



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO DE SAÚDE COLETIVA

IRACEMA LUA

**SAÚDE DAS TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO
BÁSICA NA BAHIA**

FEIRA DE SANTANA
2014

IRACEMA LUA

**SAÚDE DAS TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO
BÁSICA NA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva oferecido pelo Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana como exigência para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Professora Dra. Maura Maria Guimarães de Almeida

FEIRA DE SANTANA
2014

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

Lua, Iracema

L96s Saúde das trabalhadoras de enfermagem da atenção básica na Bahia / Iracema Lua. – Feira de Santana, 2014.

143 f. : il.

Orientadora: Maura Maria Guimarães de Almeida.

Mestrado (dissertação) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

1. Enfermeiro – Saúde do trabalhador. 2. Transtornos Mentais Comuns (TMC). 3. Enfermagem. 4. Atenção básica – Bahia. I. Almeida, Maura Maria Guimarães de, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

IRACEMA LUA

**SAÚDE DAS TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO
BÁSICA NA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva oferecido pelo Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana como exigência para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Epidemiologia

PARECER:

1. Trabalho aprovado sem alteração ()
2. Trabalho aprovado com sugestão ()
3. Trabalho não aprovado ()

Data da aprovação ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Maura Maria Guimarães de Almeida
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

Profa. Dra. Rita de Cássia Pereira Fernandes
Universidade Federal da Bahia

Profa. Dra. Tânia Maria de Araújo
Universidade Estadual de Feira de Santana

RESUMO

Aponta-se que o adoecimento do trabalhador causa danos individuais e coletivos, interferindo na qualidade dos serviços prestados, com ênfase para os profissionais de enfermagem, pela direta atribuição com a qualidade da assistência e pelas elevadas cargas de estresse às quais esses profissionais estão expostos em seu ambiente de trabalho. Pela predominância feminina desta categoria foram abordadas ainda as questões de gênero, a fim de se analisar os riscos de exposição e os perfis de morbimortalidade, não mais sob visão biologicista, considerando os fatores sociais nas análises epidemiológicas. Face a tais questões, objetivou-se analisar os fatores que estão associados às condições de saúde física e mental em trabalhadoras de enfermagem da atenção básica na Bahia. Adotou-se como procedimento metodológico um estudo transversal em cinco cidades baianas entre 2011-2013, com uma amostra de 451 trabalhadoras de enfermagem. Utilizou-se um questionário com 8 blocos de questões referentes às características sociodemográficas, hábitos de vida, situação de trabalho, aspectos psicossociais do trabalho, percepção do trabalho e da vida e situação de saúde. O Self Reporting Questionnaire - SRQ-20 foi utilizado para rastrear TMC e a autoavaliação do estado de saúde foi identificada a partir da pergunta: “De modo geral, em comparação às pessoas da sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde?” Para verificar os fatores associados aos desfechos, empregou-se a análise de regressão logística em blocos. Considerando os resultados, foram identificadas prevalência de transtornos mentais comuns de 16,2% e de autoavaliação negativa do estado de saúde de 15,8%, estando essas ocorrências associadas a fatores diversos. As variáveis estatisticamente associadas ao TMC, no modelo final de análise, foram: categoria profissional, jornada de trabalho semanal, segurança pessoal ameaçada no trabalho, sobrecarga doméstica, desequilíbrio esforço-recompensa (ERI), satisfação consigo mesmo, avaliação da qualidade de vida e autoavaliação do estado de saúde. Enquanto que, para a autoavaliação negativa do estado de saúde, as variáveis que melhor se aplicaram foram: compatibilidade das atividades desenvolvidas, sobrecarga doméstica, situação de trabalho segundo o Modelo Demanda-Control de Karasek, avaliação da qualidade de vida e transtornos mentais comuns. Os resultados encontrados reforçam e renovam as evidências científicas sobre o tema, reafirmando a relação entre o processo saúde-doença e o trabalho, seja ele profissional ou doméstico, bem como a associação presente entre a saúde física e mental. Destaca-se a importância dos aspectos psicossociais do trabalho na saúde das trabalhadoras, evidenciada pela associação dos desfechos com o Modelo Demanda-Control ou com o Modelo desequilíbrio Esforço-Recompensa (ERI). Os resultados desse estudo direcionam para a relevância de discussões e mudanças nas organizações de trabalho da enfermagem nos serviços de atenção básica na tentativa de minimizar o estresse e a insatisfação ocupacional, e promover a saúde dessa categoria, bem como a qualidade da assistência prestada por estes.

Palavras-chave: trabalhadoras - enfermagem - transtornos mentais comuns - percepção de saúde - atenção básica

ABSTRACT

We emphasize in this survey the illness of the worker concerned individual and collective damage that affects the quality of services provided for, with emphasis on nursing professionals, related to the direct contribution to the quality of care and the high stress loads which these professionals are exposed to, in their environment job. Due to female predominance in this category was necessary to approach gender issues in order to analyze the risks of exposure and morbidity profiles no longer under a biological vision, considering social factors in epidemiological analyzes. Considering such problems, we aimed to analyze the factors that are associated with conditions of physical and mental health workers in primary care nursing in Bahia. As a methodological approach, a cross sectional study was conducted in five cities in Bahia in 2011-2013, with a sample of 451 nursing workers. An 8-section questionnaire was elaborated relating to sociodemographic lifestyle, employment status, psychosocial aspects of working, perception of work and life, and health status. The Self Reporting Questionnaire - SRQ - 20 was used to track TMC and self-rated health was identified from the question: "In general, comparing yourself to people of your age, how have you considered your health?" To verify the factors associated with the outcome, we used the analysis of logistic regression in blocks. On considering the results, we identified 16.2 % prevalence of Common Mental Disorders, and 15.8 % of negative self-rated health status, and such occurrences were associated with several factors. The variables statistically associated with TMC, in the final model of analysis were: occupation, workweek, personal safety threatened at work, overload housework, the effort-reward model (ERI), self-satisfaction, assessment of quality of life and self-rated health. While for the negative self-rated health status, the variables that best were applied were: compatibility of the activities, overload housework, according to the Karasek's demand-control model, evaluation of quality of life and common mental disorders. Our results reinforce and renew the scientific evidence on subject, reaffirming the relationship between the health-disease process and work, be it professional or domestic as well as the present association between physical fitness and mental health. We highlight the importance of psychosocial aspects of work on workers' health, as evidenced by the association of outcomes with the demand-control model or the effort - reward imbalance model (ERI). The results of the study direct relevance to discussions and changes in the nursing work organizations in an attempt to minimize stress and occupational dissatisfaction, and promote health in this category.

Keywords: woman-workers – nursing – common mental disorders – perception of health – primary care

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Modelo demanda-controle de Karasek	22
Figura 2	- Modelo teórico-conceitual com variáveis associadas aos Transtornos Mentais Comuns e/ou Autoavaliação do estado de saúde	44
Figura 3	- Cálculo do tamanho da amostra final para o desfecho de autoavaliação do estado de saúde	50
Figura 4	- Cálculo do tamanho da amostra final para o desfecho de Transtornos Mentais Comuns	50
Figura 5	- Critérios de seleção para a construção do modelo final de regressão logística	60
Figura 6	- Ordem de entrada dos blocos na análise se regressão logística inter-blocos	60

LISTA DE TABELAS

ARTIGO I

Tabela 1	-	Prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) segundo variáveis sociodemográficas de hábitos de vida das trabalhadoras de enfermagem da atenção básica na Bahia, 2011 -2013	69
Tabela 2	-	Prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) segundo a situação de trabalho e os aspectos psicossociais do trabalho das trabalhadoras de enfermagem da atenção básica na Bahia, 2011-2013	71
Tabela 3	-	Prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) segundo a percepção do trabalho e da vida das trabalhadoras de enfermagem da atenção básica na Bahia, 2011-2013	72
Tabela 4	-	Prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) segundo a situação de saúde das trabalhadoras de enfermagem da atenção básica na Bahia, 2011-2013	73
Tabela 5	-	Prevalência (%) dos grupos de sintomas psíquicos avaliados pelo Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em trabalhadoras de enfermagem da atenção básica na Bahia, 2011-2013	74
Tabela 6	-	Fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns em trabalhadoras de enfermagem da atenção básica na Bahia, 2011-2013, obtidos na análise multivariada	76

ARTIGO II

Tabela 1	-	Prevalência de autoavaliação negativa do estado de saúde segundo variáveis sociodemográficas de hábitos de vida das trabalhadoras de enfermagem da atenção básica na Bahia, 2011-2013	93
Tabela 2	-	Prevalência de autoavaliação negativa do estado de saúde segundo a situação de trabalho e os aspectos psicossociais do trabalho das trabalhadoras de enfermagem da atenção básica na Bahia, 2011-2013	95
Tabela 3	-	Prevalência de autoavaliação negativa do estado de saúde segundo a percepção do trabalho e da vida das trabalhadoras de enfermagem da atenção básica na Bahia, 2011-2013	96
Tabela 4	-	Prevalência de autoavaliação negativa do estado de saúde segundo a situação de saúde das trabalhadoras de enfermagem da atenção básica na Bahia, 2011-2013	97
Tabela 5	-	Fatores associados à autoavaliação negativa do estado de saúde em trabalhadoras de enfermagem da atenção básica na Bahia, 2011-2013, obtidos na análise multivariada	100

LISTA DE GRÁFICOS

ARTIGO I

Gráfico 1	-	Curva Receiver Operating Characteristic (ROC) do modelo final de regressão logística	77
Gráfico 2	-	Observações influentes no modelo final de regressão logística	77

ARTIGO II

Gráfico 1	-	Curva Receiver Operating Characteristic (ROC) do modelo final de regressão logística	100
Gráfico 2	-	Observações influentes no modelo final de regressão logística	101

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1	Situação de trabalho e saúde	15
2.1.1	Saúde dos trabalhadores	17
2.1.2	Aspectos psicossociais do trabalho	17
2.1.2.	Estresse ocupacional	19
2.1.2.2	Modelo demanda-controle	21
2.1.2.3	Suporte social	23
2.1.2.4	Modelo desequilíbrio esforço-recompensa	24
2.1.3	Situação de trabalho na atenção básica à saúde	26
2.1.4	Situação de trabalho na enfermagem	28
2.1.5	Gênero, saúde e trabalho	30
2.2	Percepção do trabalho e da vida	34
2.3	Condições de saúde	36
2.3.1	Saúde física: autoavaliação do estado de saúde	37
2.3.2	Saúde mental: transtornos mentais comuns (TMC)	39
2.3.2.1	Self reporting questionnaire (SRQ-20)	40
2.4	Modelo preditivo	41
2.4.1	Variáveis de exposição para os Transtornos Mentais Comuns	41
2.4.2	Variáveis de exposição para a autoavaliação do estado de saúde	45
3	MÉTODOS	47
3.1	Tipo de estudo	47
3.2	Campo de estudo	47
3.3	População do estudo	48
3.4	Técnica de coleta de dados	50
3.5	Instrumento de coleta de dados	51
3.6	Definição das variáveis	54
3.6.1	Variáveis de exposição	56
3.6.2	Variáveis desfecho	58
3.7	Técnica de análise de dados	58
3.8	Aspectos éticos	61
4	RESULTADOS	63
4.1	ARTIGO 1- Transtorno mentais comuns em trabalhadoras de enfermagem da Atenção Básica	63
4.2	ARTIGO 2 - Fatores associados à percepção do estado de saúde de	

	trabalhadoras de enfermagem da Atenção Básica	89
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
	REFERÊNCIAS	112
	ANEXOS	127

1 INTRODUÇÃO

A saúde é o estado de bem-estar físico, psíquico e social, que tem como determinantes as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Este conceito ampliado da saúde, defendido pela epidemiologia social, confirma a multicausalidade do processo saúde-doença. Desta forma, a presente pesquisa está embasada nesses conceitos.

Foram estudados o adoecimento físico e mental, identificados a partir da autoavaliação do estado de saúde e dos Transtornos Mentais Comuns (TMC), respectivamente. A autoavaliação do estado de saúde é uma maneira válida e relevante para o diagnóstico das condições de saúde física de indivíduos e populações (BARROS et al., 2009). Em relação à saúde mental, estudos da área têm evidenciado os elevados índices de transtornos mentais comuns.

Os danos causados à saúde dos trabalhadores estendem-se para além do nível individual, contribuindo, também, para o aumento dos gastos públicos com a saúde e com os grandes índices de absenteísmo provenientes do adoecer do trabalhador. Além disso, podem ser acrescentados os prejuízos que interferem na qualidade dos serviços prestados por esses trabalhadores aos usuários dos serviços de saúde.

Devido à importância que a qualidade de vida e a saúde dos profissionais de saúde têm sobre a qualidade de assistência e saúde da população, neste estudo, os sujeitos de investigação foram os profissionais de enfermagem, pois suas atividades laborais têm contribuição direta na qualidade de vida dos usuários do sistema de saúde, bem como na qualidade desse sistema.

Esses profissionais têm como principal campo de atuação o serviço público, onde a evidência científica e a prática identificam a precariedade do trabalho desses profissionais atuantes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta perspectiva de precarização do trabalho, estão inclusos as baixas remunerações, os contratos inseguros de trabalho através de cooperativas e prestação de serviços que sofrem influências políticas e são desprovidos de benefícios trabalhistas, os *déficits* de recursos humanos, materiais e financeiros, bem como a elevada demanda de atendimento. Essas e outras características das condições de trabalho dos profissionais de enfermagem foram verificadas, buscando-se identificar os fatores que representam riscos à saúde.

A relevância da realização de estudos na área de saúde e trabalho dos profissionais de enfermagem é evidenciada, ainda, pelas elevadas cargas de estresse às quais esses

profissionais estão expostos em seu ambiente de trabalho. De acordo com Murofuse, Abranches e Napoleão (2005, p. 259), a enfermagem foi classificada pela Health Education Authority como a “[...] quarta profissão mais estressante, no setor público, e vem tentando profissionalmente afirmar-se para obter maior reconhecimento social.” Foram verificados, em um trabalho com enfermeiros suecos, valores superiores a 80% de estresse elevado a muito elevado (GOMES, CRUZ, CABANELAS, 2009).

A falta de reconhecimento social desta categoria se dá pelas suas características femininas, na qual ocorre uma predominância de integrantes deste sexo baseada na divisão sexual e social do trabalho e afetadas pelas conformações de inferioridade acondicionadas ao gênero, nas quais o *homem* é considerado modelo universal do humano e a *mulher* como *outro*, especial, desviante (AQUINO, 2006). Sendo as mulheres, por esta razão, expostas às condições de trabalho precárias e desvalorizadas.

As especificidades do ciclo vital das mulheres junto com os papéis atribuídos a elas socialmente, em especial pelas definições de gênero e da dominação simbólica, determinam formas diferenciadas de adoecer e morrer dessa população. Dessa forma, ao se estudar as condições de trabalho de profissionais de enfermagem, é necessário abordar os conflitos de gênero, a fim de analisar os riscos de exposição e os perfis de morbimortalidade da população feminina, não mais sob uma visão biológica, sendo acrescentados os fatores sociais nas análises epidemiológicas.

Este estudo integra um amplo projeto de pesquisa, realizado no Núcleo de Epidemiologia da Universidade Estadual de Feira de Santana (NEPI-UEFS), intitulado **Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia**. O mesmo tem a finalidade de identificar as dimensões que envolvem o trabalho e a saúde dos trabalhadores da saúde nos serviços de atenção básica e de média complexidade.

Este recorte selecionou como sujeitos as trabalhadoras de Enfermagem que atuavam na atenção básica no estado da Bahia, nos anos de 2011 e 2013, tendo como ponto de partida o seguinte problema: quais os fatores que estão associados às condições de saúde física e mental em trabalhadoras de enfermagem atuantes nos níveis de atenção primária no estado da Bahia?

Em seguida, foi definido como **objetivo geral**:

- Analisar os fatores que estão associados às condições de saúde física e mental em trabalhadoras de enfermagem atuantes no nível de atenção básica no estado da Bahia.

E como **objetivos específicos**:

- Descrever aspectos sociodemográficos, hábitos de vida, situação de trabalho, aspectos psicossociais do trabalho, percepção do trabalho e da vida e condições de saúde das trabalhadoras de enfermagem da atenção básica;
- Identificar, através da auto-avaliação, o estado de saúde das trabalhadoras de enfermagem da atenção básica;
- Estimar as prevalências de Transtornos Mentais Comuns das trabalhadoras de enfermagem da atenção básica;
- Avaliar as associações entre os aspectos sociodemográficos, hábitos de vida, situação de trabalho, aspectos psicossociais do trabalho, percepção do trabalho e da vida e condições de saúde e a auto-avaliação do estado de saúde das trabalhadoras de enfermagem da atenção básica; e
- Avaliar as associações entre os aspectos sociodemográficos, hábitos de vida, situação de trabalho, aspectos psicossociais do trabalho, percepção do trabalho e da vida e condições de saúde e os Transtornos Mentais Comuns das trabalhadoras de enfermagem da atenção básica.

O diagnóstico das condições de vida, trabalho e saúde de profissionais de enfermagem certamente poderá permitir uma reflexão sobre a necessidade de possíveis adequações no processo de trabalho na enfermagem. Será possível, também, contribuir para a agregação de conhecimento científico sobre a saúde de trabalhadores de enfermagem através da análise dos fatores relacionados às condições de vida e trabalho que contribuem para o adoecimento físico e mental.

No campo da pesquisa, poderá contribuir para agregar conhecimentos acerca do processo saúde-doença das trabalhadoras de enfermagem da atenção básica e seus determinantes sociais. Seus achados serão pertinentes para futuras comparações com outros estudos, no que se refere ao nível de complexidade dos serviços de saúde, bem como às diferentes categorias de profissionais de saúde, na medida em que se propõe a utilizar instrumentos metodológicos usados com frequência, por muitos pesquisadores da área. Assim, é possível buscar estratégias de adequação das práticas e ambientes de trabalho eficientes para a promoção da saúde desses trabalhadores. Essas comparações também podem ser realizadas quanto às diferenciações sociais atribuídas ao gênero e, desta forma, tornar o trabalho e a saúde da população feminina mais visíveis.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A finalidade da pesquisa científica não é apenas um relatório ou descrição de fatos levantados empiricamente, mas o desenvolvimento de um caráter interpretativo, no que se refere aos dados obtidos. Para tal, é imprescindível correlacionar a pesquisa com o universo teórico, optando-se por um modelo teórico que sirva de embasamento à interpretação do significado dos dados e fatos colhidos ou levantados e para apropriação do tema em estudo (MARCONI; LAKATOS, 2005).

O referencial teórico deste estudo aborda aspectos referentes às situações de trabalho e saúde, abordando as relações entre o processo de trabalho e o adoecimento do trabalhador, bem como as concepções de gênero embutidas nessa relação. São abordadas, ainda, a percepção do trabalhador quanto aos aspectos do trabalho e suas condições de saúde física e mental, embasados na autoavaliação do estado de saúde e nos Transtornos Mentais Comuns. Por fim, é apresentado o modelo teórico-conceitual preditivo para analisar as associações entre o trabalho e a saúde das trabalhadoras de enfermagem da atenção básica.

2.1 Situação de trabalho e saúde

Neste tópico serão abordados aspectos de saúde dos trabalhadores, aspectos psicossociais do trabalho, situação de trabalho na atenção básica e na enfermagem e quanto ao gênero, saúde e trabalho.

2.1.1 Saúde dos trabalhadores

O trabalho constitui um elemento essencial na identidade do sujeito, sendo um fator indispensável para a realização de suas necessidades e/ou fantasias, ocupando parte importante de sua existência, assumindo importância fundamental em sua vida e em sua identidade. Assim, percebe-se a necessidade de identificar o impacto dessas atividades laborais nas condições de saúde dos trabalhadores. De acordo com Pereira (2002), Lima e colaboradores (2007), estudos na área de Saúde do Trabalhador têm referenciado problemas que afetam o indivíduo e as instituições, tais como insatisfação, desinteresse, desmotivação e exaustão emocional e física.

Para melhor compreensão da importância atribuída ao trabalho na vida e nas condições de saúde do indivíduo, bem como no rendimento institucional, faz-se necessário defini-lo.

Trabalho é o esforço que o homem realiza em busca de seus objetivos, utilizando-se de suas capacidades física e mental. É visto e utilizado como precursor da vida, porém, pode se transformar, pelo modo como é desenvolvido e pelas condições do ambiente em que é executado, num caminho para o adoecimento (SOUTO, 2004).

Ainda com o mesmo enfoque, o trabalho pode ser identificado como fonte de satisfação e, desta maneira, proporcionar auto-realização, manutenção de relações interpessoais e sobrevivência. Por outro lado, pode produzir adoecimento a partir da exposição a fatores de risco existentes no ambiente de trabalho e nas formas como este trabalho é organizado (MURTA; TRÓCCOLI, 2004).

A partir das concepções supraescritas, pode-se afirmar que a saúde ou a doença dos trabalhadores é consequência das condições e circunstâncias em que o trabalho é realizado, onde os trabalhadores estão expostos a fatores de riscos nos ambientes, que podem se caracterizar como riscos físicos, químicos, mecânicos, biológicos e psicossociais (LAURELL; NORIEGA, 1989).

A partir destas conformações, pode-se perceber que trabalho e saúde são termos estreitamente interligados. Desta forma, torna-se relevante o estudo das reais situações e condições de trabalho a que a população está exposta, e quais as consequências na saúde dessas pessoas. Considera-se aqui a saúde de acordo com a concepção trazida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que define saúde como o “[...] completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade.”

Essa definição ampliada muda o foco da saúde, não mais restrito aos fatores biológicos e a cura dos agravos, dando ênfase à promoção da saúde da população, de forma integral, incluindo dimensões que não apenas a biológica, incorporando as dimensões psicológicas, sociais e políticas (RUIZ; ARAÚJO, 2012).

O termo Saúde do Trabalhador refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre trabalho e processo saúde-doença. Este último associado com as formas em que são estruturados os processos e ambientes de trabalho, estando inclusos nesta acepção, os fatores subjetivos, como interrelações e suporte. Parte do princípio de que a forma de inserção dos indivíduos nos espaços de trabalho, bem como as formas e ambientes em que são desenvolvidas as atividades, contribuem inquestionavelmente para formas específicas de morbimortalidade desses trabalhadores (BRASIL, 2002).

Nesse sentido, no presente estudo, optou-se por enfatizar, além das condições e situações de trabalho, os aspectos sociodemográficos, hábitos de vida, condições de vida e de saúde, as associações com as condições de saúde física e mental, vistos sob a ótica integradora

da Epidemiologia Social e da Saúde do Trabalhador. Isso, na tentativa de englobar a análise de parte do que se entende por saúde e, desta forma, buscar a integralidade proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentre as situações de trabalho analisadas neste estudo estão os aspectos psicossociais, que são identificados como fatores de risco emergente, advindos das inovações tecnológicas no mundo do trabalho. Demonstra-se assim a importância de pesquisas voltadas à análise desses fatores nos ambientes de trabalho específicos, a fim de inovar os conhecimentos e embasar a busca de alternativas de superação ou anulação dos mesmos, proporcionando ampla promoção da saúde dos trabalhadores (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2010).

2.1.2 Aspectos psicossociais do trabalho

Em se tratando de saúde e promoção da saúde dos trabalhadores, é de grande importância conhecer os aspectos que contribuem para o prazer e/ou o sofrimento no trabalho, já que as atividades laborais são capazes de produzir ambos os sentimentos, de acordo com a forma e as condições ambientais em que são realizadas, bem como com a maneira de adaptação dos trabalhadores a essas características. Estudos realizados pelo psiquiatra francês Christophe Dejours (1994), sobre este sofrimento que pode ser produzido pelo trabalho, no âmbito da Psicodinâmica do Trabalho, demonstram que os fatores psicossociais do trabalho têm importância fundamental na relação entre o trabalho e o adoecimento.

Recentemente, alguns documentos, nacionais e internacionais têm mencionado a importância da inclusão desses aspectos nas análises dos riscos que, geralmente, contemplam apenas aspectos objetivos, convencionais e visíveis (químicos, físicos e biológicos). Ruiz e Araújo (2012) citam alguns desses documentos:

- A Organização Internacional do Trabalho – OIT, que identifica a existência de associações entre as características individuais e as condições de trabalho, sendo estas impressas em fatores psicossociais de risco ou de proteção, dependendo das formas como se dá esta interação, ou seja, se o indivíduo, a partir de suas características consegue se adaptar às formas de organização e ao ambiente do trabalho em que se encontra inserido. Gliná (2010, p. 15) destaca essa interação afirmando que os riscos psicossociais são “[...] aspectos do desenho do trabalho, organização e gerenciamento do trabalho e seus contextos sociais e ambientais, que têm o potencial de motivar danos psicológicos e sociais ou físicos [...]” à saúde do trabalhador.

- Na legislação brasileira, a Norma Técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho descreve os fatores psicossociais como a forma que são visualizadas e sentidas as características organizacionais do trabalho pelos sujeitos da ação (INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, 2003).
- A Norma Regulamentadora 33 – Segurança e Saúde para os Trabalhos em Espaço Confinado do Ministério do Trabalho e Emprego (BRASIL, 2006) – também destaca os "fatores de riscos psicossociais", ao enfatizar a necessidade de exame médico ocupacional:

Todo trabalhador designado para trabalhos em espaços confinados deve ser submetido a exames médicos específicos para a função que irá desempenhar, conforme estabelecem as NRs 07 e 31, incluindo os fatores de riscos psicossociais com a emissão do respectivo Atestado de Saúde Ocupacional – ASO. (BRASIL, 2006, p. 3)

Dessa forma, é identificada a complexidade atrelada ao fator psicossocial, envolvendo questões relativas ao indivíduo, ao ambiente de trabalho e ao ambiente social. Entre os agentes/fatores psicossociais mais comumente relacionados ao trabalho estão: a falta de controle e de autonomia, a repetitividade e monotonia, a falta de apoio social de colegas, a insatisfação com as condições de trabalho, a alta concentração nas tarefas, as atitudes com relação à própria saúde e os distúrbios psicológicos (MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2009).

Entre os fatores pessoais e profissionais que contribuem para o desenvolvimento dos Aspectos Psicossociais do Trabalho, são destacados a personalidade individual, a falta de preparo e/ou capacitação, a sobrecarga de funções, as longas jornadas no trabalho, os conflitos e a dificuldade para conciliar família e trabalho. E, principalmente, de conciliar trabalhos, na medida em que a grande maioria dos profissionais de saúde e, particularmente, de enfermagem acumulam mais de um vínculo empregatício, devido às precárias remunerações, contribuindo para o desenvolvimento/agravamento de doenças ocupacionais (CARAN et al., 2011).

Outro grupo de Aspectos Psicossociais do Trabalho, apontado pelo Ministério da Saúde (2001), são as relações interpessoais associadas à: competição, demanda de diversas ordens, atividades e informações excessivas que geram cansaço físico e emocional, divergências de opiniões, exigências de tempo e tarefas complexas. Dessa forma, é verificada a importância do processo de comunicação no ambiente de trabalho na determinação da saúde

mental, a qualidade dessa comunicação e, conseqüentemente, das relações interpessoais que determinam o potencial estressor.

Esse estresse desenvolvido a partir das condições de trabalho é denominado estresse ocupacional e é responsável por diversos problemas nas condições de saúde física e mental do indivíduo, tendo importante contribuição na satisfação do trabalhador e, conseqüentemente, trazendo danos individuais e institucionais (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001).

Ainda, o estresse ocupacional ocorre se o indivíduo, além de estar exposto a essas condições de trabalho desfavoráveis, possuir recursos deficitários de enfrentamento (MURTA; TRÓCCOLI, 2004).

Estudo que identificou as exposições aos fatores psicossociais no ambiente de trabalho e suas repercussões na saúde de professores universitários de uma instituição pública mostrou que o estresse obteve grande prevalência, estando associado a manifestações físicas e psíquicas, tais como: depressão, ansiedade, mau humor, insônia, fadiga, irritabilidade, alteração da glicose, cefaleia, dispnéia, desânimo, desconfiança, cansaço físico e mental, alterações da pressão e taquicardia (CARAN et al., 2011).

Essas repercussões na saúde dos trabalhadores têm sido identificadas por outros estudos, sendo focada a influência das formas organizacionais do trabalho para as conformações desse risco psicossocial (CREED, 1993; KARASEK; THEORELL, 1990; NORIEGA, 2000; SILVA; MELO, 2006).

2.1.2.1 Estresse ocupacional

Os Aspectos Psicossociais do Trabalho podem desencadear estresse. Este último entendido como uma reação decorrente do enfrentamento deficitário diante das exposições físicas e psicológicas às quais o trabalhador se encontra exposto no ambiente em que executa suas atividades laborais. Sendo, desta forma, uma reação “adaptativa” do organismo humano às exigências do trabalho.

Assim, quando as exposições se prolongam e os meios de enfrentamento são escassos, o estresse pode avançar para fases de maior gravidade, tornando o indivíduo vulnerável a doenças ocupacionais diversas. O adoecimento físico e/ou psicológico dependerá ainda de fatores de risco individuais, tais como: genética, estilo de vida e estratégias de enfrentamento ao alcance do indivíduo (LIPP, 1996).

Foi Hans Selye quem primeiro definiu o estresse, identificando-o como “[...] o resultado de qualquer demanda sobre o corpo, seja de efeito mental ou somático, e estressor

como todo agente que provoca reação de estresse, de natureza física, mental ou emocional.” Este autor cita ainda a existência de mecanismos de defesa e adaptação frente ao agente estressor, denominada síndrome Geral de Adaptação - SGA, que esta subdividida em três (3) fases sequenciais (CAMELO; ANGERAMI, 2004):

1. Fase de alarme: na qual ainda é possível a readaptação completa ao estado de equilíbrio, caracterizada por sintomas de taquicardia, tensão crônica, cefaleia, sensação de esgotamento, pressão no peito, extremidades frias, entre outros;
2. Fase de resistência: na qual ocorre manifestação psicossocial, como ansiedade, medo, isolamento social, oscilação do apetite, impotência sexual e outros; e
3. Fase de exaustão: onde ocorre uma exaustão orgânica decorrente de consumo de energia; é nesta fase que se dá a manifestação da doença.

Lipp (2000) acrescenta a esta síndrome uma fase de quase-exaustão, que ocorre entre a segunda e a terceira fase de Hans Selye caracterizada por enfraquecimento e doenças decorrentes com menor gravidade.

O trabalho, quando produz adoecimento, acarreta danos pessoais e institucionais, ocasionando perdas econômicas. Desta forma, é de extrema importância conhecer e controlar/prevenir os agentes causadores desse adoecimento. No caso do estresse, que, indiscutivelmente, é um fator de risco ocupacional, fazem-se necessárias intervenções nas formas organizacionais do trabalho. Murta e Tróccoli (2004), baseados no trabalho de Ivancevich e colaboradores (1990), identificam estratégias de intervenções neste sentido, com implementação de mudanças na estrutura organizacional, condições de trabalho, treinamento e desenvolvimento, participação e autonomia no trabalho e relações interpessoais no trabalho; acrescentam ainda intervenções focadas no indivíduo que objetivam o desenvolvimento de um adequado repertório de estratégias de enfrentamento individuais ao agente estressor, amenizando, assim, o impacto psicológico e físico na sua saúde.

Assim sendo, se o estressor é enfrentado adequadamente e, por conseguinte, eliminado ou controlado, o organismo se restabelece e o processo do estresse termina. Caso contrário, se a tensão se prolongar e não houver uma adaptação, o sistema imunológico é comprometido, podendo ocasionar doenças ou mesmo a morte. Nesse sentido, programas voltados para a promoção da saúde do trabalhador buscam auxiliar/incrementar esses recursos de enfrentamento.

O estresse é aqui discutido e analisado por ser um fator de grande relevância para os profissionais de enfermagem, na medida em que esta profissão é referida por diversos autores como estressante e destacada como uma das profissões passíveis de desenvolvimento da

síndrome de *Burnout* —fase mais avançada do estresse que leva ao esgotamento (SILVA; MELO, 2006).

2.1.2.2 Modelo Demanda-Controle

Araújo, Graça e Araújo (2003), ao levantarem os estudos realizados com ênfase na avaliação do estresse ocupacional, encontraram que a literatura foi marcada pela abordagem de estresse no trabalho baseada somente nas demandas das tarefas. Sendo posteriormente introduzidas, nessa análise, as capacidades do indivíduo, com restrita abordagem dos aspectos referentes ao controle no trabalho nestes estudos. Diante dessas limitações presentes nesta análise unidimensional, foi proposto um modelo mais amplo com base em duas variáveis: controle sobre o trabalho e a demanda psicológica decorrente das atividades de trabalho, denominado de Modelo Demanda-Controle (MDC - Demand-Control Model).

Este modelo, elaborado por Karasek (1979) e Kasarek et al. (1981) vem se tornando referência para a identificação de situações específicas de trabalho a partir de estudos dos aspectos psicossociais. Considera-se que as variáveis demanda e controle, ao interagirem, produzem diferentes situações de trabalho de acordo com os níveis presentes em cada uma dessas dimensões, e essas situações geradas são responsáveis pelo adoecimento ou proteção do trabalhador. Ou seja, o MDC gera quatro situações específicas de trabalho: alta exigência do trabalho (caracterizado como alta demanda e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle), trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle) e baixa exigência (baixa demanda e alto controle) que repercutem de formas diferenciadas sob a saúde dos trabalhadores.

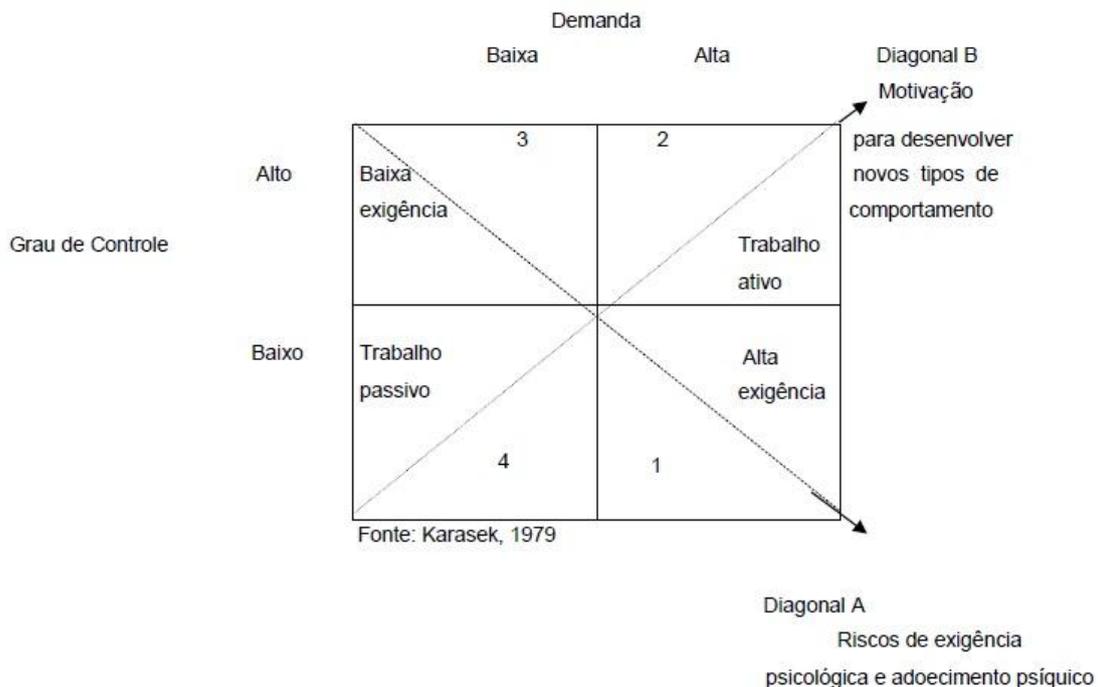
A principal predição estabelecida pelo modelo é que a situação de alta exigência no trabalho é responsável, ou melhor, é fator de risco para os agravos ocupacionais decorrentes dos fatores psicossociais, tais como fadiga, ansiedade, depressão e doença física (ARAÚJO et al., 2003).

A variável controle sobre o trabalho envolve a existência ou não de autonomia na realização das atividades e tomada de decisão no trabalho, bem como a necessidade de utilização das habilidades e criatividade do sujeito (aprendizagem de coisas novas, repetitividade, tomada de decisões, influência no grupo de trabalho e na política gerencial); a variável demanda psicológica é referente ao desgaste psicológico decorrente das exigências necessárias para realização das atividades de trabalho (pressão do tempo, nível de

concentração requerida, interrupção das tarefas e dependência de atividades realizadas por outros trabalhadores) (KARASEK, 1979).

As referidas situações de trabalho conformadas podem ser representadas por quatro quadrantes, nos quais passam duas diagonais, conforme apresentado na Figura 1. A diagonal A representa o aumento de risco para o adoecimento físico e mental, devido às exposições no ambiente de trabalho, às características situacionais de alta demanda e ao baixo controle (quadrante 1). A diagonal B demonstra o desenvolvimento de uma situação de trabalho que acarreta efeitos positivos para a saúde do trabalhador, caracterizada pela autonomia e criatividade, sendo a combinação entre altos níveis, tanto de demanda, como de controle (quadrante 2). Por outro lado, a combinação de baixos níveis de demanda e de controle (quadrante 4) criam condições de trabalho que se caracterizam por baixa motivação para o desenvolvimento de novas habilidades, não produzindo significado para o trabalho, o que contribui para o desenvolvimento de danos à saúde dos trabalhadores.

Figura 1 - Modelo demanda-controle de Karasek



Por fim, o trabalho classificado como de proteção à saúde do trabalhador caracterizado pela baixa demanda psicológica associado ao elevado nível de controle (quadrante 3), conformando a situação de baixa exigência no trabalho, é a situação ideal para realização da tarefa e baixos índices de morbidade ocupacional.

