos enfermeiros entrevistados considerou que a atividades administrativas e gerenciais têm significado muito importante no cotidiano da profissão e caracterizam sua autonomia (BUENO e QUEIROZ, 2006).

SIEGRIST (1996) admite que seja possível que condições de altos esforços associados a baixas recompensas ocorram àqueles trabalhadores que possuem maior estabilidade no trabalho e maiores possibilidades de crescimento na carreira, ou seja, são geralmente trabalhadores com maior nível educacional e que procuram pelo desenvolvimento de habilidades profissionais.

A atuação de técnicos e auxiliares de enfermagem em atividades com menor grau de complexidade e de repertório mais restrito em termos de habilidades, de maneira alguma os impede de avaliarem suas condições de trabalho. Todavia, estas

próprias condições (falta de possibilidade de exercer habilidades, criatividade, falta de participação nas decisões, altas demandas) talvez dificultem que discussões acerca de questões mais amplas no âmbito do trabalho façam parte do cotidiano destas categorias profissionais.

Argumentos na perspectiva das desigualdades sociais na saúde também são possíveis (THEORELL e KARASEK, 1996; KUPER et al., 2002; GILLEN et al., 2007; LAMONTAGNE et al., 2008). De acordo com KRISTENSEN (1995), alto desgaste no trabalho é outra forma de avaliar baixo status social. LAMONTAGNE et al. (2008) demonstraram que a prevalência de alto desgaste no trabalho, de uma população de trabalhadores na Austrália, crescia aproximadamente 20% à medida que diminuía o nível de habilidade necessária às tarefas desenvolvidas nas categorias profissionais consideradas. Na presente população, tanto o nível educacional, quanto a renda familiar deram indícios de que técnicos e auxiliares de enfermagem estavam em classes sociais menos favorecidas. Análise complementar (teste χ^2 de Pearson) reforçou esta idéia quando se observou que profissionais com níveis fundamental, médio e técnico de escolaridade, ou seja, auxiliares e técnicos, estavam associados com a variável responsabilidade financeira na categoria de únicos responsáveis pela renda familiar ($\chi^2_c = 4,547$; $p=0,033$).

Os dados deste estudo são percepções sobre as condições de trabalho. Estes resultados refletem uma conjunção entre as condições do trabalho, também possíveis de serem melhores averiguadas por outros tipos de análises, e as características individuais. Exemplo de características: aqueles indivíduos que têm menor necessidade de exercer controle no trabalho podem subestimar a influência das demandas de trabalho em suas percepções ou ainda, indivíduos com características

de personalidade, como afetividade negativa (pessimismo, falta de apego às pessoas, sentimento de menos valia) tendem a superestimar piores condições de trabalho. A percepção e a interpretação dos trabalhadores sobre suas condições de trabalho podem, por si só, influenciar a saúde (SIEGRIST, 1996; BOURBONNAIS et al., 1999; NORIEGA et al., 2004).

7.3. QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE E PERCEPÇÃO SOBRE CONDIÇÕES DE TRABALHO

O presente estudo permitiu analisar a associação dos modelos demanda-controle e desequilíbrio esforço-recompensa na qualidade de vida relacionada à saúde (percepção do estado de saúde), levando-se em consideração as categorias profissionais na enfermagem, características sócio-demográficas, de hábitos e estilos de vida e de trabalho.

Os resultados dos modelos finais (variáveis: demanda-controle + desequilíbrio esforço-recompensa + categoria profissional + variáveis de ajuste) demonstraram que há um padrão nas associações entre as variáveis do modelo de estresse no trabalho e a QVRS nesta população.

Não houve associações significativas entre dimensões do SF-36 que podem ser consideradas exclusivamente de saúde física (**capacidade funcional, aspectos físicos e dor**) e condições de alto desgaste ou relação desfavorável entre esforços e recompensas no trabalho. Entretanto, quanto às dimensões que são de saúde mental exclusivamente (**aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental**) ou que

podem integrá-la (**estado geral de saúde e vitalidade**), todas apresentaram associação significativa com pelo menos uma das variáveis dos modelos de condições de trabalho (trabalho ativo, trabalho passivo, alto desgaste e ERI 1,01 ou mais).

No SF-36, as dimensões de saúde física representam prejuízos na saúde física ou a limitações no desempenho de papéis sociais devido a problemas de saúde física (WARE e SHERBOURNE, 1992). Embora outros estudos já tenham demonstrado associação significativa de fatores psicossociais do trabalho com percepção da saúde física ou com algum problema físico específico, principalmente dores musculoesqueléticas (SMITH et al., 2004; HEUVEL et al., 2005; GILLEN et al., 2007; SIMON et al., 2007), em relação às dimensões de saúde física, a hipótese deste trabalho foi refutada.

A relação desfavorável entre esforços e recompensa no trabalho associou-se de forma independente a todas as dimensões da saúde mental, o que permite dizer que esta relação mostrou-se mais significativa para esta população do que os aspectos avaliados no modelo demanda-controle. STANSFELD et al. (1998) também utilizaram os dois modelos de estresse no trabalho como preditores de saúde (capacidade funcional, saúde mental e aspectos sociais) em populações de servidores civis, e também verificaram o mesmo comportamento do desequilíbrio esforço-recompensa, quando utilizado junto ao modelo demanda-controle.

Desta maneira, o contexto organizacional e social, a relevância do desempenho de papéis pelo trabalho, as características individuais de enfrentamento de demandas e a justiça no trabalho são mais explicativos da saúde mental desses profissionais de enfermagem do que as relações entre demandas e controle apenas

em nível das tarefas. GILLEN et al. (2007), ao estudar saúde física em população heterogênea de profissionais da área da saúde, chegaram à mesma conclusão: o modelo demanda-controle parece não capturar totalmente a complexidade do trabalho com pacientes em hospital.

KARASEK (2008) propôs nova versão para seu modelo demanda-controle, que inclui questões de justiça no trabalho e amplia o significado dos fatores psicossociais já considerados no modelo. Os resultados deste estudo vão na mesma direção da recente complementação do modelo demanda-controle proposta por KARASEK (2008).

Este estudo corrobora os resultados presentes na literatura quanto à associação da percepção de inadequadas condições de trabalho com efeitos adversos à saúde mental auto-avaliada (BOURBONNAIS et al., 1999; ARAÚJO et al., 2003; ESCRIBA-AGUIR e TENIAS-BURILLO, 2004; NORIEGA et al., 2004; GOMES et al., 2006; ESCRIBA-AGUIR e PEREZ-HOYOS, 2007), mas nenhum destes estudos avaliou a QVRS (que pela definição do termo, avalia o estado de saúde percebido) de profissionais de enfermagem usando os dois modelos de estresse no trabalho conjuntamente, como o que foi feito no presente estudo.

A percepção sobre as condições de trabalho classificadas como de alto desgaste foi preditora significativa apenas das dimensões de aspectos sociais e aspectos emocionais do estado de saúde. Ambas as dimensões levam em conta a saúde emocional em seus significados. A dimensão de aspectos emocionais foi a única para qual a hipótese de trabalho foi totalmente aceita: condições classificadas como de alto desgaste, relação desfavorável entre esforço e recompensa e ser

enfermeiro(a) foram preditores independentes para os mais baixos escores nesta dimensão (0 a 66,6).

Os ajustes dos modelos referentes à dimensão de aspectos emocionais mostraram que estas três características citadas acima são variáveis de confusão, pois à medida que estas variáveis foram separadamente incluídas nos modelos (*stepwise*), elas modificaram os valores das razões de chances das variáveis já presentes. Isto significa que estas variáveis se relacionam entre si e que são explicativas do modelo.

Este resultado parece se destacar daqueles que se referem à associação das categorias profissionais com as de condições de trabalho, onde a maioria dos profissionais na categoria enfermeiro(a) percebeu condições de trabalho classificadas a partir do modelo demanda-controle como de alto controle. Embora o alto controle não amenize completamente os efeitos das excessivas demandas e possa levar ao alto estresse (DEMEROUTI et al. 2001; ARAÚJO et al. 2003), condições de alto desgaste são piores, como foi observado no modelo final. LAMONTAGNE et al. (2008) estimaram em população de trabalhadores na Austrália que 14,6% das mortes relacionadas a episódios depressivos entre homens e 9,8% entre as mulheres eram atribuíveis ao alto desgaste no trabalho.

Apenas 11,5% dos enfermeiros percebem suas condições como alto desgaste e 10,3% como trabalho passivo ($p=0,05$ no modelo final) e mesmo assim, esta condição foi suficiente para associar-se tanto à variável resposta (aspectos emocionais) quanto à categoria enfermeiro(a); expressando uma razão de chances favorável à percepção de piores resultados em aspectos emocionais da qualidade de vida. Apenas com o modelo múltiplo foi possível analisar a importância do alto desgaste para os enfermeiros.

As associações entre alto desgaste, ERI 1,01 ou mais, categoria profissional e aspectos emocionais traduzem o quão complexo pode ser o trabalho de enfermeiros. Estes devem tanto elaborar estratégias de enfrentamento às situações que exigem tarefas menos complexas, como as que geram grandes cargas psíquicas e emocionais (o lidar com a dor, o sofrimento e a morte), quanto às questões de âmbito organizacional e conflitos entre demandas do lar e profissionais (ARAÚJO et al., 2003; GOMES et al. 2006; HSU e KERNOHAN, 2006). Todas estas situações podem gerar problemas de saúde emocional que interferem no trabalho e na vida fora do trabalho.

7.4. APOIO SOCIAL E COMPROMETIMENTO NO TRABALHO

Apoio social e comprometimento foram variáveis consideradas nos modelos estatísticos como variáveis de ajuste, mas que apresentaram associações significativas com mais de duas dimensões da QVRS. As duas variáveis são extensões dos modelos demanda-controle e desequilíbrio esforço-recompensa, respectivamente. A variável “comprometimento” associou-se a todas as dimensões do SF-36 e a variável “apoio social” foi associada a: aspectos físicos, vitalidade e saúde mental.

Nesta população, a maior proporção de indivíduos classificados como tendo baixo apoio social também foram incluídos no grupo de alto desgaste no trabalho, e como esperado, aqueles com alto apoio social concentram-se na categoria baixo desgaste do modelo demanda-controle. De forma semelhante, ARAÚJO et al. (2003)

verificaram que trabalhadores de enfermagem classificados no grupo de baixo apoio social estavam no grupo de alto desgaste e também de trabalho passivo. De acordo com THEORELL e KARASEK (1996), ter suporte social no trabalho aumenta a possibilidade do trabalhador perceber controle no trabalho, por isso, sob algumas condições, esses elementos são intercambiáveis.

Parece ser mais registrado na literatura, a associação de ter ou não apoio social no trabalho com bem-estar psicológico ou saúde mental (BOURBONNAIS et al., 1999; ARAÚJO et al., 2003; GOMES et al., 2006; ESCRIBÀ-AGUIR et al., 2007; ESTRYN-BEHAR et al., 2007) comparado aos estudos que apresentam associações do apoio social com aspectos de saúde física. HEUVEL et al. (2005) é um desses exemplos que apresentam associação de baixo apoio social com a presença de sintomas relacionados à saúde física (basicamente dores no pescoço, ombro, pulso e mão) em estudo com populações de trabalhadores, onde não distinguiu categorias profissionais.

Quanto ao alto comprometimento, os resultados sugerem que este aspecto tem importância substancial na QVRS, já que se associou a todas as dimensões do SF-36. Sua prevalência no presente estudo foi 41,2%. Na descrição dos grupos segundo o modelo demanda-controle, a maior diferença entre baixo e alto comprometimento deu-se na categoria “baixo desgaste no trabalho”. Esta categoria também comportou a menor proporção de indivíduos classificados em alto comprometimento no trabalho, comparado às demais categorias. Como esperado, a categoria do modelo demanda-controle que apresentou maior proporção de alto comprometimento foi “alto desgaste no trabalho”.

Apoio social e comprometimento no trabalho podem alterar as relações entre demandas e controle e esforços e recompensas. LANDSBERGIS (1988), ao testar o modelo demanda-controle com trabalhadores da saúde, concluiu que o apoio social é importante modificador do estresse gerado pelo contato com o sofrimento e a morte. KUPER et al. (2002), em estudo prospectivo sobre saúde física, mental e risco para doença cardiovascular em servidores civis, propôs que o aumento do suporte social no trabalho poderia reduzir os efeitos que o desequilíbrio desfavorável entre esforços e recompensa tem sobre a saúde. É possível que a dimensão “recompensa” inclua elementos do apoio social, no que se refere ao estado de controle descrito por SIEGRIST (1996), o que poderia em parte explicar os resultados encontrados.

Neste estudo, como a variável “alto comprometimento” foi inserida nos modelos juntamente com todas as outras variáveis de ajuste, não foi possível verificar (pois não era o objetivo do trabalho) se esta condição modificou as relações de razão de chances entre esforços e recompensas ou demandas e controle com a variável resposta. Como comprometimento refere-se a um fator pessoal, provavelmente ele antecede os resultados de saúde (TAKAKI et al., 2006).

Condições que aliam altas demandas, baixo controle e baixo apoio são caracterizadas como a pior condição de trabalho para a saúde, quando se considera apenas o modelo demanda-controle (KRISTENSEN, 1995; THEORELL e KARASEK, 1996). Quanto ao modelo de desequilíbrio esforço-recompensa, o alto comprometimento também pode exacerbar os efeitos negativos à saúde dos altos esforços e baixas recompensas no trabalho (SIEGRIST, 1996).

No presente estudo, baixo apoio social junto a alto comprometimento e/ou relação desfavorável entre esforços e recompensa associou-se a baixos escores nas

dimensões de aspectos físicos, vitalidade e saúde mental. O pior quadro provavelmente foi aquele relacionado aos baixos escores de saúde mental, pois se observou associação significativa e independente entre esta dimensão e: trabalho passivo, relação desfavorável entre esforços e recompensas, alto comprometimento e baixo apoio social.

Estes resultados sugerem que outros tipos de análises com estes elementos se fazem necessários para explorar os mecanismos que ocorrem à saúde quando há baixo apoio social no trabalho, alto comprometimento e relação esforços-recompensa desfavorável no trabalho de enfermagem.

8. CONCLUSÕES

Este estudo possibilitou avaliação de relações entre percepção das condições de trabalho e qualidade de vida relacionada à saúde, de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem de hospital universitário no município de São Paulo.

Os resultados deste estudo põem em evidência o caráter multidimensional da qualidade de vida e também o aspecto positivo em não englobar suas dimensões em medidas sumarizadas. Desta maneira, quando são observadas variações de fatores associados à QVRS, é possível discriminar e intervir prioritariamente sobre aqueles que mais se associam aos piores resultados. Neste estudo, as relações desfavoráveis entre esforços e recompensa e o alto comprometimento, mostraram-se mais significativas à saúde de profissionais de enfermagem do que altas demandas e baixo controle.

Alto comprometimento foi associado a todas as dimensões, sugerindo que este elemento seja considerado ao se estudar os fatores associados à saúde e qualidade de vida de profissionais de saúde.

Vitalidade, dor e saúde mental foram dimensões do SF-36 com pior avaliação. As dimensões representativas da saúde mental foram também as que mais sofreram a influência dos fatores de ambiente psicossocial do trabalho.

Destaca-se que a análise conjunta dos modelos de desequilíbrio esforço-recompensa e demanda-controle contribui para a discussão sobre os papéis profissionais, condições de trabalho e QVRS de auxiliares e técnicos de enfermagem e, principalmente, de enfermeiros. A escolha destas variáveis demonstrou

plausibilidade para o estudo da qualidade de vida relacionada à saúde desta população.

Vale comentar que um estudo transversal, como no presente trabalho, caracteristicamente não permite que se façam inferências causais, limitando-se a discussão em termos de associação. Um estudo longitudinal se faz necessário para verificar as relações causais entre fatores do ambiente psicossocial do trabalho e qualidade de vida relacionada à saúde. É também provável que o efeito do trabalhador sadio tenha subestimado os resultados do SF-36.

9. RECOMENDAÇÕES

O trabalho é um organizador da saúde mental e é atividade essencial para o indivíduo adulto. Está imbricado em vários aspectos de qualidade de vida e, portanto, é inaceitável que “trabalhar” esteja vinculado a problemas de saúde. A saúde mental vem se destacando no âmbito de preocupações relativas à saúde do trabalhador e é provável que à medida que ocorrerem melhorias nas condições do ambiente físico do trabalho, a saúde mental e os fatores a ela relacionados ganhem cada vez mais destaque.

A elaboração de normas a respeito das condições de trabalho subsidia medidas que visam a segurança e a saúde do trabalhador. Estas normas devem permitir que se tome como referência, no momento de sua aplicação, o contexto macro-social, visto que os resultados deste estudo apontaram como ele é relevante na avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, principalmente relacionados à saúde mental. Para que isto ocorra é necessário que estas legislações tenham abordagem ambiental dentro dos preceitos da qualidade de vida e promoção da saúde

A Norma Regulamentadora N°32-Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde do Ministério do Trabalho e Emprego, de 11 de novembro de 2005 (Ministério do Trabalho e Emprego, 2005), não menciona nenhum dos fatores psicossociais do trabalho como intervenientes na saúde. Este fato limita o efeito positivo de ações de promoção de saúde entre trabalhadores da enfermagem. Já a Norma Regulamentadora N°17-Ergonomia, do Ministério do Trabalho e Emprego, de 23 de novembro de 1991 (Ministério do Trabalho e Emprego, 1991) inclui em seus itens a necessidade de adaptação dos postos de

trabalho às características psico-fisiológicas dos trabalhadores. Levando-se em conta aspectos ambientais dos postos de trabalho e da organização do trabalho há maiores possibilidades na construção de ambientes saudáveis.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abreu MNS. Uso de modelos de regressão logística ordinal em epidemiologia: um exemplo usando a qualidade de vida [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.
2. Alexandre NMC, Angerami ELS, Moreira Filho DC. Dores nas costas e enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 1996; 30(2):267-85.
3. Almeida MCP, Rocha SMM. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: Almeida MCP, Rocha SMM. *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez; 1997. p.15-26.
4. Angerami ELS; Gomes DLS; Mendes IJM. Estudo da permanência dos enfermeiros no trabalho. *Rev latino-am. Enfermagem*. 2000; 8(5):52-57.
5. Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37:424-33.
6. Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *J Epidemiol Community Health*. 2001; 55:639-47.
7. Barnes-Farrell JL, Davis-Schriels K, McGonagle A, Walsh B, Milia LD, Fischer FM. What aspects of shiftwork influence off-shift well-being of healthcare workers? *App Ergo*. 2008; 39:589-96.
8. Benatti MCC. Acidentes de trabalho entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. *Rev Esc Enferm USP*. 2001; 35(2):155-62.