Em suma, das quatro situações conformadas pelo inter cruzamento das duas variáveis de Karasek, o trabalho em alta exigência é o que apresenta maior propensão para adoecimento físico e psicológico. Os trabalhos ativo e passivo representam risco intermediário de adoecimento, já o trabalho em baixa exigência, representa menor risco, sendo esse considerado condição ideal de trabalho.

Torna-se evidente, a partir dessas concepções, a necessidade de se conhecer a que situação específica o trabalhador está submetido com a finalidade de promover intervenções condizentes de promoção e proteção à sua saúde.

Para esta avaliação, Karasek (1985) elaborou o Job Content Questionnaire – JCQ (Questionário sobre Conteúdo do Trabalho), instrumento metodológico que foi utilizado para a investigação destes aspectos no presente estudo.

As questões iniciais do JCQ originaram-se do estudo de Framingham (EUA) e do Quality of Employment Survey – Q. E. S (desenvolvido pelo U.S. Department of Labor's National) que continham 27 questões, abordando controle sobre o trabalho, carga psicológica e física do trabalho e insegurança no emprego (KARASEK, 1985).

A partir do uso e avaliação de seu desempenho, uma nova versão com 49 questões foi proposta, incluindo novas dimensões de análise. Esta versão inclui questionamentos acerca de controle sobre o trabalho (referindo-se ao uso de habilidades e autoridade decisória), demanda física e psicológica, suporte social, e nível de qualificação (JCQ CENTER, 2004).

Para investigar o desenvolvimento e conformação desta nova versão no contexto brasileiro foi realizado estudo com trabalhadores formais e informais, observando um bom desempenho do instrumento para países em desenvolvimento, como o Brasil, onde a informalidade do trabalho é corriqueira (ARAÚJO; KARASEK, 2006).

Desta forma, encontra-se neste instrumento um método para análise concreta das condições de trabalho de profissionais de enfermagem, a fim de aferir fatores de risco para seu adoecimento físico e/ou mental, e de poder implementar estratégias adequadas/adaptadas de enfrentamento das situações de risco ocupacionais.

2.1.2.3 Suporte social

O suporte social, enquanto dimensão psicossocial do trabalho, produz benefícios à saúde do trabalhador, atuando como mecanismo de enfrentamento contra os efeitos nocivos do estresse ocupacional, estando associado ao aumento da satisfação no trabalho e às menores prevalências de morbidades ocupacionais (ANDRADE, 2010).

A partir da década de 70, Cassel (1976) e Cobb (1976) deram início aos estudos sobre suporte social, identificando as associações desta dimensão com o adoecimento, dando ênfase às situações de estresse e sua ação protetora frente aos danos à saúde física e mental do indivíduo (CASSEL, 1976). Cobb (1976) corrobora ao identificar o suporte social como mecanismo de enfrentamento e adaptação ao estresse.

“O suporte social emocional que um trabalhador recebe dos colegas pode fazer com que ele supere as crises com maior tranquilidade e recupere abalos em sua autoestima.” (PADOVAM, 2005, p. 47).

As associações entre suporte social, estresse e satisfação no ambiente de trabalho em profissionais paramédicos, identificou a moderação das tensões sofridas na presença do suporte dos supervisores, além de mencionar que o suporte social no trabalho é preditor da satisfação no trabalho (BROUGH, 2005).

Portanto, a existência de relações sociais no ambiente laboral influencia o adoecimento ocupacional, atuando como mecanismo de proteção (MCGUIRE, 2007). Entretanto a ausência de suporte social pode atuar ainda como fator de exposição, ao aumentar as prevalências de morbidades ocupacionais (PETERSON et al., 2007).

2.1.2.4 Modelo desequilíbrio esforço-recompensa

Para a análise dos aspectos psicossociais do trabalho outro modelo teórico foi proposto por Siegrist (1996). O *Effort-Reward Imbalance Model* (ERI- Modelo desequilíbrio Esforço-Recompensa), que também é utilizado na avaliação do impacto gerado pelo estresse ocupacional na saúde do trabalhador, demonstrando que situações em que não existe reciprocidade entre o esforço dispendido na realização do trabalho e a recompensa recebida, isto é, quando um alto grau de esforço não é correspondido com um alto grau de recompensa, desenvolvem-se reações fisiológicas e emocionais negativas que aumentam o risco de adoecimento (GUIMARÃES; SIEGRIST; MARTINS, 2004).

Nesse modelo são avaliadas três dimensões: o esforço, a recompensa e o comprometimento excessivo com o trabalho. Dentre esses, existe um componente intrínseco e outro extrínseco; o componente extrínseco é composto pelas condições de trabalho (demandas, exigências, responsabilidades) indicativas de esforço, recompensas (apoio, salário, segurança, possibilidades de progressão na carreira, aprovação); o componente intrínseco indica o estilo pessoal de ajustamento e é denominado de comprometimento excessivo.

O esforço é avaliado a partir da carga quantitativa e qualitativa do trabalho, o aumento na carga total de trabalho no tempo e a carga física (usada apenas em ocupações em que a atividade física é componente relevante, como em funções manuais). A recompensa é verificada pelo reconhecimento, promoção no emprego e segurança no trabalho. As escalas são medidas em respostas que variam no grau de concordância ou discordância, com escores de 1 a 5 (SIEGRIST; MARMOT, 2004).

O comprometimento excessivo avalia o conjunto de comportamentos que identifica excessivo empenho, associado à necessidade elevada de reconhecimento e estima; é identificado pelas dificuldades em deixar ou se esquivar das obrigações do trabalho, impaciência e irritabilidade desproporcionais (CHOR et al., 2008).

Assume-se, neste modelo, que a combinação de ambas informações promoverá uma melhor estimativa da tensão atribuída à vida funcional do que uma restrição de uma destas fontes (intrínseca e extrínseca) (GUIMARÃES; SIEGRIST; MARTINS, 2004).

A predição do modelo indica que a falta de reciprocidade entre o esforço despendido e a recompensa recebida desencadeia reações de estresse que se traduz em consequências, em longo prazo, para a saúde física e mental dos trabalhadores. Acrescenta-se que indivíduos com excesso de comprometimento respondem com maior tensão ao desequilíbrio esforço-recompensa (CHOR et al., 2008).

Para Tsutsumi e colaboradores (2002), quando o esforço gasto no trabalho é recompensado inadequadamente é considerado altamente estressante. Assim, no modelo, as experiências estressantes são resultado do desequilíbrio entre altos esforços e baixas recompensas, somado a um alto nível de “superdedicação” (GUIMARÃES; SIEGRIST; MARTINS, 2004, p. 74).

Esse modelo postula ainda que o papel do trabalho na vida adulta define uma ligação fundamental entre funções autorreguladoras, como autoestima e autoeficácia, e as oportunidades de estrutura social (SIEGRIST, 2001). Portanto, o princípio geral para as intervenções seria considerar um aumento de recompensas para um alto grau de esforço. Uma aplicação psicossocial deveria também contemplar a possibilidade de aumento da autoestima associada ao trabalho, bem como o aumento do controle de *status*. Todas estas intervenções lidam com a estrutura ao redor da situação de trabalho, e não com seu conteúdo (THEÖRELL, 2001).

O modelo ERI tem sido associado a várias doenças psicossomáticas, coronarianas, disfunções imunológicas, desordens psiquiátricas, sintomas gastrintestinais,

musculoesqueléticos, baixa imunidade e maior risco para a aquisição de doenças contagiosas (TSUTSUMI et al., 2002).

Uma vez que o desequilíbrio esforço/recompensa promove estilos de vida de risco, tabagismo, consumo elevado de álcool, hábitos alimentares pouco saudáveis e sedentarismo, ainda que os estudos não tragam conclusões com relação à essas associações, há evidências científicas que fortalecem essa hipótese (KOUVONEN et al., 2006).

O modelo ERI foi validado em vários países, entre eles, a Noruega, Bélgica, Japão, Finlândia e Alemanha. No Brasil, o estudo de validação foi conduzido com 111 trabalhadores da saúde e funcionários de uma Universidade (CHOR et al., 2008) e com 100 trabalhadores de instituições bancárias (SILVA; BARRETO, 2010), evidenciando bom desempenho desse instrumento que enfatiza a importância do papel social do trabalho, promovendo a possibilidade de o trabalhador sentir-se reconhecido e estimado, reforçando o seu sentimento de pertencer a um grupo (SOUZA et al., 2012).

Em estudo realizado no distrito sanitário do centro histórico de Salvador foi evidenciada a associação do desequilíbrio esforço recompensa e a ocorrência de TMC, com as prevalências mais elevadas nas situações de desequilíbrio entre esforços e recompensas recebidas no trabalho, fortalecendo a hipótese de que o não balanceamento entre esforços e recompensas no trabalho pode ser nociva à saúde mental dos trabalhadores (OLIVEIRA, 2013).

Cada situação de trabalho e categoria profissional tem processos de trabalho diferentes, que se organizam de forma específica e, conseqüentemente, produzem aspectos psicossociais diversos que atribuem danos à saúde da população a eles expostas. Neste estudo, foram avaliadas as trabalhadoras de enfermagem da atenção básica, assim, se faz necessário conhecer as situações de trabalho dos serviços de atenção básica, bem como da enfermagem.

2.1.3 Situação de trabalho na atenção básica à saúde

A atenção básica ou atenção primária à saúde é a porta de entrada desse sistema de saúde com a finalidade de descentralizar os serviços, levando-os o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham; encontra-se articulada com os níveis de média e alta complexidade, através de processos de referências e contra-referências (BRASIL, 2007).

O desenvolvimento da assistência à saúde no Brasil ocorre através de serviços de saúde organizados em rede, de modo hierarquizado e descentralizado. Nos primeiros níveis estão os serviços de atenção primária, tendo como função: conhecer a realidade das famílias

cadastradas; identificar os problemas prevalentes e fatores de riscos para adoecimento; prestar cuidados integrais em saúde; e incentivar a participação popular e o autocuidado (BRASIL, 2006).

Suas ações devem ser desenvolvidas em prol da promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde através do desenvolvimento de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, assumindo a responsabilidade sanitária de populações com territórios bem delimitados. Surgiu para organizar o modelo assistencial, reafirmar e incorporar as diretrizes e princípios básicos do SUS: acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, onde o foco da atenção é longitudinal e centrado na pessoa, não na doença (BRASIL, 2010).

A atenção básica busca superar esta visão reducionista, em prol de uma prática assistencial integral e humanizada, acarretando, dessa forma, um trabalho com exigências diversificadas aos trabalhadores que não se esgota na realização do diagnóstico, nem na orientação do tratamento, como ocorre nos outros níveis de complexidade do sistema de saúde (CUNHA, 2007).

A atenção básica exige o uso de tecnologias leves, como vínculo, acolhimento e acompanhamento da população (MERHY, 2002; SCHOLZE; DUARTE-JUNIOR; SILVA, 2009).

Vale salientar a insalubridade desses serviços, estando em contato direto com a população, inclusive nas áreas de risco de violência urbana nas periferias, resultando em insatisfação, esgotamento, alta rotatividade, doenças e acidentes ocupacionais, depressão e até mesmo suicídio. Identifica-se, ainda, fatores de risco existentes na forma como o trabalho neste serviço é desenvolvido, bem como nas condições desse ambiente de trabalho, como a sobrecarga, trabalho monótono, pressão no trabalho, insegurança no emprego, falta de suporte social e de controle sobre o trabalho.

São características das situações de trabalho, nesses ambientes, a baixa remuneração e excesso de burocracia que levam os trabalhadores a buscarem um segundo vínculo para complementar esta renda. Isso acarreta longas jornadas de trabalho, inclusive em serviços noturnos e finais de semana, o que causa a exaustão nesses trabalhadores e conseqüentemente adoecimento físico e mental (PEDROSA; TELES, 2001; DAVID et al., 2009).

Estudo realizado com trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP) obteve altas prevalências de Transtornos Mentais Comuns (42%), o que parece indicar uma população de risco para o adoecimento mental. Outro resultado interessante é quanto às prevalências de TMC entre os profissionais de enfermagem, alcançando 48% entre os

enfermeiros e 43,8% entre os técnicos/auxiliares de enfermagem (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

2.1.4 Situação de trabalho na enfermagem

Para a Enfermagem o entendimento do trabalho como processo é uma construção relativamente recente. Sua formulação é decorrente da teoria marxista que vê o trabalho como transformação da matéria pela mão do ser humano, num *continuum* dinâmico no qual ambos sofrem alterações (FRACOLLI; GRANJA, 2005).

O processo de trabalho no contexto da saúde tem algumas especificidades: é complexo, possui múltiplas dimensões, construído e influenciado pelas interrelações humanas, não podendo, dessa forma, excluir as questões da objetividade e da subjetividade uma vez que o “objeto” é representado por seres humanos, e as relações interpessoais perpetuam em todo o processo de construção do “produto” (PIRES, 1999).

A complexidade do processo de trabalho do setor saúde ainda é influenciada pelos recentes e crescentes avanços tecnológicos desses serviços, bem como das novas propostas de atenção. Em contrapartida, ou decorrente dessa evolução, encontramos fatores que produzem o aumento da sobrecarga de trabalho, expondo o trabalhador de saúde a diversos riscos ocupacionais (SANTOS, 2001).

O processo de trabalho em saúde é composto de uma série de processos de trabalho desempenhados por diversos agentes. Analogamente, na enfermagem, também há mais de um processo de trabalho. São eles: o processo de trabalho assistir/cuidar, o processo de trabalho administrar/gerenciar, o processo de trabalho ensinar/educar, o processo de trabalho pesquisar e o processo de trabalho participar/agir politicamente (MENDES-GONÇALVES, 1992).

As atividades são desenvolvidas de forma integrada e concomitante, contudo, ora são mais centradas em uma, ora em outra, ora em todas. Desta forma, as atividades do enfermeiro passam pelo entendimento da dinâmica do cuidar gerenciando, educando, ensinando e agindo politicamente. Alia-se a essa dinâmica a construção de novos conhecimentos ou de modos de fazer e/ou de investigar, cuidando, gerenciando e educando, cuja ordem pode se mostrar ao mesmo tempo como antagônica e complementar (BACKES et al., 2008).

A enfermagem pertence a um grupo hierarquizado de trabalhadores da saúde que compreendem diferentes especialidades, por isso, não é tão fácil compreender e identificar o que faz um profissional de saúde na categoria de enfermagem. Os auxiliares e técnicos de enfermagem auxiliam o trabalho do enfermeiro e não podem exercer suas atividades sem a

supervisão direta deste, porém, todos se destinam ao cuidado, sendo este o elemento fundamental e de identificação da enfermagem.

O cuidado ao paciente constitui a essência do trabalho de enfermagem e caracteriza sua função assistencial. As demais funções servem para gerenciar, favorecer, fundamentar e ampliar a função assistencial. Mesmo que a enfermagem esteja perdendo gradativamente esta característica, ainda é parte do seu processo de trabalho o relacionamento com seres humanos, sejam eles usuários ou parte de sua equipe de trabalho.

Este fator afetivo do processo de trabalho da enfermagem expõe este trabalhador a um maior desgaste físico e emocional. A forma como são organizadas as atividades realizadas, bem como os ambientes de trabalho desses profissionais apresenta vários outros fatores de risco, a saber: a variabilidade, as longas jornadas de trabalho, os baixos salários, a penosidade no trabalho, o estresse, a fadiga, o controle sobre o trabalho, as demandas psicológicas e físicas da realização deste trabalho, exigência constante e contínua de qualificação, habilidades e destreza, uma divisão do trabalho em categorias profissionais e entre os mais e menos capacitados e a submissão por ser enfermeira e por ser mulher (SANTOS, 2001).

Entretanto, somado a isso, encontra-se a insegurança gerada pelo desemprego, fazendo com que os trabalhadores se submetam a regimes e contratos de trabalho precários. Além disso, por atuarem em grande parte das vezes em escalas de plantão, os profissionais de saúde, em particular de enfermagem, encontram uma facilitação grande na conciliação de escalas, acumulando duas ou mais escalas de trabalho, em condições igualmente precárias (ELIAS; NAVARRO, 2006).

Observa-se que todas as formas adotadas por esses trabalhadores para a complementação da sua renda – mediante a falta de perspectiva de valorização salarial – resultam no aumento da jornada de trabalho e, conseqüentemente, exposição ao adoecimento.

Para somar às altas cargas de estresse, ainda precisam adaptar essas diversas funções às precárias condições dos serviços de saúde brasileiros: falta de recursos (humanos, financeiros e materiais), transporte, condições financeiras e materiais. Enfim, observam-se diversos fatores do processo de trabalho da enfermagem que contribuem para a existência de sobrecarga de atividades que pode ser causadora de esgotamento físico e/ou mental (FONTANA; SIQUEIRA, 2009).

Frente a essas circunstâncias é interessante notar ainda que o enfermeiro, tanto quanto outro profissional, passa a maior parte de seu tempo nos diversos ambientes de trabalho onde estão expostos a diversos riscos ocupacionais, a qualidade da assistência prestada ao usuário

depende diretamente do ambiente, recursos e condições dignas de trabalho oferecidas à esses profissionais.

A assistência de enfermagem é uma atividade estressante e desgastante, pois além de possuir características peculiares já descritas aqui, ainda envolve a necessidade de convívio com o sofrimento, incapacidade, morte (GONZÁLES, 1998; ABEn, 2006).

Nesse contexto de vários fatores estressantes/desgastantes, uma instituição de saúde necessita de pessoas motivadas e comprometidas com seus objetivos e sua filosofia. Os profissionais de enfermagem, por sua vez, devem buscar condições de trabalho que não alterem significativamente a sua saúde; locais onde possam exercer suas atividades em um plano individual e coletivo, encontrando possibilidades de valorização de suas capacidades e condições de trabalho adaptados às suas características fisiológicas e psicológicas, garantindo, desse modo, a manutenção de sua saúde e qualidade de vida e, conseqüentemente, proporcionando melhor qualidade na assistência prestada ao indivíduo.

Em suma, as características do processo de trabalho de enfermagem, a precariedade do emprego e dos ambientes onde são desenvolvidas suas atividades, bem como as formas de organização do trabalho produzem aspectos que se conformam como fatores de exposição para o adoecimento físico e mental desses trabalhadores.

Vale salientar, ainda, que a enfermagem é caracterizada como uma profissão feminina, pela sua característica de grande maioria dos integrantes serem do sexo feminino. Não pode-se, desta forma, deixar de abordar as formas específicas de adoecer e morrer das mulheres, conformadas pelas diferenças de gênero.

2.1.5 Gênero, saúde e trabalho

A partir da década de 70, observa-se uma crescente introdução dos estudos referentes ao gênero, o qual se constitui elemento das relações sociais, baseadas principalmente nas relações de poder. Foram as reivindicações feministas as precursoras da introdução desta categoria analítica nos estudos epidemiológicos na área da saúde coletiva, devido à carência de teorias explicativas para as persistentes desigualdades sociais e relacionais entre os homens e as mulheres (SCOTT, 1990).

As tarefas são determinadas/destinadas segundo o sexo e têm um caráter normativo/prescritivo que se apresenta de forma naturalizada. Assim, é relevante assinalar que os papéis sociais de gênero colocam os profissionais de enfermagem divididos em duas categorias distintas: homens enfermeiros e mulheres enfermeiras (BRITO, 1999).

Essas desigualdades foram intensificadas pelo processo de globalização e reestruturação produtiva que modificaram a realidade dos(as) trabalhadores(as), agregando novos elementos e diversos enfoques que colaboram para a introdução de novas heterogeneidades, contudo, não foram capazes de modificar as antigas e permanentes distinções laborais (BRITO, 2000).

A jornada de trabalho das mulheres enfermeiras incorpora-se ao trabalho doméstico que traz sobrecargas físicas e emocionais. Somando-se às características estressantes e desgastantes da enfermagem, já confirmadas e reafirmadas em diversos estudos da área, esses fatores se apresentam como elementos significativos para o estresse e as peculiaridades do trabalho destes profissionais, acarretando consequências em âmbito físico e psíquico.

É nessa perspectiva que se inserem os estudos referentes à divisão sexual do trabalho e às relações de gênero. Pesquisas demonstram a inserção da mulher em atividades laborais desde muito cedo, porém, a invisibilidade do trabalho realizado por este grupo dificulta a identificação da evolução nas formas de divisão sexual do trabalho. É necessário rever o contexto histórico já que estas relações são construídas culturalmente.

A divisão sexual do trabalho origina-se na designação dos homens à esfera produtiva e da sua apropriação do poder e das funções com elevado valor social, como os cargos políticos, religiosos, militares, dentre outros (HIRATA; KERGOAT, 2007). Contudo, o trabalho profissional das mulheres guarda proximidade com o trabalho doméstico, favorecendo a compreensão de que as competências requeridas nessas atividades como qualidades naturais, mantendo-as na invisibilidade e submetendo-as a permanente desvalorização.

O conceito de trabalho defendido pela sociologia de cunho feminista questiona a limitação apenas ao trabalho remunerado, propondo uma definição que aborde todas as formas laborais, incluindo assim, o trabalho doméstico (KERGOAT, 1989). Neste sentido, não se pode discutir divisão sexual do trabalho, trabalhos femininos ou questões de gênero, sem levar em consideração as conformações do trabalho doméstico e os papéis socialmente atribuídos a homens e mulheres, na medida em que eles envolvem diferentes fatores de exposição, pois são formas de trabalho.

As mulheres que trabalham fora fazem um dupla jornada de trabalho – profissional e doméstico – que as expõem a duas formas de risco. O trabalho doméstico é uma atividade organizativa, complexa e desgastante pela falta de elementos básicos de apoio, dentre eles: escolas, creches, transportes; daí o cansaço e o desgaste (STEAGALL-GOMES; MENDES, 1995).

Desta forma, as cargas de trabalho são sentidas, primeiro e mais fortemente, pelas mulheres, do que pelos homens, uma vez que elas já chegam ao serviço cansadas pela fadiga residual e pelo que já fizeram antes de sair de casa, acarretando em cansaço muscular contínuo que se soma ao cansaço mental proveniente das preocupações com os problemas domésticos nos horários de trabalho e, da mesma forma, não conseguem se desligar dos problemas profissionais quando estão em casa. Os problemas relacionados à sua condição feminina invadem, mais uma vez, o ambiente de trabalho, na medida em que as intercorrências relacionadas à prole e ao lar interrompem, geralmente, o trabalho das mulheres (STEAGALL-GOMES; MENDES, 1995).

Apesar da peculiaridade do trabalho profissional das mulheres, limitado ou acrescido por responsabilidades domiciliares, aspectos relacionados ao trabalho doméstico ainda permanecem pouco estudados. Essa invisibilidade decorre da percepção desta atividade como não-trabalho, uma vez que não possui remuneração, não produz valor. Na concepção capitalista, o principal definidor das atividades é o lucro produzido – a mais valia. Por conta disso, as atividades não remuneradas não são reconhecidas cultural, social e economicamente (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005).

Os estudos que abordam o trabalho doméstico foram iniciados na década de 60 com abordagens referentes ao isolamento, à falta de estímulos, às relações de poder, à dependência e suas consequências no bem-estar (BORDERÍAS; CARRASCO, 1994). O trabalho doméstico foi identificado, posteriormente como atividade de risco para o sofrimento psíquico (ARAÚJO et al., 2005).

A natural atribuição feminina, dada ao trabalho doméstico, também é consequência dos “sistemas simbólicos” de Bourdieu e das “relações de poder” de Thompson, amplamente discutidas, onde esta atividade é vista socialmente como condicional à sua natureza anatômica feminina. Sendo assim, e somado ao potencial dano à saúde atribuído às suas condições, encontra-se aqui, um campo de trabalho merecedor de análises embasadas nas questões referentes ao gênero e à saúde do trabalhador, conformadas também pelas divisões sexuais e sociais do trabalho.

Em estudo realizado com 2055 mulheres, pôde-se observar essa conformação feminina do trabalho doméstico, ao identificar nos resultados encontrados que 13,7% das mulheres entrevistadas eram chefes de família: as tarefas domésticas eram realizadas todos os dias da semana, por 83,8%, enquanto apenas 5,3% não faziam qualquer tipo de trabalho doméstico; 25,4% das mulheres não recebiam qualquer tipo de ajuda na realização das tarefas domésticas

e, quando havia o apoio, em 51,8% dos casos, este era disponibilizado por outras mulheres ou 12,2% por empregadas (ARAÚJO et al., 2005).

Ou seja, a realização do trabalho doméstico compete aos membros femininos, observando-se a proporção elevada de mulheres que executam tarefas domésticas e a falta de apoio na realização das mesmas, principalmente disponibilizado pelo sexo masculino. Descrevendo, portanto, a conformação na diferenciação de atributos/espços para homens e mulheres, sejam nas atividades domésticas realizadas quanto no mercado de trabalho.

A existência de apoio masculino limita-se às atividades de “circulação pública” ou aos pequenos consertos domésticos, o que evidenciam as distinções de atribuições laborais também no interior da família. Em outras palavras, as atividades domésticas realizadas pelos homens possuem um caráter mais flexível, limitando-se às atividades que podem ter seus horários adaptados aos turnos de realização do trabalho profissional, enquanto que, para as mulheres, o trabalho doméstico torna-se um agravador das cargas de trabalho sofridas pelas mesmas (AQUINO; MENEZES, 1998).

As atividades domésticas são caracterizadas como monótonas, repetitivas, desvalorizadas, possuidoras de interrupções constantes e produzem sofrimento psíquico, como depressão, ansiedade ou doenças psicossomáticas. Essa especificidade de adoecimento proveniente das atividades domésticas são elevadas, quando associada ao desgaste no trabalho profissional. Por sua vez, verifica-se que os aspectos referentes ao trabalho doméstico que causam efeitos negativos à saúde são vivenciados, exclusivamente ou em predominância, apenas pelas mulheres, tornando visível a exposição dessa população às atividades que produzem danos à saúde física e mental (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005).

As condições de trabalho vivenciadas por essas profissionais ocasionam problemas de saúde frequentemente relacionados à situação e setor de trabalho, provocando prejuízos pessoais, sociais e econômicos. Somado a isso, ainda se encontra a desvalorização das práticas de cuidado das enfermeiras, subordinadas às práticas de tratamento dos médicos, estando as primeiras expostas aos conflitos entre essas duas categorias (BARBOZA; SOLER, 2003).

Na atual precarização do trabalho, a insegurança gerada pelo medo do desemprego faz com que os trabalhadores se submetam a regimes e contratos de trabalho precários, baixos salários e arriscando sua vida e saúde em ambientes insalubres, de alto risco, reforçando os danos à saúde. Essas configurações são visíveis e reafirmadas por diversos estudos no campo da enfermagem. Vale salientar que as mulheres se submetem mais frequentemente a essa precariedade devido à sua desvalorização enquanto profissionais. Denuncia-se que

As profissionais de enfermagem são expostas a ambientes de trabalho intensamente insalubres, tanto no sentido material quanto subjetivo e, por estarem submetidas a condições de trabalho precarizadas e à baixa qualidade de vida, são expostas a situações nas quais a manutenção da saúde está prejudicada (ELIAS; NAVARRO, 2006).

Os efeitos maléficos à saúde decorrentes dos níveis elevados de estimulação ambiental têm aumentado consideravelmente, em particular, entre as trabalhadoras de enfermagem. A saúde do trabalhador tem influência direta na produtividade, já que o trabalho possui caráter de realização e satisfação pessoal e, dependendo do modo como é realizado, pode se transformar em adoecimento e prejuízos à integridade física e psíquica do indivíduo (FARIA; BARBOSA; DOMINGOS, 2005).

As mulheres restringem o tempo para lazer, descanso e cuidado de si mesmas, devido ao imaginário feminino de ser “boa mulher” (boa mãe, boa esposa e boa dona de casa), encontrando-se restrições maiores entre as enfermeiras (ARAÚJO et al., 2003).

Além de toda essa sobrecarga, as mulheres ainda estão expostas aos fatores subjetivos de serem mulheres, incluindo, aqui, a frustração pelo não reconhecimento e desvalorização, em casa e no trabalho (ELIAS; NAVARRO, 2006). Essa frustração é atribuída à dificuldade de exercer seu papel de “boa mulher” e “boa mãe”, proveniente das dificuldades de conciliar trabalho profissional e doméstico (FARIA; BARBOZA; DOMINGOS, 2005).

Barboza e Soler (2003) acrescentam, ainda, que as mulheres possuem alterações fisiomorfológicas que não são consideradas no planejamento de seu trabalho, além dos aspectos sociais supracitados. Atribui-se maior repercussão ao processo e condições de trabalho no adoecimento desta população e, conseqüentemente, o aumento do número de absenteísmo. Em estudo realizado por estes autores, foi identificado que 81,4% dos profissionais de enfermagem afastados eram mulheres. Em se tratando especificamente da saúde mental, estudo realizado por Faria, Barboza e Domingos (2005) identificou que 88,8% dos afastamentos por transtornos mentais eram de mulheres, reafirmando a exposição acentuada das enfermeiras ao adoecimento.

2.2 Percepção do trabalho e da vida

Muito se tem falado sobre saúde e satisfação no trabalho, mas assim como a qualidade de vida no trabalho, a satisfação no trabalho não pode ser isolada da vida do indivíduo como um todo. Segundo Rodrigues (1994, p. 93), “[...] os empregados que possuem uma vida

familiar insatisfatória têm o trabalho como o único ou maior meio para obter a satisfação de muitas de suas necessidades, principalmente, as sociais.” Assim, o trabalho assume dimensões enormes na vida do homem.

Esta relação é enfatizada por Davis e Newstrom (1992, p. 123), quando destacam que a “[...] satisfação no trabalho representa uma parcela de satisfação da vida [...] e a satisfação no trabalho influencia também o sentimento de satisfação global com a vida de uma pessoa.” Diante desta referida influência que a satisfação no trabalho tem sobre a vida de um indivíduo, é de fundamental importância promover a satisfação com o trabalho.

As condições de trabalho e de vida atuam de forma que pressionam o indivíduo, levando-o a estados de doença, insatisfação e desmotivação. Ter saúde é a primeira e essencial condição para que alguém possa considerar sua vida como de boa qualidade.

A qualidade de vida no trabalho é um conceito amplo e, sendo assim, deve englobar aspectos subjetivos (sentimentos, percepção, bem-estar e satisfação) e objetivos (recursos materiais disponíveis, salário e carreira). Especificamente, tratando-se do contexto da saúde, é possível apresentar alguns indicadores de qualidade de vida, como: satisfação, autorrealização, motivação, desempenho, ou ainda, analisar a ausência da qualidade de vida (CHIAVENATO, 2000).

Inúmeras teorias foram organizadas para elucidar como desenvolver a satisfação, uma dessas teorias pressupõe uma hierarquia nas necessidades humanas, a qual se inicia com as necessidades biológicas que, satisfeitas, dão espaços para as necessidades sociais, as quais, também satisfeitas, abrem espaço para as necessidades psicológicas (MASLOW, 2000).

Pode ser feita uma analogia às características da percepção do trabalho e da vida que são enfatizadas neste trabalho: a avaliação da qualidade de vida e a satisfação com a capacidade para o trabalho elucidam essas necessidades; a satisfação com as relações pessoais, com o salário e com o trabalho englobam as necessidades sociais; a satisfação consigo mesmo abrange aspectos psicológicos influenciados pelas outras necessidades supracitadas.

A teoria da equidade define que a satisfação é resultado da justiça visualizada pelos trabalhadores ao compararem os esforços dispensados no trabalho (educação, tempo em casa, desempenho) às recompensas recebidas (pagamento real, benefícios e recompensas psicológicas e sociais) (SIERGRIST, 1996).

Outra teoria a ser destacada é a teoria dos dois fatores de Herzberg (1968) que, ao realizar um estudo com distintos profissionais de diversos países na década de 50, desvendou que os fatores geradores de satisfação (e motivação) no trabalho são opostos aos que conduzem à insatisfação; defendeu que a ausência de determinados fatores no trabalho pode

acarretar insatisfação, entretanto, a sua presença não causaria satisfação, mas evitaria a insatisfação.

A insatisfação no ambiente de trabalho é um fenômeno complexo, subjetivo, individual e que recebe influências internas e externas do ambiente de trabalho. A insatisfação no trabalho está diretamente relacionada à dificuldade na realização das atividades laborais, ao trabalho obrigatório, ao relacionamento ruim com os colegas e chefia, monotonia das atividades, sobrecarga do trabalho, exigências físicas, químicas e biológicas e repercussões nocivas ao corpo dos trabalhadores. O autor afirma ainda que o sofrimento inicia-se quando o nível atingido de insatisfação não pode mais diminuir, ou seja, não existe mais uma relação prazerosa entre o homem e a sua atividade de trabalho (DEJOURS, 1992).

2.3 Condições de saúde

Uma vez que a saúde está relacionada ao processo de trabalho, a promoção dessa saúde pode ser obtida a partir de adequações desse processo. Para tal, verifica-se a necessidade de conhecer as formas como o trabalho é realizado e a identificação dos riscos produzidos por cada situação de trabalho vivenciada. O processo saúde-doença está estruturado a partir de múltiplos fatores, que devem ser identificados a fim de minimizar os danos produzidos ao indivíduo e à coletividade.

Esses danos podem se manifestar sob a forma de doença ocupacional, de acidente de trabalho ou ainda assumir formas menos precisas, como a apatia ou algum mal-estar indefinido, trazendo consequências para a produtividade e a qualidade dos serviços prestados, como já foi descrito (RUIZ; ARAÚJO, 2012).

A ocorrência de doenças ocupacionais decorrentes de diversos aspectos das condições de trabalho, tais como doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, transtornos mentais comuns, depressão, aborto, doenças osteomusculares, dentre outros, têm sido identificados em vários estudos (SCHNALL; LANDSBERGIS; BAKER, 1994; DOEF; MAES, 1999), comprovando, dessa forma, os danos à saúde física e mental produzidos pela forma com que o trabalho é organizado.

Essas relações têm sido evidenciadas nos trabalhadores da saúde, especialmente aqueles atuantes em ambiente hospitalar, tendo em vista as inúmeras circunstâncias desgastantes presentes em seu cotidiano laboral (MAGNANO et al., 2010). Entretanto, estudos referentes às condições de saúde dos trabalhadores nos outros ambientes aos quais esses trabalhadores também estão expostos, como as unidades de atenção à saúde de nível

primário e secundário, são pouco frequentes, mesmo sendo altamente necessários para o conhecimento amplo dos fatores de exposição presentes em todo e qualquer campo de atuação desses profissionais.

Esses estudos podem obter uma melhor visão das repercussões que são apresentadas na saúde desses indivíduos, uma vez que os trabalhadores de saúde e, em especial, a categoria da enfermagem, acumulam diversos vínculos, estando estes distribuídos nos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde brasileiro.

Dessa forma, existe escassez de informações amplas quanto ao perfil de adoecimento dos trabalhadores de enfermagem, destacando a importância de investigações sobre o perfil de morbimortalidade dessa categoria, frente às diferenciadas condições de trabalho às quais estão expostos e ao fato de ser caracterizada como uma profissão altamente estressante (REIS et al., 2003).

O perfil de morbimortalidade dos trabalhadores “[...] caracteriza-se pela coexistência de agravos que têm relação direta com condições de trabalho específicas.” (BRASIL, 2001, p. 20). Faz-se necessário identificar quais as condições de risco no trabalho para imprimir ações de promoção de saúde frente à confirmação dos fatores de exposição.

2.3.1 Saúde física: autoavaliação do estado de saúde

Avaliar o estado de saúde é algo complexo que necessita de diversos indicadores. A literatura indica três indicadores, sendo construídos de maneira “observada” (exames clínicos, com profissionais de saúde especializados), “testada” (exames laboratoriais) e “percebida” (autoavaliação de saúde). O presente estudo irá avaliar as condições de saúde a partir da avaliação do estado de saúde percebido, que é considerada como uma maneira válida e importante para diagnosticar as condições de saúde de indivíduos e populações (BARROS; NAHAS, 2000).

Tem sido demonstrada a importância desse predito na identificação de incapacidade, mortalidade e morbidade, aumentando o interesse em medidas subjetivas da saúde, como a autoavaliação do próprio estado de saúde. Os dados biomédicos não são superiores aos coletados a partir da autoavaliação dos sujeitos, ao compararem dados do estado de saúde testados e percebidos de diversas doenças crônicas e incapacidades (FERRARO; SU, 2000).

Pesquisas confirmam a confiabilidade da morbidade percebida também em outras pesquisas, mesmo que seus fatores condicionantes apresentem grande variabilidade, sofrendo

influências de aspectos culturais, socioeconômicos, psicossociais, de estilo de vida, do ambiente de trabalho, entre outros (HOFELMANN; BLANK, 2007).

Esses resultados confirmam e reforçam a estrutura multidimensional da autoavaliação de saúde, destacando a necessidade de estudos que comprovem essas relações em todas as populações, destacando também a classe trabalhadora, pautando ações integrais voltadas à saúde dessa população, a partir da identificação de fatores associados ao trabalho que afetam a autoavaliação do estado de saúde do trabalhador.

A literatura demonstra que a percepção individual da saúde é importante indicador que pode influenciar a qualidade de vida, uma vez que são constantemente associados à percepção de exposição a situações estressantes, essas últimas refletem-se na qualidade de vida.

Foi encontrada uma importante associação entre percepção dos níveis de estresse e saúde (BARROS; NAHAS, 2001). Entretanto, existe carência de estudos que explorem essa interrelação entre profissionais de saúde, identificando uma necessidade de investigações focadas na associação entre determinantes psicossociais e percepção de saúde em trabalhadores de saúde (BARROS; NAHAS, 2001; FONSECA et al., 2008; HOFELMANN; BLANK, 2007; IDLER; BENYAMINI, 1997; SILVA, 2012).

O trabalho também vem sendo identificado como variável indicadora de melhores condições de autoavaliação da saúde. Investigação feita em nível nacional encontrou que a falta de atividade ocupacional esteve associada às maiores prevalências de autoavaliação negativa do estado de saúde (BARROS et al., 2009).