9. Bourbonnais R, Comeau M, Vézina M. Job strain and evolution of mental health among nurses. *J Occup Health Psychol.* 1999; 4(2):95-107.
10. Borges FNS, Fischer FM. Twelve-hours night shifts of healthcare workers: a risk to the patients? *Chronobiol Int.* 2003; 20(2):351-60.
11. Brasil. Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 25 jun 1986; Seção 1:9273-75. [acesso em 04 jun 2008]. Disponível em:
<http://www.portalcofen.gov.br/2007/section.asp?sectionParentID=35§ionID=30>
12. Brasil. Ministério da Saúde. *As cartas da Promoção da Saúde.* Brasília, DF; 2002. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>.
13. Bradley C. Importance of differentiating health status from quality of life. *Lancet.* 2001; 357:7-8.
14. Bryant C, Fairbrother G, Fenton P. The relative influence of personal and workplace descriptors on stress. *BJN.* 2000; 9(13):876-80.
15. Budge C, Carryer J, Wood S. Health correlates of autonomy, control and professional relationships in nursing work environment. *JAN.* 2003; 42(3):260-8.
16. Bueno FMG, Queiroz MS. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(2):222-7.
17. Bulhões I. *Riscos do Ambiente de Trabalho de Enfermagem.* Rio de Janeiro: Folha Carioca Editora LTDA; 1994.

18. Bullinger M. German translation and psychometric testing of the SF-36 health survey: preliminary results from the IQOLA Project. *Soc. Sci. Med.* 1995; 41(10):1359-66.
19. Buss PM. Uma introdução ao conceito da Promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM (org). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.p. 15-38.
20. Callaghan P, Tak-Ying AS, Wyatt P. Factors related to stress and coping among Chinese nurses in Hong Kong. *JAN.* 2000; 31(6):1518-27.
21. Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. Measuring quality of life: Is quality of life determined by expectations or experience? *BMJ.* 2001; 322:1240-43.
22. Caruso CC, Bushnell T, Eggerth D, Heitmann A, Kojola B, Newman K et al. Long working hours, safety, and health: toward a national research agenda. *Am J Ind Med.* 2006; 49:930-42.
23. Chandola T, Martikainen P, Bartley M, Lahelma E, Marmot M, Michikazu S et al. Does conflict between home and work explain the effect of multiple roles on mental health? A comparative study of Finland, Japan, and the UK. *Int J Epidemiol.* 2004; 33:884-93.
24. Chatterji S, Bieckerbach J. Considerações sobre a qualidade de vida. In: Fleck MPA (Coord.). *A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais da saúde.* Porto Alegre: Artmed; 2008.p.40-7.
25. Cheng Y, Kawachi I, Coakley EH, Schwartz J, Colditz G. Association between psychosocial work characteristics and health functioning in American women: prospective study. *BMJ.* 2000; 320(7247):1432-36.

26. Chor D, Werneck GL, Faerstein E, Mello Alves MC, Rotenberg L. The Brazilian version of the effort-reward imbalance questionnaire to assess job stress. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24:219-24.
27. Ciconelli RM. Tradução para o português do questionário de avaliação de qualidade de vida “Medical outcomes study 36 – item short-form health survey (SF-36)” [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1997.
28. Ciconelli RZ, Ferraz MR, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua Portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999; 39(3):143.
29. Clays E, Bacquer D, Delanghe J, Kittel F, Renterghem LV, Backer G. Associations between dimensions of Job Stress and Biomarkers of Inflammation and Infection. *J Occup Environ Med*. 2005;47:878-83.
30. Contrera-Moreno L, Monteiro MS. Resgate da produção científica sobre riscos à saúde no trabalho em enfermagem na década de 90. *Acta Paul Enf*. 2003; 16(3):81-7.
31. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-276/2003. [acesso em 04 nov 2008]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materiais.asp?ARTICLEID=7105§ionID=34>.
32. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Tabela de profissionais, Autorizações e Instituições- Organizado por cidades. Período: 09/2008. [acesso em 10 set 2008]. Disponível em:

http://www.webcorensp.org.br/internet/072005/consulta/estatística/pdf_estatística.php?Tipo=cidades&MESANO=092008.

33. Costa G. Psychosocial Effects. In: Colquhoun NP, Costa G, Folkard S, Knauth P. Shiftworks: Problems and Solutions. Frankfurt am Main, Peter Lang; 1996. p. 113-39.
34. Costa G. Multidimensional aspects related to shiftworker's health and well-being. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(supl):86-91.
35. Costa MS, Silva MJ, Alves MDS, Oriá MOB. Estilo de Vida e Saúde Mental: estudo de caso com enfermeiros. *R Enferm UERJ*. 2005; 13:199-03.
36. Dawson B, Trapp RG. *Basic & Clinical Biostatistics*. 3 ed. New York: Lange medical Books & Lange Graw-Hill, 2001.
37. Dembe AE, Erickson JB, Delbols RG, Banks SM. The impact of overtime and long work hours on occupational injuries and illnesses: new evidence from the United States. *Occup Environ Med*. 2005; 62:588-97.
38. Demerouti E, Bakker AB, Jonge J, Janssen PPM, Schaufeli WB. Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scand J Work Environ Health*. 2001; 27(4):279-86.
39. El-Batawi MA. The psychosocial health problems of works in developing countries. In: Kalimo R, El-Batawi MA, Cooper CL. *Psychosocial factors at work*. Geneva: WHO – World Health Organization; 1987. p. 9-14.
40. Escribà-Aguir V, Pérez-Hoyos S. Psychological well-being and psychosocial work environment characteristics among emergency medical and nursing staff. *Stress and Health*. 2007; 23:153-160.

41. Estry-Béhar M, Van der Heijden BIJM, Camerino D, Nézet OL, Conway PM, Fry C et al. The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses. *Med Care*. 2007; 45:939-50.
42. Fischer FM, Bellusci SM, Teixeira LR, Borges FNS, Ferreira RM, Gonçalves MBL et al. Unveiling factors that contribute to functional aging among health care shiftworkers in São Paulo, Brazil. *Exp Ag Res*. 2002; 28:73-86.
43. Fischer FM. Fatores individuais e condições de trabalho e de vida na tolerância ao trabalho em turnos. In: Fischer FM, Moreno CRC, Rotenberg L. *Trabalho em Turnos e Noturno na Sociedade 24 Horas*. São Paulo: Atheneu, 2003.p. 65-76.
44. Fischer FM, Lieber RR. Trabalho em Turnos. In: Mendes R, coordenador. *Patologia do trabalho*. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.1, p.824-68.
45. Fischer FM, Borges FNS, Rotenberg L, Latorre MRDO, Soares NS, Landsbergis P et al. Work ability of healthcare shiftworkers: what matters? *Chronobiol Int*. 2006 Supl 23(6):1165-79.
46. Fischer FM, Rotenberg L, Landsbergis P, Tanaka LH, Soares NS, Teixeira LR et al. Work ability of nursing personnel: comparison between under and over 35 years old workers. *Ergonomia*. 2007; 29 (3,4): 235-239.
47. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev Saúde Pública*. 1999; 33(2):198-205.

48. Fleck MPA. A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008. Problemas conceituais em qualidade de vida; p.19-28.
49. Fochesen G, Sjogren K, Josephson M, Lagerstrom M. Factors contributing to the decision to leave nursing care: a study among Swedish nursing personnel. *J Nurs Manag.* 2005; 13:338-44.
50. Fujino M, Nojima Y. Effects of ward rotation on subsequent transition processes of Japanese clinical nurses. *Nurs Health Sci.* 2005; 7:37-44.
51. Gardulf A, Soderstrom IL, Orton ML, Eriksson LE, Arnetz B, Nordstrom G. Why do nurses at a university hospital want to quit their jobs? *J Nurs Manag.* 2005; 13: 329-37.
52. Gaullar-Castillón P, Sendino AR, Banegas JR, López-Garcia E, Rodriguez-Artalejo F. Differences in quality of life between women and men in the older population of Spain. *Soc Sci Med.* 2005; 60:1229-40.
53. Geovanini T. Uma abordagem dialética da Enfermagem. In: Geovanini T, Moreira A, Schoeller SD, Machado WCA. *História da Enfermagem: Versões e Interpretações.* 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter Ltda. 2002. p.3-28.
54. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA.* 1994; 272(8):619-26.
55. Gillen M, Yen IH, Trupin L, Swig L, Rugulies R, Mullen K et al. The association of socioeconomic status and psychosocial and physical workplace factors with musculoskeletal injury in hospital workers. *Am J Ind Med.* 2007; 50:245-60.

56. Gimeno D, Felknor S, Burau KD, Delclos GL. Organizational and occupational risk factors associated with work related injuries among public hospital employees in Costa Rica. *Occup Environ Med.* 2005; 62:337-43.
57. Gomes GC, Lunardi Filho WD, Erdmann AL. O sofrimento psíquico em trabalhadores de UTI interferindo no seu modo de viver a enfermagem. *Rev Enferm UERJ.* 2006;14:93-9.
58. Gonçalves MBL, Fischer FM, Lombardi M Jr, Ferreira, RM. Work activities of practical nurses and risk factors for the development of musculoskeletal disorders. *J Hum Ergol.* 2001; 30:369-74.
59. Gurgueira GP, Alexandre NMC, Correa Filho HR. Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadoras de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2003; 11(5):601-13
60. Hayashiro Y, Fukuhara S, Suzukamo Y, Okamura T, Tanaka T, Ueshima H. Relation between sleep quality and quantity, quality of life, and risk of developing diabetes in the health workers in Japan: the High-risk and Population Strategy for Occupational Health Promotion. *BMC Public Health* [periódico na internet]. 2007 [acesso em 3 ago 2008]; 7:129. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/129>.
61. Henriques RLM, Macedo MCS. Aspectos Históricos da Enfermagem e do Cuidado com a Saúde. In: Santos I, David HMSL, Silva D, Tavares CMM. *Enfermagem e Campos de Prática em Saúde Coletiva: Realidade, Questões e Soluções.* São Paulo: Atheneu; 2008.p.28-39.

62. Heuvel GVD, Beek AJVD, Blatter BM, Hoogendoorn WE, Bongers PM. Psychosocial work characteristics in relation to neck and upper limb symptoms. *PAIN*. 2005; 114:47-53.
63. Hsu MY, Kernohan G. Dimensions of hospital nurses' quality of working life. *JAN*. 2006; 54:120-131.
64. ILO/WHO. Committee on Occupation Health. Recognition control of adverse psycho-social factors at work. Geneva; 1984.
65. Jenkinson C, Coulter A, Wright L. Short form 36 (SF36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age. *BMJ*. 1993; 306:1437-40.
66. Johnson GJ, Johnson WR. Perceived overqualification and health: a longitudinal analysis. *J Soc Psychol*. 1999; 139:14-28.
67. Kalimo R, Mejman T. Psychological and behavioural responses to stress at work. In: Kalimo R, El-Batawi M, Cooper CL. Psychosocial factors at work. Geneva: WHO – World Health Organization; 1987. p. 23-36.
68. Karasek R. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Adm Sci Q*. 1979; 24:295-307.
69. Karasek R. Low social control and physiological deregulation –the stress-disequilibrium theory, towards a new demand-control model. *Scand J Work Environ Health*. 2008; (6 Supl):117-35.
70. Karasek R, Baker D, Marxer F, Ahlbom A, Theorell T. Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *AJPH*. 1981; 71(7):694-705.

71. Kimura M; Santos VLCCG; Amendola F; Salvetti MG. Validação do medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) para população geral do Município de São Paulo. In: Livro Programa do II Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem: trajetória espaço-temporal da pesquisa; 2002. Águas de Lindóia, São Paulo; 2002.
72. Kleinbaum e Klein. Logistic Regression: A Self-Learning Text. New York: Springer; 2002a. Statistical Inferences Using maximum Likelihood Techniques; 125-160. p. 130-134.
73. Kleinbaum e Klein. Logistic Regression: A Self-Learning Text. New York: Springer; 2002b. Appendix: Computer programs for Logistic Regression; p.437-486.
74. Kristensen T. The demand-control-support model: methodological challenges for future research. *Stress Medicine*. 1995; 11:17-26.
75. Kuper H, Singh-Manoux A, Siegrist J, Marmot M. When reciprocity fails: effort-reward imbalance in relation to coronary heart disease and health functioning within the Whitehall II study. *Occup Environ Med*. 2002; 59:777-84.
76. Lall R, Campbell MJ, Walters SJ, Morgan K, CFAS MRC. A review of ordinal regression models applied on health-related quality of life assessments. *Stat Methods Med Res*. 2002; 11:49-67.
77. Lamontagne AD, Keegel T, Vallance D, Ostry A, Wolfe R. Job strain-Attributable depression in sample of working Australians: Assessing the contribution to health inequalities. *BMC Public Health* [periódico na internet]

2008 [acesso em 4 set 2008]. Disponível em:
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/181>

78. Landsbergis PA. Occupational stress among health care workers: A test of the job demands-control model. *J Organizational Behavior*. 1988; 9:217-39.
79. Lefevre F, Lefevre AMC. Promoção de saúde, a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.
80. Lennon MC, Rosenfield S. Women and mental health: the interaction of job and family conditions. *J Health Soc Beh*. 1992; 33:316-27.
81. Leppanen A, Olkinuora MA. Psychological stress experienced by health care personnel. *Scand J Work Environ Health*. 1987; 13: 1-8.
82. Lerner DJ, Levine S, Malspeis S, Agostino RB. Job strain and health-related quality of life in national sample. *Am J Public Health*. 1994; 84(10):1580-5.
83. Loon AJMV, Tijhuis M, Surtees P, Ormel J. Lifestyle risk factors for cancer: the relationship with psychosocial work environment. *Int J Epidemiol*. 2000; 29:785-792.
84. Lunardi Filho WD. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 1997; 50:61-76.
85. Lundstrom T, Pugliesi G, Bartley J, Cox J, Guiter C. Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. *Am J Infect Control*. 2002; 30:93-106.
86. Magnago TSBS, Lisboa MTL, Souza IEO, Moreira MC. Distúrbios músculo-esqueléticos em trabalhadores de enfermagem: associação com condições de trabalho. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60(6):701-5.

87. Martinez MC, Latorre MRDO. Saúde e capacidade para o trabalho em trabalhadores de área administrativa. Rev Saúde Pública. 2006; 40(5):851-8.
88. Marziale MHP, Carvalho EC. Condições ergonômicas do trabalho da equipe de enfermagem em unidade de internação de cardiologia. Rev. Latino-am enfermagem. 1998; 6:99-117.
89. Marziale MHP. Enfermeiros apontam as inadequadas condições de trabalho como responsáveis pela deterioração da qualidade da assistência de enfermagem [editorial]. Rev.Latino-am Enfermagem. 2001; 9(3):1.
90. McDowell, Newell C. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. 2 ed. New York: Oxford University Press; 1996.
91. McVicar A. Workplace stress in nursing: a literature review. JAN. 2003; 44(6):633-42.
92. Mello Alves MC, Chor D, Faerstein E, Lopes C de S, Werneck GL. Versão resumida da “job stress scale”: adaptação para o português. Rev. Saúde Pública. 2004; 38(2):164-71.
93. Mills PR, Tomkins SC, Schalangen LJM. The effect of high correlated colour temperature Office lighting on employee wellbeing and work performance. J Circadian Rhythms [periódico na internet]. 2007 [acesso em 3 ago 2008] 5:2. Disponível em: jcircadianrhythms.com/content/5/1/2
94. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Cienc Saúde Coletiva. 2000; 5:7-18.
95. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora N°32-Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde. Portaria GM n° 485, de 11 de novembro de 2005. Brasília, DF, 2005.

- Disponível em:
http://www.mte.gov.br/legisla%C3%A7%C3%A3o/normas_regulamentadoras/nr_32.pdf
96. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora N°17- Ergonomia. Portaria GM n° 3751, de 23 de novembro de 1991. Brasília, DF, 1991. Disponível em:
http://www.mte.gov.br/legisla%C3%A7%C3%A3o/normas_regulamentadoras/nr_17.asp
97. Moons P. Why call it health-related quality of life when you mean perceived health status? *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2004; 3:275-77.
98. Muldoon MF, Barger SD, Flory JD, Manuck SB. What are quality of life measurements measuring? *BMJ*. 1998; 316:542-5.
99. Murdaugh CRN. Health-related quality of life as an outcome in organization research. *Med Care* [periódico na internet]. 1997 supl nov [acesso em 24 jan 2007]; 35(11):41-8. Disponível em:
<http://gateway.ut.ovid.com/gw1/ovidweb.cgi>
100. Musshauer D, Bader A, Wildt B, Hochleitner M. The impact of sociodemographic factors vs. gender roles on female hospital workers' health: Do we need to shift emphasis? *J Occup Health*. 2006; 48:383-91.
101. Niedhammer I, Tek ML, Starke D, Siegrist J. Effort-reward imbalance model and self-reported health: cross-sectional and prospective findings from the GAZEL cohort. *Soc Sci Med*. 2004; 58:1531-41.
102. Noriega M, Gutierrez G, Mendez I, Pulido M. Las trabajadoras de la salud: vida, trabajo y trastornos mentales. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(5):1361-72.

103. Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Trad. Do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a família de classificadores internacionais. São Paulo: EDUSP; 2003.
104. Ostry AS, Kelly S, Demers PA, Mustard C, Hertzman C. A comparison between the effort-reward imbalance and demand control models. BMC Public Health [periódico na internet] 2003 [acesso em 4 set 2008]; 3:10. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/3/10>
105. Patrick DL. A qualidade de vida pode ser medida? Como? In: Fleck MPA. A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde (Coord.). Porto Alegre: Artmed; 2008. p.29-39.
106. Perneger TV, Leplege A, Etter JF, Rougemont A. Validation of a French-Language version of the MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) in young healthy adults. J Clin Epidemiol. 1995; 48(8):1051-60.
107. Peter R, Siegrist J, Hallqvist J, Reterwall C, Theorell T, Shepp Study Group. Psychosocial work environment and myocardial infarction: improving risk estimation by combining two complementary job stress models in the Sheep Study. J Epidemiol Community Health. 2002; 56: 294-300.
108. Pires D, Gelbcke FL, Matos E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. Trabalho Educ Saúde. 2004; 2(2):311-25.
109. Poissonnet CM, Véron M. Health effects of work schedules in healthcare professions. J Clinical Nurs. 2000; 9:13-23.

110. Portela LF, Rotenberg L, Waissmann W. Self-reported health and sleep complaints among personnel working under 12h night and day shifts. *Chronobiol. Int.* 2004; 21(6):859-70.
111. Portela, LF, Rotenberg L, Waissmann W. Health, sleep and lack of time: relations to domestic and paid work in nurses. *Rev. Saúde Pública.* 2005; 39(5):802-8.
112. Rauhala A, Kivimaki M, Fagerstrom L, Elovainio M, Virtanen M, Vahtera J et al. What degree of work overload is likely to cause increased sickness absenteeism among nurses? Evidence from the RAFAELA patient classification system. *JAN.* 2007; 57(3):286-95.
113. Reis RJ, Roca PFL, Silveira AM, Bonilla IML, Giné NA, Martin M. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. *Rev Saúde Pública.* 2003, 37(5):616-23.
114. Rigotto RM. Saúde dos trabalhadores e meio ambiente em tempos de globalização e reestruturação produtiva. *Rev.Bras Saúde Ocup.* 1998, 25 (93-94):9-20.
115. Rotenberg L; Portela LF; Banks B, Griep RH, Fischer FM, Landsbergis P. A gender approach to work ability and its relationship to professional and domestic work hours among nursing personnel. *Appl Ergon.* 2008; 39:646-52.
116. Rutenfranz J, Knauth P, Fischer FM. Trabalho em turnos e noturnos. São Paulo: Hucitec; 1989. Efeito dos turnos nas pessoas; p.41-70.
117. Sadana R. Development of standardized health descriptions. In: Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD, organizadores. Summary

- Measures of Population Health. Geneva: World Health Organization; 2002. p.315-28.
118. Sagoe-Moses C, Pearson RD, Jagger J. Risks to health care workers in developing countries. *N Engl J Med.* 2001; 345(7):538-41.
 119. Sarquis LMM, Felli VEA. Acidentes de trabalho com instrumento perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2002; 36(3):222-30.
 120. Secaf V, Rodrigues ARF. Enfermeiros que deixaram de exercer a enfermagem: por que? . *Rev latino-am.enfermagem.* 1998; 6(2):5-11.
 121. Stansfeld SA, Fuhrer R, Shipley MJ, Marmot MG. Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study. *Occup Environ Med.* 1999; 56:302-7.
 122. Stansfeld SM, Bosma H, Hemingway H, Marmot MG. Psychosocial work characteristics and social support as predictors of SF-36 health functioning: The Whitehall II Study. *Psychosom Med.* 1998; 60(3): 247-55.
 123. Schernhammer ES, Hankinson SE, Rosner B, Kroenke CH, Willett W, Colditz G et al. Job stress and breast cancer risk. *Am J Epidemiol.* 2004; 160: 1079-86.
 124. Schoeller SD. Economia e Política da Ordem Médica. In: Geovanini T, Moreira A, Schoeller SD, Machado WCA. *História da Enfermagem: Versões e Interpretações.* 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter Ltda. 2002.p.135-168.
 125. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(2):580-8.

126. Seigel S. Estatística não paramétrica para ciências do comportamento. Trad. de Farias AA. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil; 1975. p. 52-56; 131-43.
127. Sepkowitz KA, Eisenbergt. Occupational deaths among healthcare workers. *Emerging infectious diseases*. 2005; 11(7):1003-8.
128. Shimizu HE, Ciampone MHT. As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em Unidade Intensiva em um hospital-escola. *Rev Esc Enferm USP*. 2002; 36(2):148-55.
129. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychoc*. 1996; 1:27-41.
130. Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I e col. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med*. 2004; 58:1483-99.
131. Silva VEF, Kurcgant P, Queiroz VM. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. *Rev Bras Enferm*. 1998; 51(4):603-14.
132. Silva AA, Fischer FM, Borges FNS, Rotenberg L, Rosa PLFS, Latorre MRDO et al. Associated factors for health perception among nursing professionals. In: *Proceedings of Ninth International Symposium on Human Factors in Organizational Design and Management*; 2008 Mar 19-21; Brazil, São Paulo: IEA; 2008a. p.723-28.
133. Silva AA, Fischer FM, Fonseca MB, Soares NS, Borges FNS. Nursing personnel and the diversity of stressors associated with health dimensions. In: *Proceedings of Applied Human Factors and Ergonomics Conference*; 2008

- Jul 14-17; USA, Las Vegas: Waldemar Karwowski and Gavriel Salvendy; 2008b. sp.
134. Simon M, Tackenberg P, Nienhaus A, Estry-Behar, Conway PM, Hasselhorn HM. Back or neck-pain-related disability of nursing staff in hospital, nursing homes and home care in seven countries-results from the European NEXT-STUDY. *Int J Nurs Studies*. 2007; doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.11.003
 135. Sluiter JK, Frings-Dresen MHW. Quality of life and illness perception in working and sick-listed chronic RSI patients. *Int Arch Occup Environ Health*. 2008; 81:495-501.
 136. Smith DR, Wei N, Zhao L, Wang RS. Musculoskeletal complaints and psychosocial risk factors among Chinese hospital nurses. *Occup Med*. 2004; 54:579-82.
 137. Sullivan M, Karlsson J, Ware JE. The Swedish SF-36 health Survey-I. Evaluation of data quality, scaling assumptions, reability and construct validity across general population in Sweden. *Soc Sci Med*. 2005; 41(10):1349-58.
 138. Takase M, Maude P, Manias E. The impact of role discrepancy on nurses' intention to quit their jobs. *J Clin Nurs*. 2006; 15(9): 1071-80.
 139. Theorell T, Karasek R. Current Issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *J Occup Health Psych*. 1996; 1:9-26.
 140. Tountas Y, Demakakos PTH, Yfantopoulos Y, Aga J, Houliara L, Pavi E. The health related quality of life of employees in the healthy are the health workers. *Health and Quality of life Outcomes* [periódico na internet].2003

[acesso em 4 ago 2008];1:61. Disponível em:
<http://www.hqlo.com/content/1/1/61>

141. Trinkoff AM, Lipscomb JA, Geiger-Brown J, Storr CL, Brady BA. Perceived Physical demands and reported musculoskeletal problems in registered nurses. *Am J Prev Med.* 2003; 24(3): 270-5.
142. Trinkoff AM, Le R, Geiger-Brown J, Lipscomb J. Work schedule, needle use, and needlestick injuries among registered nurses. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2007; 28:156-64.
143. Vegchel N, Jonge J, Meijer T, Harmers JPH. Different effort constructs and effort-reward imbalance: effects on employee well-being in ancillary health care workers. *JAN.* 2000; 34:128-36.
144. Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Cien. Saúde Coletiva.* 2002; 7(4):607-21.
145. Walters V, Lenton R, French S, Eyles J, Mayr J, Newbold B. Paid work, unpaid work and social support: a study of the health of male and female nurses. *Soc Sci Med.* 1996; 43:1627-36.
146. Ware JE Jr. Standards for validating health measures: definition and content. *J Chronic Dis.* 1987; 40(6):473-80.
147. Ware JE Jr. Comments on the Use of Health Status Assessment in Clinical Settings. *Med Care.* 1992 Supl 30(5):205-9.
148. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) I. Conceptual Framework and Item Selection. *Med Care.* 1992; 30(6):473-83.

149. WHOQOL Group. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. *Soc Sci Med.* 1995; 41(10):1403-9.
150. Ware JE Jr. Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and International Quality of Life Assessment (IQOLA). *J Clin Epidemiol.* 1998; 51(11):903-12.
151. Ware JE. SF-36 Health Survey Update. *Spine.* 2000; 25(24):3130-39.
152. Winwood PC, Winefield AH, Lushington K. Work-related fatigue and recovery: the contribution of age, domestic responsibilities and shiftwork. *JAN.* 2006; 56(4):438-49.