Há uma complexidade envolvida nas percepções femininas que englobam a experiência de vida, presença de doenças crônicas, vitalidade, atitude mental e estilo de vida (SHADBOLT, 1997). As desigualdades de gênero na autoavaliação são observadas ao identificar que, independentemente da escolaridade e da renda (que são variáveis massivamente comprovadas como associadas à autoavaliação da saúde), a mulher avalia pior sua saúde que o homem (BARROS; NAHAS, 2001). Demonstrado em pesquisa que ajustou seus resultados, segundo variáveis socioeconômicas, apenas as mulheres continuaram avaliando pior sua saúde (HOFELMANN; BLANK, 2007).

Diferenças entre os sexos na autoavaliação de saúde têm sido sistematicamente apontadas por outros autores. O sexo masculino apresentou menores prevalências de percepção negativa de saúde em relação ao sexo feminino, estando, portanto, as mulheres mais susceptíveis à autoavaliação negativa de sua saúde (BARROS et al., 2009; BELTRÃO; SUGAHARA, 2002; DACHS, 2002; FONSECA et al., 2008; HOFELMANN; BLANK, 2007; SZWARCOWALD et al., 2005)

Metodologicamente, a saúde percebida pode ser mensurada por meio de uma única questão, que tem sido empregada em diferentes inquéritos de saúde e vem servindo para subsidiar serviços e tratamentos de saúde. Uma simples pergunta: “De modo geral, em relação a pessoas de sua idade, como você considera o seu estado de saúde?” constitui-se uma das medidas mais empregadas em inquéritos populacionais, recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para monitoramento do estado de saúde. Possui cinco opções de resposta que foram subsequentemente dicotomizadas (muito bom, bom = percepção positiva; regular, ruim, muito ruim = percepção negativa). Sua ampla utilização decorre da facilidade de operacionalização, associada à grande confiabilidade, conferida por estudos longitudinais que a referenciam como importante preditor de mortalidade, mesmo após o controle para outras variáveis (HOFELMANN; BLANK, 2007).

Este indicador produz uma autoclassificação global do indivíduo que considera sinais e sintomas de doenças (diagnosticadas ou não por profissional de saúde), além do impacto dessas condições sobre seu bem-estar físico, mental e social (BARROS et al., 2009).

2.3.2 Saúde mental: transtornos mentais comuns (TMC)

O bem-estar do sujeito depende de um livre funcionamento e da sua articulação no trabalho, ou seja, o sujeito deve estar harmonizado com as atividades desempenhadas para alcançar a satisfação que proporcionará reduções das cargas psíquicas nelas dispensadas (DEJOURS, 1994).

Devido aos índices crescentes de afastamento permanente do trabalho por doenças mentais há uma preocupação crescente com a saúde mental e bem-estar dos trabalhadores da área da saúde (CORGONZINHO, 2000).

Segundo o Ministério da Saúde (2001), existe uma ampla gama de aspectos relacionados ao trabalho que contribuem para as alterações da saúde mental das pessoas, desde fatores pontuais, como a exposição a determinado agente tóxico até a complexa articulação de fatores relativos à organização do trabalho, estando aqui inclusos os aspectos psicossociais do trabalho.

Para analisar o adoecimento psíquico dos trabalhadores de enfermagem, optamos pelo uso dos transtornos mentais comuns (TMC), uma vez que a literatura descreve a elevada e constante ocorrência de TMC nestes profissionais. Estudos epidemiológicos realizados na área da saúde do trabalhador evidenciaram associação entre a ocorrência de TMC e trabalho exercido por esses profissionais (ARAÚJO et al., 2003; BRAGA et al., 2010; CARVALHO et

al., 2013), embasando a nossa hipótese de que os profissionais de enfermagem estão expostos a fatores relacionados às condições de trabalho que produzem efeitos maléficos à sua saúde mental.

A classe descrita aqui acaba sendo vítima da estrutura organizacional do trabalho, das demandas psicológicas necessárias para o desenvolvimento de suas tarefas, dos riscos químicos, físicos e biológicos nosocomiais há muito tempo descritos e conhecidos pelos estudiosos da área.

Transtornos mentais comuns (TMC) é uma expressão criada por Goldberg e Huxley (1993) para designar sintomas tais como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas que demonstram ruptura do funcionamento normal do indivíduo.

Os transtornos mentais comuns constituem problema de saúde pública e apresentam importantes impactos econômicos devido aos gastos públicos com a saúde e o absenteísmo no trabalho, já referido como elevado (BRAGA, CARVALHO; BINDER, 2010; COUTINHO; ALMEIDA-FILHO; MARI, 1999). Por isso, sua análise possui grande relevância na medida em que contribuirá para mudanças de realidades que podem estar produzindo esses danos ao sistema de saúde como um todo.

No Brasil, vários autores têm revelado alta prevalência desses transtornos (ARAÚJO et al., 2003; COSTA et al., 2002; COSTA; LUDEMIR, 2005; LIMA, 2004) cujas consequências, individuais e sociais, reforçam a necessidade de identificação precoce para orientar intervenções específicas. Dentre as consequências, são citadas nos estudos as incapacidades grave e definitiva, inclusive as taxas de mortalidade elevadas e prejuízos nas funções sociais e físicas (OMS, 2002).

Assim, a avaliação dos transtornos mentais comuns dentre os trabalhadores de enfermagem torna-se relevante para se compreender as associações dessa ocorrência e identificar os potenciais fatores associados (PINHO; ARAÚJO, 2007). Numerosos fatores vêm sendo associados aos transtornos mentais comuns, incluindo fatores individuais, sociais e laborais.

2.3.2.1 Self Reporting Questionnaire (SRQ-20)

O Self Reporting Questionnaire – SRQ-20 é um questionário desenvolvido para a triagem de adoecimento psíquico, especificamente Transtornos Mentais Comuns (TMC). Este

questionário é utilizado para detectar sintomas de transtornos mentais, sugerindo suspeita, mas não atribui diagnóstico específico.

O SRQ-20 foi construído por Harding e outros (1980), sob coordenação da Organização Mundial de Saúde e validado para utilização no contexto brasileiro por Mari e Willians (1986). Esse questionário é proveniente de uma adaptação de quatro instrumentos de pesquisas psiquiátricas já existentes. É considerado um método de investigação rápido e de fácil administração por ser claro, objetivo e autoaplicável (PINHO; ARAÚJO, 2007). Estudos recentes apontam para o desempenho satisfatório deste instrumento (SANTOS et al., 2011).

Sua versão original é composta por 30 questões, sendo 20 sobre sintomas psicossomáticos para rastreamento de transtornos não-psicóticos, quatro para rastreamento de transtornos psicóticos, uma para rastreamento de convulsões do tipo tônico-clônica e cinco questões para rastreamento de transtorno por uso de álcool (OMS, 1975).

A versão mais utilizada em investigações de base populacional, a qual foi utilizada neste estudo, é composta por vinte questões de respostas dicotômicas (sim/não), quatro sobre sintomas físicos e dezesseis sobre sintomas psicoemocionais.

Em estudo recente realizado na população feirense foi verificado o desempenho satisfatório do instrumento e o desempenho foi melhor no ponto de corte 6/7, obtendo variações quanto ao gênero, representando um melhor ponto de corte para as mulheres de 7. Por serem estudos de população similares, o ponto de corte tomado para esse estudo foi de 7 ou mais respostas positivas (SANTOS et al. 2011).

2.4 Modelo preditivo

O modelo teórico-conceitual preditivo (Figura 2) foi construído a partir do suporte literário acerca das variáveis que foram identificadas, em outros estudos, como associadas aos Transtornos Mentais Comuns e/ou à autoavaliação negativa do estado de saúde. Em seguida, estas variáveis foram subdivididas em blocos de variáveis para desenvolvimento das análises, a fim de encontrar associações pertinentes.

2.4.1 Variáveis de exposição para os Transtornos Mentais Comuns

As variáveis de exposição foram agrupadas em blocos de determinação por categoria de variáveis conforme modelo teórico-conceitual preditivo (Figura 2) que levou em consideração a sua relevância para a determinação do desfecho.

O bloco das variáveis socioeconômicas engloba a variável idade, situação conjugal, presença de filhos e cor da pele autorreferida. Estas variáveis foram consideradas pela sua contribuição no desenvolvimento de morbimortalidade, bem como pela influência no que se refere ao conhecimento de causalidade e determinação do efeito de interesse.

Diversos estudos na área têm identificado variáveis associadas aos transtornos mentais comuns. Encontram-se associações com o aumento da idade (mais prevalente entre maiores de 40-45 anos de idade), situação conjugal (entre as mulheres os TMC são mais prevalentes nas divorciadas/separadas/viúvas), presença de filhos, escolaridade (maiores prevalências entre os indivíduos com menor nível de escolaridade), cor da pele negra e/ou parda (ANSEMI et al., 2008; COUTINHO; ALMEIDA FILHO; MARI, 1999; FARIAS; ARAÚJO, 2011; PINHO; ARAÚJO, 2012; PORTO et al., 2006; RIOS et al., 2011; ROCHA et al., 2010; SILVA; MENEZES, 2008; SOUZA et al., 2011).

No bloco de hábitos de vida, estão presentes as atividade de lazer, atividades físicas, o uso de bebidas alcoólicas e tabagismo. A associação de prática de atividades de lazer e atividade física com TMC foi citada por vários pesquisadores (ARAÚJO et al., 2007; FARIAS; ARAÚJO, 2011; RIOS et al., 2011; ROCHA et al., 2010; SOUZA et al., 2010a).

Pesquisadores encontraram que indivíduos que não participam de atividades de lazer apresentam quase o dobro de prevalência de TMC, sendo o tempo para realizar as atividade fator de associação estatística (ARAÚJO et al., 2007). Estudos corroboram ao afirmar que as atividades regulares de lazer são importantes descarregadores de estresse (RIOS et al., 2011).

Outros aspectos que se encontram fortemente associados à prevalência de TMC são os fatores ambientais (PORTO et al., 2006; SOUZA et al., 2011). No presente estudo, esta variável foi referente ao ambiente de trabalho, compondo os blocos das variáveis ocupacionais que foram analisadas em dois blocos distintos, o bloco da situação de trabalho e das características psicossociais do trabalho.

Estudos na área de Saúde do Trabalhador associam TMC a algumas dessas variáveis ocupacionais, tais como: tempo na função que exerce, jornada de trabalho (FARIAS; ARAÚJO, 2011; SOUZA et al., 2010a, 2011;), segurança no trabalho, no que se refere à violência no trabalho (COSTA; MARZIALE, 2006; GASPARINI et al., 2006; OLIVEIRA, 2013), sobrecarga doméstica e a dupla jornada de trabalho (FARIAS; ARAÚJO, 2011; PINHO; ARAÚJO, 2012).

Quanto aos aspectos psicossociais do trabalho, há referências, principalmente, à demanda psicológica e controle sobre o trabalho (COUTINHO; ALMEIDA FILHO; MARI, 1999; FARIAS; ARAÚJO, 2011; SOUZA et al., 2010a).

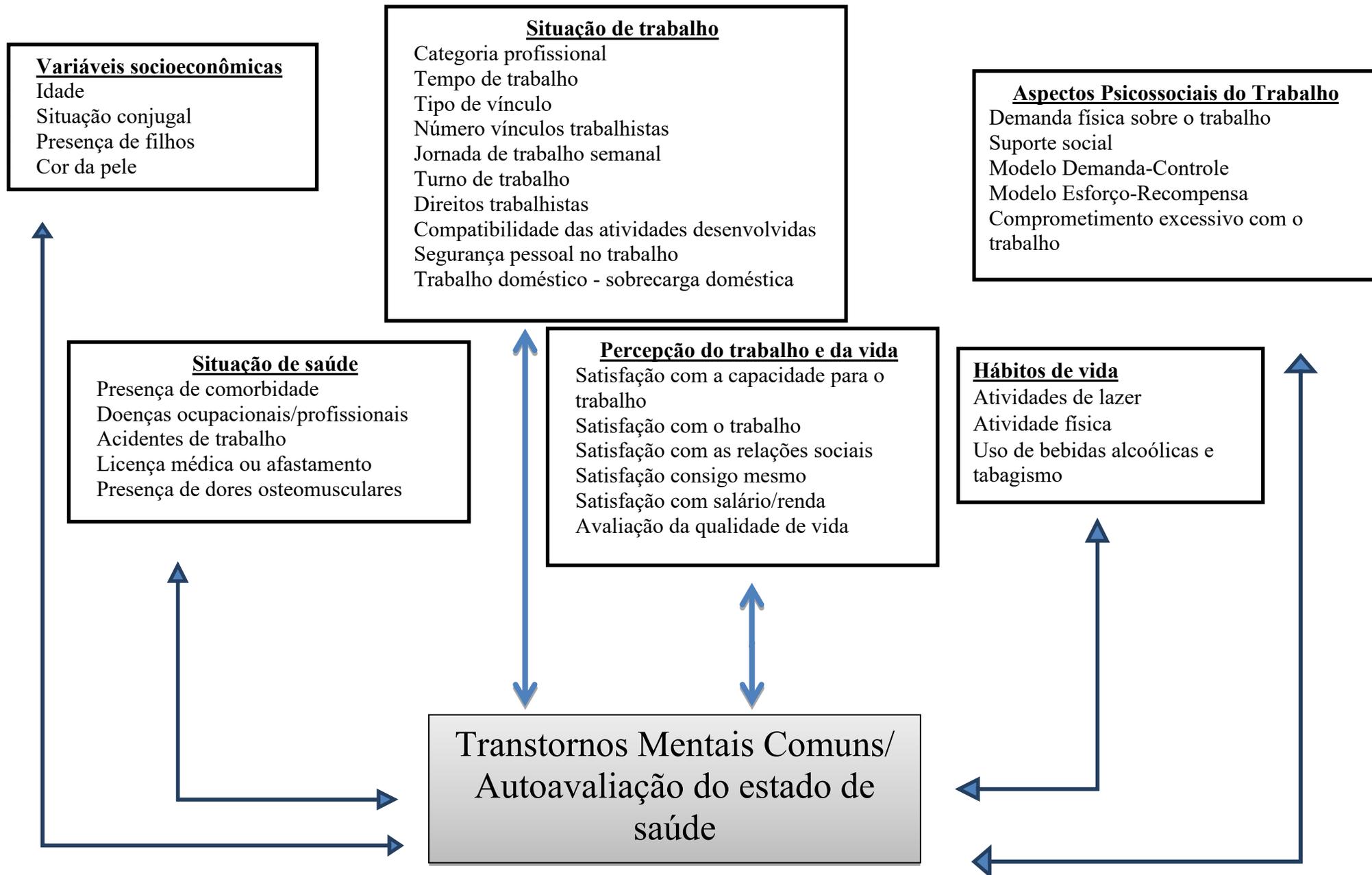
Existem ainda fatores psicossociais que podem ser identificados como estratégias de enfrentamento aos estressores ocupacionais, tais como apoio social, apresentando o apoio dos colegas e supervisores como modificador do efeito do estresse ocupacional sobre a saúde do indivíduo (ANSELMÍ et al, 2008; COUTINHO, ALMEIDA FILHO; MARI, 1999; SOUZA et al, 2010a). Coutinho, Almeida-Filho e Mari (1999) afirmaram que o suporte social é “amortecedor” de eventos de vida produtores de estresse.

O bloco da percepção do trabalho e da vida foi avaliado utilizando as variáveis referentes à satisfação do indivíduo, sua capacidade para o trabalho, relações sociais e consigo mesmo, bem como a satisfação com salário/renda e a autoavaliação da qualidade de vida. Vale destacar aqui que a variável renda não compõe o bloco das variáveis sociodemográficas que foram avaliadas neste estudo, pois a satisfação com o salário/renda dá-nos uma visão mais ampla das consequências que a renda pode trazer ao indivíduo.

No que se refere às condições clínicas do indivíduo, é evidente a sua associação com o desenvolvimento de transtornos mentais comuns, sendo formado um bloco de situação de saúde em que, inicialmente, foram incluídas a presença de comorbidade, ocorrência de doenças ocupacionais ou acidentes de trabalho diagnosticadas e ocorridas nos últimos 12 meses; a existência de licença médica ou afastamento do trabalho e a presença de dores osteomusculares e autoavaliação do estado de saúde.

Estudos trazem associações de TMC com problemas físicos, afirmando que a presença de condições clínicas desfavoráveis aumenta as prevalências de adoecimento mental (ANSELMÍ et al., 2008; ROCHA et al., 2010; SOUZA et al., 2011).

Figura 2- Modelo teórico-conceitual com variáveis associadas aos Transtornos Mentais Comuns e/ou Autoavaliação do estado de saúde.



2.4.2 Variáveis de exposição para a autoavaliação do estado de saúde

As variáveis de exposição para a autoavaliação do estado de saúde foram agrupadas em blocos de determinação por categoria de variáveis similares aos determinados para o primeiro desfecho (Figura 2), devido à semelhança das variáveis que são identificadas como associadas à autoavaliação do estado de saúde pela literatura pesquisada.

Aspectos culturais, socioeconômicos, psicossociais, de estilo de vida, do ambiente de trabalho, entre outros, influenciam a autoavaliação do estado de saúde de um indivíduo (HOFELMANN; BLANK, 2007).

No que tange às variáveis sociodemográficas, estudos exploratórios demonstram maior prevalência da percepção negativa de saúde em sujeitos com a cor da pele preta, baixo nível de escolaridade (tem sido identificada uma maior prevalência de percepção negativa de saúde em pessoas com menos de 8 anos de estudo), baixa renda familiar *per capita*, aumento da idade, baixo nível socioeconômico, diferenciais geográficos (estando as prevalências de percepção negativa de saúde mais elevadas nas capitais das Regiões Norte e Nordeste) (BARROS et al., 2009; BARROS; NAHAS, 2001; DACHS, 2002; DACHS; SANTOS, 2006; FONSECA et al., 2008; HOFELMANN; BLANK, 2007).

Estudos acerca dos hábitos de vida identificaram o estilo de vida como fator relevante para a saúde (PAIS; CABRAL, 2003; RIBEIRO, 2005). Os fatores de estilo de vida (como dieta alimentar, exercício físico, fumar, consumir álcool e drogas, acidentes, comportamento sexual, entre outros) são integrados e afetam a probabilidade de adoecer (BENNETT; MURPHY, 1999; MATOS et al., 2000; MCINTYRE; SOARES; SILVA, 1997; SNEL; TWISK, 2001) e, conseqüentemente, de perceber sua saúde como negativa.

No ambiente de trabalho foi identificada a influência da dupla jornada de trabalho (profissional e doméstico) no aumento do efeito adverso de fatores relacionados à autoavaliação negativa, incluindo tensão psicológica, queixas algicas e cansaço (FONSECA et al, 2008).

Resultados de pesquisa revelam que a prevalência de sujeitos com percepção negativa de saúde foi maior entre aqueles que também percebiam estar expostos a níveis elevados de estresse (27,4% dos homens; 43,3% das mulheres), quando comparados aos que percebiam menor exposição ao estresse (9,8% dos homens; 14,9% das mulheres) (BARROS; NAHAS, 2001).

Outra associação encontrada foi a percepção de saúde negativa e a forma de organização do trabalho, isto é, condições de ambiente adversas: baixo controle, pouca

autonomia, alta demanda física e psicológica. Foi identificado também que estes fatores psicossociais do trabalho, bem como sintomas como sensação de cansaço/fraqueza e dores músculo-esqueléticas, contribuem mais para a negatividade da autoavaliação de saúde do que doenças de maior gravidade como artrite reumatoide, doenças neurológicas e mesmo câncer (HOFELMANN; BLANK, 2007).

Em estudo realizado com a proposta de identificar combinações de dois modelos de estresse ocupacional do trabalho (dentre eles o Modelo demanda-controle, que será utilizado nesta pesquisa) e sua associação com a saúde autoavaliada em profissionais de enfermagem de três hospitais do município do Rio de Janeiro, encontraram uma associação positiva entre esses eventos, estando a alta demanda psicológica e o baixo apoio social no trabalho associados às baixas percepções do estado de saúde autoavaliado. A chance de ter referido saúde ruim foi de 1,55 (IC95% 1,00;2,41) vezes mais alta entre aquelas classificadas com estresse a partir do MDC (GRIEP et al., 2011).

Estudos ainda demonstram a importância da autoavaliação do estado de saúde na identificação de incapacidade, mortalidade e morbidade. A autoavaliação do estado de saúde produz uma autoclassificação global do indivíduo que considera sinais e sintomas de doenças (diagnosticadas ou não por profissional de saúde), além do impacto dessas condições sobre seu bem-estar físico, mental e social (BARROS et al., 2009).

3 MÉTODOS

Metodologia tem sua origem grega, sendo que o termo *meta* significa “ao largo”, em torno de, *odos* “caminho”, *logos* “discurso”, “estudo”, isto é, o caminho da pesquisa, a maneira de obtenção de dados. Alves (2007) a considera um instrumento do pesquisador, pois é através da especificação dos caminhos a serem adotados que se torna possível delimitar a criatividade e definir o como, onde, com que, com quem, quanto e de que maneira pretende-se captar a realidade e seus fenômenos.

3.1 Tipo de estudo

Este estudo é um recorte do projeto de pesquisa multicêntrico “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia”, realizado pelo Núcleo de Epidemiologia e Núcleo de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), com o apoio e a participação de outras universidades baianas: Universidade Federal da Bahia (UFBA), em Salvador; Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB), em Santo Antônio de Jesus; Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), em Jequié; e Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), em Itabuna.

É um estudo na abordagem quantitativa, do tipo analítico, de corte transversal. Investiga a exposição e o desfecho, bem como sua associação num mesmo momento, permitindo avaliações instantâneas da situação de saúde (PEREIRA, 2008).

3.2 Campo de estudo

Para o desenvolvimento desta pesquisa foram utilizados como campos de estudo as Unidades de Atenção Básica (Estratégias de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e cargos da Secretária de Saúde Municipal) do serviço público de saúde dos municípios de Salvador, Feira de Santana, Santo Antonio de Jesus, Jequié e Itabuna, do Estado da Bahia.

O município de Salvador está localizado na região litorânea do Estado da Bahia, com uma superfície de 707 Km², uma população estimada de 2.948.733. Apresenta-se dividido em 18 Regiões Administrativas e, no âmbito da Saúde, em 12 Distritos Sanitários. Faz parte desta pesquisa apenas o Distrito Sanitário do Centro Histórico da cidade de Salvador o qual tinha 69.088 habitantes em 2012. A Rede Básica era composta por duas USF em que estavam alocadas quatro ESF (23,2% de cobertura) e por seis UBS (SALVADOR, 2012).

O município de Feira de Santana possuía 556.756 habitantes (IBGE, 2010) e desde março de 2004 é habilitado na Gestão Plena do Sistema de Saúde. A Rede de Serviços de Atenção Básica encontra-se estruturada com 76 Unidades de Saúde da Família (USF) compostas por 32 Equipes de Saúde Bucal e 83 Equipes de Saúde da Família. O sistema de serviço de saúde do município de Feira de Santana conta ainda com 16 UBS tradicionais e 32 equipes PACS. O relatório de atenção básica identifica que Feira de Santana tem: 56,02% de cobertura ESF; e 22,06% de cobertura do EACS (FEIRA DE SANTANA, 2008).

Quanto ao perfil dos profissionais de saúde que atuam nestes serviços, a atenção básica era composta por 385 profissionais de nível superior, 389 profissionais de nível médio, 418 agentes comunitários de saúde e 137 agentes administrativos, os profissionais de enfermagem somavam 394 (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) (FEIRA DE SANTANA, 2008).

Santo Antônio de Jesus tinha 90.949 habitantes em 2010. A rede básica de saúde era constituída por 21 ESF lotadas em 19 USF (cobertura de 83,9%), duas UBS com duas equipes PACS. Tendo um total de 103 profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) atuantes nestes serviços (SANTO ANTONIO DE JESUS, 2010).

Jequié possuía 143.143 habitantes em 2010. A rede básica de saúde era composta por 24 ESF alocadas em 15 USF (61,9% de cobertura) e quatro UBS.

Itabuna possuía 204.668 habitantes em 2010. A rede básica de saúde era composta por 23 ESF lotadas em 16 USF (45,0% de cobertura populacional) e 10 UBS.

É neste cenário de práticas e saberes, bem como de situações diversas de trabalho que afetam e põem em risco a saúde dos profissionais de saúde, que foram analisadas as condições de saúde das trabalhadoras de enfermagem.

3.3 População do estudo

Neste estudo, foram incluídas as trabalhadoras de enfermagem (enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem) do quadro de funcionários dos serviços públicos de atenção básica do Estado da Bahia, incluindo os municípios de Salvador, Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus, Jequié e Itabuna, tendo como apoio para a coleta dos dados as entidades UFBA, UEFS, UFRB, UESB e UESC, respectivamente.

Para a definição da população de estudo foi realizado levantamento prévio da estruturação e força de trabalho dos serviços dos municípios. Delimitou-se o número e tipo de serviços de saúde disponíveis, número de trabalhadores e suas respectivas ocupações, bem

como a área geográfica em que cada serviço estava localizado. A estimativa amostral foi elaborada considerando as características dos serviços oferecidos na rede básica e o número de trabalhadores cadastrados em cada uma delas.

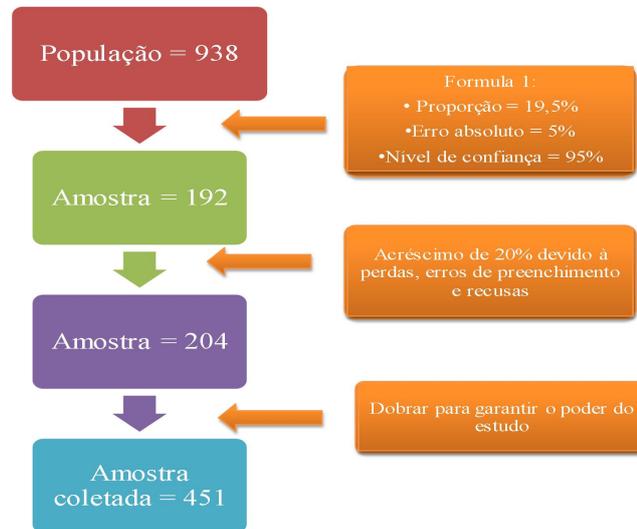
A população de estudo de cada município foi selecionada de forma particular, tendo municípios que trabalharam com amostragem aleatória, tais como Feira de Santana e Itabuna. Já nos municípios de Jequié, Santo Antônio de Jesus e no Distrito Sanitário do Centro Histórico de Salvador, foram realizados censos. Entretanto, para esta pesquisa foi feito um levantamento do quantitativo de profissionais de enfermagem de cada município, realizando desta forma, o cálculo para estimativa do tamanho amostral, considerando a fórmula para população finita e sem reposição dos indivíduos investigados:

$$n = \frac{Nz^2_{\left(1-\frac{\alpha}{2}\right)}pq}{d^2(N-1) + z^2_{\left(1-\frac{\alpha}{2}\right)}pq}$$

A definição da prevalência do evento de interesse, empregado para a estimativa da amostra, ocorreu por meio de revisão da literatura considerando-se os desfechos de interesse, autoavaliação do estado de saúde e transtornos mentais comuns, sendo o primeiro obtido a partir do estudo de Griep e colaboradores (2011). O estudo obteve uma prevalência de 19,5 % de autoavaliação negativa de saúde entre as trabalhadoras de enfermagem em três hospitais públicos do município do Rio de Janeiro. Quanto à prevalência de transtornos mentais comuns, foi utilizada a estimativa encontrada por Tomasi e colaboradores (2008), na qual foi identificada que 16% dos trabalhadores da saúde da atenção básica e média complexidade foram triados com TMC.

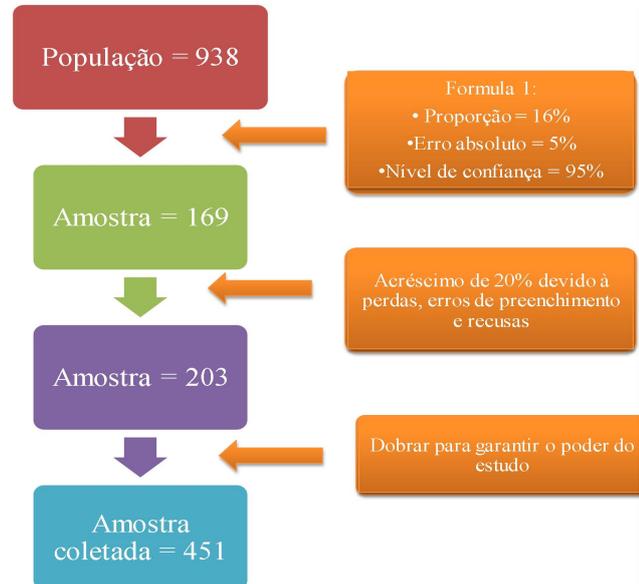
Foram realizados cálculos do tamanho da amostra final com base em cada um dos desfechos, considerando-se erro absoluto de 5%, nível de confiança de 95% e estimativas dos desfechos (TOMASI et al., 2008; GRIEP et al., 2011). Do valor resultante obtido, foi acrescido 20%, para suprimir potenciais erros de preenchimento, recusas e perdas, além de aumentar o poder do estudo. Foi feita a opção metodológica de dobrar o tamanho amostral para garantir o poder do estudo (Figuras 3 e 4).

Figura 3 - Cálculo do tamanho da amostra final para o desfecho de Auto-avaliação do estado de saúde



Fonte: Arquivo pessoal, 2013.

Figura 4 - Cálculo do tamanho da amostra final para o Desfecho de Transtornos Mentais Comuns



Fonte: Arquivo pessoal, 2013.

3.4 Técnica de coleta de dados

O período de coleta de dados variou entre os municípios que compuseram a pesquisa, entre os anos de 2011 e 2013, mas as técnicas foram semelhantes. Os participantes foram abordados no seu ambiente de trabalho e informados sobre a natureza da pesquisa, seus

objetivos, os procedimentos utilizados e a ausência de riscos e danos decorrentes da participação no estudo; possibilidade de desistência a qualquer momento, sem nenhum ônus para seu trabalho, bem como a garantia de sigilo dos dados obtidos e da disponibilidade do pesquisador para qualquer esclarecimento necessário. Respeitando, dessa forma, os princípios éticos da pesquisa com seres humanos.

O projeto multicêntrico foi aprovado pelo Comitê de Ética da UEFS, através do Protocolo Nº: 081/2009 (ANEXO A). Em seguida, foi realizado estudo piloto na cidade baiana de Cruz das Almas, com 30 trabalhadores de saúde para avaliar o questionário. Os pesquisadores foram treinados para o trabalho de campo, a fim de se obter uma padronização e qualidade na coleta e na abordagem dos indivíduos. Os questionários foram autoaplicáveis somente para os profissionais de nível superior. A abordagem dos profissionais selecionados foi tentada até três vezes; no caso de insucesso, esses foram substituídos por outro indivíduo com características semelhantes (sexo, categoria profissional e local de trabalho).

Atenção especial foi dada ao estabelecimento do fluxo do trabalho (contato – Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), entrega ou aplicação do questionário (Anexo C) e coleta do questionário).

A padronização de todas as condutas e procedimentos a serem adotados – como proceder em cada situação e como responder às indagações relativas aos itens do instrumento. O Manual de Procedimentos e Condutas teve papel de grande relevância para assegurar a padronização dessas condutas.

3.5 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados utilizado na pesquisa multicêntrica foi um questionário empregado em todos os municípios, com particularidades que não alteraram o êxito na construção da junção dos bancos de dados dos municípios. O questionário foi elaborado a partir de revisão de literatura, de estudos com foco em condições de saúde e trabalho de trabalhadores de saúde. Possui oito blocos de questões: o bloco I trata sobre os dados gerais e sociodemográficos; os blocos II, III, IV, V e VI abordam características relativas ao trabalho, inclusive o doméstico, e hábitos de vida; os blocos VII e VIII investigam os problemas de saúde e situações de violência.

Tendo como base os objetivos estabelecidos para este subprojeto, as variáveis utilizadas se encontram em 5 blocos de questões do questionário, quais sejam:

BLOCO I – Identificação geral (aspectos sociodemográficos), constituído por 6 questões: sexo, idade, número de filhos, situação conjugal, nível de escolaridade e cor da pele.

BLOCO II – Informações gerais sobre o trabalho (aspectos ocupacionais), constituído por 13 questões, dentre elas: cargo, tempo de serviço neste cargo, tempo de serviço na unidade e tempo de serviço público, vínculo empregatício, treinamento institucional para o cargo, educação em serviço, compatibilidade das atividades desenvolvidas com o cargo, turno de trabalho, jornada de trabalho no município e jornada total, direitos trabalhistas e outros trabalhos.

BLOCO IV – Aspectos psicossociais do trabalho, constituído pelo Job Content Questionnaire – JCQ (Questionário sobre Conteúdo do Trabalho) e pelo Effort-Reward Imbalance Model – ERI (modelo de equilíbrio esforço-recompensa).

O JCQ mede aspectos ligados à estrutura social e psicológica, podendo ser aplicado para diferentes tipos de trabalho, inclusive para relacionar trabalho e algumas formas de adoecimento. Utilizamos uma versão traduzida para o português validada recentemente (ARAÚJO; KARASEK, 2008).

A versão recomendado do JCQ inclui 49 questões em escala ordinal tipo Likert de quatro pontos, em que 1 = discordo fortemente; 2 = discordo; 3 = concordo; e 4 = concordo fortemente, as questões se organizam em:

- Questões que identificam o controle sobre o trabalho (seis sobre habilidades e onze sobre autoridade decisória);
- Questões acerca de demanda psicológica e física (nove sobre demanda psicológica e cinco sobre demanda física);
- Questões sobre suporte social (cinco sobre suporte social proveniente da chefia e três de suporte proporcionado pelos colegas de trabalho); e
- Questões sobre insegurança no trabalho (seis questões).

O ERI é utilizado para estudar as situações de desequilíbrio entre esforço e recompensa no trabalho, este questionário é composto por perguntas fechadas, cujas respostas configuram-se em escala ordinal tipo Likert de quatro pontos: 1 - discorda, 2 - discorda fortemente, 3 - concorda e 4 - concorda fortemente; dividido em três blocos de questões:

a) A escala de Esforço inclui as seguintes questões: eu frequentemente trabalho além de minha jornada; meu trabalho exige muito esforço físico; sou pressionado pelo tempo pela carga pesada de trabalho; sou interrompido e incomodado no trabalho; o trabalho passou a exigir cada vez mais de mim; tenho muita responsabilidade no trabalho.

b) A escala de Recompensa: sou tratado com respeito pelos meus colegas de trabalho; tenho respeito que mereço de meus supervisores; tenho poucas possibilidades de ser promovido no futuro; passei e ainda posso passar por mudanças indesejáveis; tenho pouca estabilidade no emprego; levando em conta todo meu esforço e conquistas meu salário/renda é adequado; levando em conta meu esforço e conquista recebo o respeito e o reconhecimento que mereço; as expectativas de promoção no trabalho estão de acordo com meu esforço e conquista; sou tratado injustamente; a posição que ocupo não está de acordo com a minha formação e treinamento.

c) O comprometimento excessivo inclui: me sinto facilmente sufocado pela pressão do tempo; assim que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas do trabalho; quando chego em casa não consigo relaxar e nem me “desligar” facilmente do meu trabalho; as pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do trabalho; o trabalho não me deixa, ele ainda esta na minha cabeça quando vou dormir; não consigo dormir direito se adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito.

O ERI vem sendo utilizado para avaliar a relação entre fatores psicossociais e estado de saúde, em vários países, e revelou-se adequado para avaliar aspectos referentes ao desequilíbrio entre esforço e recompensas no trabalho em contextos brasileiros. A consistência interna medida pelo coeficiente alpha de Cronbach foi boa para as três escalas, variando de 0,76 a 0,86 em um estudo realizado com profissionais de saúde e funcionários de uma universidade (CHOR et al., 2008) e de 0,70 a 0,90, em um estudo com bancários (SILVA; BARRETO, 2010). A estrutura dos fatores obtida com uso de análise fatorial foi consistente com os componentes de constructo do modelo teórico em ambos os estudos.

Outras questões deste bloco, referentes à percepção do individuo quanto ao trabalho e a vida, também foram utilizadas, tais como percepção da qualidade de vida, satisfação com o trabalho, com sua capacidade de trabalho e com o salário/renda, e satisfação com suas relações pessoais (amigos, parentes, colegas) e consigo mesmo.

BLOCO V- Atividades domésticas e hábitos de vida, utilizado para compor as variáveis relativas ao trabalho doméstico, sobrecarga doméstica, atividades de lazer e os hábitos de beber e fumar.

BLOCO VII - Aspectos relacionados à saúde, este bloco será utilizado para compor as variáveis referentes às condições de saúde física e mental dos profissionais estudados, bem como suas comorbidades, uma vez que é subdividido em dois blocos de questões. Inicialmente aborda as condições de saúde física autorreferidas, que comporá a questão referente à autoavaliação do estado de saúde. Esse foi obtido a partir da pergunta: “De modo

geral, em comparação às pessoas da sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde?” É incluída aqui também, as variáveis referentes às doenças médicas diagnosticadas; problemas de saúde dos quais serão considerados as variáveis referentes a dores osteomusculares; a ocorrência de licença médica ou se foi afastado do trabalho; doença ocupacional ou profissional (diagnosticada por médico) e acidente de trabalho ou de trajeto.

O sub-bloco subsequente avalia as condições de saúde mental, utilizando o *Self-Reporting Questionnaire*- SRQ. No presente estudo serão utilizadas 20 questões dicotômicas para rastreamento de transtornos não-psicóticos (Transtornos Mentais Comuns) que avaliam sintomas depressivos, somáticos, neuróticos e de ansiedade que ocorreram nos últimos 30 dias. Na avaliação realizada por Santos, Araújo e Oliveira (2009), o SRQ-20 obteve desempenho aceitável para avaliar a saúde mental de trabalhadores no Brasil.

3.6 Definição das variáveis

As variáveis deste estudo foram classificadas em exposições e desfechos, as primeiras foram agrupadas em categorias (Quadro 1) e analisadas em blocos quanto à sua associação com os desfechos, conforme modelo teórico preditivo.

Quadro 1 - Variáveis que compõem o modelo-teórico-conceitual e suas categorias de análise

Variáveis socioedemográficas	
Idade	- até 40 anos - mais de 40 anos
Raça/cor da pele	- branca - não-branca
Situação conjugal	- com companheiro - sem companheiro
Presença de filhos	- não - sim
Hábitos de vida	
Prática de atividades de lazer	- sim - não
Prática de atividade física	- sim - não
Uso de bebidas alcoólicas	- não - sim
Tabagismo	- não-fumante - fumante atual
Situação de trabalho	
Categoria profissional	- enfermeira - técnica/auxiliar de enfermagem
Tempo de trabalho	- menos de 5 ano - 5 a 10 anos

	- mais de 10 anos
Tempo de trabalho na unidade	- menos de 5 anos - 5 a 10 anos - mais de 10 anos
Vínculo de trabalho	- concursado/celetista - trabalho precarizado
Possui outro vínculo	- não - sim
Possui direitos trabalhistas	- sim, totalmente - sim, parcialmente - não
Jornada de trabalho semanal	- até 40 horas - entre 41 e 60 horas - mais de 60 horas
Turno de trabalho	- diurno - noturno/regime de plantão
Demanda física sobre o trabalho	- baixa demanda física - alta demanda física
Compatibilidade das atividades desenvolvidas	- compatíveis com o cargo - não compatíveis com o cargo
Segurança pessoal no trabalho	- não - sim
Trabalho doméstico	- não - sim
Sobrecarga doméstica	- baixa/média sobrecarga - alta sobrecarga
Variáveis psicossociais do trabalho	
Suporte social	- alto suporte - baixo suporte
Comprometimento excessivo com o trabalho	- ausência - presença
Modelo Demanda Controle	- baixa exigência - trabalho ativo - trabalho passivo - alta exigência
Modelo Esforço-recompensa (ERI)	- equilíbrio - desequilíbrio
Esforço dispendido no trabalho	- baixo - alto
Recompensas recebidas pelo trabalho	- alta - baixa
Percepção do trabalho e da vida	
Satisfação com a capacidade para o trabalho	- satisfeita - insatisfeita
Satisfação com o trabalho	- satisfeita - insatisfeita
Satisfação com as relações pessoais (amigos, parentes)	- satisfeita - insatisfeita
Satisfação consigo mesma	- satisfeita - insatisfeita
Salário/renda	- satisfeita - insatisfeita
Avaliação da qualidade de vida	- satisfeita - insatisfeita

Situação de saúde	
Presença de comorbidade	- não - sim
Doenças ocupacionais ou profissionais	- não - sim
Acidentes de trabalho	- não - sim
Licença médica	- não - sim
Presença de dores osteomusculares	- não - sim
Transtorno Mental Comum	- não - sim
Autoavaliação do estado de saúde	- positiva - negativa

3.6.1 Variáveis de exposição

- A variável direitos trabalhistas é um indicador composto construído a partir da soma de quatro variáveis: Tem direito ao 13º salário; Tem direito a folgas; Tem direito a férias; e Tem direito a adicional de férias, Todas dicotômicas (sim e não), onde o número 1 era atribuído ao não. O resultado desta soma foi categorizado em tercís: sim, todos (as que possuíam todos os direitos trabalhistas, isto é a soma foi igual a zero), sim, parcialmente (as que possuíam alguns dos direitos, mas não todos, isto é, o resultado da soma foi entre 1 e 3) e não, nenhum (as que não possuíam nenhum dos direitos trabalhistas, ou seja, a soma foi igual a 4);

- A variável sobrecarga doméstica foi avaliada a partir do somatório das tarefas domésticas básicas (lavar, passar, limpar, cozinhar), ponderado pelo número de moradores, exceto a própria entrevistada, através da fórmula: $SD = (\text{lavar} + \text{passar} + \text{limpar} + \text{cozinhar}) \times (M-1)$ (AQUINO, 1996). Foi analisada, inicialmente, em tercís: alta, média e baixa sobrecarga, e em seguida dicotomizada em baixa/média sobrecarga e alta sobrecarga conforme utilizado por Pinho e Araújo (2012).

- A variável suporte social foi construído a partir do somatório das dimensões suporte social dos colegas de trabalho e suporte social dos supervisores, que por sua vez foram construídos a partir do somatório das variáveis do JCQ referentes a cada uma dessas dimensões;

- O Modelo Demanda-Controle permitiu a construção de quatro categorias de trabalho a partir das duas dimensões (demanda psicológica e controle sobre o trabalho) dicotomizadas em alto e baixo: *baixa exigência*, *trabalho ativo*, *trabalho passivo* e *alta exigência* (ver Figura

1). Estes quadrantes previstos no modelo foram constituídos a partir da combinação entre os diferentes níveis de demanda psicológica e controle sobre o trabalho. Para a construção dos indicadores de demanda e de controle foi realizado somatório das variáveis referentes a cada um desses indicadores, considerando-se as ponderações previstas na operacionalização do modelo. Para a dicotomização da demanda (baixa/alta) e do controle (baixo/alto) adotou-se a média como ponto de corte (recomenda pelo o guia do JCQ);

- O modelo Esforço-Recompensa (**ERI**) é identificado a partir da relação entre esforço e recompensa utilizando a fórmula $ER = \text{esforço} / (\text{recompensa} \times 0,5454)$ (fator de correção), para o resultado da função maior que 1, a situação foi definida como de desequilíbrio entre Esforço e Recompensa (risco) e menor que 1, situação de equilíbrio (SIEGRIST, 2004). As questões relativas à dimensão Esforço e Recompensa foram medidas em escalas que variaram de 1 a 4 atribuídos às respostas, em seguida essas dimensões foram dicotomizadas em alta e baixa, de acordo com a média para cada uma das escalas;

- A variável de comprometimento excessivo também foi calculada seguindo os parâmetros de cálculo para as escalas de esforço e recompensa, sendo dicotomizada pela média da escala, em ausência de comprometimento excessivo (número menor ou igual ao resultado da média) e presença de comprometimento excessivo com o trabalho (número maior que o resultado da média);

- A variável presença de comorbidades foi calculada a partir do somatório de todas as 26 variáveis referentes às doenças diagnosticadas por um médico listadas no questionário: diabetes, tuberculose, colesterol alto, gastrite, obesidade, úlcera, pressão alta, hepatite, câncer, infecção urinária, artrite/ reumatismo, LER/DORT, rinite/sinusite, depressão, asma, distúrbios do sono, infarto do miocárdio, anemia, angina, varizes, insuficiência cardíaca, doença dos rins, alergia/eczema, hérnia de disco, disfonia e lombalgia. Para todas, o valor 1 atribuído para sim e 0 para não. Dessa forma, o somatório foi uma escala de 0 a 26, sendo dicotomizada em presença de comorbidade para qualquer valor diferente de zero e ausência de comorbidade para os valores iguais a zero;

- A variável presença de dores osteomusculares foi calculada a partir do somatório das variáveis referentes à avaliação desta dimensão: dor nas pernas, dor nos braços, dor na parte superior das costas e dor na parte inferior das costa, que eram categorizadas em nunca (0), raramente (1), pouco frequente (2), frequente (3) e muito frequente (4). Inicialmente essas variáveis foram dicotomizadas em não (0), para “nunca” e “raramente” e em sim (1), para as outras categorias. Em seguida, foi feito somatório de todas elas dicotomizando o resultado em

presença de dor (valores diferentes de zero) e ausência de dor (para ausência de qualquer dor, resultado zero)

3.6.2 Variáveis desfecho

As variáveis desfecho foram as condições de saúde (variáveis analisadas pelo bloco VII do questionário - Aspectos relacionados à sua saúde), e avaliadas em duas categorias:

-Condições de saúde física (autorreferida): foi analisada a partir da autoavaliação do estado de saúde, suas respostas foram dicotomizadas em: positiva (muito bom/bom) e negativa (regular/ruim/muito ruim); e

-Condições de saúde mental: a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC), foi avaliado utilizando-se o instrumento SRQ-20. Estudos indicam que a sensibilidade e a especificidade desse questionário são, respectivamente, 83% e 80%. Estudo recente realizado na população feirense por Santos e colaboradores (2011) foi verificado desempenho satisfatório do instrumento e o desempenho foi melhor no ponto de corte 7 para as mulheres. O ponto de corte tomado para esse estudo foi este, caracterizando o indivíduo como portador ou não de TMC.

3.7 Técnica de análise de dados

Os questionários, após preenchimento, foram examinados, numerados para facilitar a tabulação dos dados, digitados e processados, utilizando-se o *Statistic Package for Social Sciences - SPSS 9.0 for Windows* e o aplicativo *EpiData*, versão 3.1, manuseado por pessoal devidamente treinado em cada município. Posteriormente os bancos foram padronizados e feita a junção de todos, constituindo apenas um banco de dados com todos os indivíduos de interesse. Foi feita a verificação de erros e inconsistências e validação dos dados com apresentação dos valores percentuais, médias e os desvios padrão das variáveis. A apresentação dos resultados obtidos foi feita através de tabelas simples e compostas.

A análise simples dos dados foi realizada no programa *SPSS® 9.0 for Windows* e para a realização da análise multivariada foi utilizado o *STATA for Windows*. A análise dos dados foi iniciada através da estatística descritiva de frequência absoluta e relativa. Para favorecer a descrição e análise dos resultados, foram realizadas análises bivariadas e multivariadas em blocos. Os dados foram analisados através da determinação da frequência das variáveis como medida de ocorrência.

Para a análise exploratória dos dados, *a priori*, foi realizada a caracterização dos profissionais de enfermagem que fizeram parte da população amostral, quanto aos aspectos sociodemográficos, hábitos de vida, situação de trabalho, aspectos psicossociais do trabalho, percepção do trabalho e da vida, situação de saúde; analisadas as condições de saúde física e mental a partir das prevalências de autoavaliação do estado de saúde e de Transtornos Mentais Comuns.

As variáveis quantitativas contínuas foram categorizadas para facilitar a análise dos dados. Como este trabalho foi desenvolvido com base em dois desfechos para análise, cada análise foi feita em separado, entretanto, os métodos foram semelhantes para ambos.

No intuito de identificar os fatores associados ao Transtorno Mental Comum e à autoavaliação do estado de saúde, foi realizada análise da associação entre as variáveis de exposição e as variáveis-desfecho, envolvendo as técnicas de análise bivariada e multivariada em blocos, de acordo com os modelos teórico-conceitual pré-estabelecidos.

Para a análise bivariada foram calculadas as razões de prevalências (RP), sendo aplicado o Teste Qui-quadrado de Pearson, valor de “p” e intervalos de confiança de 95%, para avaliar as significâncias estatísticas de cada associação; o teste exato de Fisher para aquelas associações onde as caselas foram menores que 5.

As variáveis selecionadas para permanecerem nos blocos do modelo de regressão para análise multivariada foram as que apresentaram na análise bivariada uma significância ao nível de 25%.

A análise multivariada teve o propósito de construir um modelo de regressão logística, que foi realizada em duas etapas, uma intrablocos e outra interblocos (Figura 5). Conforme Hosmer e Lemeshow (2000), o método de regressão logística permitiu construir um modelo biologicamente adequado capaz de prever associação entre uma variável desfecho e múltiplas variáveis de exposição. Em um primeiro momento, esta técnica de análise foi empregada em cada bloco em separado (intrabloco) para verificar as associações entre as variáveis de exposição e os desfechos de interesse, a fim de identificar os efeitos globais das variáveis de cada bloco, separadamente. Empregou-se a regressão logística condicional com o processo retrógrado (“Back Ward”) de seleção, tendo como critério de análise o valor de $p \leq 0,17$. Em seguida, utilizou-se a regressão logística interblocos para a construção de modelos ajustando gradualmente as variáveis de um bloco às variáveis retidas no bloco inicial, em uma ordenação pré-determinada (Figura 6): sociodemográficas, hábitos de vida, trabalho (inclusa a situação de trabalho e os aspectos psicossociais), percepção do trabalho e da vida e situação de saúde. Permaneceram no modelo final da regressão logística as variáveis associadas a cada

um dos desfechos ao nível de 5% de significância, e, por fim, foi possível predizer os fatores associados ao TMC e à autoavaliação do estado de saúde.

Figura 5 - Critérios de seleção para a construção do modelo final de regressão logística



Fonte: Arquivo pessoal, 2013.

Figura 6 – Ordem de entrada dos blocos na análise de regressão logística inter-blocos



Fonte: Arquivo pessoal, 2013.

A elaboração do modelo de regressão logística seguiu os procedimentos descritos por Hosmer e Lemeshow (2000). A princípio, foram criadas variáveis *dummy*, as quais assumem valores binários, necessárias quando a exposição não é dicotômica, ou seja, apresenta mais de duas categorias.

Ressalta-se que, o modelo de regressão logística produziu medidas de razão de odds (OR) que não é medida de associação adequada para estudos transversais, portanto, as razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança de 95% foram estimados pela Regressão Robusta de Poisson (COUTINHO, SCAZUFCA; MENEZES, 2008; FRANCISCO et al., 2008).

O Critério de Informação de Akaike (AIC) possibilitou a seleção das variáveis de interesse para o modelo final, permitindo análise de modelos aninhados ou não. A adequação do modelo de regressão foi avaliada pelo teste de bondade de ajuste do modelo (teste de Hosmer e Lemeshow godness of fit) e a área sob a curva ROC. Foi feita, ainda, a avaliação do modelo com análise dos padrões de observação influentes.

3.8 Aspéctos éticos

Este projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS (Protocolo no. 081/2009; CAAE0086.0.059.000-091) (Anexo A), seguindo os quatro referenciais básicos da Bioética como autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça e as especificações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Os secretários de saúde dos locais de estudo incluídos foram consultados e concordaram com a realização da pesquisa em seus municípios.

Os entrevistadores foram treinados e devidamente orientados sobre os procedimentos éticos a serem seguidos, resguardando todos os direitos dos indivíduos entrevistados. No treinamento da equipe de pesquisa, foram incluídos tópicos sobre questões éticas e direitos individuais na condução de pesquisas com seres humanos.

O entrevistado foi informado acerca dos objetivos do estudo, e a concordância em participar foi feita por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), previsto na Resolução nº 466/12 do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). O TCLE utilizado neste estudo encontra-se no Anexo A.

Foi assegurada a confidencialidade dos dados fornecidos para a presente pesquisa. A equipe comprometeu-se a utilizar as informações dadas exclusivamente para atender aos objetivos estabelecidos no projeto-mãe, estando incluso neste o presente subprojeto.

A pesquisa não implicou riscos diretos sobre a saúde dos trabalhadores que foram estudados; o indivíduo podia interromper a mesma no momento que desejasse, em função de qualquer desconforto sentido. No caso de necessidade ou demanda em decorrência de possível desconforto, o indivíduo recebeu orientação sobre aspectos relacionados à assistência à saúde no município (disponibilidade de serviços na rede pública de atendimento e acesso aos serviços de saúde).

4 RESULTADOS

4.1 ARTIGO 1 - Transtorno Mentais Comuns em Trabalhadoras de Enfermagem da Atenção Básica¹

Resumo

Os transtornos mentais comuns (TMC) apresentam elevada prevalência em trabalhadores da saúde, com consequências individuais e coletiva relevantes. Foi realizado um estudo de corte-transversal com o objetivo de analisar os fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns em trabalhadoras de enfermagem da atenção básica da Bahia. Foram entrevistadas 451 trabalhadoras em uso de um questionário com 8 blocos de questões referentes às características sociodemográficas, hábitos de vida, situação de trabalho, aspectos psicossociais do trabalho, percepção do trabalho e da vida e situação de saúde. O Self Reporting Questionnaire - SRQ-20 foi utilizado para rastrear TMC e, para verificar os fatores associados, empregou-se a análise de regressão logística em blocos. A prevalência de TMC foi 16,2% e os fatores de exposição, verificados no modelo final de análise, foram: ser enfermeira (RP: 0,56; IC: 0,34 – 0,90), jornada de trabalho maior que 60 horas semanais (RP: 2,53; IC:1,55 – 4,11), ter a segurança pessoal ameaçada no trabalho (RP:1,92; IC:1,28 – 2,88), alta sobrecarga doméstica (RP:1,94; IC:1,25 – 2,98), desequilíbrio entre esforço-recompensa (ERI) (RP:1,78; IC:0,98 – 3,23), insatisfação consigo mesma (RP: 2,30; IC:1,52 – 3,46), avaliação ruim da qualidade de vida (RP:1,69; IC:1,07 – 2,65) e autoavaliação negativa do estado de saúde (RP: 1,77; IC: 1,12 – 2,77). Os resultados encontrados reforçam e renovam as evidências científicas sobre o tema, reafirmando a relação entre o processo saúde-doença e o trabalho, seja ele profissional ou doméstico, e direcionam para a importância de discussões e mudanças nas organizações de trabalho da enfermagem no contexto da atenção básica, na tentativa de minimizar o estresse e a insatisfação ocupacional, e promover a saúde dessa categoria. Vale salientar ainda que o trabalho doméstico deve ser considerado e incorporado em investigações quanto à saúde mental da população feminina.

Palavras-chave: transtornos mentais comuns, trabalhadoras de enfermagem, gênero, trabalho doméstico, atenção básica.

Abstract

Common mental disorders have a high prevalence in health workers with relevant individual and collective consequences. A study of cross - cutting in order to analyze the factors associated with Common Mental Disorders in professional nursing primary care of Bahia State, 451 workers were interviewed using a questionnaire in 8 blocks of questions regarding sociodemographic characteristics, lifestyle habits, work status, psychosocial aspects of work, perception of work and life and health status . The Self Reporting Questionnaire - SRQ - 20 was used to track TMC and to verify the factors associated employed to analysis of logistic regression in blocks. The tmc prevalence WAS 16.2% and the exposure factors checked in late model analysis were identified AS being a nurse (RP: 0.56, IC: 0.34 - 0.90), journey greatest work 60 hours per week (RP: 2.53, IC:1.55 - 4.11), have threatened the personal safety at work (RP:1.92, IC:1.28 - 2.88), high domestic workload (RP:1.94, IC:1.25 - 2.98), effort-reward imbalance (ERI) (RP:1.78, IC:0.98 - 3.23), dissatisfaction with oneself (RP: 2.30, IC:1.52 - 3.46), poor assessment of quality of life (RP:1.69, IC:1.07 - 2.65) and self - negative assessment of health status (RP: 1.77, IC: 1.12 - 2.77). The findings reinforce and renew the scientific evidence on the subject reaffirming the relationship between the health-disease process and work, being professional or home, and guide to the importance of discussions and changes in the nursing work organizations in an attempt to minimize occupational stress and dissatisfaction and promote

¹ Dados da pesquisa multicêntrica "Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia". Apoio financeiro do CNPq (edital Universal) e FAPESB (PPSUS e auxílio dissertação).

health in this category. It is important to say that housework should be considered and incorporated into investigations regarding the mental health of the female population.

Keywords: common mental disorders, nursing workers, gender, housework, primary care.

4.1.1 Introdução

Transtornos mentais comuns (TMC) é uma expressão criada por Goldberg e Huxley (1993) para designar sintomas de insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, que causam prejuízos nas atividades diárias dos acometidos pelo agravo. Embora sejam eventos de baixa gravidade, os TMC são responsáveis por sofrimento e estão associados à incapacidade e ao absenteísmo no trabalho, ocupando o quarto lugar entre as principais causas de incapacidade no mundo (CARVALHO et al., 2013).

Estes transtornos se desenvolvem quando não existe uma superação adaptativa do sujeito frente aos riscos presentes nas condições e ambientes de trabalho, resultando em uma ruptura do funcionamento normal do indivíduo, através de sentimentos de indignidade e inutilidade e designam situações de sofrimento mental (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; DEJOURS, 1992).

Estudos brasileiros (ARAÚJO et al., 2003; COSTA et al., 2002; COSTA; LUDEMIR, 2005; LIMA, 2004;) têm demonstrado altas prevalências desses transtornos em grupos de trabalhadores, evidenciando incapacidade, absenteísmo, elevada mortalidade e danos nas funções sociais e físicas, o que demonstra necessidade de identificação precoce. Além de contribuir para gastos públicos elevados com saúde e trabalho, se configurando como problema de saúde pública (BRAGA, CARVALHO; BINDER, 2010; COUTINHO, ALMEIDA-FILHO; MARI, 1999;).

Assim, torna-se relevante a identificação desses transtornos e a avaliação dos fatores associados, necessária para planejar e guiar ações de prevenção e promoção à saúde de indivíduos e coletividades.

Na epidemiologia psiquiátrica, são verificadas prevalências de 25% de TMC em indivíduos com mais de 18 anos de idade e constituem-se numa importante morbidade ocupacional, estando associados às condições de vida e de trabalho (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; OMS, 2002;).

Numerosos fatores vêm sendo associados aos transtornos mentais comuns, incluindo fatores individuais, sociais e laborais, tais como fatores sociodemográficos, condições de saúde, hábitos de vida e situação de trabalho (DEJOURS, 1992; LUDERMIR; LEWIS, 2003;

LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; OMS, 2002; PATEL; KLEINMAN, 2003; SCHNALL; DOBSON; ROSSKAM, 2009).

Existem, ainda, evidências científicas de que as mulheres são mais atingidas pelas desordens psíquicas que os homens (COSTA et al., 2002; LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003; LUDERMIR; LEWIS, 2001; LUDERMIR; MELO FILHO, 2002), o que atribui relevância na investigação de TMC entre esta população e na identificação dos fatores de exposição associados. Pinho e Araújo (2012) identificaram fatores que podem intensificar o sofrimento psíquico de mulheres, a saber: idade, situação conjugal, número de filhos, chefia da família, lazer e sobrecarga doméstica.

O afastamento do trabalho por doenças ocupacionais tem sustentado a necessidade de investigações na área da saúde do trabalhador (CORGONZINHO, 2000). Estudos têm identificado os altos riscos de desgaste na Enfermagem e suas associações com TMC (ARAÚJO et al., 2003; BRAGA, CARVALHO; BINDER, 2010; CARVALHO et al., 2013). Ao considerar os problemas ocupacionais relacionados à saúde mental, a enfermagem ocupa o 27º lugar, entre as 130 ocupações estudadas pela pesquisa da National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) (PINHO; ARAÚJO, 2007).

Baseado nestas evidências, este estudo objetiva analisar os fatores associados aos transtornos mentais comuns em trabalhadoras de enfermagem atuantes nos níveis de atenção básica em municípios da Bahia. O diagnóstico dos fatores de risco proveniente dessa investigação pode subsidiar a reflexão sobre as condições de trabalho e saúde mental dos trabalhadores e nortear políticas de intervenção, diminuindo ou prevenindo estes agravos.

4.1.2 Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal, realizado a partir de um estudo multicêntrico com trabalhadores da saúde da Bahia. O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS (Protocolo no. 081/2009; CAAE0086.0.059.000-091).

População de estudo e critérios amostrais

A população de estudo foi constituída por trabalhadoras de enfermagem dos serviços de atenção básica de cinco cidades da Bahia. Para a seleção da amostra foi feito levantamento do número de trabalhadores em cada município, e calculado o tamanho amostral, a partir da fórmula para população finita, com nível de confiança de 95%, precisão absoluta de 5% e a

proporção esperada para o evento estudado de 16% (TOMASI et al., 2008), resultando num tamanho amostral de 169, acrescidos de 20 % para compensar possíveis perdas e recusas. Optou-se, ainda, por dobrar este tamanho amostral para garantir o poder do estudo, resultando em um total de 451 indivíduos investigados.

Coleta de dados

Os dados foram coletados, através de um questionário, em períodos diferentes em cada município, mas se restringiram aos anos 2011 e 2013. As técnicas de coleta de dados foram semelhantes e seguiu as normas e recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, para tal foi seguido o manual de procedimentos e condutas. Os indivíduos foram abordados no seu ambiente de trabalho, informados sobre a pesquisa e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguindo os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos.

Variáveis do estudo

As variáveis de interesse foram classificadas em exposição e desfecho. A variável desfecho é a presença de Transtornos Mentais Comuns (TMC), avaliado pelo *Self-Reporting Questionnaire-SRQ-20*.

O SRQ-20 é um instrumento para triagem de adoecimento psíquico, construído por Harding e outros (1980), é utilizado para detectar sintomas de transtornos mentais, sugerindo suspeita, sem atribuir diagnóstico específico. Este questionário foi validado para utilização no contexto brasileiro por Mari e Willians (1986) e recentemente apontado como satisfatório por Santos e colaboradores (2011), tomando-se sete (7) ou mais respostas positivas como o melhor ponto de corte para as mulheres.

As variáveis de exposição foram categorizadas e agrupadas em blocos de análise, quais sejam: variáveis sociodemográficas, hábitos de vida, situação de trabalho, aspectos psicossociais do trabalho, percepção do trabalho e da vida e situação de saúde.

Vale salientar que, dentre essas variáveis, encontram-se indicadores compostos, sendo útil a demonstração de sua construção:

- Direitos trabalhistas: somatório de quatro variáveis (direito ao 13º salário, direito a folgas, direito a férias e direito a adicional de férias), sendo o resultado categorizado em tercís: todos, parcial e nenhum;

- Sobrecarga doméstica: somatório das tarefas domésticas básicas (lavar, passar, limpar, cozinhar), ponderado pelo número de moradores, através da fórmula: $SD = (\text{lavar} +$

passar + limpar + cozinhar) x (M-1) (AQUINO, 1996). Categorizada em tercís e em seguida dicotomizada em alta e média/baixa sobrecarga conforme utilizado por Pinho e Araújo (2012);

- Suporte social: avaliado pelo JCQ seguiu os procedimentos previstos - somatório das dimensões suporte social dos colegas de trabalho e dos supervisores, dicotomizados pela média;

- Modelo Demanda-Controle: avaliado pelo JCQ – construiu-se quatro categorias de trabalho a partir da combinação das dimensões demanda psicológica e controle sobre o trabalho, dicotomizadas pela média, em alto e baixo: *baixa exigência*, *trabalho ativo*, *trabalho passivo* e *alta exigência* (KARASEK, 1979);

- Modelo Esforço-Recompensa (ERI): relação entre esforço e recompensa utilizando a fórmula $ER = \text{esforço} / (\text{recompensa} \times 0,5454)$ (fator de correção), para resultados maiores que 1, a situação foi definida como de desequilíbrio entre Esforço e Recompensa (risco) e menores que 1, situação de equilíbrio (SIEGRIST, 2004). Para a relação foi necessário dicotomizar as dimensões Esforço e Recompensa, de acordo com a média para cada uma das escalas;

- Comorbidade: somatório de 26 variáveis referentes a doenças diagnosticada por um médico, sendo dicotomizada em presença de comorbidade para qualquer um dos diagnósticos positivos e em ausência de comorbidade;

- Dores osteomusculares: somatório das variáveis referentes à avaliação desta dimensão: dor nas pernas, dor nos braços, dor na parte superior das costas e dor na parte inferior das costas. Inicialmente estas variáveis foram dicotomizadas em não (0), para “nunca” e “raramente” e em sim (1), para as outras categorias. Em seguida foi feito somatório de todas elas dicotomizando o resultado em presença de dor (valores diferentes de zero) e ausência de dor (para ausência de qualquer dor, resultado zero).

Análise dos dados

Estudo exploratório, utilizando estatística descritiva de frequência absoluta e relativa para a caracterização da amostra e a análise bivariada e multivariada em blocos para avaliar as variáveis associadas aos TMC.

Na análise bivariada foram calculadas as razões de prevalências (RP), valor de p e intervalos de confiança, aplicando o Teste Qui-quadrado de Pearson. Utilizou-se como critério de seleção para a análise multivariada intrabloco o valor de $p \leq 0,25$. Empregando-se, em seguida, a regressão logística condicional com o processo retrógrado (“Back Ward”) de seleção, sendo feito posteriormente a regressão logística interblocos, com todas as variáveis

estatisticamente significantes nos modelos intrablocos, tendo como critério o valor de $p < 0,17$, conforme indica Hosmer e Lemeshow (2000).

Neste procedimento as variáveis de um bloco foram ajustadas gradualmente às variáveis retidas no bloco inicial, considerando a seguinte ordem de entrada: sociodemográficas, hábitos de vida, trabalho (inclusa a situação de trabalho e os aspectos psicossociais), percepção do trabalho e da vida e situação de saúde. Ao final, obteve-se o modelo final da regressão logística capaz de prever os fatores associados aos TMC, a significância estatística, nesta etapa, baseou-se no critério de valor de $p \leq 0,05$.

A adequação das medidas de associação foi feita pela regressão robusta de Poisson (COUTINHO; SCAZUFCA; MENEZES, 2008; FRANCISCO et al., 2008), e aplicado o Critério de Informação de Akaike (AIC) para a seleção das variáveis de interesse para o modelo final, permitindo a análise de modelos aninhados ou não.

A adequação do modelo de regressão foi avaliada pelo teste de bondade de ajuste do modelo (teste de Hosmer e Lemeshow godness of fit) e a área sob a curva ROC. Foi feita, ainda, a avaliação do modelo com análise dos padrões de observações influentes.

A digitação e processamento dos dados foram feitos no Statistic Package for Social Sciences - SPSS 9.0 for Windows e o aplicativo EpiData, versão 3.1, manuseado por pessoal devidamente treinado em cada município. Em seguida os bancos foram padronizados e feita a junção de todos para que se constituísse apenas um banco com todos os indivíduos de interesse. A análise simples dos dados foi realizada no programa SPSS® 9.0 *for Windows* e para a realização da análise multivariada foi utilizado o *STATA for Windows*.

4.1.3 Resultados

Foram entrevistadas 451 trabalhadoras de enfermagem da atenção básica distribuídas em cinco cidades da Bahia, 145 (32,2%) atuavam em Feira de Santana, 94 (20,8%) em Salvador, 76 (16,9%) em Jequié, 69 (15,3%) em Santo Antônio de Jesus e 67 (14,9%) em Itabuna.

Caracterização da amostra

A população estudada tinha uma média de 38,7 (sd=10,7) anos de idade, sendo que 63,1% tinham menos de 40 anos, 79,1% eram da raça/cor não branca, 52,6% com companheiro e 60,9% com filhos, (Tabela 1).

No que se refere aos hábitos de vida, as trabalhadoras de enfermagem, em sua maior parte, realizavam atividades regulares de lazer (83,8%), mas não praticavam atividades físicas (61,6%), não consumiam bebidas alcólicas (59,4%) e não fumavam (96,6%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Prevalências de Transtornos Mentais Comuns (TMC) e variáveis sociodemográficas e hábitos de vida das trabalhadoras de enfermagem da atenção básica na Bahia, 2011 -2013

Variáveis (N)	n (%)	Transtornos Mentais Comuns		
		P	RP	Valor de p
Sociodemográficas				
Idade (444)*				
Até 40 anos	280 (63,1)	45 (16,2)	1	0,932
Mais de 40 anos	164 (36,9)	26 (16,6)	1,02	
Raça/cor da pele (445) *				
Branca	93 (20,9)	12 (13,5)	1	0,440
Não-branca	352 (79,1)	58 (16,9)	1,25	
Situação conjugal (449) *				
Com companheiro	236 (52,6)	41 (18)	1	0,317
Sem companheiro	213 (47,4)	30 (14,4)	0,80	
Filhos (448) *				
Não	175 (39,1)	28 (16,4)	1	0,981
Sim	273 (60,9)	43 (16,3)	0,99	
Hábitos de vida				
Prática de atividades de lazer (445) *				
Sim	373 (83,8)	48 (13)	1	0,00
Não	72 (16,2)	23 (34,8)	2,68	
Prática de atividade física (401) *				
Sim	154 (38,4)	15 (9,9)	1	0,11
Não	247 (61,6)	37 (15,5)	1,57	
Uso de bebidas alcoólicas (394) *				
Não	234 (59,4)	32 (14,2)	1	0,48
Sim	160 (40,6)	26 (16,8)	1,18	
Tabagismo (443) *				
Não-fumante	428 (96,6)	67 (16)	1	0,82 **
Fumante atual	15 (3,4)	1 (8,3)	0,52	

* Variáveis com valores perdidos;

** Teste Exato de Fisher

Entre as trabalhadoras investigadas 66,7% eram técnicas ou auxiliares de enfermagem, e entre as características avaliadas foram predominantes: tempo de trabalho e trabalho na unidade menor que cinco anos (38,2% e 67,4%, respectivamente), um único vínculo de trabalho (63,8%), com contratação precarizada (52,9%), jornada semanal de trabalho de até 40 horas (70,1%), no período diurno (83,3%), com direitos trabalhistas parciais (71,2%), baixa demanda física no trabalho (56,2%), desenvolviam atividades compatíveis com o cargo (95,1%) e referiram não sentir sua segurança pessoal ameaçada no trabalho (62%) (Tabela 2).

Não se pode falar de situações de trabalho de mulheres sem citar o trabalho doméstico, já que as questões inerentes ao gênero atribui esta atividade a elas, observando-se que 54,5% das enfermeiras são as principais responsáveis pelas atividades domésticas, sendo que a

sobrecarga deste trabalho foi sentida com maior intensidade (alta sobrecarga doméstica) por 38,2% destas mulheres (Tabela 2).

A análise dos aspectos psicossociais do trabalho avaliado pelo Modelo Demanda Controle evidenciou que 43,9% vivenciam situações de trabalho desfavoráveis, (20,3% em trabalho de alta exigência e 23,6% em trabalho passivo). De acordo com o modelo proposto por Siegrist, modelo desequilíbrio esforço-recompensa, identificou-se elevada proporção em situação de desequilíbrio entre o esforço dispendido nas atividades laborais e as recompensas recebidas (67,9%), ainda, 46,8% das trabalhadoras de enfermagem tinham um baixo suporte social dos colegas e supervisores, (Tabela 2).

Tabela 2 - Prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) segundo a situação de trabalho e os aspectos psicossociais do trabalho de trabalhadoras de enfermagem da atenção básica na Bahia, 2011-2013

Variáveis (N)	n (%)	Transtornos Mentais Comuns		
		P	RP	Valor de p
Situação de trabalho				
Categoria Profissional (451)				
Enfermeira	150 (33,3)	30 (20,1)	1	
Técnica/auxiliar de enfermagem	301 (66,7)	41 (14,2)	0,71	0,10
Tempo de trabalho (448) *				
Menos de 5 anos	171 (38,2)	19 (11,2)	1	
De 5 a 10 anos	109 (24,3)	19 (17,8)	1,59	0,12
Mais de 10 anos	168 (37,5)	33 (20,8)	1,86	0,01
Tempo de trabalho na unidade (448) *				
Menos de 5 anos	302 (67,4)	42 (14,2)	1	
De 5 a 10 anos	95 (21,2)	17 (18,9)	1,33	0,27
Mais de 10 anos	51 (11,4)	11 (22,4)	1,58	0,13
Vínculo de trabalho (446) *				
Concursado/ Celetista	210 (47,1)	40 (19,9)	1	
Trabalho precarizado	236 (52,9)	31 (13,4)	0,67	0,06
Possui outro vínculo (450) *				
Não	287 (63,8)	36 (12,9)	1	
Sim	163 (36,2)	35 (22,2)	1,72	0,01
Possui direitos trabalhistas (441) *				
Sim, todos	101 (22,9)	16 (16,7)	1	
Sim, parcialmente	314 (71,2)	46 (15)	0,90	0,77
Não, nenhum	26 (5,9)	5 (19,2)	1,15	0,87 **
Jornada de trabalho semanal (435) *				
Até 40 horas	305 (70,1)	38 (12,8)	1	
Entre 40 e 60 horas	79 (18,2)	14 (18,2)	1,42	0,22
Mais de 60 horas	51 (11,7)	18 (36)	2,81	0,00
Turno de trabalho (449) *				
Diurno	374 (83,3)	63 (17,1)	1	
Noturno/ regime de plantão	75 (16,7)	7 (10,4)	0,61	0,17
Demanda física sobre o trabalho (447) *				
Baixa demanda física	251 (56,2)	33 (13,5)	1	
Alta demanda física	196 (43,8)	38 (19,9)	1,47	0,07
Compatibilidade das atividades desenvolvidas (449) *				
Compatíveis com o cargo	427 (95,1)	68 (16,4)	1	
Não compatíveis com o cargo	22 (4,9)	2 (9,5)	0,58	0,63**
Segurança pessoal ameaçada no trabalho (450) *				
Não	279 (62)	31 (11,4)	1	
Sim	171 (38)	40 (24)	2,10	0,00
Trabalho doméstico (448) *				
Não	204 (45,5)	26 (13)	1	
Sim	244 (54,5)	45 (19,1)	1,47	0,08
Sobrecarga doméstica (440) *				
Baixa/Média sobrecarga	272 (61,8)	33 (12,5)	1	
Alta sobrecarga	168 (38,2)	36 (22,1)	1,77	0,00
Variáveis psicossociais do trabalho				
Suporte social (423) *				
Alto suporte	225 (53,2)	24 (11)	1	
Baixo suporte	198 (46,8)	40 (20,6)	1,87	0,00
Modelo demanda controle (423) *				
Baixa exigência	136 (32,2)	13 (9,6)	1	
Trabalho ativo	101 (23,9)	18 (18,6)	1,94	0,04
Trabalho passivo	100 (23,6)	19 (19,6)	2,04	0,03
Alta exigência	86 (20,3)	19 (22,4)	2,33	0,00
Modelo esforço-recompensa-ERI (436) *				
Equilíbrio	140 (32,1)	12 (8,8)	1	
Desequilíbrio	296 (67,9)	58 (20,1)	2,28	0,00

* Variáveis com valores perdidos

** Teste Exato de Fisher

Os dados da Tabela 3 mostram que, apesar de algumas características de precariedade do trabalho desenvolvido, existe uma predominância de trabalhadoras de enfermagem que estão satisfeitas com o seu trabalho, (75,5%) e com sua capacidade para o trabalho, (78,4%), mesmo estando insatisfeitas com o seu salário/renda, (83,2%). Na vertente da percepção das relações sociais e pessoais, o grupo manteve uma elevada satisfação, 86,9 e 84,9%, respectivamente, assim como com a qualidade de vida, (71,1%).