ANEXO 1
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO

ANEXO 2
APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

ANEXO 3
QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO SOBRE CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO DE
TRABALHADORES DA ÁREA DA SAÚDE

01. N° na Pesquisa: _____

02. SETR01. Setor de Trabalho: _____

03. TURN01. Turno de Trabalho Atual: _____

04. HORA01. Horário de trabalho no Hospital São Paulo: _____ às _____ horas

05. CATP01. **Categoria Profissional**

Enfermeiro Auxiliar de Enfermagem Técnico em Enfermagem

06. SEXO01. **Sexo**

Feminino Masculino

07. IDAD01. **Idade** _____ anos completos.

08. ESTC01. **Estado Conjugal Atual**

Solteiro(a).....

Casado(a).....

Vive com companheiro(a)

Separado(a)/divorciado(a)

Viúvo(a)

09. ESCO01. Qual a última série/grau que você concluiu com aprovação?

Ensino Fundamental Incompleto

Ensino Fundamental completo

Ensino Médio incompleto

Ensino Médio completo

Ensino Técnico incompleto

Ensino Técnico completo

Ensino Superior incompleto

Ensino Superior completo

Pós-graduação incompleta

Pós-graduação completo

10. FILH01. Você tem filhos ou menores sob sua guarda, que moram com você?

sim não esporadicamente

Para as questões 11 a 15, caso você tenha menores, mesmo esporadicamente, sob sua guarda conte-os.

11. FILH02. Quantos filhos entre 0 e 1 ano você tem? ____ filhos Não se aplica
12. FILH03. Quantos filhos entre 1 e 3 anos você tem? ____ filhos Não se aplica
13. FILH04. Quantos filhos entre 3 e 6 anos você tem? ____ filhos Não se aplica
14. FILH05. Quantos filhos entre 6 e 14 anos você tem? ____ filhos Não se aplica
15. FILH06. Quantos filhos entre 14 e 18 anos você tem? ____ filhos Não se aplica
16. FILH07. Quantos filhos com mais de 18 anos você tem? ____ filhos Não se aplica
17. PESS01. Incluindo você. Quantas pessoas moram na sua casa? ____ pessoas
18. PESS02. Há pessoas em sua casa ou fora dela que você lhes dedique cuidados especiais (seja pela idade, estado de saúde ou outro problema)?
 Não
 Sim..... Quantas pessoas? ____ pessoas
- 19.CONJ01. Seu marido/esposa trabalha?
 Sim Não Não se aplica
- 20.CONJ02. Caso seu marido/esposa trabalhe, qual é a carga horária semanal dele/dela: ____ horas
 Não se aplica
- 21.CONJ03. Turno de trabalho do marido/esposa (na ocupação principal)
 Diurno Fixo (12 horas) ____ às ____ horas
 Diurno Fixo (6 ou 8 horas) ____ às ____ horas
 Noturno fixo.(12 horas) ____ às ____ horas
 Alternado ____ às ____ horas, ____ às ____ horas, ____ às ____ horas
 Outro Qual? _____
 Não se aplica
 Não sabe
 Não trabalha
22. REND01. Qual é a sua renda familiar: R\$ _____
23. REND02. Quantas pessoas contribuem para a renda familiar? _____ pessoas
24. REND03. Parte de sua renda familiar é usada para o sustento de outras pessoas que não moram com você (por exemplo pagamento de pensão, sustento de idosos, etc...)
 Não

Sim. Quantas pessoas? _____ pessoas

25. REND04. Se você sustenta pessoas que não moram com você, quanto de sua renda familiar sobra para

você e para quem mora com você?

R\$ _____

Não sustento ninguém que não more comigo

26. REND05. Durante o último mês você teve dificuldade para pagar:

o aluguel/prestação da casa

despesas da casa (água, luz, telefone, gás)

supermercado/feira

despesas com educação (dos filhos, sua mesmo ou de outras pessoas)

despesas com saúde (hospital/plano de saúde/medicamentos)

outras despesas. Quais? _____

Não tive dificuldades

27. REND06. Quem tem maior responsabilidade financeira com as despesas em sua casa?

você

seu marido/esposa

você e outra(a) pessoa(s) _____

outra(s) pessoa(s) _____

28. TDOM01. Quando você está em casa, é sua responsabilidade:

Tarefa	Não	Sim, a menor parte	Divido igualmente	Sim, a maior parte	Sim, inteiramente
1. Cuidar das crianças ?	<input type="checkbox"/>				
2. Cuidar da limpeza ?	<input type="checkbox"/>				
3. Cozinhar?	<input type="checkbox"/>				
4. Lavar roupas?	<input type="checkbox"/>				
5. Passar roupas?	<input type="checkbox"/>				

29. TDOM02. Você conta com uma empregada doméstica:

mensalista diarista não tenho empregada doméstica

30. TDOM03. Na última semana, quantas horas aproximadamente, você se dedicou ao **trabalho doméstico** ?

2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	Sábado	Domingo

31. TDOM04. Qual a participação de seu marido (esposa), ou companheiro(a) ou outra pessoa que more com você (mãe, tia, outro parente), nas tarefas domésticas?

nenhuma

ajuda de vez em quando

- divide igualmente
- faz quase todas as tarefas
- faz todas as tarefas
- não se aplica

32. TDOM05. COMO VOCÊ CONSIDERA AS ATIVIDADES QUE VOCÊ REALIZOU NESTA ÚLTIMA SEMANA?

- as mesmas que sempre realizo
- diferentes, tive mais tempo livre pois estava de férias
- diferentes, tive mais tempo livre pois estava de licença
- diferentes, tive mais tempo livre por outro motivo qualquer

33. LAZ01. O que você costuma fazer nos seus horários de folga? **(pode marcar mais de uma)**

- VER TELEVISÃO
- BRINCA COM OS FILHOS/SOBRINHOS OU CRIANÇAS SOB SUA RESPONSABILIDADE
- FICAR COM O MARIDO(ESPOSA)/NAMORADO(A)/COMPANHEIRO(A)
- IR AO CINEMA, TEATRO, FUTEBOL
- SAIR COM OS AMIGOS, IR A BARES/RESTAURANTES
- PRATICAR ESPORTES/EXERCÍCIOS
- IR A IGREJA/TEMPLO/SINAGOGA/MESQUITA
- OBRIGAÇÕES SOCIAIS (ANIVERSÁRIOS/CASAMENTOS/VISITAS A DOENTES)

34. LAZ02. Você diria que por causa do seu trabalho, você geralmente não tem tempo suficiente para

	Sim	Às vezes	Não
1. Cuidar de si mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Para as tarefas da casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Para repouso durante a semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Para o lazer nos dias de folga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Para as crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Para cuidar de assuntos pessoais/casa (compras, pagamentos, etc..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. LAZ03. Em relação à afirmativa “Você geralmente **não consegue** parar de pensar no trabalho durante a folga”,

- Sim, sempre penso
- Penso muitas vezes
- Penso de vez em quando
- Nunca penso

36. TRAB01. COM QUE IDADE VOCÊ COMEÇOU A TRABALHAR? ____ ____ ANOS
37. TRAB02. Há quantos anos trabalha na área de enfermagem? ____ ____ anos
38. TRAB03. Há quantos anos trabalha neste hospital ? ____ ____ anos
39. TRAB04. Você recebe adicional de insalubridade/periculosidade?
 Sim Não
40. TRAB05. Há quanto tempo você trabalha em turnos¹? ____ ____ anos
41. TRAB06. Se trabalha em **turnos noturnos** (considerando este ou outro hospital/clínica), há quanto tempo? _____ anos
42. TRABNOT01. Se **não** está trabalhando à noite atualmente: Já trabalhou à noite antes?
- não
- sim, regularmente, 1 ou 2 vezes por semana
- sim, regularmente, 3 ou 4 vezes por semana
- sim, ocasionalmente
- sim, raramente
- Não se aplica
43. TRABNOT02. Se sim, por quanto tempo trabalhou à noite anteriormente? ____
____ anos

¹ O trabalho em turnos pode ser entendido como uma organização do trabalho onde há continuidade na prestação de serviços além do horário diurno. Todos os hospitais trabalham em turnos. O trabalho é geralmente desenvolvido por duas ou mais equipes que se sucedem no mesmo ou em outro local de trabalho. Os horários de trabalho de cada pessoa podem ser fixos, irregulares ou ter uma alternância regular (por exemplo: manhã ⇒ tarde ⇒ noite).

não se aplica

44. TRABNOT03. Se sim, há quanto tempo deixou de trabalhar à noite ? ____ ____ anos

não se aplica

45. TRANSP01. Em geral, quanto tempo você leva para vir de sua casa para o trabalho (hospital ou

ambulatório)

nos dias de semana ? ____ h ____ min;

e nos fins de semana? ____ h ____ min

46. TRANSP02. Em geral, quanto tempo você leva para retornar do trabalho para a sua casa?

nos dias de semana ? ____ h ____ min;

e nos fins de semana? ____ h ____ min

47. OUTRAB01. Além deste emprego, tem mais algum trabalho ou outra atividade regular que lhe dê rendimentos?

não

sim, em outro hospital ou clínica

sim, outro trabalho _____

48. OUTRAB02. Se você tem outro emprego atualmente na área de enfermagem,

você trabalha quantas horas e em que horário no outro local ?