Tabela 3 - Prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) segundo a percepção do trabalho e da vida de trabalhadoras de enfermagem da atenção básica na Bahia, 2011-2013

Percepção do trabalho e da vida (N)	n (%)	Transtornos Mentais Comuns		
		P	RP	Valor de p
Capacidade para o trabalho (450) *				
Satisfeita	353 (78,4)	42 (12,2)	1	
Insatisfeita	97 (21,6)	29 (30,9)	2,53	0,00
Com o trabalho (449) *				
Satisfeita	339 (75,5)	35 (10,7)	1	
Insatisfeita	110 (24,5)	35 (32,4)	3,03	0,00
Salário/renda (447) *				
Satisfeita	75 (16,8)	14 (18,7)	1	
Insatisfeita	372 (83,2)	57 (15,8)	0,85	0,54
Com as relações pessoais (450) *				
Satisfeita	391 (86,9)	47 (12,3)	1	
Insatisfeita	59 (13,1)	23 (41,8)	3,39	0,00
Consigo mesma (451)				
Satisfeito	383 (84,9)	46 (12,4)	1	
Insatisfeito	68 (15,1)	25 (37,3)	3,01	0,00
Avaliação da qualidade de vida (450) *				
Satisfeita	320 (71,1)	31 (10)	1	
Insatisfeita	130 (28,9)	40 (31,7)	3,17	0,00

* Variáveis com valores perdidos

A investigação da situação de saúde dessas trabalhadoras revelou que 7,9% tiveram doença ocupacional ou profissional diagnosticada. 5,4% sofreram acidentes de trabalho ou de trajeto; 34,1% obtiveram licença médica ou foram afastadas do trabalho, nos últimos 12 meses, 75,3% tinham, pelo menos, uma comorbidade presente, 65,2% referiram sentir alguma dor osteomuscular e 15,8% percebiam negativamente seu estado de saúde, (Tabela 4).

Tabela 4 - Prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) segundo a situação de saúde de trabalhadoras de enfermagem da atenção básica na Bahia, 2011-2013

Situação de saúde	n (%)	Transtornos Mentais Comuns		
		P	RP	Valor de p
Doenças ocupacionais ou profissionais (444) *				
Não	409 (92,1)	57 (14,2)	1	
Sim	35 (7,9)	13 (39,4)	2,77	0,00
Acidentes de trabalho (445) *				
Não	421 (94,5)	64 (15,6)	1	
Sim	24 (5,4)	7 (29,2)	1,87	0,15**
Licença médica (449) *				
Não	296 (65,9)	44 (15,2)	1	
Sim	153 (34,1)	27 (18,2)	1,19	0,40
Presença de comorbidade (441) *				
Não	109 (24,7)	8 (7,5)	1	
Sim	332 (75,3)	61 (18,7)	2,49	0,00
Presença de dores osteomusculares (345) *				
Não	120 (34,8)	5 (4,3)	1	
Sim	225 (65,2)	44 (20,1)	4,67	0,00
Autoavaliação do estado de saúde (450) *				
Positiva	379 (84,2)	46 (12,5)	1	
Negativa	71 (15,8)	25 (35,7)	2,86	0,00

* Variáveis com valores perdidos

** Teste Exato Fisher

Estimativas de prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC)

A prevalência global de TMC foi de 16,2%. Os sintomas avaliados pelo SRQ-20 e agrupados por Iacoponi e Mari (1989) demonstraram que, entre as trabalhadoras de enfermagem, o grupo de humor depressivo/ansioso foi o grupo de sintomas predominantes. Dentre esses as questões com maiores percentuais de respostas afirmativas foram "sentir-se nervosa, tensa ou preocupada", (42,5%) e "assustar-se com facilidade", (28,8%). O segundo grupo de sintomas mais referidos foram os somáticos, com destaque para "dores de cabeça frequentes", (34,8%) e "dorme mal", (27,1%). No grupo de decréscimo de energia vital, "cansar-se com facilidade" obteve o maior percentual, (20,5%), enquanto que sofrimento causado pelo trabalho apresentou o menor percentual, (6%). A perda de interesse pelas coisas (9,2%) foi a mais referida, no grupo de pensamentos depressivos; "sentir-se inútil", (2,2%) e "ideia de acabar com a própria vida", (2%) apresentaram os menores percentuais, (Tabela 5).

Tabela 5 - Frequência (%) dos grupos de sintomas psíquicos avaliados pelo Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)

Grupo de sintomas	N	%
Humor depressivo/ansioso		
Sente-se nervosa, tensa ou preocupada	190	42,5
Assusta-se com facilidade	129	28,8
Tem se sentido triste ultimamente	105	23,5
Tem chorado mais do que de costume	48	10,7
Sintomas somáticos		
Tem dores de cabeça frequentes	156	34,8
Dorme mal	121	27,1
Tem sensações desagradáveis no estômago	103	23,1
Tem má digestão	107	23,9
Tem falta de apetite	72	16,1
Tem tremores nas mãos	32	7,20
Decréscimo de energia vital		
Cansa-se com facilidade	92	20,5
Tem dificuldade em tomar decisões	64	14,3
Tem dificuldades de realizar tarefas diárias	60	13,4
Seu trabalho diário lhe causa sofrimento	27	6,00
Sente-se cansada o tempo todo	65	14,5
Tem dificuldade de pensar com clareza	51	11,4
Pensamentos depressivos		
É incapaz de desempenhar papel útil em sua vida	16	3,60
Tem perdido o interesse pelas coisas	41	9,20
Tem tido a ideia de acabar com a vida	9	2,00
Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo	10	2,20

Entre as variáveis sociodemográficas, as maiores prevalências de TMC foram encontradas em trabalhadoras com mais de 40 anos de idade, que se autorreferiram como não-brancas, com companheiro e sem filho, entretanto, essas diferenças não foram estatisticamente significantes. Apesar disso, essas variáveis foram selecionadas para a análise ajustada intrablocos, devido à evidência científica de suas associações com os Transtornos Mentais Comuns. Permaneceu no modelo final interblocos a variável idade, pela sua comprovada participação no processo de adoecimento do indivíduo.

Ao avaliar os hábitos de vida, encontrou-se prevalência de TMC mais elevada entre as trabalhadoras que não praticavam atividades regulares de lazer, nem atividade física, usavam bebidas alcoólicas e não fumavam. Dessas, as variáveis prática de atividades de lazer (RP: 2,68; valor de p: 0,00) e prática de atividade física (RP: 1,57; valor de p: 0,11) obtiveram associação estatisticamente significativa, sendo selecionadas para a análise de regressão logística intrablocos. Permaneceu no modelo de regressão interbloco, apenas a variável prática de atividade física.

Entre as variáveis de situação de trabalho das trabalhadoras de enfermagem, as prevalências de TMC foram mais elevadas entre: as enfermeiras, (20,1%); com mais de dez anos de tempo de trabalho, (20,8%); mais de dez anos de trabalho na unidade atual, (22,4%); tinham mais de 60 horas de jornada de trabalho semanal, (36%); tinham mais de um vínculo

de trabalho, (22,2%); eram contratadas por concurso ou CLT, (19,9%); sem nenhum dos direitos trabalhistas, (19,2%); trabalhavam no período diurno, (17,1%); tinham alta demanda física sobre o trabalho, (19,9%); desenvolviam atividades compatíveis com o cargo, (16,4%); sentiam sua segurança pessoal ameaçada no trabalho, (24%); eram as principais responsáveis pelo trabalho doméstico, (19,1%); e possuíam uma alta sobrecarga doméstica, (22,1%), (Tabela 2).

As variáveis categoria profissional (RP: 0,71; valor de p: 0,10), tempo de trabalho entre 5 e 10 anos (RP: 1,59; valor de p: 0,12) e mais de 10 anos (RP: 1,86; valor de p: 0,01), tempo de trabalho na unidade maior que 10 anos (RP: 1,58; valor de p: 0,13), vínculo de trabalho (RP: 0,67; valor de p: 0,06), jornada de trabalho semanal entre 40 e 60 horas (RP: 1,42; valor de p: 0,22) e maior que 60 horas (RP: 2,81; valor de p: 0,00), turno de trabalho (RP: 0,61; valor de p: 0,17), segurança pessoal no trabalho (RP: 2,10; valor de p: 0,00), demanda física sobre o trabalho (RP: 1,47; valor de p: 0,07), trabalho doméstico (RP: 1,47; valor de p: 0,08) e sobrecarga doméstica (RP: 1,77; valor de p: 0,00) apresentaram associações estatisticamente significantes (Tabela 2), e fizeram parte do modelo de regressão intrabloco.

Permaneceram no modelo de regressão interblocos as variáveis categoria profissional, segurança pessoal ameaçada no trabalho, turno de trabalho, jornada de trabalho semanal, trabalho doméstico e sobrecarga doméstica.

Entre os aspectos psicossociais do trabalho, as trabalhadoras com baixo suporte social (RP: 1,87; valor de p: 0,00), com trabalho de alta exigência (RP: 2,33; valor de p: 0,00) e com desequilíbrio entre o esforço e a recompensa (RP: 2,28; valor de p: 0,00) apresentaram maiores prevalências de TMC, com significância estatística em todas as associações deste bloco.

Assim, para o modelo de regressão logística intrabloco fizeram parte todas as variáveis que compõem o bloco de aspectos psicossociais, que também permaneceram no modelo interblocos.

A análise da percepção do trabalho dessas mulheres mostrou que as trabalhadoras com maiores prevalências de TMC foram aquelas insatisfeitas com a sua capacidade para o trabalho (RP: 2,53; valor de p: 0,00) e com o trabalho (RP: 3,03; valor de p: 0,00) e que avaliaram seu salário/renda como satisfatório (RP: 0,85; valor de p: 0,54), com associações estatisticamente significantes, exceto no que se refere à satisfação com o salário/renda. Quanto à percepção da vida, as trabalhadoras insatisfeitas com suas relações pessoais (RP: 3,39; valor de p: 0,00) e consigo mesma (RP: 3,01; valor de p: 0,00) e que avaliaram

insatisfatoriamente sua qualidade de vida (RP: 3,17; valor de p: 0,00) apresentaram maiores prevalências de TMC, com associações estatisticamente significantes (Tabela 3).

Para a análise ajustada fizeram parte do modelo de regressão intrabloco todas variáveis estatisticamente significantes; permaneceram no modelo de regressão interblocos as variáveis satisfação com o trabalho, satisfação com as relações pessoais, satisfação consigo mesma e com a qualidade de vida.

Ao analisar a ocorrência de TMC e a situação de saúde das trabalhadoras de enfermagem, observaram-se maiores prevalências entre as que tiveram doenças ocupacionais ou profissionais diagnosticadas (RP: 2,77; valor de p: 0,00), sofreram acidentes de trabalho (RP: 1,87; valor de p: 0,15), portadoras de alguma comorbidade (RP: 2,49; valor de p: 0,00), sentiam dores osteomusculares (RP: 4,67; valor de p: 0,00), tiveram licença médica (RP: 1,19; valor de p: 0,40) e autoavaliaram seu estado de saúde como negativo (RP: 2,86; valor de p: 0,00). Dentre essas variáveis, somente a referente à licença médica não apresentou diferença estatisticamente significativa e não participou da análise ajustada intrabloco. Permaneceram no modelo interblocos as variáveis presença de dores osteomusculares e autoavaliação do estado de saúde.

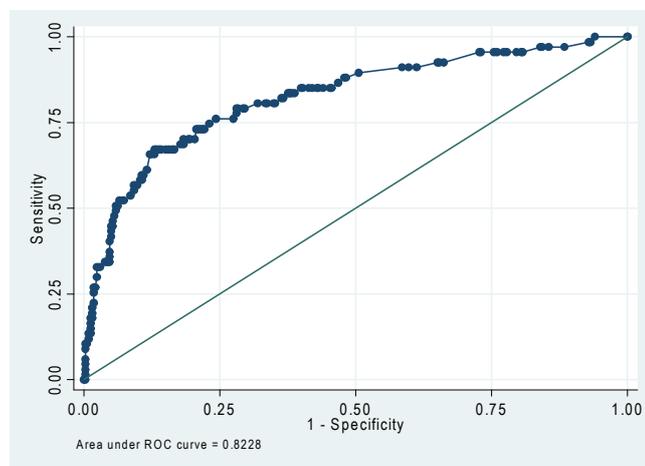
O modelo final de regressão logística identificou as variáveis categoria profissional, jornada de trabalho semanal, segurança pessoal ameaçada no trabalho, sobrecarga doméstica, desequilíbrio entre esforço-recompensa (ERI), satisfação consigo mesma, avaliação da qualidade de vida e autoavaliação do estado de saúde como fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns (Tabela 6).

Tabela 6 - Fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns em trabalhadoras de enfermagem da atenção básica na Bahia, nos anos de 2011 e 2013, obtidos na análise multivariada

Fatores associadas ao TMC	RP	IC 95 %	valor de p
Categoria profissional			
Técnicas/auxiliares de enfermagem	0.56	0.34 - 0.90	0.01
Jornada de trabalho semanal			
Mais de 60 horas semanais	2.53	1.55 - 4.11	0.00
Segurança pessoal ameaçada no trabalho			
Sim	1.92	1.28 - 2.88	0.00
Sobrecarga domestica			
Alta sobrecarga	1.94	1.25 - 2.98	0.00
Modelo esforço-recompensa-ERI			
Desequilíbrio	1.78	0.98 - 3.23	0.05
Satisfação consigo mesma			
Insatisfeita	2.30	1.52 - 3.46	0.00
Avaliação da qualidade de vida			
Insatisfeita	1.69	1.07 - 2.65	0.02
Autoavaliação do estado de saúde			
Negativa	1.77	1.12 - 2.77	0.01

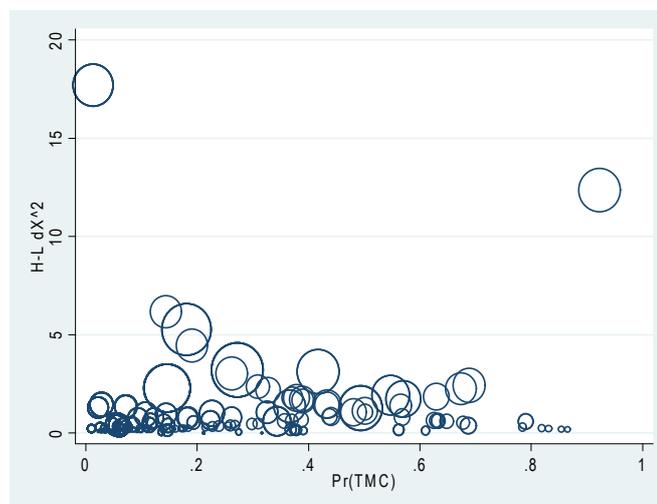
A hipótese de que o modelo se adequava aos dados foi aceita (o teste de Hosmer e Lemeshow goodness of fit revelou $p = 0,537$), e a Curva ROC demonstrou uma área 0,82 (Gráfico 1), revelando que o modelo final obtido possui um adequado poder de discriminação, ajustando-se bem aos dados. Em seguida, avaliou-se se as observações extremas observadas eram influentes. A comparação dos modelos com e sem essas observações demonstrou pouca influência, não alterando significativamente os coeficientes obtidos (Gráfico 2). Desta forma, o modelo se revelou adaptado adequadamente aos dados.

Gráfico 1 - Curva Receiver Operating Characteristic (ROC) do modelo final de regressão logística



Fonte: Arquivo pessoal, 2013.

Gráfico 2 - Observações influentes no modelo final de regressão logística



Fonte: Arquivo pessoal, 2013.

4.1.4 Discussão

A prevalência de transtornos mentais comuns encontrada entre as trabalhadoras de enfermagem da atenção básica da Bahia (16,2%) foi equivalente à encontrada em estudo realizado entre os trabalhadores de saúde da atenção básica do Sul e Nordeste (16%) (TOMASI et al., 2008). Entretanto, estudos realizados em trabalhadores de saúde da rede básica do distrito sanitário Centro Histórico de Salvador e outro em Botucatu - SP encontraram prevalências mais elevadas de TMC (25,2% - 42,6%) (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; OLIVEIRA, 2013). Não foram encontrados na literatura disponível outros estudos que embasassem melhor esse achado, evidenciando divergências que precisam ser melhor avaliadas.

Os estudos supracitados não trazem comparações acerca dos diferenciais de sexo/gênero, entretanto, existem evidências científicas consistentes em outros estudos (COSTA et al., 2002; LUDEMIR, 2000, 2005) de que a população feminina está mais exposta ao adoecimento mental e que a enfermagem é uma categoria de altos níveis de estresse ocupacional, encontrando altas prevalência de transtornos mentais entre elas: variando de 24,9% a 45,0%, o que não pôde ser refirmado neste estudo.

Os fatores associados à prevalência de transtornos mentais comuns encontrados foram: categoria profissional, jornada de trabalho, segurança pessoal no trabalho, desequilíbrio esforço-recompensa (ERI), sobrecarga doméstica, satisfação consigo mesma, avaliação da qualidade de vida e autoavaliação do estado de saúde. Demonstrou-se que o trabalho, doméstico e profissional é caracterizado como fator de exposição para o adoecimento das trabalhadoras, bem como a percepção de vida e as condições de saúde do indivíduo.

Os resultados advindos do presente estudo evidenciaram que as enfermeiras estão mais expostas ao adoecimento mental quando comparadas às técnicas de enfermagem, resultado diferente do encontrado na literatura que aponta maior adoecimento entre técnicas e auxiliares de enfermagem (FARIAS; ARAÚJO, 2011; OLIVEIRA, 2013; PINHO; ARAÚJO, 2007;). Este resultado controverso pode ser atribuído ao processo de trabalho dos enfermeiros na atenção básica, onde são gestores das unidades responsáveis pelo gerenciamento e pela supervisão do pessoal de enfermagem e agentes comunitários de saúde, possuindo uma maior autonomia e ao mesmo tempo conferindo-lhes pesadas responsabilidades, o que se conforma numa situação que confluem vários pontos de tensão.

O enfermeiro na atenção básica, além de prestar a assistência de enfermagem, ainda é responsável pela vigilância à saúde, ações de prevenção e promoção da saúde, práticas

gerenciais, burocráticas, educativas e políticas, o que acarreta em ritmo intenso e acúmulo de atividades, que se revela em uma sobrecarga de trabalho (ALMEIDA, 2012). Este processo de trabalho ao qual o enfermeiro da atenção básica está exposto pode estar relacionado à maior vulnerabilidade deste ao adoecimento mental.

Esta sobrecarga de trabalho, impede o desenvolvimento de um trabalho de qualidade, bem como obriga o profissional a levar trabalho para casa, assim o trabalho invade o “modo de andar a vida” do enfermeiro também fora do trabalho, o que estende a jornada de trabalho deste profissional.

A jornada de trabalho maior que 60 horas semanais também foi identificada como fator de exposição para o adoecimento mental entre as profissionais de enfermagem, corroborando com outros estudos ocupacionais (FARIAS; ARAÚJO, 2011; OLIVEIRA, 2013; PINHO; ARAÚJO, 2007; SOUZA et al., 2010; SOUZA et al., 2011). Essas longas jornadas se configuram a partir dos vínculos de trabalho acumulados, que são reflexos dos baixos salários e insegurança no emprego. Muitos dos enfermeiros da atenção básica estão sujeitos a um vínculo de trabalho precarizado, através de cooperativas que se relacionam estreitamente com a política local, o que se revela em insegurança no emprego, estando estes indivíduos em constante medo do desemprego, além de sujeitos a baixos salários.

Essas condições de trabalho obrigam os profissionais de enfermagem a se submeterem a cargas elevadas de trabalho em mais de um vínculo, para a garantia de uma renda mensal digna e suficiente para as necessidades básicas e, como consequência, encontram-se expostos a diversos fatores de riscos ocupacionais por longos períodos, produzindo o adoecimento desses profissionais.

Complementando esta discussão, a relação entre o esforço no trabalho e a recompensa recebida também foi identificada como fator associado ao adoecimento mental, estando as trabalhadoras de enfermagem em situação de desequilíbrio entre essas duas dimensões, ou seja, desempenham trabalho com alto esforço e têm baixas recompensas. Consequentemente, mais expostas ao adoecimento. Este achado corrobora com outros estudos específicos (SOUZA et al., 2011; OLIVEIRA, 2013), fortalecendo a hipótese de que o não-balanceamento entre esforço e recompensas no trabalho podem ser nocivo à saúde mental ocupacional (SIEGRIST, 1996).

Na atenção básica, este reconhecimento está muito atrelado à comunidade atendida, sendo necessária a construção de vínculo com os usuários para a continuidade e integralidade da assistência. Entretanto, este reconhecimento não depende apenas do trabalho que é desenvolvido pelos profissionais na unidade de saúde. Para muitas das ações, o enfermeiro

não possui total governabilidade e depende do apoio das Secretarias Municipais de Saúde, através de materiais de consumo, medicamentos, manutenção de materiais permanente, bem como marcações de consultas especializadas, dentre outras. Este apoio muitas vezes não é dado, impedindo o desenvolvimento de muitas atividades, bem como a qualidade da assistência prestada, o que se traduz em insatisfação dos usuários para com o serviço de saúde e para com a equipe, não havendo reconhecimento do esforço dispensado pelos profissionais de enfermagem para tal realização (ALMEIDA, 2012).

Outro fator relacionado ao trabalho que se encontrou associado ao adoecimento foi referente à segurança no trabalho, estando as profissionais de enfermagem que sentiam sua segurança pessoal ameaçada mais expostas ao adoecimento mental, corroborando com resultados encontrados em estudo realizado por Oliveira (2013).

Os trabalhadores de saúde da atenção básica desempenham suas atividades laborais dentro e fora das unidades, nas áreas de abrangência, que em muitas vezes são de alta periculosidade; as unidades de saúde muitas vezes não possuem vigilantes e, ainda, estes profissionais, em especial a equipe de enfermagem, permanecem mais tempo e em maior interação com pacientes e acompanhantes (SANTOS et al., 2011), estando constantemente expostos a atos de violência. Santos e colaboradores (2011) discutem a exposição dos profissionais de enfermagem a atitudes violentas (ameaças, xingamentos, intimidação, ofensas, humilhações, bem como agressões físicas). Isso traz como consequências o desenvolvimento de sintomas emocionais, tais como: frustrações, estresse, tristeza, raiva, desânimo e baixa autoestima.

Vale destacar aqui o resultado de estudo realizado por Gasparini, Barreto e Assunção (2006) com professores da rede municipal de ensino de Belo Horizonte, referindo que os transtornos mentais são mais frequentes nos indivíduos que relataram episódios de agressão no ambiente de trabalho.

Este encontrado confirma o efeito devastador da violência, considerando aqui a suposta responsabilidade do empregador de cumprir um papel protetor, principalmente nas instituições de saúde das quais se espera a proteção dos danos que ameaçam a vida humana, sendo responsáveis por implementar estratégias para inibir qualquer forma de violência no local de trabalho (COSTA; MARZIALE, 2006). Sugere-se, portanto, o aprofundamento de estudos relacionados à violência no trabalho.

A sobrecarga doméstica também foi identificada como fator de exposição aos transtornos mentais comuns, com as maiores prevalências entre as trabalhadoras com alta sobrecarga, reforçando as evidências científicas da importância de se considerar o trabalho

doméstico em investigação com a população feminina (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; FARIAS; ARAÚJO, 2011, 2012), revelando a necessidade de se atribuir uma maior visibilidade para a saúde das mulheres que estão expostas a uma dupla jornada de trabalho (doméstica e profissional), configurada pela divisão sexual e social do trabalho, a partir das concepções de gênero.

A jornada de trabalho das trabalhadoras de enfermagem incorpora-se à do trabalho doméstico, expostas às conformações inerentes aos dois ambientes de trabalho, o que acarreta sobrecarga física e psíquica (ARAÚJO et al., 2005). Além dessa sobrecarga atribuída à dupla jornada de trabalho das mulheres, estas mulheres ainda estão sujeitas à desvalorização do trabalho feminino. Isso é considerado importante fator desencadeante do desgaste físico e mental.

A satisfação pessoal do indivíduo também foi associada aos TMC, estando as profissionais insatisfeitas consigo mesmas e mais expostas ao adoecimento do que as satisfeitas. Esta é uma dimensão que encontra relação direta com o trabalho, uma vez que esse é um elemento essencial na identidade do sujeito, ocupando importância fundamental em sua vida, podendo proporcionar autorrealização e satisfação. Desta forma, se o trabalho tem caráter de realização e satisfação pessoal, também pode se transformar em adoecimento, trazendo danos à saúde física e mental do indivíduo. Além disso, segundo Hadaad (2000), a satisfação pessoal pode se comportar como característica própria dos TMC, uma vez que saúde mental significa estar em harmonia consigo mesmo e com o meio.

A qualidade de vida também apresentou-se associada ao TMC, quando avaliada negativamente, corroborando com outros estudos (GALVÃO et al., 2007; JANSEN et al., 2011), em que os resultados demonstraram que as maiores prevalências de TMC estavam associadas com os piores níveis de qualidade de vida.

Esta é uma associação que pode estar sujeita aos efeitos da causalidade reversa, em que a qualidade de vida negativa pode produzir o adoecimento mental, assim como o próprio adoecimento mental pode levar à avaliação negativa da qualidade de vida. Estudiosos afirmam que a depressão está associada à redução da qualidade de vida, uma vez que este transtorno contribui para o sofrimento, a incapacidade funcional e a aumentar o afastamento das relações sociais; a ansiedade exacerbada pode comprometer a qualidade de vida (BERBER; KUPEK; BERBER, 2005). Vale lembrar que, dentre os sintomas avaliados pelo SRQ-20, o que apresentou maior prevalência entre as trabalhadoras de enfermagem foi o humor depressivo/ansioso.

Estas evidências justificam a necessidade de investimentos na qualidade de vida do profissional de enfermagem, o que proporcionará motivação e autoestima, contribuindo para a humanização da assistência e diminuição dos riscos ao paciente. Além disso, é de fundamental importância para a redução dos índices de afastamento e absenteísmos desses profissionais, o que diminuirá os custos com o trabalho e aumentará a qualidade da assistência prestada.

Esses achados reafirmam a saúde enquanto “bem estar físico, mental e social”, o que indica a associação entre a saúde física e mental. Isso foi comprovado por este estudo. As profissionais que autoavaliaram negativamente seu estado de saúde apresentaram as maiores prevalências de TMC. Essa associação deve-se, também, à estrutura multidimensional da autoavaliação da saúde que engloba diversos aspectos, entre eles, as condições de saúde física e mental, na medida em que esse indicador considera os sinais e sintomas de doenças e seu impacto sobre o bem-estar físico, mental e social (HOFELMANN; BLANK, 2007; GRIEP et al., 2011).

Em estudo realizado entre idosos residentes na cidade de Bambuí (Minas Gerais) (LIMA COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2004) demonstraram associação entre a autoavaliação de saúde negativa e a presença de sintomas depressivos e ansiosos. Entretanto, esses aspectos precisam ser melhor analisados em investigações futuras, abordando a saúde ocupacional, já que existe uma carência de informações nesta área, sendo percebidas evidências em um único estudo entre trabalhadores de uma indústria de Joinville (Santa Catarina) no qual aspectos relacionados à saúde mental, como sintomas depressivos, tiveram associação com a autoavaliação de saúde (HOFELMANN; BLANK, 2007).

Os resultados encontrados nesse estudo indicaram a importância de diversos fatores no adoecimento mental do indivíduo, com destaque para as condições de trabalho. Tal fato reforça a necessidade de realização de estudos específicos que aprofundem a investigação de cada uma das associações encontradas na ocorrência de transtornos mentais na equipe de enfermagem, a fim de se aprofundar no tema e de verificar quais fatores estão associados a cada uma dessas exposições ao TMC. Os reais impactos do adoecimento mental na vida e trabalho das trabalhadoras de enfermagem também fariam parte das buscas.

De qualquer maneira, fica evidente a necessidade de investimentos para promover a saúde mental do trabalhador da saúde, através de implementação de políticas de promoção e proteção à saúde dos trabalhadores, visando a qualidade de vida e satisfação dessa classe.

4.1.5 Considerações

Este estudo identificou os fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns em trabalhadoras de enfermagem da atenção básica da Bahia, demonstrando que ser enfermeira, ter mais de 60 (sessenta) horas de jornada de trabalho semanal, sentir a segurança pessoal ameaçada no trabalho, ter alta sobrecarga doméstica, ter desequilíbrio entre os esforços-recompensas do trabalho, estar insatisfação consigo mesma e com a qualidade de vida e autoavaliar negativamente o estado de saúde são fatores de exposição para a ocorrência de Transtornos Mentais Comuns. Isso indica a relação entre o processo saúde-doença e as condições de vida e trabalho, seja ele profissional ou doméstico, bem como a associação presente entre a saúde física e mental.

Entretanto, não é possível estabelecer relações causais entre os eventos, pois os estudos transversais permitem apenas uma avaliação simultânea da exposição e do desfecho e produzem instantâneos da situação de saúde, não sendo possível identificar sequencia temporal dos eventos. Além disso, a causalidade reversa não pode ser descartada em estudos da saúde, uma vez que os piores níveis de saúde podem levar à superestimação das situações de riscos.

Outra limitação importante desse desenho de estudo é o viés de sobrevivência, pois são analisados apenas os indivíduos que apresentam o efeito de interesse no momento da pesquisa, subestimando a real prevalência do agravo (viés de prevalência). Destaca-se, pois, a necessidade de investigações futuras, por meio de estudos longitudinais para o diagnóstico da real prevalência e do caminho causal das associações identificadas.

É provável que no presente estudo, o efeito do viés de prevalência seja de baixa amplitude, uma vez que TMC é um agravo crônico e de baixa letalidade. Entretanto, em estudos ocupacionais, considera-se o efeito do trabalhador sadio que supõe uma seleção de trabalhadores saudáveis, pela demissão dos acometidos por agravos à saúde, por prejudicar a produtividade e os TMC é uma importante causa de incapacidade do indivíduo.

Outra vertente a ser analisada com cautela é o instrumento utilizado para medir a prevalência de TMC, o *Self-Reporting Questionnaire-SRQ-20*, que não atribui diagnóstico, apesar de ser amplamente utilizado e validado; é um instrumento de triagem. Outra característica do instrumento é sua alta especificidade com baixa sensibilidade (FERNANDES; ALMEIDA FILHO, 1998; PALACIOS et al., 1998), proporcionando classificações negativas incorretas (falso-negativo), o que aponta para possível subestimação

da prevalência encontrada. Se isso ocorre, atingem-se de forma semelhante todos os grupos analisados, não havendo interferências nas medidas de associação.

Ocorreram ainda, limitações quanto ao caminho metodológico utilizado, pois trata-se de uma junção de bancos de pesquisas conduzidos em municípios diferentes, que apesar de tratar-se de um único projeto multicêntrico, trouxe algumas particularidades: a amostragem foi diferenciada, com a existência de alguns censos; o período de coleta de dados também foi diferente, mas manteve-se entre os anos de 2011 e 2013. Contudo, os pesquisadores e digitadores foram treinados para o uso do mesmo padrão de abordagem, aplicação dos questionários, construção da máscara e entrada dos dados no pacote estatístico.

Apesar das limitações deste estudo, as informações adquiridas são úteis e reafirmam a necessidade de ações referentes à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores da saúde, a fim de se atribuir saúde e satisfação para o labor, em especial, para estas trabalhadoras que atuam em contato direto com o sofrimento, a angústia e a morte. Vale salientar ainda que as trabalhadoras de enfermagem da atenção básica configuram-se como a base do sistema de saúde e do desenvolvimento efetivo de trabalho. As mesmas são de extrema relevância para a implementação e consolidação dos serviços de atenção básica. Contudo, isso só se tornará possível com profissionais saudáveis e satisfeitos com o trabalho desempenhado.

Os serviços de atenção básica no Brasil são configurados como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo, portanto, a base para a consolidação e efetivação dos princípios que norteiam o SUS, sendo necessário, para tanto, de profissionais capazes e motivados para estar à frente desses serviços.

Espera-se que este trabalho contribua para uma reflexão e um novo olhar crítico frente à saúde mental das trabalhadoras, responsáveis pelo trabalho profissional e doméstico, na tentativa de tornar visível a saúde e o trabalho da população feminina, a fim de que esta realidade possa ser debatida, repensada e reconstruída.

4.1.6 Referências

ARAÚJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, Feira de Santana, vol. 37, n. 4, p. 424-433, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n4/16776.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2012.

ARAÚJO, T. M.; PINHO, P. S.; ALMEIDA, M. M. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, vol. 5, n. 3, p. 337-348, jul./set. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n3/a10v5n3.pdf>>. Acesso em: 15 jan.

2014.

BERBER, J. S. S.; KUPEK, E.; BERBER, S. C. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. **Rev. Bras. Reumatol**, [S.l.], vol. 45, n. 2, p 47-54, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0482-50042005000200002&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 jan. 2014

BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R.; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1585-1596, 2010. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/070.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2012

CARVALHO, C. N. et al. Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional. **J Bras Psiquiatr**, Recife, vol. 62, n. 1, p. 38-45, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v62n1/06.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2012.

CORGONZINHO, I. Saúde mental, trabalho e o descompasso tupiniquim. **Revista Saúde Mental & Trabalho**, Belo Horizonte, n. 1, ano 1, p. 05 a 15, 2000.

COSTA, A. G.; LUDERMIR, A. B. TMC e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Recife, vol. 21, n.1, p. 73-79, 2005. Disponível em: <<http://www.liber.ufpe.br/teses/arquivo/20040702143425.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2012.

COSTA, A. L. R. C.; MARZIALE, M. H. P. Relação tempo-violência no trabalho de enfermagem em emergência e urgência. **Rev Bras Enferm**, Local, vol. 59, n. 3, p: 337-343, maio/jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a16v59n3.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

COSTA, J. S. D. et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. **Rev Bras Epidemiol**, Pelotas, vol. 5, n. 2, p. 164-173, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v5n2/04.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2012.

COUTINHO, E. S. F.; ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J. J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultado de um estudo transversal em três áreas urbanas do Brasil. **Rev Psiquiatr Clín.**, São Paulo, vol. 26, p. 246-256, 1999. Disponível em: <[http://hcnnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n5/artigo\(246\).htm](http://hcnnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n5/artigo(246).htm)>. Acesso em: 23 jun. 2012.

COUTINHO, L. M. S.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, vol. 42, n. 6, p. 992-998, 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v42n6/7118.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez Oboré, 1992.

FARIAS, M. D.; ARAÚJO, T. M. Transtornos mentais comuns entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana-BA. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, vol. 36, n. 123, p. 25-39, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572011000100004&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 dez. 2012.

FERNANDES, S. R. P.; ALMEIDA FILHO, N. Validação do SRQ-20 em amostra de trabalhadores de informática. **Rev Bras. Saúde Ocup.**, [S.l.], vol. 89, n. 90, p. 105-112, 1998.

FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Medidas de associação em estudo transversal com delineamento complexo: razão de chances e razão de prevalência. **Rev Bras Epidemiol**, vol. 11, n. 3, p. 347-355, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000300002>. Acesso em: 20 jan. 2014.

GALVÃO, L. L. L. F. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e avaliação da qualidade de vida no climatério. **Rev Assoc Med Brás**, São Paulo, vol. 53, n. 5, p. 414-420, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n5/a17v53n5.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

GASPARINI, S. M.; BARRETO, S. M.; ASSUNÇÃO, A. A. Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 12, p. 2679-2691, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/16.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders – abio-social model**. 2nd. ed. London: Tavistock/Routledge, 1993.

GRIEP, R. H. et al. Uso Combinado de modelos de estresse no trabalho e a saúde auto-referida na enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol. 45, n. 1, p. 145-152, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100017>. Acesso em: 12 maio 2013.

HADDAD, M. C. L.. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. **Revista para a Saúde**, vol. 1, n. 2, p. 75-88. Londrina, jun. 2000. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n2/doc/artigos2/QUALIDADE.htm>>. Acesso em: 30 jan. 2014.

HARDING, T. W. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychol Med**; vol. 10, p. 231-241, 1980. Disponível em: <<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=5208552>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

HOFELMANN, D. A.; BLANK, N. Auto-avaliação de saúde entre trabalhadores de uma indústria no sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**; vol. 41, n. 5, pp 777-87. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/5899.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2013.

IACOPONI, E.; MARI, J. J. Confiabilidade e fator de estrutura da versão em Português do Self-Reporting Questionnaire. **Int J Soc Psychiatry**, [S.l.], vol. 35, n. 3, p. 213-222, 1989. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2583955>>. Acesso em: 12 maio 2013.

JANSEN, K. et al. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 27, n.3, p. 440-448, mar, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n3/05.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

LIMA, M. C. P. **TMC e uso de álcool na população urbana de Botucatu – SP: um estudo de co-morbidade e utilização de serviços**. 2004, 221 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva)–Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2004.

LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A.; UCHÔA, E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, vol. 38, n. 6, p.827-834, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n6/11.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de Vida Produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do estudo pró-saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 19, n.6, p. 1713-1720, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000600015&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 jan. 2014.