Diurno Fixo (12 horas) _____ às _____ horas

Diurno Fixo (6 ou 8 horas) _____ às _____ horas

Noturno fixo.(12 horas) _____ às _____ horas

Alternado _____ às _____ horas, _____ às _____ horas, _____ às _____ horas

Outro Qual? _____

Não se aplica

Não sabe

Não trabalha

49. OUTRAB03. Há quanto tempo trabalha neste outro local? ____ ____ anos

Não se aplica

50. AMBTRAB01. Como é o local onde você trabalha? Por favor, responda a todas as questões

Condições do local de trabalho no Hospital São Paulo	Nunca	Às vezes	Freqüentemente	Sempre
1. Limpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Iluminado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quente na maior parte do verão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Frio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ventilação adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Abafado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Úmido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Barulhento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Malcheiroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condições do local de trabalho no Hospital São Paulo	Nunca	Às vezes	Freqüentemente	Sempre
10. Ambiente organizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Radiações ionizantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Presença de solventes e anestésicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mudanças de tecnologia e equipamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Risco de infecção hospitalar/contaminação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. AMBTRAB02. Se você trabalha em outro local. Como é o local onde você trabalha? Por favor, responda a todas as questões

Não se aplica, pois não trabalho em outro local

Condições do local de trabalho fora do Hospital São Paulo	Nunca	Às vezes	Freqüentemente	Sempre
1. Limpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Iluminado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quente na maior parte do verão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Frio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ventilação adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Abafado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Úmido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Barulhento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Malcheiroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ambiente organizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Radiações ionizantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Presença de solventes e anestésicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mudanças de tecnologia e equipamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Risco de infecção hospitalar/contaminação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

52. ESPTRAB01. Algumas vezes, as pessoas perdem os empregos que gostariam de manter. Nos próximos 2 anos, você acha que vai continuar no seu **emprego atual** no Hospital São Paulo?

- Não é provável que eu perca meu emprego atual
- É pouco provável
- É provável que ocorra
- É muito provável que eu perca meu emprego atual

53. ESPTRAB02. Algumas vezes, as pessoas perdem os empregos que gostariam de manter. Nos próximos 2 anos, você acha que vai continuar no seu **emprego atual** fora do Hospital São Paulo?

- Não é provável que eu perca meu emprego atual
- É pouco provável
- É provável que ocorra
- É muito provável que eu perca meu emprego atual
- Não se aplica

54. TREI01. Para fazer o seu trabalho, você teve treinamento?

- Não
- Sim

55. TREI02. Para fazer o seu trabalho, você utiliza o que foi aprendido no programa de treinamento? **(pode marcar mais de uma)**

- Sim, porque me obrigam
- Sim, porque eu sei que é importante para evitar os acidentes de trabalho
- Sim, porque eu sei que é importante para não prejudicar a minha saúde
- Sim, porque treino outras pessoas

- Não, porque o que eu faço qualquer um consegue fazer
- Não, porque ninguém exige
- Não porque eu já trabalhei com isso antes e eu já sei como fazer o meu trabalho

56. AC01. Você já sofreu acidente de trabalho? **(Se sofreu vários acidentes favor referir-se ao último)**

- Não
- Sim, no meu local de trabalho atual
- Sim, em um outro local de trabalho anterior ao atual no Hospital São Paulo
- Sim, no meu outro local de trabalho fora do Hospital São Paulo

57. AC02. A que horas você começou a trabalhar no dia do acidente? **(Se sofreu vários acidentes favor referir-se ao último)** _____ horas
 Não se aplica

58. AC03. A que horas ocorreu o acidente? **(Se sofreu vários acidentes favor referir-se ao último)**
 _____ horas Não se aplica

59. AC04. Qual foi o tipo de acidente? Você pode assinalar mais de uma alternativa.

- Queda
- Manipulação de objetos cortantes ou perfurantes
- Agressão involuntária de paciente
- Agressão voluntária de paciente
- Queimadura
- Intoxicação (solventes, anestésicos)
- Transporte de equipamento
- Outra. Especificar: _____
- Não se aplica

60. DOTRAB01. Você está sofrendo ou já sofreu de alguma doença relacionada ao seu trabalho **(assinale sim apenas para doenças com diagnóstico médico)**

- Não
- Sim, estou sofrendo. Qual doença? _____
- Sim, já sofri. Qual doença? _____

61. ESFFIS01. O seu trabalho exige esforço físico:

Esforço Físico	Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Freqüentemente	Sempre
1. Empurrar	<input type="checkbox"/>				
2. Puxar	<input type="checkbox"/>				

3. Levantar/carregar objetos	<input type="checkbox"/>				
4. Carregar pacientes	<input type="checkbox"/>				
5. Realizar esforços repetitivos (como digitação por exemplo)	<input type="checkbox"/>				
6. Outros. Quais? _____	<input type="checkbox"/>				

62. POST01. Durante sua principal atividade, quais posturas do corpo são necessárias para realizar seu trabalho?

Posturas corporais	Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Freqüentemente	Sempre
1. Em pé, ereta (o)	<input type="checkbox"/>				
2. Em pé, curvada (o) até 45 graus	<input type="checkbox"/>				
3. Em pé, curvada (o) até 90 graus	<input type="checkbox"/>				
4. Sentada (o)	<input type="checkbox"/>				
5. Sentada (o), usando os braços	<input type="checkbox"/>				
6. Andando com o corpo ereto	<input type="checkbox"/>				
7. Andando com o corpo inclinado	<input type="checkbox"/>				
8. Agachada (o)	<input type="checkbox"/>				
9. Com o tronco torcido	<input type="checkbox"/>				
10. Outras. Quais? _____	<input type="checkbox"/>				

63. POST02. Quais as posições dos seus braços nas suas atividades mais freqüentes?

Braços	Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Freqüentemente	Sempre
1. Abaixo dos ombros	<input type="checkbox"/>				
2. Acima dos ombros	<input type="checkbox"/>				
3. Na altura dos ombros	<input type="checkbox"/>				

64. POST03. Você pode descansar os braços facilmente em algum apoio quando está realizando algum trabalho (procedimentos com pacientes, trabalho administrativo) ?

Nunca Às vezes Freqüentemente Sempre

65. ESFMENT01. O seu trabalho exige esforço mental

Esforço Mental	Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Freqüentemente	Sempre
1. Tomar decisões rapidamente	<input type="checkbox"/>				
2. Muita concentração para realização de tarefas	<input type="checkbox"/>				

3. Uso de procedimentos complicados (em vários passos) para realizar tarefas exigidas	<input type="checkbox"/>				
4. Transmissão de informações precisas (preenchimento de prontuários)	<input type="checkbox"/>				
5. Outros. Quais? _____	<input type="checkbox"/>				

66. TENS01. O seu trabalho apresenta situações de conflito e tensão

Conflito/tensão	Nunca	Às vezes	Freqüentemente	Sempre	Não se aplica
1. Com seus superiores	<input type="checkbox"/>				
2. Com seus subalternos	<input type="checkbox"/>				
3. Com seus colegas	<input type="checkbox"/>				
4. Com pacientes	<input type="checkbox"/>				
5. Com acompanhantes	<input type="checkbox"/>				
6. Outros. Quais? _____	<input type="checkbox"/>				

67. DEMCONT01. Por favor, responda as questões abaixo:

	Sempre/ Freqüentemente	Às Vezes	Raramente	Nunca
1. Com que freqüência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Com que freqüência você tem que trabalhar intensamente? (isto é, produzir muito em pouco tempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sempre/ Freqüentemente	Às Vezes	Raramente	Nunca
3. Seu trabalho exige demais de você?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas do seu trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Você tem possibilidade de aprender coisas novas no seu trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Seu trabalho exige que você tome iniciativas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. SUPP01. Responda às questões abaixo.