LUDERMIR, A. B. Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho. **J Bras Psiquiatr**, [S.l.], vol. 54, n. 3, p. 198-204, 2005. Disponível em: <<http://saudeetrabalho.com.br/download/informal-ludermir.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

_____. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 16, n. 3, p. 647-59, jul./Set. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2000000300013&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 jan. 2014.

_____. LEWIS, G.. Informal work and common mental disorders. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, [S.l.] vol. 38, n. 9, p. 485-489. Sept. 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14504730>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

_____. Links between social class and common mental disorders in Northeast Brazil. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, [S.l.], vol. 36, n. 3, p. 101-107, mar. 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11465780>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

_____. MELO FILHO, D.A.. Saúde mental, condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol. 36, n. 2, p. 213-231. São Paulo, abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000200014>. Acesso em: 10 jan. 2014.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **Br J Psychiatry**, [S.l.], vol. 148, p. 23-26, 1986. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3955316>>. Acesso em: 24 abr. 2012.

OLIVEIRA, A. M. N. **Estresse ocupacional e saúde psíquica dos trabalhadores do distrito sanitário centro histórico do município de Salvador**. 2013, 123 f. Dissertação (Mestrado Saúde, Ambiente e Trabalho)–Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório mundial da saúde. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa, 2002.

PALACIOS, M. et al. Validação do Self Report Questionnaire (SRQ-20) numa população de trabalhadores de um banco estatal no Rio de Janeiro, Brasil. In: SILVA, J. F. (Org.). **A danação do trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico**. Rio de Janeiro: Te Corá, 1998. p. 225-41.

PATEL, V.; KLEINMAN, A. Poverty and common mental disorders in developing countries. **Bulletin of the World Health Organization**, [S.l.], v. 81, n. 8, p. 606-615, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14576893>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

PINHO, P. S.; ARAÚJO, T. M. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. **Rev Bras Epidemiol**, [S.l.], vol. 15, n. 3, p. 560-572, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n3/10.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2012.

_____. Trabalho de enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 3, p. 329-336, jul./set. 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n3/v15n3a02.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2012.

SANTOS, K. O. B. et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**, [S.l.], v. 34, n. 3, 2011. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/54/54>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

SCHNALL, P. L.; DOBSON, M.; ROSSKAM, E. Unhealthy Work: causes, consequences, cures. **Critical Approaches in the Health, Social Sciences**, [S.l.], Serie editor: Hardcover, 2009. Disponível em: <<http://www.amazon.com/Unhealthy-Work-Consequences-Critical-Approaches/dp/0895033356>>. Acesso em: 12 dez. 2013.

SIEGRIST J. Adverse Health Effects of High-Effort/Low- Reward Conditions. **J Occup Health Psychol**, [S.l.], vol. 1, n. 1, p. 27-41, 1996. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9547031>>. Acesso em: 15 set. 2013.

_____. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. **Social Science & Medicine**, [S.l.], v. 58, n. 8, p. 1483-99, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14759692>>. Acesso em: 25 jul. 2013.

SOUZA, M. N. M. et al. Trabalho e saúde dos profissionais de enfermagem de um hospital especializado de Feira de Santana, Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [S.l.], vol. 35, p. 38-54. jan./jun. 2011. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=183698>. Acesso em: 19 dez. 2012.

SOUZA, S. F. et al. Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitários. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, vol. 44, n. 4, p.710-717, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102010000400015&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 dez. 2012.

TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 24, p. 193-201, 2008. Suplemento. Disponível em: <<http://www.dms.ufpel.edu.br/ares/handle/123456789/295>>. Acesso em: 25 abr. 2012.

4.2 ARTIGO 2 - Fatores associados à percepção do estado de saúde de trabalhadoras de enfermagem da atenção básica²

Resumo

A saúde é o estado de completo bem-estar e é constituída por múltiplos fatores e pode ser mensurada a partir da percepção do próprio indivíduo. Foi realizado um estudo de corte transversal, com o objetivo de se analisar os fatores associados à autoavaliação do estado de saúde das trabalhadoras de enfermagem da atenção básica da Bahia. Foram entrevistadas 451 trabalhadoras em uso de questionário com 8 blocos de questões referentes às características sociodemográficas, hábitos de vida, situação de trabalho, aspectos psicossociais do trabalho, percepção do trabalho, da vida e situação de saúde. A autoavaliação do estado de saúde foi identificada a partir da pergunta: “De modo geral, em comparação às pessoas da sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde?” Para verificar os fatores associados, empregou-se a análise de regressão logística em blocos. Foi identificada prevalência de 15,8% de autoavaliação negativa do estado de saúde. Os fatores de exposição, verificados no modelo final de análise, foram: incompatibilidade das atividades desenvolvidas com o cargo (RP: 3,42; IC: 1,79 – 6,52), média (RP: 3,0; IC: 1,47 – 6,14) e alta sobrecarga doméstica (RP: 3,46; IC: 1,73 – 6,91), situação de trabalho ativo identificado a partir do Modelo Demanda-Controle (RP: 2,40; IC: 1,22 – 4,73), avaliação ruim da qualidade de vida (RP: 1,83; IC: 1,18 – 2,82) e presença de transtornos mentais comuns (RP: 2,28; IC: 1,45 – 3,57). Os achados reafirmam a relação entre o processo saúde-doença e as condições de vida e trabalho, seja ele profissional ou doméstico, o que indica a importância de discussões e mudanças nas organizações de trabalho da enfermagem na tentativa de minimizar o estresse e a insatisfação ocupacional e promover a saúde dessa categoria. Vale salientar ainda que o trabalho doméstico deve ser considerado e incorporado em investigações quanto à saúde da população feminina.

Palavras-chave: percepção de saúde, trabalhadoras de enfermagem, gênero, atenção básica, trabalho doméstico.

Abstract

Health is a state of complete well-being and consists of multiple factors and can be measured from the perception of the individual himself. A study of cross-cutting in order to examine factors associated with self-rated health status of nursing workers of primary care in Bahia was performed. 451 workers were interviewed using a questionnaire in 8 blocks of questions regarding sociodemographic characteristics, lifestyle habits, work status, psychosocial aspects of work, perception of work and life and health status. Self-rated health status was identified from the question: "In general, compared to people your age, how do you consider your own state of health?" And to verify the factors associated analysis of logistic regression in blocks was used. Prevalence of 15.8% of negative self-rated health status were identified, the exposure factors, checked in late model analysis, were incompatible with the activities office (RP: 3,42; IC: 1,79 – 6,52), medium (RP: 3,0; IC: 1,47- 6,14) and high domestic workload (RP: 3,46; IC: 1,73 – 6,91), employment status assets identified from the Demand-Control Model (RP: 2,40; IC: 1,22 – 4,73), poor assessment of quality of life (RP: 1,83; IC: 1,18 – 2,82) and common mental (RP: 2,28; IC: 1,45 – 3,57). The findings reaffirm the relationship between the health-disease process and the conditions of life and work being professional or domestic, which indicates the importance of discussions and changes in the nursing work organizations in an attempt to minimize stress and occupational dissatisfaction, and promote the health of this category. It is important to say housework should be considered and incorporated into research about the health of the female population.

² Dados da pesquisa multicêntrica “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia”. Apoio financeiro do CNPq (edital Universal) e FAPESB (PPSUS e auxílio dissertação).

Keywords: perception of health, nursing workers, gender, primary care, household work.

4.2.1 Introdução

Segundo a OMS, a saúde é o estado de completo bem-estar e é constituída por fatores físicos, mentais, sociais, ambientais, dentre outros. Mensurar a saúde é uma tarefa difícil, devido a sua complexidade e a amplitude de conceitos envolvidos em sua definição. Dessa forma, a avaliação do estado de saúde torna-se uma medida complexa.

A literatura apresenta diversas formas de avaliar o estado de saúde e abrangem medidas de saúde observadas (avaliação clínica), testadas (exames laboratoriais) e percebidas (baseada nos conhecimentos e crenças pessoais). Este último indicador pode ser avaliado de maneira simples, a partir de uma única questão que vem sendo amplamente empregada para a autoavaliação da saúde (SILVA, 2012).

Este indicador de autoavaliação, recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é considerado confiável, válido e relevante para identificar a situação de saúde de indivíduos e populações (BARROS et al., 2009; SILVA, 2012). Trata-se de uma medida subjetiva e que considera sinais e sintomas de doenças e seus impactos sobre as dimensões física, mental e social (BARROS et al., 2009; PAGOTTO; NAKATANI; SILVEIRA, 2011).

A autoavaliação do estado de saúde tem sido utilizada em diversas pesquisas; é identificada pela sua associação com as condições de vida, características comportamentais, de saúde e do ambiente de trabalho (BARROS et al., 2009; BARROS; NAHAS, 2001; COSTA, 2010; DACHS, 2002; DACHS; SANTOS, 2006; FONSECA et al., 2008; GRIEP et al., 2011; HOFELMANN; BLANK, 2007; PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2009; PERES et al., 2010; SILVA, 2012; TRAEBERT; BORTOLUZZI; KEHRIG, 2011).

Vale salientar que existem evidências científicas no campo da saúde em relação às divergências existentes entre os sexos, o que é afirmado por Shadbolt (1997) ao considerar que a percepção de saúde é um processo complexo entre as mulheres e envolve diversos fatores, entre eles, a experiência de vida, presença de doenças crônicas e estilo de vida.

Neste estudo, são abordadas as características ocupacionais, sociodemográficas, hábitos de vida, situação de saúde, satisfação com a vida e o trabalho de trabalhadoras de enfermagem da atenção básica da Bahia, com o objetivo de analisar os fatores associados à autoavaliação do estado de saúde dessas trabalhadoras.

4.2.2 Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal, composto por trabalhadoras de enfermagem dos serviços de atenção básica de cinco cidades baianas. É um recorte de um projeto multicêntrico com trabalhadores da saúde da Bahia.

A seleção da amostra foi feita a partir de levantamento do total de trabalhadores de enfermagem nas unidades de atenção básica. O tamanho amostral foi calculado utilizando a fórmula para população finita, com nível de confiança de 95%, precisão absoluta de 5% e proporção esperada para os eventos estudados de 19,5% (GRIEP et al., 2011), resultando num tamanho amostral de 192, acrescidos 20% para compensar possíveis perdas e recusas, e, em seguida, dobrada esta população para garantir o poder do estudo, sendo alcançada uma população amostral de 451 indivíduos.

A coleta de dados foi padronizada através do “Manual de procedimentos e técnicas”, com treinamento dos pesquisadores quanto aos aspectos éticos da pesquisa com seres humanos (Resolução nº 466/12 do CNS). Os profissionais selecionados foram abordados no seu ambiente de trabalho, informados a respeito da pesquisa, e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aplicando-se um questionário com 8 blocos de questões.

A autoavaliação negativa do estado de saúde foi analisada a partir da questão “De modo geral, em comparação às pessoas da sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde?”, tendo suas respostas dicotomizadas em: positiva (muito bom/bom) e negativa (regular/ruim/muito ruim). As variáveis de exposição selecionadas foram agrupadas em seis blocos de análise, a saber: sociodemográficas, hábitos de vida, situação de trabalho, variáveis psicossociais do trabalho, percepção do trabalho e da vida e situação de saúde.

Algumas dessas variáveis são indicadores compostos, e faz-se necessária a sua apresentação:

- Direitos trabalhistas: somatório de quatro variáveis (direito ao 13º salário, direito a folgas, direito a férias e direito a adicional de férias), categorizado em tercis: todos, parcial e nenhum;

- Sobrecarga doméstica: somatório das tarefas domésticas básicas (lavar, passar, limpar, cozinhar), ponderado pelo número de moradores, através da fórmula: $SD = (\text{lavar} + \text{passar} + \text{limpar} + \text{cozinhar}) \times (M-1)$ (AQUINO, 1996), categorizada em tercis: alta, média e baixa sobrecarga, conforme utilizado por Pinho e Araújo (2012);

- Modelo Demanda-Controle: construção de quatro categorias de trabalho, a partir da combinação das dimensões demanda psicológica e controle sobre o trabalho, dicotomizadas

pela média (guia JCQ), em alto e baixo: *baixa exigência, trabalho ativo, trabalho passivo e alta exigência*;

- Comorbidades: somatório de 26 variáveis referentes a doenças diagnosticadas por um médico, dicotomizada em: presença de comorbidades para qualquer resposta positiva e em ausência de comorbidade;

- Dores osteomusculares: somatório das variáveis referentes à avaliação desta dimensão: dor nas pernas, dor nos braços, dor na parte superior das costas e dor na parte inferior das costa, dicotomizada em: presença de dor, para qualquer resposta positiva e em ausência de dor;

- Transtornos Mentais Comuns: avaliado pelo *Self-Reporting Questionnaire-SRQ-20*, validado nacionalmente e com desempenho satisfatório, sendo sete (7) ou mais respostas positivas um melhor ponto de corte para as mulheres (SANTOS et al., 2011).

A análise dos dados foi feita a partir da descrição das variáveis de interesse, análise bivariada e multivariada em blocos. O Teste Qui-quadrado de Pearson foi utilizado para avaliar a significância estatística de cada associação com nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%; foram utilizadas razões de prevalências (RP) para verificar a força das associações. As variáveis associadas à autoavaliação do estado de saúde com valor de $p \leq 0,25$, foram consideradas na análise multivariada intrablocos, através da regressão logística condicional com o processo retrógrado “Backward” de seleção, utilizando-se como critério o valor de $p \leq 0,17$.

Em seguida, as variáveis de um bloco foram ajustadas gradualmente às variáveis retidas no bloco inicial, considerando a seguinte ordem de entrada: sociodemográficas, hábitos de vida, trabalho (inclusa a situação de trabalho e os aspectos psicossociais), percepção do trabalho e da vida e situação de saúde. Por fim, foi possível predizer os fatores associados à autoavaliação negativa do estado de saúde, utilizando como critério de seleção o valor de $p \leq 0,05$.

As RP foram obtidas por meio da Regressão Robusta de Poisson, método também utilizado por Coutinho, Scazufca e Menezes (2008), Francisco e colaboradores (2008). O Critério de Informação de Akaike (AIC) foi utilizado para selecionar as variáveis de interesse para o modelo final, permitindo análise de modelos aninhados ou não.

O teste de bondade de ajuste do modelo (teste de Hosmer e Lemeshow goodness of fit) e a área sob a curva ROC foram utilizados para a avaliação da adequação do modelo de regressão e, em seguida, avaliados os modelos com análise dos padrões de observação influentes.

4.2.3. Resultados

Caracterização da amostra

A amostra foi composta por 451 trabalhadoras de enfermagem da atenção básica da Bahia. Dessas, 32,2% atuavam na cidade de Feira de Santana, 20,8% em Salvador, 16,9% em Jequié, 15,3% em Santo Antônio de Jesus e 14,9% em Itabuna.

As trabalhadoras de enfermagem pesquisadas, quanto às características sociodemográficas, consideradas de risco para o adoecimento, 36,9% tinham idade superior a 40 anos, com uma média de 38,7 anos (sd = 10,7), 79,1% referiram cor da pele não branca, 47,4% não tinham companheiro e 60,9% tinham filho (s), (Tabela 1).

Quanto aos hábitos de vida, 16,2% não realizavam atividades regulares de lazer, 61,6% não realizavam atividade física, 40,6% consumiam bebidas alcóolicas e 3,4% eram fumantes atuais, (Tabela 1).

Tabela 1 - Prevalência de autoavaliação negativa do estado de saúde segundo variáveis sociodemográficas e hábitos de vida de trabalhadoras de enfermagem da atenção básica na Bahia, 2011 -2013

Variáveis (N)	N (%)	Autoavaliação negativa do estado de saúde		
		P	RP	Valor de p
Sociodemográficas				
Idade (444)*				
Até 40 anos	280 (63,1)	37 (13,2)	1	
Mais de 40 anos	164 (36,9)	33 (20,1)	1,52	0,05
Raça/cor da pele (445) *				
Branca	93 (20,9)	18 (19,4)	1	
Não-branca	352 (79,1)	53 (15,1)	0,78	0,31
Situação conjugal (449) *				
Com companheiro	236 (52,6)	40 (17)	1	
Sem companheiro	213 (47,4)	31 (14,6)	0,86	0,47
Filhos (448) *				
Não	175 (39,1)	20 (11,4)	1	
Sim	273 (60,9)	51 (18,8)	1,65	0,03
Hábitos de vida				
Prática de atividades de lazer (445) *				
Sim	373 (83,8)	57 (15,3)	1	
Não	72 (16,2)	14 (19,7)	1,29	0,34
Prática de atividade física (401) *				
Sim	154 (38,4)	18 (11,7)	1	
Não	247 (61,6)	41 (16,7)	1,43	0,17
Uso de bebidas alcóolicas (394) *				
Não	234 (59,4)	41 (17,6)	1	
Sim	160 (40,6)	19 (11,9)	0,68	0,12
Tabagismo (443) *				
Não fumante	428 (96,6)	67 (15,7)	1	
Fumante atual	15 (3,4)	3 (21,4)	1,36	0,77**

* Variáveis com valores perdidos

** Teste Exato de Fisher

Os dados sobre a situação de trabalho profissional demonstrou que 66,7% eram técnicas/auxiliares de enfermagem, 37,5% tinham mais de dez anos de tempo de trabalho e 11,4% mais de dez anos de trabalho na unidade de atenção básica em que atuavam, 36,2% tinham mais de um vínculo de trabalho, 52,9% eram submetidas ao trabalho precarizado, 5,9% não possuíam nenhum direito trabalhista, 16,7% trabalhavam no período noturno, 4,9% não desenvolviam atividades compatíveis com o cargo e 38% referiram sentir sua segurança pessoal no trabalho ameaçada; quanto à jornada de trabalho 11,7% trabalhavam mais de 60 horas semanais, e 43,8% tinham uma alta demanda física no trabalho, (Tabela 2).

Em relação ao trabalho não-remunerado, ou seja, as atividades domésticas, inerentes às mulheres pelas concepções da divisão sexual do trabalho segundo o gênero, foi observado que 54,5% eram as principais responsáveis pelas atividades domésticas, aumentando sua carga horária de trabalho, e, ainda, 38,2% estavam expostas à alta sobrecarga doméstica, (Tabela 2).

Ainda na Tabela 2, estão apresentados os aspectos psicossociais do trabalhado com 43,9% das trabalhadoras de enfermagem expostas a situações de trabalho que trazem risco para o adoecimento, segundo o Modelo demanda-Controle de Karasek; 20,3% expostas ao trabalho de alta exigência, situação de maior exposição, e 23,6% expostas ao trabalho passivo; quanto ao suporte social, 46,8% tinham um baixo apoio dos colegas e supervisores; 46,3% se comprometiam excessivamente com o seu trabalho; 49,5% estavam expostas ao alto esforço envolvido na realização do trabalho e 43,8% à baixa recompensa propiciada pelo trabalho.

Tabela 2 - Prevalência de autoavaliação negativa do estado de saúde segundo a situação de trabalho e os aspectos psicossociais do trabalho de trabalhadoras de enfermagem da atenção básica na Bahia, 2011-2013

Variáveis (N)	n (%)	Autoavaliação negativa do estado de saúde		
		P	RP	Valor do p
Situação de trabalho				
Categoria profissional (451)				
Enfermeira	150 (33,3)	16 (10,7)	1	
Técnica/auxiliar de enfermagem	301 (66,7)	55 (18,3)	1,71	0,03
Tempo de trabalho (448) *				
Menos de 5 anos	171 (38,2)	19 (11,1)	1	
De 5 a 10 anos	109 (24,3)	12 (11,1)	1,00	>0,99
Mais de 10 anos	168 (37,5)	40 (23,8)	2,14	0,00
Tempo de trabalho na unidade (448) *				
Menos de 5 anos	302 (67,4)	47 (15,6)	1	
De 5 a 10 anos	95 (21,2)	14 (14,9)	0,95	0,87
Mais de 10 anos	51 (11,4)	10 (19,6)	1,26	0,46
Vínculo de trabalho (446) *				
Concursada/ celetista	210 (47,1)	36 (17,2)	1	
Trabalho precarizado	236 (52,9)	34 (14,4)	0,84	0,41
Possui outro vínculo (450) *				
Não	287 (63,8)	45 (15,7)	1	
Sim	163 (36,2)	26 (16)	1,02	0,95
Possui direitos trabalhistas (441) *				
Sim, todos	101 (22,9)	14 (14)	1	
Sim, parcialmente	314 (71,2)	53 (16,9)	1,21	0,47
Não, nenhum	26 (5,9)	2 (7,7)	0,55	0,63**
Jornada de trabalho semanal (435) *				
Até 40 horas	305 (70,1)	44 (14,4)	1	
Entre 40 e 60 horas	79 (18,2)	14 (17,7)	1,23	0,46
Mais de 60 horas	51 (11,7)	11 (21,6)	1,50	0,19
Turno de trabalho (449) *				
Diurno	374 (83,3)	61 (16,3)	1	
Noturno/ regime de plantão	75 (16,7)	10 (13,5)	0,83	0,54
Demanda física sobre o trabalho (447) *				
Baixa demanda física	251 (56,2)	33 (13,1)	1	
Alta demanda física	196 (43,8)	38 (19,4)	1,48	0,07
Compatibilidade das atividades desenvolvidas (449) *				
Compatíveis com o cargo	427 (95,1)	63 (14,8)	1	
Não compatíveis com o cargo	22 (4,9)	8 (36,4)	2,46	0,02**
Segurança pessoal ameaçada no trabalho (450) *				
Não	279 (62)	38 (13,6)	1	
Sim	171 (38)	33 (19,3)	1,42	0,10
Trabalho doméstico (448) *				
Não	204 (45,5)	21 (10,3)	1	
Sim	244 (54,5)	49 (20,2)	1,96	0,00
Sobrecarga doméstica (440) *				
Baixa sobrecarga	137 (31,1)	10 (7,3)	1	
Média sobrecarga	135 (30,7)	23 (17,2)	2,36	0,01
Alta sobrecarga	168 (38,2)	36 (21,4)	2,93	0,00
Variáveis psicossociais do trabalho				
Suporte social (423) *				
Alto suporte	225 (53,2)	34 (15,2)	1	
Baixo suporte	198 (46,8)	33 (16,7)	1,09	0,67
Comprometimento excessivo com o trabalho (441) *				
Ausência	237 (53,7)	31 (13,1)	1	
Presença	204 (46,3)	39 (19,1)	1,46	0,08
Modelo demanda controle (423) *				
Baixa exigência	136 (32,2)	10 (7,4)	1	
Trabalho ativo	101 (23,9)	23 (22,8)	3,08	0,00
Trabalho passivo	100 (23,6)	18 (18)	2,43	0,01
Alta exigência	86 (20,3)	18 (20,9)	2,82	0,00
Esforço envolvido na realização do trabalho (444) *				
Baixo esforço	224 (50,2)	22 (9,9)	1	
Alto esforço	220 (49,5)	47 (21,4)	2,16	0,00
Recompensas propiciadas pelo trabalho (438) *				
Alta recompensa	246 (56,2)	41 (16,7)	1	
Baixa recompensa	192 (43,8)	29 (15,2)	0,91	0,67

*Variáveis com valores perdidos

** Teste Exato de Fisher

Quanto à percepção do trabalho entre as trabalhadoras de enfermagem, 21,6% estavam insatisfeitas com o seu trabalho; 24,5% insatisfeitas com sua capacidade para o trabalho; 83,2% consideraram seu salário/renda insatisfatório. Sobre a percepção da vida, observou-se que 13,1% estavam insatisfeitas com as relações pessoais; 15,1% insatisfeitas consigo mesmas, e 28,9% avaliação negativamente de sua qualidade de vida, (Tabela 3).

Tabela 3 - Prevalência de autoavaliação negativa do estado de saúde segundo a percepção do trabalho e da vida de trabalhadoras de enfermagem da atenção básica na Bahia, 2011 – 2013

Variáveis (N)	n (%)	Autoavaliação negativa do estado de saúde		
		P	RP	Valor de p
Percepção do trabalho e da vida				
Capacidade para o trabalho (450) *				
Satisfeita	353 (78,4)	57 (16,2)	1	0,67
Insatisfeita	97 (21,6)	14 (14,4)	0,89	
Com o trabalho (449) *				
Satisfeita	339 (75,5)	49 (14,5)	1	0,24
Insatisfeita	110 (24,5)	21 (19,1)	1,32	
Com as relações pessoais (450) *				
Satisfeita	391 (86,9)	60 (15,4)	1	0,52
Insatisfeita	59 (13,1)	11 (18,6)	1,21	
Consigo mesma (451)				
Satisfeita	383 (84,9)	54 (14,1)	1	0,02
Insatisfeita	68 (15,1)	17 (25)	1,77	
Salário/renda (447) *				
Satisfeita	75 (16,8)	12 (16)	1	0,93
Insatisfeita	372 (83,2)	58 (15,6)	0,98	
Avaliação da qualidade de vida (450) *				
Satisfeita	320 (71,1)	38 (11,9)	1	0,00
Insatisfeita	130 (28,9)	33 (25,4)	2,13	

* Variáveis com valores perdidos

Ao abordar-se a situação de saúde dessas trabalhadoras, 75,3% referiram a presença de pelo menos uma comorbidade; 65,2% sentiam dores osteomusculares e 16,2% apresentaram transtornos mentais comuns; quanto às situações relacionadas diretamente à atividade laboral, 7,9% tinham doenças ocupacionais ou profissionais diagnosticadas e 5,4% sofreram acidentes de trabalho ou de trajeto nos últimos 12 meses; e 34,1% apresentaram licença médica ou foram afastados do trabalho no último ano, (Tabela 4).

Tabela 4 - Prevalência de autoavaliação negativa do estado de saúde segundo a situação de saúde de trabalhadoras de enfermagem da atenção básica na Bahia, no ano de 2011-2013

Variável (N)	n (%)	Autoavaliação negativa do estado de saúde		
		n (%)	RP	Valor de p
Situação de saúde				
Presença de comorbidade (441) *				
Não	109 (24,7)	7 (6,4)	1	
Sim	332 (75,3)	63 (19)	2,97	0,00
Doenças ocupacionais ou profissionais (444) *				
Não	409 (92,1)	59 (14,4)	1	
Sim	35 (7,9)	12 (34,3)	2,38	0,00
Acidentes de trabalho (445) *				
Não	421 (94,5)	62 (14,7)	1	
Sim	24 (5,4)	9 (37,5)	2,55	0,01**
Licença médica (449) *				
Não	296 (65,9)	47 (15,9)	1	
Sim	153 (34,1)	24 (15,7)	0,99	0,95
Presença de dores osteomusculares (345) *				
Não	120 (34,8)	12 (10)	1	
Sim	225 (65,2)	40 (17,8)	1,78	0,05
Presença de Transtornos mentais comuns (438) *				
Não	367 (83,8)	45 (12,3)	1	
Sim	71 (16,2)	25 (35,2)	2,86	0,00

* Variáveis com valores perdidos

** Teste Exato de Fisher

Estimativas de prevalência de autoavaliação negativa do estado de saúde

A prevalência geral estimada de autoavaliação negativa do estado de saúde entre as trabalhadoras de enfermagem do estado da Bahia foi de 15,8%, apresentando variações de acordo com as variáveis de exposição avaliadas. Vale salientar que, de acordo com a categorização inicial, existiam uma maior prevalência de autoavaliação do estado de saúde definidas como “Boa” (52,2%), seguida de “Muito boa” (32%), “Regular” (13,1%), “Ruim” (1,8%) e “Muito ruim” (0,9%).

No que tange às variáveis sociodemográficas pode-se observar que as trabalhadoras de enfermagem mais velhas, com companheiros, filhos e da raça/cor branca apresentaram prevalências mais elevadas de autoavaliação negativa do estado de saúde. Com as variáveis idade (RP: 1,52; valor de p: 0,05) e presença de filhos (RP: 1,65; valor de p: 0,03) com associações estatisticamente significantes (Tabela 1). Entretanto, para o modelo de regressão logística intrabloco entraram todas as variáveis sociodemográficas avaliadas, devido às evidências científicas de sua associação com a autoavaliação negativa do estado de saúde. Permaneceram no modelo de regressão logística interblocos as variáveis idade e presença de filhos.

Quanto aos hábitos de vida, as maiores prevalências de autoavaliação negativa do estado de saúde apresentadas foram entre as trabalhadoras de enfermagem que não praticavam

atividades físicas, nem de lazer; não usavam bebidas alcoólicas, nem fumavam, com significância estatística para as associações entre prática de atividade física (RP: 1,43; valor de p: 0,17) e uso de bebida alcoólicas (RP: 0,68; valor de p: 0,12) (Tabela 1), as quais participaram do modelo de regressão intrabloco. Permaneceu no modelo de regressão interblocos somente a variável prática de atividade física.

Na situação de trabalho, a autoavaliação negativa do estado de saúde teve maiores prevalências entre as técnicas de enfermagem, as trabalhadoras com mais de dez anos de trabalho; mais de dez anos de trabalho na unidade, concursadas ou celetistas que possuíam mais de um vínculo de trabalho, tinham direitos trabalhistas parciais, jornada de trabalho maior que 60 horas semanais, trabalhavam no período diurno, tinham alta demanda física sobre o trabalho, desenvolviam atividades incompatíveis com o cargo, sentiam a segurança pessoal ameaçada no trabalho, eram a principal responsável pelas atividades domésticas e tinham alta sobrecarga doméstica (Tabela 2).

Dentre essas variáveis, as associações que apresentaram significância estatística foram: categoria profissional (RP: 1,71; valor de p: 0,03), tempo de trabalho maior que 10 anos (RP: 2,14; valor de p: 0,00), jornada de trabalho maior que 60 horas semanais (RP: 1,50; valor de p: 0,19), demanda física (RP: 1,48; valor de p: 0,07), compatibilidade das atividades desenvolvidas (RP: 2,46; valor de p: 0,02), segurança pessoal ameaçada no trabalho (RP: 1,42; valor de p: 0,10), trabalho doméstico (RP: 1,96; valor de p: 0,00) e média (RP: 2,36; valor de p: 0,01) e alta sobrecarga doméstica (RP: 2,93; valor de p: 0,00) (tabela 2); foram selecionadas para o modelo de regressão logística intrablocos.

Permaneceram no modelo de regressão interblocos as variáveis tempo de trabalho, demanda física, compatibilidade das atividades desenvolvidas, trabalho doméstico e sobrecarga doméstica.

Entre os aspectos psicossociais, observaram-se maiores prevalências de autoavaliação negativa do estado de saúde entre as trabalhadoras de enfermagem com baixo suporte social, presença de comprometimento excessivo com o trabalho, situação de trabalho ativo, alto esforço na realização do trabalho e alta recompensa propiciada pelo trabalho. No Modelo Demanda-Controle encontraram-se associações estatisticamente significantes entre os três tipos de situação de trabalho de exposição – trabalho ativo (RP: 3,08; valor de p: 0,00), trabalho passivo (RP: 2,43; valor de p: 0,01) e de alta exigência (RP: 2,82; valor de p: 0,00) – quando comparados ao trabalho de baixa exigência que é considerado situação de referência. Além dessa variável, esforço envolvido na realização do trabalho (RP: 2,16; valor de p: 0,00) e comprometimento excessivo com o trabalho (RP: 1,46; valor de p: 0,08) também obtiveram

associações com significância estatística (Tabela 2) e entraram no modelo de regressão intrabloco. Permaneceram no modelo de regressão interblocos o Modelo Demanda-Controle e o esforço envolvido na realização do trabalho.

Ao considerar a percepção do trabalho, existiu uma maior prevalência de percepção negativa do estado de saúde entre aquelas que estavam satisfeitas com sua capacidade para o trabalho, estavam insatisfeitas com o trabalho e que avaliaram que o seu salário/renda era insatisfatório. As maiores prevalências de autoavaliação negativa do estado de saúde foram observadas entre as trabalhadoras que estavam insatisfeitas com as relações pessoais e consigo mesmas e que avaliaram insatisfatoriamente a qualidade de vida no tópico percepção de vida, (Tabela 3).

Dessas, obtiveram associações estatisticamente significantes a satisfação com o trabalho (RP: 1,32; valor de p: 0,24), satisfação consigo mesma (RP: 1,77; valor de p: 0,02) e a avaliação da qualidade de vida (RP: 2,13; valor de p: 0,00), (Tabela 3), as quais entraram no modelo de regressão logística intrabloco. Permaneceram no modelo de regressão interblocos apenas a variável avaliação da qualidade de vida.

A Tabela 4 apresenta a situação de saúde das trabalhadoras de enfermagem com maiores prevalências de autoavaliação negativa do estado de saúde entre aquelas que possuíam alguma comorbidade (RP: 2,97; valor de p: 0,00), as que tinham alguma doença ocupacional ou profissional diagnosticada (RP: 2,38; valor de p: 0,00), sofreram algum tipo de acidente de trabalho ou de trajeto (RP: 2,55; valor de p: 0,01), tiveram licença médica ou foram afastados do trabalho (RP: 0,99; valor de p: 0,95), sentiam alguma dor osteomuscular (RP: 1,78; valor de p: 0,05) e apresentaram Transtornos Mentais Comuns (RP: 2,86; valor de p: 0,00). Apresentaram significância estatística e entraram no modelo de regressão logística intrabloco todas as variáveis referentes à situação de saúde, exceto a variável licença médica. Permaneceram no modelo de regressão interblocos as variáveis TMC, comorbidade e doença ocupacional ou profissional.

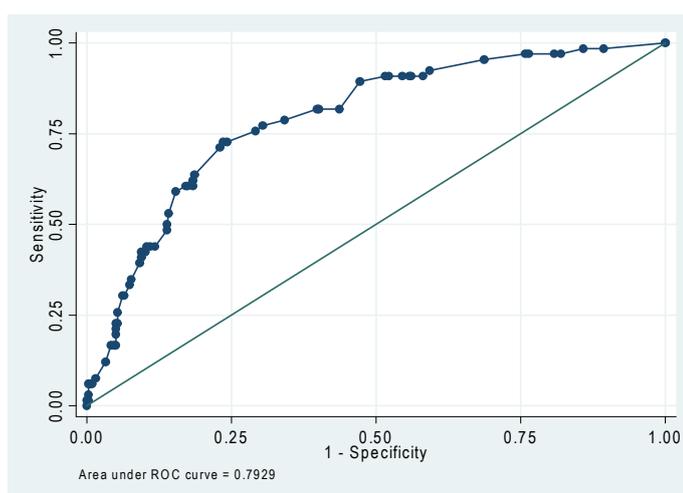
O modelo de regressão logística interblocos selecionou as variáveis que estavam associadas à autoavaliação negativa do estado de saúde, sendo: compatibilidade das atividades desenvolvidas, sobrecarga doméstica, o Modelo Demanda-Controle, avaliação da qualidade de vida e Transtornos mentais comuns, (Tabela 5).

Tabela 5 - Fatores associados à autoavaliação negativa do estado de saúde em trabalhadoras de enfermagem da atenção básica na Bahia, 2011 e 2013, obtidos em análise multivariada

Fatores associadas à autoavaliação negativa do estado de saúde	RP	IC 95 %	valor de p
Compatibilidade das atividades desenvolvidas			
Não compatíveis com o cargo	3,42	1,79 – 6,52	0,000
Sobrecarga doméstica			
Média obrecarga doméstica	3,00	1,47 – 6,14	0,003
Alta obrecarga doméstica	3,46	1,73 – 6,91	0,000
Modelo Demanda-Control			
Trabalho ativo	2,40	1,22 – 4,73	0,011
Trabalho passivo	1,89	0,95 – 3,74	0,068
Alta exigência	1,94	0,94 – 4,02	0,072
Avaliação da qualidade de vida			
Ruim	1,83	1,18 – 2,82	0,006
Transtornos mentais comuns			
Sim	2,28	1,45 – 3,57	0,000

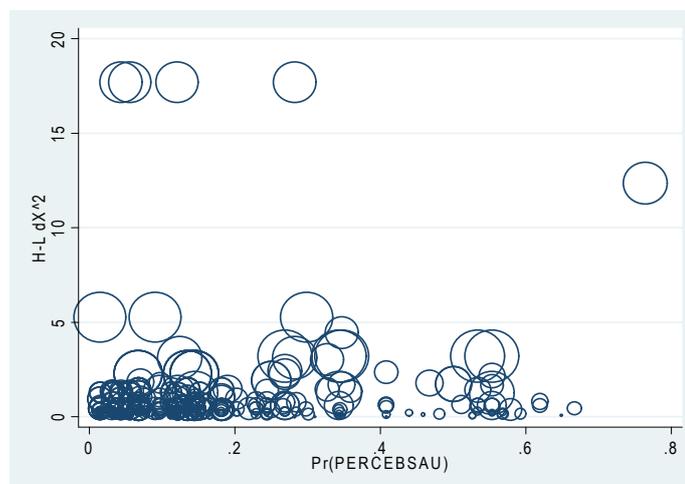
A hipótese de que o modelo adequava-se aos dados foi aceita (o teste de Hosmer e Lemeshow goodness of fit revelou $p = 0,29$), e a Curva ROC revelou uma área 0,79 (gráfico 1) revelando que o modelo final obtido possui um adequado poder de discriminação ajustando-se bem aos dados. Em seguida, foi feita análise avaliando-se se as observações extremas observadas eram influentes. A comparação dos modelos com e sem essas observações demonstrou pouca influência, não alterando significativamente os coeficientes obtidos, (Gráfico 2). Dessa forma, o modelo revelou-se adequadamente adaptado aos dados.

Gráfico 1 - Curva Receiver Operating Characteristic (ROC) do modelo final de regressão logística



Fonte: Arquivo pessoal, 2013.

Gráfico 2 - Observações influentes no modelo final de regressão logística



Fonte: Arquivo pessoal, 2013.

4.2.4 Discussão

Este estudo, realizado em unidades de atenção básica do serviço público de saúde da Bahia, teve como objetivo analisar os fatores associados à autoavaliação do estado de saúde das trabalhadoras de enfermagem. Entre os achados está a prevalência de autoavaliação negativa do estado de saúde entre trabalhadoras de enfermagem da atenção básica de 15,8%, sendo que indicadores da situação de trabalho, como compatibilidade das atividades desenvolvidas, sobrecarga doméstica e situação de trabalho, segundo Modelo Demanda-Control, e indicadores de percepção e condições de saúde, evidenciados pela avaliação da qualidade de vida e Transtornos mentais comuns, estavam associados à percepção negativa de saúde.

A prevalência encontrada neste estudo foi inferior às percebidas em 15 capitais brasileiras entre os anos de 2002-2003, as quais apresentaram prevalências de autoavaliação da saúde como regular ou ruim superiores a 18,4% (BRASIL, 2004), inferiores também ao encontrado pelo IBGE em 2005, (21,4%) e, em adultos do sul do país, (25,8%) (PERES et al., 2010).

No entanto, essas diferenças já eram esperadas por se tratar de populações com características diferentes, uma vez que esse estudo avaliou indivíduos com situação mais favoráveis e economicamente ativos. Sabe-se que a falta de trabalho pode interferir na autoestima. Desta forma, faz-se necessário comparações entre populações de trabalhadores.

Não foram encontrados, na literatura disponível, estudos de percepção de saúde em trabalhadores de saúde da atenção básica, tendo-se como população mais semelhante para comparações, os trabalhadores de enfermagem de unidades hospitalares onde foram encontradas prevalências de autoavaliação negativa entre 20% e 22,4% (COSTA, 2010; GRIEP et al., 2011), observando prevalências maiores à encontrada no presente estudo, entretanto, trata-se de situações de trabalho com características diferentes.

Vale salientar que as comparações entre prevalências encontradas neste e em outros estudos foi dificultada ainda, pelas diversas formas em que o indicador é categorizado. Como alternativa, foi feita análise baseada nas categorias iniciais da pergunta. Neste estudo, 2,7% das entrevistadas autoavaliaram seu estado de saúde como ruim ou muito ruim, inferior às encontradas em estudos com a população brasileira de (3,9% - 9,2%) (BARROS et al., 2009; DACHS, 2002; TRAEBERT; BORTOLUZZI; KEHRIG, 2011).

Barros e Nahas (2001) e Barros e colaboradores (2009) confirmam em seus estudos a influências das questões de gênero na autoavaliação negativa do estado de saúde, o que não pôde ser reafirmado com nossos achados, já que as trabalhadoras avaliadas no presente estudo não apresentaram prevalências maiores do que a população geral. Desta forma, carece-se de estudos comparativos que abordem as questões de gênero entre trabalhadores para aprofundar a influência dessa categoria na autoavaliação do estado de saúde.

Quanto aos fatores relacionados à prevalência de autoavaliação de estado de saúde, estão os referentes à situação de trabalho, evidenciadas pelas maiores prevalências de autoavaliação negativa do estado de saúde entre as trabalhadoras que desenvolviam atividades incompatíveis com o seu cargo (RP: 3,42; IC: 1,79-6,52) e entre as que tinham situação de trabalho ativo (RP=2,4; IC: 1,22-4,73), segundo o Modelo Demanda-Controle de Karasek. Demonstrou-se que, mesmo que o trabalho traga satisfação – maior estabilidade e maior autoestima – ele pode se transformar em adoecimento, dependendo da forma como é organizado.

A escassez de estudos quanto à influência da situação de trabalho e percepção de saúde entre trabalhadores indica a necessidade de investigações que aprofundem melhor essas associações, em especial referentes à compatibilidade das atividades desenvolvidas.

Segundo Almeida (2012), a incompatibilidade nas atividades desenvolvidas por enfermeiros da atenção básica pode gerar insatisfação, na medida em que estes profissionais têm consciência sobre as atividades que devem e podem ser desempenhadas.

Na realidade dos serviços de atenção básica das cidades baianas sua conformação e estrutura física, incluindo materiais e medicamentos, não dão suporte para atendimentos de

urgência/emergência, entretanto os profissionais deparam-se com estas situações que não são compatíveis com o seu cargo, além de nem sempre estar presente um profissional médico, gerando situações desfavoráveis para a equipe e para o usuário que distanciam o trabalho prescrito do trabalho real, revelando-se em tensão e descontentamento do profissional (ALMEIDA, 2012).

Quanto à influência dos aspectos psicossociais do trabalho na percepção de saúde, os resultados aqui encontrados corroboram com estudos da área (COSTA, 2010; HOFELMANN; BLANK, 2007; GRIEP et al., 2011). No presente estudo, uma maior prevalência de percepção negativa de saúde foi observada entre as profissionais com trabalho ativo, isto é, expostas às altas demandas psicológicas e ao alto controle no trabalho, evidenciando que o alto controle não foi capaz de minimizar as cargas geradas pela alta demanda.

No processo de trabalho da atenção básica os profissionais de enfermagem, principalmente os enfermeiros, possuem autonomia para o desenvolvimento de muitas das atividades, tendo a possibilidade de planejar, prestar cuidados diretos e indiretos aos usuários e visualizar os resultados, o que traz aumento do controle sobre o trabalho e gera autoestima.

Os enfermeiros atuantes em unidades básicas de saúde são os gerentes da unidade, responsáveis por atividades administrativas e de supervisão de toda a equipe. São atribuídos a eles a realização de atividades de diversas naturezas dentro e fora das unidades, além do gerenciamento da unidade que tem um excesso de atividades burocráticas, evidenciadas pela grande quantidade de impressos que devem ser preenchidos para a comprovação das atividades que são desenvolvidas (JESUS et al., 2008); são também responsáveis pela assistência de enfermagem, ações de prevenção e promoção da saúde, atividades educativas e políticas, visitas domiciliares e de vigilância à saúde, dentre outras que acarretam em sobrecarga e ritmo acelerado de trabalho.

Ainda, são constantemente cobrados, pelas Secretarias Municipais de Saúde, para o cumprimento de metas estabelecidas que, por outro lado, não fornece apoio para o desenvolvimento desse processo (ALMEIDA, 2012). Isso gera um aumento da demanda de trabalho e um alto controle irreal, já que em muitas vezes não se tem governabilidade e em outras tantas não há equipamentos para o desenvolvimento do que foi planejado, por falta de material ou por falta de manutenção dos mesmos.

As consequências da alta demanda psicológica do trabalho sobre a percepção de saúde das trabalhadoras foi evidenciada ainda por estudos entre enfermeiros hospitalares de Campo Grande (COSTA, 2010) e no Rio de Janeiro (GRIEP et al., 2011). De forma similar aos

achados, em estudos com profissionais de enfermagem (GRIEP et al., 2011), foi observado um menor poder preditivo da dimensão controle no bem-estar dos trabalhadores.

Em estudo realizado por Costa (2010), a situação de trabalho com maiores níveis de percepção negativa da saúde foi a de alta exigência, reafirmando a predição do Modelo Demanda-Controle de Karasek, o que não foi percebido neste estudo, sendo atribuído ao trabalho ativo maiores danos à saúde do trabalhador. Destaca-se que apenas esta categoria do modelo obteve significância estatística após ajustamento, indicando para a necessidade de estudos mais aprofundados para se discutir o trabalho deste grupo.

No ambiente de trabalho, Fonseca e colaboradores (2008) identificam ainda a influência da dupla jornada de trabalho (profissional e doméstico) na percepção negativa da saúde, o que foi reafirmado neste estudo ao identificar a sobrecarga doméstica enquanto fator de exposição para a autoavaliação negativa do estado de saúde, apresentando associações estatisticamente significantes para a média sobrecarga (RP:3,0; IC: 1,5-6,1) e para a alta sobrecarga doméstica (RP: 3,5; IC: 1,7-6,9). Existem evidências consistentes da influência do trabalho doméstico na saúde física e mental de mulheres, o que pôde ser reafirmado com os nossos achados, entretanto, não há estudos referentes à relação entre a sobrecarga doméstica e a percepção de saúde de trabalhadoras, indicando para a necessidade de investigações neste sentido.

Observaram-se também diferenças significativas em relação à autoavaliação de saúde e indicadores de percepção e condições de saúde. A insatisfação com a qualidade de vida foi diagnosticada como fator de exposição para a percepção negativa de saúde, corroborando com estudo anterior (COSTA, 2010). Como a qualidade de vida é um construto de extrema complexidade, se faz necessário estudos que identifiquem confundidores nessa relação e que verifiquem a ordem cronológica dos acontecimentos, uma vez que há a possibilidade de causalidade reversa.

Sabe-se que o componente físico da saúde influencia mais a autoavaliação que o componente mental, entretanto, neste estudo, dentre as variáveis referentes à situação de saúde, apenas a saúde mental encontrou-se associada à autoavaliação do estado de saúde, demonstrada a partir da associação com os transtornos mentais comuns. Não foram encontrados, na literatura, estudos que indiquem esta associação, os que mais se aproximaram foram referentes à associação entre percepção negativa e presença de sintomas depressivos e ansiosos, tensão psicológica e níveis de estresse (BARROS; NAHAS, 2001; LIMA COSTA, FIRMO; UCHÔA, 2004; HOFELMANN; BLANK, 2007; FONSECA et al., 2008; SILVA, 2012).

Reafirmando a subjetividade atribuída ao indicador de percepção de saúde que considera sinais e sintomas de doenças e seus impactos sobre as dimensões física, mental e social (BARROS et al., 2009; PAGOTTO, NAKATANI; SILVEIRA, 2011).

Os achados desse estudo são relevantes, pois a autoavaliação negativa da saúde está relacionada a quase duas vezes maior risco de morte em relação àqueles que a avaliam positivamente. Este estudo reforça as evidências de que a percepção da saúde não está ligada somente a ausência de doenças físicas, sendo uma medida com vários fatores associados que afetam a percepção do indivíduo. Entretanto existem, ainda, poucas evidências na literatura a respeito da percepção de saúde dos profissionais da saúde, indicando para uma incoerência, uma vez que indivíduos que dedicam sua vida profissional para promover, prevenir e tratar pessoas, têm sua própria saúde poucas vezes visibilizadas.

Assim, se torna necessária a realização de futuras investigações, usando dados longitudinais, para estabelecer as relações temporais existentes entre as dimensões acima mencionadas e a evolução da autoavaliação da saúde nessa população, afim de melhor conhecer as especificidades do processo saúde-doença de profissionais de saúde (LIMA COSTA, FIRMO; UCHÔA, 2004).

Foi identificado que a autoavaliação negativa do estado de saúde possui fatores de exposição referentes às condições de vida e trabalho (profissional e doméstico) dos indivíduos. Reforça-se a necessidade de estudos na vertente da saúde do trabalhador e da importância de se considerar o trabalho doméstico nesta análise, em especial quando se trata de populações femininas.

4.2.5 Considerações

Estudo realizado com o objetivo de analisar os fatores associados à autoavaliação do estado de saúde em trabalhadoras de enfermagem da atenção básica identificou: a incompatibilidade das atividades desenvolvidas com o cargo, a média e a alta sobrecarga doméstica, a situação de trabalho ativo segundo o Modelo Demanda-Controle, a avaliação insatisfatória da qualidade de vida e a presença de transtornos mentais comuns como fatores de exposição para a autoavaliação negativa do estado de saúde.

Entretanto, não é possível definir uma relação causal entre os eventos, uma vez que estudos transversais não permitem estabelecer a temporalidade dos acontecimentos, pois proporcionam uma imagem momentânea do que se pretende avaliar, isto é, a exposição e o desfecho ocorrem no mesmo momento (PEREIRA, 2008). Vale salientar que, neste caso, não

pode ser descartada a causalidade reversa, já que pode haver superestimação das situações de risco e menores níveis de satisfação em presença de níveis precários da situação de saúde. Ressalta-se, então, a necessidade de estudos longitudinais para elucidar a direção causal das associações identificadas.

Outra limitação dos estudos seccionais é o viés de prevalência, pois são identificados apenas os sobreviventes do efeito estudado, não contabilizando as curas e óbitos. É importante destacar que em estudos ocupacionais ocorre uma situação especial: o efeito do trabalhador sadio pela seleção dos indivíduos saudáveis através das demissões e afastamentos dos indivíduos com piores condições de saúde, revelando uma imagem positiva em relação à realidade.

Além das limitações referentes ao próprio desenho do estudo, algumas especificidades metodológicas podem ter dificultado o estabelecimento de associações. Por se tratar de um estudo multicêntrico, de campos de pesquisa diversificados, o caminho metodológico seguido em cada município teve algumas especificidades, a começar pela amostragem, em algumas cidades foi proposta a realização de censo, prejudicando, em partes, a aleatoriedade da amostra. O período de coleta de dados também foi diversificado, mas limitou-se ao período de 2011 e 2013, sem desconsiderar as características inerentes ao estudo transversal. Entretanto, os pesquisadores e digitadores foram treinados para o uso do mesmo padrão de abordagem e aplicação dos questionários e para a construção da máscara e a entrada dos dados no pacote estatístico.

Vale salientar que apesar da significância amostral, o quantitativo de participantes foi relativamente pequeno frente às numerosas variáveis analisadas. Por trata-se de um estudo exploratório, priorizou-se a abrangência de informações em detrimento da profundidade de análise. Desta forma, algumas variáveis foram avaliadas superficialmente, como por exemplo, as comorbidades, que foram generalizadas, sem especificar a gravidade ou o valor social de cada agravo, nem mesmo o quantitativo. Assim a variável “indivíduos com uma morbidade” foi analisado junto com a “indivíduos com varias morbididades”, talvez por este motivo, esta variável não tenha permanecido no modelo final. Necessita-se, portanto, de estudos mais aprofundados acerca deste aspecto.

Outra limitação do presente estudo refere-se ao indicador de autoavaliação do estado de saúde utilizado que, apesar de sua validade confirmada, alguns estudiosos questionam sua validade para comparações entre subpopulações ou populações internacionais, devido às influências de fatores sociais e culturais, lembrando também da individualidade que uma medida referida carrega. Além disso, estudos da área utilizaram formas diferentes de

categorização do desfecho, dificultando comparações dos achados, como foi visto. Outro fator que prejudica mensurações autorreferidas é o viés de memória e respostas socialmente aceitas que se agravam quando se fala de trabalhadores, em que a doença é sugestiva de incapacidade e desemprego.

Apesar das limitações deste estudo, os achados corroboram para as evidências científicas acerca da influência das condições de trabalho no processo saúde-doença, seja ele profissional ou doméstico, indicando para a relevância de políticas públicas e institucionais destinadas para a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores da saúde.

Os resultados aqui demonstrados direcionam para a importância de se refletir e tornar mais visível a saúde da população feminina, uma vez que está exposta à diversos fatores de risco no trabalho e na vida, acrescidos ainda pela desvalorização do seu trabalho, conformada pela divisão sexual e social do trabalho. Faz-se relevante ainda uma reflexão quanto à saúde de trabalhadores da saúde; destaque para a enfermagem, uma vez que estes profissionais são o alicerce do sistema único de saúde, sendo de essencial importância que se tenha profissionais satisfeitos e saudáveis na base desse sistema que são os serviços de atenção básica.

4.2.6 Referências

BARROS, M. B. A. et al. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol. 43, p. 27-37, 2009. Suplemento 2. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000900005>>. Acesso em: 12 maio 2013.

BARROS, M. V. G.; NAHAS, M. V. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, vol. 35, n. 6, p. 554-563, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n6/7068.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis** – Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/publicacao_inquerito22_06.pdf>. Acesso em: 15 set. 2013.

COSTA, M. A. S.. **O estresse no trabalho e auto-avaliação da saúde entre os trabalhadores da enfermagem das unidades de urgências e emergências da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS**. 2010. 64 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <[file:///C:/Users/user/Downloads/costamasm%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/costamasm%20(1).pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2013.

COUTINHO, L. M. S.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, vol. 42, n. 6, p. 992-998, 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v42n6/7118.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

DACHS, J. N. W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 7, n. 4, p. 641-657, 2002. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v7n4/14596.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2013.

_____. SANTOS, A. P. R.. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, , v. 11, p. 887-894, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32327.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2013.

FONSECA, S. A. et al. Percepção de Saúde e fatores Associados aos industriários de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 24, n.3, p. 567-576, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/10.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2013.

FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Medidas de associação em estudo transversal com delineamento complexo: razão de chances e razão de prevalência. **Rev Bras Epidemiol**, vol. 11, n. 3, p. 347-355, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000300002>. Acesso em: 20 jan. 2014.

GRIEP, R. H. et al. Uso Combinado de modelos de estresse no trabalho e a saúde auto-referida na enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol. 45, n. 1, p. 145-152, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100017>. Acesso em: 12 maio 2013.

HOFELMANN, D. A.; BLANK, N.. Auto-avaliação de saúde entre trabalhadores de uma indústria no sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, vol. 41, n. 5, p. 777-787, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/5899.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Acesso e utilização de serviços de saúde**: 2003. Rio de Janeiro, 2005.

LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A.; UCHÔA, E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, vol. 38, n. 6, p.827-834, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n6/11.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

PAGOTTO, V.; NAKATANI, A. Y. K.; SILVEIRA, E. A. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 27, n. 8, p. 1593-1602, ago. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n8/14.pdf>>. Acesso em: 15 set 2013.

PEREIRA, J. C.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, vol. 25, n. 6, p. 491-498, 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v25n6/v25n6a04.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PERES, M. A. et al. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, vol. 44, n. 5, p. 901-911, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000500016>. Acesso em: 15 set. 2013

PINHO, P. S.; ARAÚJO, T. M. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, vol. 15, n. 3, p. 560-572, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n3/10.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2012.

RIOS, L. C. et al. Atividades físicas de lazer e transtornos mentais comuns em jovens de Feira de Santana, Bahia. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**, Porto Alegre, vol. 33, n. 2, p. 98-102, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082011000200006&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 dez. 2012.

SANTOS, K. O. B. et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**, [S.l.], v. 34, n. 3, 2011. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/54/54>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

SHADBOLT, B. Alguns correlatos de auto-avaliação para as mulheres australianas. **Am J Public Health**, [S.l.], vol. 87, p. 951-956, 1997. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9224175>>. Acesso em: 12 maio 2013.

SIEGRIST, J. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. **Social Science & Medicine**, [S.l.], v. 58, n. 8, p. 1483-99, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14759692>>. Acesso em: 25 jul. 2013.

SILVA, D. A. S.. Indicadores do estilo de vida e autoavaliação negativa de saúde em universitários de uma instituição pública do Nordeste do Brasil. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**, Pelotas, vol. 17, n. 4, p. 263-269, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/1875/1715>>. Acesso em: 12 maio 2013.

TRAEBERT, J.; BORTOLUZZI, M. C.; KEHRIG, R. T. Auto-percepção das condições de saúde da população adulta, sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**; São Paulo, vol. 45, n. 4, p. 789-793, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400020>. Acesso em: 15 dez. 2013.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo alcançou seu objetivo principal de analisar os fatores que estão associados às condições de saúde física e mental em trabalhadoras de enfermagem atuantes em serviços públicos de saúde da atenção básica no estado da Bahia.

Quanto à saúde física, avaliada a partir da percepção do estado de saúde, identificou-se que a situação de trabalho profissional e doméstica, assim como a percepção da vida e a saúde mental estão associados ao adoecimento físico das trabalhadoras de enfermagem. A saúde mental dessas trabalhadoras foi identificada a partir da triagem de transtornos mentais comuns, e seus fatores associados foram as condições de trabalho profissional e doméstico, percepção da vida e a saúde física.

Ambos os achados demonstraram as influências do processo de trabalho no adoecimento das trabalhadoras de enfermagem, evidenciando a necessidade de investimento em políticas públicas de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores de saúde, e a sua implementação e efetivação. É contraditório negligenciar a saúde de profissionais que dedicam seus esforços laborais para proteção, promoção e recuperação da saúde de outros seres humanos.

Faz-se necessário, então, reflexão e adequação no processo de trabalho da enfermagem nos serviços de atenção básica. Foi percebido que este ambiente de trabalho é pouco evidenciado em estudos da área da enfermagem, havendo uma supervalorização de estudo quanto às características do trabalho em unidades hospitalares. Dessa forma, carece-se tornar mais visivelmente as características de riscos presentes no trabalho desenvolvido em unidades de atenção básica, por este ser um processo diferenciado em diversos aspectos.

Vale salientar ainda que a sobrecarga doméstica foi identificada como exposição para o adoecimento físico e mental dessas mulheres. Esse dado reforça a importância de se analisar essa variável quando se trata de estudo com populações femininas, não deixando de analisar as questões inerentes ao gênero nessa associação, uma vez que esta é predeterminada pela divisão sexual e social do trabalho guiadas pelas concepções de gênero. Assim, dar mais visibilidade à saúde da população feminina.

Outra questão que pôde ser observada foi a associação confirmada da saúde física com a saúde mental, reforçando o indivíduo como um ser bio-psicossocial, não havendo como dissociar esses fatores no processo saúde-doença.

Os achados deste estudo permitiram reforçar e agregar conhecimentos na área da

saúde de trabalhadores da saúde. Evidencia-se que ainda há um longo caminho de discussões, reflexões e adequações a ser percorrido para se alcançar condições dignas e saudáveis de trabalho para esta categoria de profissionais essenciais para a consolidação do Sistema de Saúde e qualidade de vida e saúde de toda a população brasileira.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. S. C. **Repercussões do processo de trabalho na saúde do enfermeiro do Programa Saúde da Família: prazer e sofrimento.** 2012. 168 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2012.

ALVES, M. **Como escrever teses e monografias: um roteiro passo a passo.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

ANDRADE, T. **Valores organizacionais, suporte social e organizacional no trabalho: um estudo no setor bancário.** 2010. 143 f. Dissertação (Mestrado em Administração)–UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, Santa Maria, 2010. Disponível em: <http://cascavel.cpd.ufsm.br/tede/tede_arquivos/2/TDE-2010-03-15T142008Z-2499/Publico/ANDRADE,%20TAIS%20DE.pdf>. Acesso em: 20 jul 2013.

ANSELMINI, L. et al. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982. **Rev. Saúde Pública**, Pelotas, vol. 42, p. 26-33, 2008. Suplemento 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000900005&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 dez 2012.

AQUINO, E.M.L. **Gênero, trabalho e hipertensão arterial: um estudo de trabalhadoras de enfermagem em Salvador.** [1996]. 159 f. Tese (Doutorado Saúde Coletiva)–Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1996.

AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol. 40, p. 121-32, 2006. Edição especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102006000400017&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 ago. 2013.

AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G. M. S. Para pensar o exercício da paternidade: contribuições a partir de um estudo sobre trabalho e saúde das mulheres. In: SILVEIRA, P. **Exercício da paternidade.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 131-31.

ARAÚJO, T. M.; KARASEK, R. Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and informal jobs in Brazil. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, Feira de Santana, n. 6, p. 52-59, 2008. Disponível em: <http://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=1251>. Acesso em: 19 mar. 2012.

ARAÚJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, Feira de Santana, vol. 37, n. 4, p. 424-433, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n4/16776.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2012.

_____. Prática de atividades de lazer e morbidade psíquica em residentes de áreas urbanas. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Feira de Santana, vol. 31, n. 2, p. 294-310, jul./dez. 2007. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2007/v31n2/a296-312.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2012.

ARAÚJO, T. M. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev. Bras. Saúde Matern.**

Infant., Recife, vol. 5, n. 3, p. 337-348, jul./set. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n3/a10v5n3.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2012.

ARAÚJO, T. M.; GRACA, C. C.; ARAÚJO, E. M.. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do modelo demanda-controle. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, vol. 8, n. 4, p. 991-1003, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000400021&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 abr. 2013.

ARAÚJO, T. M.; PINHO, P. S.; ALMEIDA, M. M. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, vol. 5, n. 3, p. 337-348, jul./set. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n3/a10v5n3.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Cartilha do trabalhador de enfermagem: saúde, segurança e boas condições de trabalho**. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/enfermagemdotrabalho/cartilha.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2012.

BACKES, D. S. et al. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. **Cienc. Cuid. Saúde**. Curitiba, v. 7, n. 3, p. 319-326, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6490/3857>>. Acesso em: 05 jul. 2012.

BARBOZA, D. B.; SOLER, Z. A. S. G. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol. 11, n. 2, p. 177-183, mar/abr. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 06 dez. 2012.

BARROS, M. B. A. et al. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol. 43, p. 27-37, 2009. Suplemento 2. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000900005>>. Acesso em: 12 maio 2013.

BARROS, M.V.G.; NAHAS, M.V. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, vol. 35, n. 6, p. 554-563, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n6/7068.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2013.

BARROS, M. V. G.; NAHAS, M. V. Reprodutibilidade (test-reteste) do questionário internacional de atividades físicas (QIAF-Versão 6): um estudo-piloto com adultos no Brasil. **Rev Bras Ciênc Mov**, Brasília, vol. 8, p. 23-26. 2000. Disponível em: <<http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/351/403>>. Acesso em: 12 maio 2013.

BELTRÃO, K. I.; SUGAHARA, S. Comparação de informações sobre saúde das populações brasileira e norte-americana baseada em dados da PNAD/98 e NHIS/96. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 7, n. 4, p. 841-867, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400017>. Acesso em: 12 maio 2013.

BENNETT, P. E.; MURPHY, S. **Psicologia e promoção da saúde**. Lisboa: Climepsi Editores, 1999.

BERBER, J. S. S.; KUPEK, E.; BERBER, S. C. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. **Rev. Bras. Reumatol**, [S.l.], vol. 45, n. 2, p 47-54, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0482-50042005000200002&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 jan. 2014.

BORDERIAS, C.; CARRASCO, C. Las mujeres y el trabajo: aproximaciones históricas, sociológicas y económicas. In: BORDERÍAS, C.; CARRASCO, C.; ALEMANY, C. (Org.). **Las mujeres y el trabajo: rupturas conceptuales**. Barcelona: Icaria-Suhem. 1994. p. 15-109.

BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R.; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1585-1596, 2010. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/070.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília, 2007. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro8.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho. **Manual de procedimentos para os serviços de saúde** – normas e manuais técnicos, n. 114. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis** – Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/publicacao_inquerito22_06.pdf>. Acesso em: 15 set. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília-DF, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de humanização**. Brasília, 2010. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizassus_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica** – pactos pela saúde. Brasília, 2006. v. 4, 59 p.

_____. Ministério da Saúde. Saúde do trabalhador. **[Relatório de atividades]**. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Normas regulamentadoras de segurança e saúde do trabalho – NR-33**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BE914E6012BF2FE9B8C247D/nr_33.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2012.

BRITO, J. **Saúde, trabalho e modos sexuais de viver**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

BRITO, J. C.. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. **Cad. Saúde Pública**, [S.l.] vol. 16, n. 1, p. 195-204, jan. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000100020>. Acesso em: 04 dez. 2012.

BROUGH, P. Workplace violence experienced by paramedics: relationships with social support, job satisfaction and psychological strain. **The Australian Journal of Disaster and Trauma Studies**, [S.l.], vol. 2, 2005. Disponível em: <<http://www.massey.ac.nz/~trauma/issues/2005-2/brough.htm>>. Acesso em: 20 jul. 2013.

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho da enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: 1998.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Rev Latino-Am Enferm**, Ribeirão Preto, vol. 12, n. 1, p. 14-21, jan./fev. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n1/v12n1a03.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2012.

CARAN, V. C. S. et al. Riscos ocupacionais psicossociais e sua repercussão na saúde de docentes universitários. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, vol. 19, n. 2, p. 255-261, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a14.pdf>>. Acesso em: 3 maio 2012.

CARVALHO, C. N. et al. Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional. **J Bras Psiquiatr**, Recife, vol. 62, n. 1, p. 38-45, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v62n1/06.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2012.

CASSEL, J. The contribution of the social environment to host resistance. **American Journal of Epidemiology**, [S.l.], vol. 104, p. 300-314, 1976. Disponível em: <https://campus.fsu.edu/bbcswebdav/institution/academic/social_sciences/sociology/Reading%20Lists/Mental%20Health%20Readings/Cassel-AmEpide-1976.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2013.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 2. ed, Rio de Janeiro: Campos, 2000.

CHIODI, M. B.; MARZIALE, M. H. P. Riscos ocupacionais para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: revisão bibliográfica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, vol. 19, n. 2, p. 212-217, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000200014&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 ago. 2013.

CHOR, D. et al. The Brazilian version of the effort-reward imbalance questionnaire to assess job stress. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 219-224, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100022>. Acesso em: 15 ago. 2013.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, [S.l.], v. 38, n. 5, p.300-314, 1976. Disponível em: <<http://www.psychosomaticmedicine.org/content/38/5/300.short>>. Acesso em: 20 jul 2013.

CORGONZINHO, I. Saúde mental, trabalho e o descompasso tupiniquim. **Revista Saúde Mental & Trabalho**, Belo Horizonte, n. 1, ano 1, p. 05 a 15, 2000.

COSTA, A. G.; LUDERMIR, A. B. TMC e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Publica**, Recife, vol. 21, n.1, p. 73-79, 2005. Disponível em: <<http://www.liber.ufpe.br/teses/arquivo/20040702143425.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2012.

COSTA, A. L. R. C.; MARZIALE, M. H. P. Relação tempo-violência no trabalho de enfermagem em emergência e urgência. **Rev Bras Enferm**, Local, vol. 59, n. 3, p: 337-343, maio/jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a16v59n3.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

COSTA, J. S. D. et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. **Rev Bras Epidemiol**, Pelotas, vol. 5, n. 2, p. 164-173, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v5n2/04.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2012.

COSTA, M. A. S.. **O estresse no trabalho e auto-avaliação da saúde entre os trabalhadores da enfermagem das unidades de urgências e emergências da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS**. 2010. 64 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <[file:///C:/Users/user/Downloads/costamasm%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/costamasm%20(1).pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2013.

COUTINHO, E. S. F.; ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J. J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultado de um estudo transversal em três áreas urbanas do Brasil. **Rev Psiquiatr Clín.**, São Paulo, vol. 26, p. 246-256, 1999. Disponível em: <[http://hcnnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n5/artigo\(246\).htm](http://hcnnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n5/artigo(246).htm)>. Acesso em: 23 jun. 2012.

COUTINHO, L. M. S.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, vol. 42, n. 6, p. 992-998, 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v42n6/7118.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

CREED, F. Mental health problems at work. **BMJ**, [S.l.], n. 306, p.1082-1083, 1993..

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

DACHS, J. N. W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 7, n. 4, p. 641-657, 2002. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v7n4/14596.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2013.

_____. SANTOS, A. P. R.. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 887-894, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32327.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2013.

DAVID, H. M. S. L. et al. Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Local, v. 18, n. 2, p. 206-214, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/02.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

DAVIS, K.; NEWSTROM, J. W. **Comportamento humano no trabalho** – uma abordagem psicológica. São Paulo: Pioneira, 1992.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez Oboré, 1992.

_____. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuição da Escola Dejuriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DOEF, M.; MAES, S. The Job Demand-Control (Support) Model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. **Work & Stress**, [S.l.], vol. 13, n. 2, p. 87-114, 1999.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Latino-am Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 517-525, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2012.

FARIA, A. C.; BARBOZA, D. B.; DOMINGOS, N. A. M. Absenteísmo por transtornos mentais na enfermagem no período de 1995 a 2004. **Arq. Ciênc. Saúde**, São José do Rio Preto, vol. 12, n. 1, p. 14-20, jan./mar. 2005. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/vol-12-1/03%20-%20id%20100.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2012.

FARIAS, M. D.; ARAÚJO, T. M. Transtornos mentais comuns entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana-BA. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, vol. 36, n. 123, p. 25-39, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572011000100004&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 dez. 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA. **Relatório de Gestão da Atenção Básica**. Feira de Santana, 2008.

FERNANDES, S. R. P.; ALMEIDA FILHO, N. Validação do SRQ-20 em amostra de trabalhadores de informática. **Rev Bras. Saúde Ocup.**, [S.l.], vol. 89, n. 90, p. 105-112, 1998.

FERRARO, K. F.; SU, Y. Physician-Evaluated and Self-Reported Morbidity for Predicting Disability. **American Journal of Public Health**, [S.l.], vol. 90, p. 103-108, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446128/pdf/10630145.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2012.

FONSECA, S. A. et al. Percepção de saúde e fatores associados aos industriários de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 24, n. 3, p. 567-576, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/10.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2013.

FONTANA, R. T.; SIQUEIRA, K. I. O trabalho do enfermeiro em saúde coletiva e o estresse: análise de uma realidade. **Cogitare Enferm**, [S.l.], vol. 14, n. 3, p. 491-498. jul./set. 2009. Disponível em: <<http://www.cededita.org.br/uploads/16179-56036-1-PB.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2012.

FRACOLLI, L. A.; GRANJA, G. F. A utilização da categoria processo de trabalho pela enfermagem brasileira: uma análise bibliográfica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. spe, p. 597-602, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000500013>. Acesso em: 06 ago. 2012.

FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Medidas de associação em estudo transversal com delineamento complexo: razão de chances e razão de prevalência. **Rev Bras Epidemiol**, vol. 11, n. 3, p. 347-355, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000300002>. Acesso em: 20 jan. 2014.

GALVÃO, L. L. L. F. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e avaliação da qualidade de vida no climatério. **Rev Assoc Med Brás**, São Paulo, vol. 53, n. 5, p. 414-420,

2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n5/a17v53n5.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

GASPARINI, S. M.; BARRETO, S. M.; ASSUNÇÃO, A. A. Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 12, p. 2679-2691, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/16.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

GLINA, D. Modelos teóricos de estresse e estresse no trabalho e repercussões na saúde do trabalhador. In: GLINA, D.; ROCHA, L. E. (Org.). **Saúde mental no trabalho: da teoria à prática**. São Paulo: Roca, 2010. p. 3-30.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders – abio-social model**. 2nd. ed. London: Tavistock/Routledge, 1993.

GOMES, A. R.; CRUZ, J. F.; CABANELAS, S. Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, DF, v. 25, n. 3, p. 307-318, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 25 maio 2012.

GONZALES, R. M. B. Expressão de indicadores de (in)satisfação no trabalho por enfermeiras coordenadoras de área de um hospital universitário. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 105-109, jan./jun. 1998.

GRIEP, R. H. et al. Uso Combinado de modelos de estresse no trabalho e a saúde auto-referida na enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol. 45, n. 1, p. 145-152, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100017>. Acesso em: 12 maio 2013.

GUIMARÃES. L. A. M.; SIEGRIST, J.; MARTINS. D. A. Modelo de estresse ocupacional ERI (effort-reward imbalance). In: GUIMARÃES. L. A. M.; GRUBITS, S. **Série saúde mental e trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, Local, v. 2, p. 69-84, 2004

HADDAD, M. C. L.. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. **Revista para a Saúde**, vol. 1, n. 2, p. 75-88. Londrina, jun. 2000. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n2/doc/artigos2/QUALIDADE.htm>>. Acesso em: 30 jan. 2014.

HARDING, T. W. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychol Med**; vol. 10, p. 231-241, 1980. Disponível em: <<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=5208552>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, [S.l.], v. 37, n. 132, p. 595-609, set./dez., 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v37n132/a0537132.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2012.

HOFELMANN, D. A.; BLANK, N.. Auto-avaliação de saúde entre trabalhadores de uma indústria no sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, vol. 41, n. 5, p. 777-787, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/5899.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2013.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. **Applied logistic regression**. [S.l.]: John Wiley and Sons, 2000.

IACOPONI, E.; MARI, J. J. Confiabilidade e fator de estrutura da versão em Português do Self-Reporting Questionnaire. **Int J Soc Psychiatry**, [S.l.], vol. 35, n. 3, p. 213-222, 1989. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2583955>>. Acesso em: 12 maio 2013.

IDLER, E. L.; BENYAMINI, Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. **J. Health Soc Behav.**, [S.l.], vol. 38, n. 1, p. 21-37, 1997. Disponível em: <<http://www.jstor.org/discover/10.2307/2955359?uid=3737664&uid=2&uid=4&sid=21102129474273>>. Acesso em: 12 maio 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Acesso e utilização de serviços de saúde, 2003**. Rio de Janeiro, 2005.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio**. Acesso e utilização de serviços de saúde: 2003. Rio de Janeiro, 2005.

_____. **Sinopse do censo demográfico 2010**: população residente, total, urbana total e urbana na sede municipal, em números absolutos e relativos, com indicação da área total e densidade demográfica, segundo as Unidades da Federação e os municípios. Bahia, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/Bahia.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2012.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. Diretoria Colegiada. Instrução normativa INSS/DC nº 98, de 05 de dezembro de 2003. Aprova norma técnica sobre lesões por esforços repetitivos - LER ou Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho - DORT. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 dez. 2003. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/38/INSS-DC/2003/98.htm>>. Acesso em: 10 set. 2012.

IVANCEVICH, M. J. et al. Worksite stress management interventions. **American Psychologist**, [S.l.], vol. 45, n. 2, p. 252-261, 1990. Disponível em: <http://positiveemotions.gr/library_files/I/Ivancevich_Matteson_Worksite_1990.doc>. Acesso em: 15 mar. 2012.

JANSEN, K. et al. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 27, n.3, p. 440-448, mar, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n3/05.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

JOB CONTENT QUESTIONNAIRE CENTER. **The Job Content Questionnaire (JCQ)**, [S.l.], 2004. Disponível em: <<http://www.jcqcenter.org/>>. Acesso em: 22 jun. 2012.

KARASEK R; THEORELL T. **Healthy work**: stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books, 1990.

KARASEK, R. A. **Job Content Questionnaire and User's Guide**. [Massachusetts]: University of Massachusetts, 1985.

KARASEK, R. A. Job Demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. **Administrative Science Quarterly**, [S.l.], vol. 24, p. 285-308, 1979. Disponível em: <<http://www.jstor.org/discover/10.2307/2392498?uid=3737664&uid=2&uid=4&sid=21102218186427>>. Acesso em: 24 abr. 2012.