	Concordo Totalmente	Concordo mais do que discordo	Discordo mais do que concordo	Discordo Totalmente
1. Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Se eu não estiver em um bom dia, meus colegas me compreendem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. No trabalho eu me relaciono bem com meus chefes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Eu gosto de trabalhar com meus colegas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

69. ER101. Constantemente, eu me sinto pressionado pelo tempo por causa da carga pesada de trabalho.

- Concordo ➔ E com isso, eu fico:
- nem um pouco estressado um pouco estressado estressado
- muito estressado
- Discordo
-

70. ERI02. Frequentemente eu sou interrompido e incomodado no trabalho.

- Concordo ➔ E com isso, eu fico:

- nem um pouco estressado um pouco estressado estressado
 muito estressado

Discordo

71. ERI03. Eu tenho muita responsabilidade no meu trabalho.

Concordo → E com isso, eu fico:

- nem um pouco estressado um pouco estressado estressado
 muito estressado

Discordo

72. ERI04. Frequentemente, eu sou pressionado a trabalhar depois da hora.

Concordo → E com isso, eu fico:

- nem um pouco estressado um pouco estressado estressado
 muito estressado

Discordo

73. ERI05. Meu trabalho exige muito esforço físico.

Concordo → E com isso, eu fico:

- nem um pouco estressado um pouco estressado estressado
 muito estressado

Discordo

74. ERI06. Nos últimos anos, meu trabalho passou a exigir cada vez mais de mim.

Concordo → E com isso, eu fico:

- nem um pouco estressado um pouco estressado estressado
 muito estressado

Discordo

75. ERI07. Eu tenho o respeito que mereço dos meus chefes.

Concordo → E com isso, eu fico:

- nem um pouco estressado um pouco estressado estressado
 muito estressado

Discordo

76. ERI08. Eu tenho o respeito que mereço dos meus colegas de trabalho.

Concordo

Discordo → E com isso, eu fico:

nem um pouco estressado um pouco estressado estressado muito estressado

77. ERI09. No trabalho, eu posso contar com apoio em situações difíceis.

Concordo → E com isso, eu fico:

nem um pouco estressado um pouco estressado estressado
 muito estressado

Discordo

78. ERI10. No trabalho, eu sou tratado injustamente.

Concordo → E com isso, eu fico:

nem um pouco estressado um pouco estressado estressado
 muito estressado

Discordo

79. ERI11. Eu vejo poucas possibilidades de ser promovido no futuro.

Concordo → E com isso, eu fico:

nem um pouco estressado um pouco estressado estressado
 muito estressado

Discordo

80. ERI12. No trabalho, eu passei ou ainda posso passar por mudanças não desejadas.

Concordo → E com isso, eu fico:

nem um pouco estressado um pouco estressado estressado
 muito estressado

Discordo

81. ERI13. Tenho pouca estabilidade no emprego.

Concordo → E com isso, eu fico:

nem um pouco estressado um pouco estressado estressado
 muito estressado

Discordo

82. ERI14. A posição que ocupo atualmente no trabalho está de acordo com a minha formação e treinamento.

Concordo

Discordo → E com isso, eu fico:

nem um pouco estressado um pouco estressado estressado muito estressado

83. ERI15. No trabalho, levando em conta todo o meu esforço e conquistas, eu recebo o respeito e o reconhecimento que mereço.

Concordo

Discordo → E com isso, eu fico:

nem um pouco estressado um pouco estressado estressado muito estressado

84. ERI16. Minhas chances futuras no trabalho estão de acordo com meu esforço e conquistas.

Concordo

Discordo → E com isso, eu fico:

nem um pouco estressado um pouco estressado estressado muito estressado

85. ERI17. Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado.

Concordo

Discordo → E com isso, eu fico:

nem um pouco estressado um pouco estressado estressado muito estressado

Por favor, assinale até que ponto você *concorda* ou *discorda* das afirmativas abaixo. Agradecemos por responder a todas as afirmativas.

86. ERI18. No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado pela pressão do tempo.

Discordo Totalmente Discordo Concordo
Concordo Totalmente

87. ERI19. Assim que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas do trabalho.

Discordo Totalmente Discordo Concordo
Concordo Totalmente

88. ERI20. Quando chego em casa, eu consigo relaxar e “me desligar” facilmente do meu trabalho.

Discordo Totalmente Discordo Concordo
Concordo Totalmente

89. ERI21. As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho.

Discordo Totalmente Discordo Concordo
Concordo Totalmente

90. ERI22. O trabalho não me deixa; ele ainda está na minha cabeça quando vou dormir.

Discordo Totalmente Discordo Concordo
Concordo Totalmente

91. ERI23. Não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje.

Discordo Totalmente Discordo Concordo
Concordo Totalmente

Instruções: Esta parte da pesquisa questiona vocês sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

94.SF36.Em geral, você diria que sua saúde é :

Excelente
Muito boa
Boa
Ruim
Muito Ruim

95. SF36.Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito melhor agora do que há um ano atrás.....

Um pouco melhor agora do que há um ano atrás.....

Quase a mesma de um ano atrás.....

Um pouco pior agora do que há um ano atrás.....

Muito pior agora do que há um ano atrás.....

96.SF36.Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Levantar ou carregar mantimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Subir vários lances de escada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Subir um lance de escada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Andar mais de 1 quilômetro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Andar vários quarteirões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Andar um quarteirão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Tomar banho ou vestir-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

97.SF36.Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex.: necessitou de um esforço extra)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

98.SF36.Durante **as últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

99.SF36.Durante **as últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

- De forma nenhuma
- Ligeiramente
- Moderadamente
- Bastante
- Extremamente

100.SF36.Quanta dor no corpo você teve durante **as últimas 4 semanas**?

- Nenhuma
- Muito leve
- Leve
- Moderada
- Grave
- Muito grave

101.SF36.Durante **as últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa como dentro de casa)?

- De maneira alguma
- Um pouco
- Moderadamente
- Bastante
- Extremamente

102.SF36.Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante **as últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação **as últimas 4 semanas**.

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca

a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	<input type="checkbox"/>					
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	<input type="checkbox"/>					
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	<input type="checkbox"/>					
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	<input type="checkbox"/>					
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	<input type="checkbox"/>					
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	<input type="checkbox"/>					
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	<input type="checkbox"/>					
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	<input type="checkbox"/>					
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	<input type="checkbox"/>					

103.SF36. Durante as últimas **4 semanas**, quanto do seu tempo a sua capacidade física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

- Todo o tempo
 A maior parte do tempo
 Alguma parte do tempo
 Uma pequena parte do tempo
 Nenhuma parte do tempo

104.SF36.O quanto **verdadeiro ou falso** é cada uma das afirmações para você?

	Definitiva -mente verdadeira	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitiva -mente falsa
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoas que eu conheço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d) Minha saúde é excelente	<input type="checkbox"/>				
----------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

138. FUMO01. Você fuma?

- Sim
 Não, nunca fumei
 Não, fumei no passado, mas parei de fumar

139. FUMO02. Se sim. Quantos cigarros? _____ por dia

140. FUMO03. Há quanto tempo você fuma? _____ anos

141. FUMO04. Se você fumou no passado, por quanto tempo você fumou? _____ anos

142. FUMO05. Quantos cigarros você fumava? _____ por dia

Use o quadro abaixo como referência para as questões sobre bebida alcoólica.

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 caipirinha

143. BEBI01. Você bebe?

- Sim
 Não, nunca bebi
 Não, bebi no passado, mas parei de beber

144. BEBI02. Se você bebe **durante os dias de trabalho**, qual bebida você toma?.

	Por dia	Por semana	Por mês
Cerveja : _____ dose(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vinho: _____ dose(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aguardente (cachaça, pinga): _____ dose(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conhaque: _____ dose(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vodka: _____ dose(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra bebida: _____; _____ dose(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Não bebo			

145. BEBI03. Se você bebe durante os dias de folga, qual bebida você toma?.

	Por dia	Por semana	Por mês
Cerveja : _____ dose(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vinho: _____ dose(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aguardente (cachaça, pinga): _____ dose(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conhaque: _____ dose(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vodka: _____ dose(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outra bebida: _____; _____ dose(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Não bebo			

146. BEBI04. **Há quanto tempo você bebe** regular ou irregularmente? _____ anos
 Nunca bebi

147. BEBI05. **Se você parou de beber**, mas bebeu regular ou irregularmente no passado, por quanto tempo você bebeu? _____ anos
 Nunca bebi

148. BEBI06. **Se você bebeu no passado**. Que bebida você tomava?

	Por dia	Por semana	Por mês
Cerveja : _____ dose(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vinho: _____ dose(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aguardente (cachaça, pinga): _____ dose(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conhaque: _____ dose(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vodka: _____ dose(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra bebida: _____; _____ dose(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nunca bebi			

149. CAF01. Você toma café?
 Não Sim. Quantas xícaras por dia? _____ xícaras

150. CHA01. Você toma chá mate ou chá preto ?
 Não Sim. Quantas xícaras por dia? _____ xícaras

151. EXC01. Nas últimas DUAS SEMANAS, você praticou alguma atividade física para melhorar sua saúde, condição física ou com objetivo estético ou de lazer ?
 Não Sim.

152. EXC02. Nas últimas DUAS SEMANAS, para cada atividade marque SIM ou NÃO. Sempre que você marcou SIM indique o número de vezes que você praticou a atividade física.

ATIVIDADE		Nº DE VEZES	TEMPO GASTO (nas 2 semanas)
Caminhada devagar	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	_____ vezes	_____ minutos
Caminhada rápida	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	_____ vezes	_____ minutos
Ioga ou alongamento	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	_____ vezes	_____ minutos

Bicicleta ou natação devagar	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	_____ vezes	_____ minutos
Bicicleta ou natação rápida	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	_____ vezes	_____ minutos
Ginástica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	_____ vezes	_____ minutos
Outros esportes ou atividades. Qual? _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	_____ vezes	_____ minutos

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)