KERGOAT, D. Da divisão do trabalho entre os sexos. *Tempo Social. Revista de sociologia da USP*, São Paulo, vol. 1, n. 2, p. 73-103, 1989.

KOUVONEN, A. et al. Effort-reward imbalance at work and the co-occurrence of lifestyle risk factors: cross-sectional survey in a sample of 36,127 public sector employees. *BMC Public Health*, [S.l.], vol. 6, p. 24, 2006

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec; 1989.

LIMA, F. D. et al. Síndrome de burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia. *Rev. Bra. de Educ. Médica*. Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 137-146, maio/ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022007000200004&script=sci_arttext&tIng=es>. Acesso em: 06 maio 2010.

LIMA, M. C. P. **TMC e uso de álcool na população urbana de Botucatu – SP: um estudo de co-morbidade e utilização de serviços**. 2004. 221 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva)–Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2004.

LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A.; UCHÔA, E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, vol. 38, n. 6, p.827-834, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n6/11.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

LIPP, M. E. N. Estresse: conceitos básicos. In: _____ (Org.). **Pesquisas sobre estresse no Brasil**. Campinas: Papyrus, 1996. p. 17-31.

LIPP, M. E. N.. **Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de Vida Produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do estudo pró-saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 19, n.6, p. 1713-1720, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000600015&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 jan. 2014.

LUDERMIR, A. B. Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho. *J Bras Psiquiatr*, [S.l.], vol. 54, n. 3, p. 198-204, 2005. Disponível em: <<http://saudeetrabalho.com.br/download/informal-ludermir.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

_____. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 16, n. 3, p. 647-59, jul./Set. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2000000300013&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 jan. 2014.

_____. LEWIS, G.. Informal work and common mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, [S.l.], vol. 38, n. 9, p. 485-489. Sept. 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14504730>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

_____. _____. Links between social class and common mental disorders in Northeast Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, [S.l.], vol. 36, n. 3, p. 101-107, mar. 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11465780>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

_____. MELO FILHO, D.A.. Saúde mental, condições de vida e estrutura ocupacional

associadas a transtornos mentais comuns. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol. 36, n. 2, p. 213-231. São Paulo, abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000200014>. Acesso em: 10 jan. 2014.

MAGNAGO, T. S. B. S.; LISBOA, M. T. L.; GRIEP, R. H. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Rev enferm UERJ**, Ribeirão Preto, vol. 17, p. 118-123, 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a22.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2012.

MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol. 18 n. 3, maio/jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-1692010000300019&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 14 abr. 2012.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **Br J Psychiatry**, [S.l.], vol. 148, p. 23-26, 1986. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3955316>>. Acesso em: 24 abr. 2012.

MASLOW, A. **Maslow no gerenciamento**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2000.

MATOS, M., et al. **A saúde dos adolescentes portugueses**: estudo nacional da rede europeia HBSC/OMS (1998). Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana, 2000.

MCGUIRE, G. M. Provide to their network members intimate work: a typology of the social support that workers. **Work and Occupations**, [S.l.], v. 34, p. 125-147, 2007. Disponível em: <<http://www.voiced.edu.au/content/ngv4444>>. Acesso em: 20 jul. 2013.

MCINTYRE, T. M.; SOARES, V. E.; SILVA, S. Hábitos de saúde e comportamentos de risco na adolescência: implicações para a prevenção. **Psicologia: teoria, investigação e prática**, [S.l.], vol. 2, p. 219-232, 1997.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde**: processo de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde; 1992.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. **Rev Lat Am Enferm**, Ribeirão Preto, vol. 13, n. 2, p. 255-261, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a19.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2012.

MURTA S. G.; TRÓCCOLI, B. T. Avaliação de intervenção em estresse ocupacional. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Bratsília, vol. 20 n. 1, p. 39-47, jan./abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-7722004000100006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 jan. 2013

NORIEGA, M. Interacción de las exigencias del trabajo en la generación de sufrimiento mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n. 4, p. 1011-1019, out./dez. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n4/3604.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2012.

OLIVEIRA, A. M. N. **Estresse ocupacional e saúde psíquica dos trabalhadores do distrito sanitário centro histórico do município de Salvador**. 2013. 123 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho)–Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 2013.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación**. [S.l.], 2010. Disponível em: <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_124341.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório mundial da saúde. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa, 2002.

PADOVAM, V. A. R. **Antecedentes de bem-estar no trabalho: percepções de suportes e de justiça**. 2005. 122 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde)–Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo, 2005.

PAGOTTO, V.; NAKATANI, A.Y. K.; SILVEIRA, E. A. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 27, n. 8, p. 1593-1602, ago. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n8/14.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2013.

PAIS, M. E.; CABRAL, V. **Estudo sobre comportamentos de risco**. Lisboa: Instituto Português da Juventude, 2003.

PALACIOS, M. et al. Validação do Self Report Questionnaire (SRQ-20) numa população de trabalhadores de um banco estatal no Rio de Janeiro, Brasil. In: SILVA, J. F. (Org.). **A dano do trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico**. Rio de Janeiro: Te Corá, 1998. p. 225-41.

PATEL, V.; KLEINMAN, A. Poverty and common mental disorders in developing countries. **Bulletin of the World Health Organization**, [S.l.], v. 81, n. 8, p. 606-615, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14576893>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 303-311, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n3/5017.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

PEREIRA, A. M. T. B. Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho. In: _____ (Org.). **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 13-18. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=EMnnJklADqIC&pg=PA21&lpg=PA21&dq=Burnout:+O+processo+de+adoecer+pelo+trabalho&source=bl&ots=raoDy_-ZMh&sig=JKj1jGqgmlsPB8bejexQbDUI-wg&hl=pt-BR&ei=ma4PTMOVO4ruAeG7fTHDw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CBwQ6AEwAQ#v=onepage&q=Burnout%3A%20O%20processo%20de%20adoecer%20pelo%20trabalho&f=fals>. Acesso em: 25 maio 2010.

PEREIRA, J. C.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A. Perfil de risco cardiovascular e

autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, vol. 25, n. 6, p. 491-498, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v25n6/v25n6a04.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PERES, M. A. et al. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, vol. 44, n. 5, p. 901-911, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000500016>. Acesso em: 15 set. 2013.

PETERSSON, L. A. et al. Social support at work and the risk of myocardial infarction and stroke in women and men. **Social Science & Medicine**, [S.l.], v. 64, p. 830-841, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17123677>>. Acesso em: 20 jul. 2013.

PINHO, P. S.; ARAÚJO, T. M. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, vol. 15, n. 3, p. 560-572, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n3/10.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2012.

_____. _____. Trabalho de enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 3, p. 329-336, jul./set. 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n3/v15n3a02.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2012.

PIRES, D. E. P. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros; 1999. p. 64-75.

PORTO, L. A. et al. Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, vol. 40, n. 5, p. 818-826, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n5/ao-5230.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2012.

REIS, J. R. et al. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, vol. 37, n. 5, p. 616-623, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v37n5/17477.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2013.

RIBEIRO, J. L. **Introdução à psicologia da saúde**. Coimbra: Quarteto Editora. 2005.

RIOS, L. C. et al. Atividades físicas de lazer e transtornos mentais comuns em jovens de Feira de Santana, Bahia. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**, Porto Alegre, vol. 33, n. 2, p. 98-102, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082011000200006&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 dez. 2012.

ROCHA, S. V. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, vol. 13, n. 4, p. 630-640, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n4/08.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2012.

RODRIGUES, M. V. C. **Qualidade de vida no trabalho: evolução e análise no nível gerencial**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

RUIZ, Valéria Salek; ARAÚJO, André Luis Lima de. Saúde, segurança e a subjetividade no trabalho: os riscos psicossociais. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, vol. 37, n. 125, p. 170-

180, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572012000100020&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 nov. 2012.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde – SMS. **Relação das Unidades de Saúde da Atenção Básica da cidade do Salvador**. 2008. Disponível em: <<http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/Unidades>>. Acessado em: 18 jun. 2011.

SANTO ANTÔNIO DE JESUS (Município). **Relatório de gestão de Santo Antônio de Jesus - 2009**. Santo Antonio de Jesus: Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

SANTOS, K. O. B. et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**, [S.l.], v. 34, n. 3, 2011. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/54/54>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

SANTOS, K. O. B.; ARAÚJO, T. M.; OLIVEIRA, N. F. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 25, n. 1, p. 214-222, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100023>. Acesso em: 12 maio 2013.

SANTOS, P. R. **Estudo do processo de trabalho da enfermagem em hemodinâmica: cargas de trabalho e fatores de riscos à saúde do trabalhador**. 2001. 145 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/santosprm.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2010.

SCHNALL, P.; LANDSBERGIS, P.; BAKER, D. Job strain and cardiovascular disease. **Annual Review of Public Health**, Local, vol. 15, p. 381-411, 1994.

SCHNALL, P. L.; DOBSON, M.; ROSSKAM, E. Unhealthy Work: causes, consequences, cures. **Critical Approaches in the Health, Social Sciences**, [S.l.], Serie editor: Hardcover, 2009. Disponível em: <<http://www.amazon.com/Unhealthy-Work-Consequences-Critical-Approaches/dp/0895033356>>. Acesso em: 12 dez. 2013.

SCHOLZE, A. S.; DUARTE-JÚNIOR, C. F.; SILVA, Y. F. E. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 303-314, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400006>. Acesso em: 15 ago. 2013.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, [S.l.], vol. 16, n. 2, p. 5-22, 1990. Disponível em: <<http://wesleycarvalho.com.br/wp-content/uploads/G%C3%AAnero-Joan-Scott.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2012.

SHADBOLT, B. Alguns correlatos de auto-avaliação para as mulheres australianas. **Am J Public Health**, [S.l.], vol. 87, p. 951-956, 1997. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9224175>>. Acesso em: 12 maio 2013.

SIEGRIST, J. Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions. **J Occup Health Psychol**, [S.l.], vol. 1, n. 1, p. 27-41, 1996. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9547031>>. Acesso em: 15 set. 2013.

_____. Adverse health effects of high-effort/low-reward imbalance at work: theory, empirical support, and implications for preventions. In: COOPER, C. L. (Org.). **Theories of organizational stress**. Oxford: Oxford University Press, 2001.

_____. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. **Social Science & Medicine**, [S.l.], v. 58, n. 8, p. 1483-99, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14759692>>. Acesso em: 25 jul. 2013.

_____.; MARMOT, M. Health inequalities and the psychosocial environment-two scientific challenges. **Soc Sci Med**, v. 58, p. 1463-73, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14759690>>. Acesso em: 15 set. 2013.

SILVA, A. T.; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Rev Saude Publica**, São Paulo, vol. 42, n. 5, p. 921-929, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000500019&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 dez. 2012.

SILVA, D. A. S.. Indicadores do estilo de vida e autoavaliação negativa de saúde em universitários de uma instituição pública do Nordeste do Brasil. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**, Pelotas, vol. 17, n. 4, p. 263-269, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/1875/1715>>. Acesso em: 12 maio 2013.

SILVA, J. L. L.; MELO, C. P. E. Estresse e implicações para o trabalhador de enfermagem. **Informe-se em promoção da saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 16-18, 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>>. Acessado em: 21 maio 2013.

SILVA, L. S.; BARRETO, S. M. Adaptação transcultural para o português brasileiro da escala effort-reward imbalance: um estudo com trabalhadores de banco. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 27, n. 1, p. 32-36, 2010.

SNEL, J. E.; TWISK, J. Assessment of life style. En Vingerhoets (Ed.). **Assessment in Behavioral Medicine**, New York, p. 245-275, 2001.

SOUTO, D. F. **Saúde do trabalho**: uma revolução em andamento. Rio de Janeiro: Ed. Senac Nacional, 2004.

SOUZA, M. N. M. et al. Trabalho e saúde dos profissionais de enfermagem de um hospital especializado de Feira de Santana, Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [S.l.], vol. 35, p. 38-54. jan./jun. 2011. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=183698>. Acesso em: 19 dez. 2012.

SOUZA, S. F. Depressão em trabalhadores de linhas elétricas de alta tensão. **Rev Bras Epidemiol.**, São Paulo, vol. 15, n. 2, p. 235-245, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n2/01.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2013.

SOUZA, S. F. et al. Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitários. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, vol. 44, n. 4, p.710-717, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102010000400015&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 dez. 2012.

STACCIARINI, J. M. R.; TRÓCCOLI, B. T. O Estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Brasília, vol. 9, n. 2, p.18, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11510.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2012.

STEAGALL-GOMES, D. L.; MENDES, I. J. M. A força de trabalho da mulher. **Acta Paul Enf.**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 61-74, São Paulo, 1995. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:SSP4y6UXdNQJ:www.unifesp.br/acta/sum.php%3Fvolume%3D8%26numero%3D1-3%26item%3Dpdf/art8.pdf+%&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 14 nov. 2012.

SZWARCWALD, C. L. et al. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 21, p: 54-64, 2005. Suplemento. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000700007>. Acesso em: 12 maio 2013.

THEÖRELL. T. Job characteristics in a theoretical and practical health context. In: COOPER, C. L. (Org.). **Theories of organizational stress**. Oxford: Oxford University Press, 2001.

TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 24, p. 193-201, 2008. Suplemento. Disponível em: <<http://www.dms.ufpel.edu.br/ares/handle/123456789/295>>. Acesso em: 25 abr. 2012.

TRAEBERT, J.; BORTOLUZZI, M. C.; KEHRIG, R. T. Auto-percepção das condições de saúde da população adulta, sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, vol. 45, n. 4, p. 789-793, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400020>. Acesso em: 15 dez. 2013.

TSUTSUMI, A. et al. Responsiveness of measures in the effort-reward imbalance questionnaire to organizational changes: a validation study. **Journal of Psychosomatic Research**, [S.l.], v. 52, p. 240-256, 2002. Disponível em: <[http://www.jpsychores.com/article/S0022-3999\(02\)00291-X/pdf](http://www.jpsychores.com/article/S0022-3999(02)00291-X/pdf)>. Acesso em: 15 set. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Expert Committee on Mental Health. **Organization of mental health services in developing countries**: sixteenth report of the WHO Expert Committee on Mental Health. Geneva, 1975. Technical Reports Series, 564.

ANEXOS

ANEXO A
APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP/UEFS



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFS

Av. Transnordestina, S/N – Novo Horizonte - Módulo I – 44.036-900 – Feira de Santana-BA
Fone: (75) 224-8124 E-mail: cep.uefs@yahoo.com.br

Feira de Santana, 30 de novembro de 2009.
Of. CEP-UEFS nº 267/2009.

Senhor(a) Pesquisador(a): Tânia Maria de Araújo

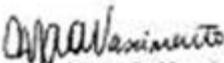
Tenho muita satisfação em informar-lhe que o atendimento às pendências referentes ao seu Projeto de Pesquisa intitulado "Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia", registrado sob Protocolo N.º 081/2009 (CAAE 0086.0.059.000-09), satisfaz às exigências da Res. 196/96. Assim, seu projeto foi Aprovado podendo ser iniciada a coleta de dados com os sujeitos da pesquisa conforme orienta o Cap. IX.2, alínea a – Res. 196/96.

Na oportunidade informo que qualquer modificação feita no projeto, após aprovação pelo CEP, deverá ser imediatamente comunicada ao Comitê, conforme orienta a Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea b.

Relembro que conforme instrui a Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea c, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Em nome dos membros do CEP-UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano (30/11/2010) este CEP aguardará o recebimento do seu relatório.

Atenciosamente,


Maria Ângela Alves do Nascimento
Coordenadora do CEP-UEFS

ANEXO B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título do Projeto: Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde.

Pesquisadores: Dra. Tânia Maria de Araújo, Dra. Maura Maria Guimarães de Almeida e Thereza Christina Coelho Bahia.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Antes de decidir, é importante que entenda o motivo da realização do estudo e qual sua finalidade. Estaremos à sua disposição, pessoalmente, na UEFS – Departamento de Saúde – Núcleo de Epidemiologia - KM 03, BR 116, Campus Universitário, 6º Módulo, 44.031-460, Feira de Santana-BA, ou pelo telefone (0xx75) 3224-8320 para prestar qualquer esclarecimento, caso você precise de mais informações.

Esta pesquisa pretende investigar as condições de trabalho nas unidades de atenção básica à saúde dos municípios de Feira de Santana, Vitória da Conquista, Juazeiro e Santo Antônio de Jesus, a partir da percepção dos trabalhadores de saúde que estão em efetivo exercício profissional nas unidades selecionadas para este estudo. O conhecimento sobre os fatores envolvidos na relação entre a saúde e o trabalho pode favorecer o planejamento de ações para a melhoria da qualidade de vida e para eliminação ou redução de fatores de risco no ambiente do trabalho.

Todas as pessoas em atividade na unidade selecionada serão convidadas a participarem desta pesquisa.

A sua participação é voluntária e você poderá se afastar a qualquer momento do estudo, se desejar. Para participar, você preencherá o questionário anexo que aborda alguns aspectos em relação às condições e características do seu ambiente trabalho e serão avaliados também aspectos relacionados à saúde.

Salientamos que a sua identificação será resguardada e mantida em sigilo, mas se alguma pergunta do questionário lhe causar constrangimento, ela não precisará ser respondida. Se você sentir algum desconforto (mal estar) relacionado ao objeto da pesquisa, a equipe fará encaminhamento às unidades de serviço especializadas

Os resultados da pesquisa serão divulgados aos seus participantes e à comunidade geral e científica. Os dados serão armazenados pelo núcleo de pesquisa NEPI (UEFS) no prazo máximo de 5 anos, sob a responsabilidade da coordenadora da pesquisa. A divulgação, em qualquer meio de apresentação se fará de forma a garantir a confidencialidade dos dados.

Se você achar que foi bem informado (a) e quiser participar voluntariamente desta pesquisa, permitindo que os resultados da mesma sejam publicados, deverá assinar este documento que consta de duas vias. Uma das vias ficará com você e a outra conosco.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos que porventura possam surgir.

Feira de Santana, ____ de _____ de 2009.

Assinatura do Participante

Profª. Tânia Maria de Araújo
Coordenadora da Pesquisa
(0xx75) 3224-8320

ANEXO C
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Número do Questionário

GERAL

TRABALHADORES DA SAÚDE
PESQUISA SOBRE CONDIÇÕES DE SAÚDE E TRABALHO

Este questionário é individual e confidencial. Por favor, é fundamental que você responda a todas as perguntas, pois a ausência de uma resposta pode invalidar sua avaliação. Suas respostas deverão refletir sua realidade, como você entende e vivencia seu trabalho.

Unidade:

BLOCO I – IDENTIFICAÇÃO GERAL

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Sexo: <input type="checkbox"/> feminino <input type="checkbox"/> masculino	2. Idade: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> anos	3. Tem filhos? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Quantos? <input type="text"/> <input type="text"/>
4. Situação conjugal: <input type="checkbox"/> solteiro(a) <input type="checkbox"/> união consensual/união estável <input type="checkbox"/> divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a) <input type="checkbox"/> casado(a) <input type="checkbox"/> viúvo/a		
5. Na escola, qual o último nível de ensino e a última série /grau que concluiu?		
<input type="checkbox"/> Ensino fundamental <input type="checkbox"/> 1ª a 4ª série. <input type="checkbox"/> 5ª a 8ª série.	<input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> 1º ano <input type="checkbox"/> 2º ano <input type="checkbox"/> 3º ano <input type="checkbox"/> Técnico. Qual curso? [ANOTAR]: _____	<input type="checkbox"/> Ensino Superior <input type="checkbox"/> completo <input type="checkbox"/> incompleto <input type="checkbox"/> Pós-Graduação: <input type="checkbox"/> especialização <input type="checkbox"/> mestrado <input type="checkbox"/> doutorado
6. Dentre as alternativas abaixo, como você classificaria a cor da sua pele?		
<input type="checkbox"/> branca	<input type="checkbox"/> amarela (oriental)	<input type="checkbox"/> parda
<input type="checkbox"/> origem indígena	<input type="checkbox"/> preta	<input type="checkbox"/> não sabe

BLOCO II - INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O SEU TRABALHO

1. Qual o cargo que você exerce _____			
2. Há quanto tempo você está trabalhando neste cargo? <input type="text"/> <input type="text"/> anos <input type="text"/> <input type="text"/> meses			
3. Seu vínculo de trabalho atual é:			
<input type="checkbox"/> Municipal com concurso (do quadro permanente)	<input type="checkbox"/> Contratado pela CLT	<input type="checkbox"/> Prestador de serviços	<input type="checkbox"/> Cooperativado
<input type="checkbox"/> Municipalizado (cedido p/ governo estadual ou federal)	<input type="checkbox"/> Cargo de confiança	<input type="checkbox"/> Terceirizado	<input type="checkbox"/> Estagiário
4. Há quanto tempo você trabalha nos serviços públicos de saúde? <input type="text"/> <input type="text"/> anos <input type="text"/> <input type="text"/> meses			
5. Há quanto tempo você trabalha na unidade atual? <input type="text"/> <input type="text"/> anos <input type="text"/> <input type="text"/> meses			
6. Você fez algum treinamento institucional para exercer o seu cargo atual? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Se SIM, por favor, especifique qual: _____			
7. Você tem recebido treinamento durante o tempo que está exercendo este cargo? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
8. As atividades que você desenvolve diariamente são compatíveis com o seu cargo de trabalho?			
<input type="checkbox"/> sim, totalmente <input type="checkbox"/> sim, a maior parte do tempo <input type="checkbox"/> sim, a menor parte do tempo <input type="checkbox"/> quase nunca <input type="checkbox"/> nunca			
9. Seu turno de trabalho é:			
<input type="checkbox"/> Manhã	<input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã e tarde	<input type="checkbox"/> Noturno <input type="checkbox"/> Regime de plantão
10. Qual a sua jornada real neste trabalho no município?			
<input type="checkbox"/> jornada semanal até 8 horas	<input type="checkbox"/> jornada semanal de 20 horas	<input type="checkbox"/> jornada semanal de 36 horas	
<input type="checkbox"/> jornada semanal de 8 horas	<input type="checkbox"/> jornada semanal de 24 horas	<input type="checkbox"/> jornada semanal de 40 horas	
<input type="checkbox"/> jornada semanal de 12 horas	<input type="checkbox"/> jornada semanal de 30 horas	<input type="checkbox"/> jornada semanal ≥ 44 horas	
11. Em seu trabalho, você direito a:			
<input type="checkbox"/> 13º salário	<input type="checkbox"/> Folgas	<input type="checkbox"/> Férias remuneradas	<input type="checkbox"/> 1/3 de adicional de férias
12. Você possui outro trabalho?			
<input type="checkbox"/> Sim, na Prefeitura	<input type="checkbox"/> Sim, no Estado	<input type="checkbox"/> Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada c/ carteira	<input type="checkbox"/> Sim, tenho outro trabalho por conta própria

assinada			
<input type="checkbox"/> Sim, em outra Prefeitura	<input type="checkbox"/> Sim, no nível Federal	<input type="checkbox"/> Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada sem carteira assinada	<input type="checkbox"/> Não tenho outro trabalho

13. Qual a sua jornada total de trabalho ao longo da semana, considerando todas as suas atividades que geram renda?

horas semanais.

BLOCO III - SOBRE O SEU AMBIENTE DE TRABALHO

Com relação às condições de seu ambiente/local de trabalho:

1. Em geral, a ventilação é:	<input type="checkbox"/> precária	<input type="checkbox"/> razoável	<input type="checkbox"/> satisfatória
2. Em geral, a temperatura é:	<input type="checkbox"/> precária	<input type="checkbox"/> razoável	<input type="checkbox"/> satisfatória
3. Em geral, a iluminação é:	<input type="checkbox"/> precária	<input type="checkbox"/> razoável	<input type="checkbox"/> satisfatória
4. Em geral, você considera as condições das cadeiras e mesas:	<input type="checkbox"/> precária	<input type="checkbox"/> razoável	<input type="checkbox"/> satisfatória
5. Em geral, os recursos técnicos e equipamentos são:	<input type="checkbox"/> precária	<input type="checkbox"/> razoável	<input type="checkbox"/> satisfatória
6. No seu setor, existem equipamentos de proteção individual à sua disposição?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei
7. Você utiliza estes equipamentos? Em caso afirmativo, qual(is)? _____	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não se aplica
8. A relação entre as exigências de suas tarefas e os recursos disponíveis para sua realização é: <input type="checkbox"/> boa <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> ruim <input type="checkbox"/> muito ruim			
9. Você entra em contato com materiais biológicos, como sangue, fezes, urina, saliva, líquido amniótico etc.? <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> sempre			
10. Você entra em contato com anti-sépticos, como PVP-I, álcool iodado, clorexidine, álcool etílico a 70%? <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> sempre			
11. Você entra em contato com gases anestésicos? <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> sempre			
12. Você prepara e/ou administra medicamentos? <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> sempre			
13. Seu trabalho exige que você fique em pé por muito tempo? <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> sempre			

14. Seu trabalho exige que você fique sentado por muito tempo?	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sempre	
15. Seu trabalho exige que você ande muito?	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sempre	
16. Seu trabalho exige que você levante, carregue ou empurre peso excessivo?	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sempre	
17. Seu trabalho exige que você ajude o paciente a se movimentar ou levantar?	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sempre	
18. Você fica sem fazer pausas durante a sua jornada diária de trabalho?	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sempre
19. Em geral, o ruído originado no seu local de trabalho é:	<input type="checkbox"/> desprezível	<input type="checkbox"/> razoável	<input type="checkbox"/> elevado	<input type="checkbox"/> insuportável

Com relação à vacinação

20. Já tomou a vacina contra Hepatite B?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei/não me lembro	
20.1 Em caso afirmativo, você recebeu:	<input type="checkbox"/> 1 dose	<input type="checkbox"/> 2 doses	<input type="checkbox"/> 3 doses	<input type="checkbox"/> não sabe
20.2 Você realizou exame de sangue para verificar se formou anticorpos contra a Hepatite B?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não		
20.3 Se fez o exame de sangue, você ficou imunizado contra a Hepatite B?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não fez	
21. Já tomou a vacina contra Febre Amarela?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei/não me lembro	
21.1 Em caso afirmativo, há quanto tempo?	<input type="checkbox"/> Menos de 10 anos	<input type="checkbox"/> Mais de 10 anos		
22. Já tomou a vacina anti-rábica?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei/não me lembro	
22.1 Em caso afirmativo, você recebeu:	<input type="checkbox"/> 1 dose	<input type="checkbox"/> 2 doses	<input type="checkbox"/> 3 doses	<input type="checkbox"/> não sei/não me lembro
23. Já tomou a vacina contra Rubéola, Sarampo e Caxumba (tríplice viral)?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei/não me lembro	
23.1 Em caso afirmativo, você recebeu:	<input type="checkbox"/> 1 dose	<input type="checkbox"/> 2 doses	<input type="checkbox"/> não sei/não me lembro	
24. Já tomou a vacina contra Tétano?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei/não me lembro	
24.1 Em caso afirmativo, você recebeu:	<input type="checkbox"/> menos de 3	<input type="checkbox"/> 3 doses ou mais, sendo a última há	<input type="checkbox"/> 3 doses ou mais, sendo a última há menos	

	doses	mais de 10 anos	de 10 anos
25. Já tomou a vacina contra tuberculose (BCG)?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei/não me lembro
26. No setor onde você trabalha existem recursos:			
Materiais suficientes para realizar as tarefas	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	
Sala de descanso	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	
Tempo disponível para você se alimentar	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	
Acesso a sanitários para os trabalhadores no local de trabalho	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	
Lanche oferecido pelo empregador no local de trabalho	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	
Escaninhos para guardar pertences	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	
Copa/refeitório	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	
27. No caso de não existir copa ou refeitório, três ou mais vezes por semana você almoça ou janta:			
<input type="checkbox"/> Em casa <input type="checkbox"/> No próprio local de trabalho em condições confortáveis <input type="checkbox"/> No próprio local de trabalho em condições desconfortáveis <input type="checkbox"/> Em restaurantes ou lanchonetes próximos ao seu local de trabalho <input type="checkbox"/> Em restaurantes ou lanchonetes distantes do seu local de trabalho <input type="checkbox"/> não se aplica ao profissional			

BLOCO IV - CARACTERÍSTICAS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO

Para as questões abaixo assinale a resposta que melhor corresponda a sua situação de trabalho. Às vezes nenhuma das opções de resposta corresponde exatamente a sua situação; neste caso, escolha aquela que mais se aproxima de sua realidade.

1. Meu trabalho me possibilita aprender coisas novas.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
2. Meu trabalho envolve muito trabalho repetitivo.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
3. Meu trabalho requer que eu seja criativo.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
4. Meu trabalho exige um alto nível de habilidade.	<input type="checkbox"/> 1 discordo	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo

	fortemente			fortemente
5. Em meu trabalho, eu posso fazer muitas coisas diferentes.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
6. No meu trabalho, eu tenho oportunidade de desenvolver minhas habilidades especiais.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
7. O que tenho a dizer sobre o que acontece no meu trabalho é considerado.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
8. Meu trabalho me permite tomar muitas decisões por minha própria conta.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
9. Em meu trabalho, eu tenho pouca liberdade para decidir como fazer minhas próprias tarefas.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
10. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito duro.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
11. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito rapidamente.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
12. Eu não sou solicitado(a) a realizar um volume excessivo de trabalho.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
13. O tempo para realização das minhas tarefas é suficiente.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
14. Algumas demandas que eu tenho que atender no meu trabalho estão em conflito umas com as outras.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
15. Eu frequentemente trabalho durante o meu almoço ou durante as pausas para terminar meu trabalho.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
16. Meu trabalho me exige muito emocionalmente.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
17. Meu trabalho envolve muita negociação/ conversa/ entendimento com outras pessoas.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
18. Em meu trabalho, eu preciso suprimir minhas verdadeiras emoções.	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
19. Meu trabalho exige muito esforço físico	<input type="checkbox"/> 1 discordo fortemente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo fortemente
20. Meu trabalho exige atividade física rápida e contínua	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

	discordo fortemente	discordo	concordo	concordo fortemente
21. Frequentemente, o trabalho exige que eu mantenha meu corpo, por longos períodos, em posições incômodas	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
22. Frequentemente, o trabalho exige que eu mantenha minha cabeça e braços, por longos períodos, em posições incômodas	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
23. Meu chefe/coordenador preocupa-se com o bem-estar de sua equipe de trabalho. <input type="checkbox"/> não tenho supervisor	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
24. Meu supervisor me trata com respeito. <input type="checkbox"/> não tenho supervisor	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
25. Meu chefe/coordenador me ajuda a fazer meu trabalho. <input type="checkbox"/> não tenho supervisor	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
26. As pessoas com quem trabalho são amigáveis.	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
27. As pessoas com quem trabalho são colaborativas na realização das atividades.	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
28. Eu sou tratado/a com respeito pelos meus colegas de trabalho.	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
29. Onde eu trabalho, nós tentamos dividir igualmente as dificuldades do trabalho.	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
30. Existe um sentimento de união entre as pessoas com quem eu trabalho.	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente
31. Meu grupo de trabalho toma decisões democraticamente	<input type="checkbox"/> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo fortemente

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

32. Constantemente, eu me sinto pressionado pelo tempo por causa da carga pesada de trabalho.	<input type="checkbox"/> discordo totalmente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo totalmente
33. Frequentemente eu sou interrompido(a) e incomodado(a) no trabalho.	<input type="checkbox"/> discordo totalmente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo totalmente
34. Nos últimos anos, meu trabalho passou a exigir cada vez mais de mim.	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo

	totalmente			totalmente
35. Eu tenho o respeito que mereço dos meus chefes e supervisores.	<input type="checkbox"/> discordo totalmente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo totalmente
36. Eu vejo poucas possibilidades de ser promovido no futuro.	<input type="checkbox"/> discordo totalmente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo totalmente
37. No trabalho, eu passei ou ainda posso passar por mudanças não desejadas.	<input type="checkbox"/> discordo totalmente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo totalmente
38. Tenho pouca estabilidade no emprego.	<input type="checkbox"/> discordo totalmente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo totalmente
39. Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado.	<input type="checkbox"/> discordo totalmente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo totalmente
40. No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado(a) pela pressão do tempo.	<input type="checkbox"/> discordo totalmente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo totalmente
41. Assim que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas do trabalho.	<input type="checkbox"/> discordo totalmente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo totalmente
42. Quando chego em casa, eu consigo relaxar e “me desligar” facilmente do meu trabalho.	<input type="checkbox"/> discordo totalmente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo totalmente
43. As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho.	<input type="checkbox"/> discordo totalmente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo totalmente
44. O trabalho não me deixa; ele ainda está na minha cabeça quando vou dormir.	<input type="checkbox"/> discordo totalmente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo totalmente
45. Não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje.	<input type="checkbox"/> discordo totalmente	<input type="checkbox"/> discordo	<input type="checkbox"/> concordo	<input type="checkbox"/> concordo totalmente

Com relação a satisfação:

46. Você está satisfeito(a) com o seu trabalho?	<input type="checkbox"/> não estou satisfeito(a) de forma nenhuma	<input type="checkbox"/> não estou satisfeito(a)	<input type="checkbox"/> estou satisfeito(a)	<input type="checkbox"/> estou muito satisfeito(a)	
47. Você se candidataria ao seu emprego novamente?	<input type="checkbox"/> sim, sem hesitação	<input type="checkbox"/> sim, depois de refletir sobre isto	<input type="checkbox"/> definitivamente não		
48. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	<input type="checkbox"/> muito ruim	<input type="checkbox"/> ruim	<input type="checkbox"/> nem ruim, nem boa	<input type="checkbox"/> boa	<input type="checkbox"/> muito boa

Por favor, circule o número correspondente ao que lhe parece a melhor resposta

	1	2	3	4	5
	muito	insatisfeito	nem insatisfeito,	Satisfeito	muito

	insatisfeito		nem satisfeito		satisfeito
49. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
50. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, colegas)?	1	2	3	4	5
51. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

BLOCO V- ATIVIDADES DOMÉSTICAS E HÁBITOS DE VIDA

Abaixo estão listadas algumas tarefas da casa (atividades domésticas)

ATIVIDADE	Contando com você, quantas pessoas vivem na sua casa? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
1. Cuidar das crianças menores de 7 anos?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
2. Cozinhar?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
3. Passar roupa?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
4. Cuidar da limpeza?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
5. Lavar roupa?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
6. Pequenos consertos	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
7. Feira/ supermercado	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
8. Cuidar de idosos ou de pessoas doentes	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
		9. Você é o/a principal responsável pelas atividades domésticas na sua casa? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
		10. Nas últimas duas semanas , em que dias você realizou atividades domésticas? <input type="checkbox"/> todos os dias da semana <input type="checkbox"/> três ou mais dias na semana <input type="checkbox"/> um ou dois dias na semana <input type="checkbox"/> apenas no final de semana <input type="checkbox"/> não realizou atividades domésticas

9. Quantas horas você dedica, por dia, às tarefas domésticas? 111__ horas	[] NSA
11. Você participa de atividades regulares de lazer?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
12. Se SIM, qual o tipo de atividade realizada? <input type="checkbox"/> atividades culturais (cinema, teatro, exposição) <input type="checkbox"/> Assiste TV ou ouve rádio <input type="checkbox"/> atividades sociais (visita a amigos, festa, barzinho, jogos – baralho, dominó, xadrez) <input type="checkbox"/> físicas (caminhadas, natação, prática de esportes, corrida, academia)	
13. Com que frequência você realiza as atividades físicas?	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes por semana <input type="checkbox"/> 3 ou mais vezes por semana
14. Considerando como fumante quem já fumou pelo menos 100 cigarros, ou 5 maços, você se classifica como:	<input type="checkbox"/> não fumante <input type="checkbox"/> ex-fumante <input type="checkbox"/> fumante atual
15. Você consome bebida alcoólica? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Se respondeu “ não ”, siga para o próximo bloco.
16. Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
17. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
18. Sente-se aborrecido consigo mesmo (a) pela maneira como costuma beber?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
19. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

BLOCO VI- CAPACIDADE PARA O TRABALHO

- | |
|--|
| 1. Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos. Em uma escala de zero a dez, quantos pontos você daria para sua capacidade de trabalho atual. |
|--|

<input type="checkbox"/> 1 Estou incapaz para o trabalho	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10 Estou em minha melhor capacidade para o trabalho
2. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do seu trabalho? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo)									
<input type="checkbox"/> muito boa <input type="checkbox"/> boa <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> baixa <input type="checkbox"/> muito baixa									
3. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais do seu trabalho? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer)									
<input type="checkbox"/> muito boa <input type="checkbox"/> boa <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> baixa <input type="checkbox"/> muito baixa									
4. Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho devido a problema de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?									
<input type="checkbox"/> nenhum <input type="checkbox"/> até 9 dias <input type="checkbox"/> de 10 a 24 dias <input type="checkbox"/> de 25 a 99 dias <input type="checkbox"/> de 100 a 365 dias									
5. Considerando sua saúde, você acha que será capaz de, daqui a 2 anos, fazer seu trabalho atual?									
<input type="checkbox"/> é improvável <input type="checkbox"/> não estou muito certo <input type="checkbox"/> bastante provável									
6. Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?									
<input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca									
7. Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?									
<input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca									
8. Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?									
<input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca									

BLOCO VII - ASPECTOS RELACIONADOS À SUA SAÚDE

AGORA FALAREMOS UM POUCO SOBRE A SUA SAÚDE

1. De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como você considera o seu estado de saúde?									
<input type="checkbox"/> muito bom <input type="checkbox"/> bom <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> ruim <input type="checkbox"/> muito ruim									
2. Você possui diagnóstico médico para alguma das doenças listadas abaixo? Pode marcar mais de uma opção									
Diabetes	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Tuberculose	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não				
Colesterol alto	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Gastrite	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não				
Obesidade	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Úlcera	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não				
Pressão alta	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Hepatite	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não				
Câncer	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Infecção urinária	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não				
Artrite/ reumatismo	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	LER/DORT	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não				
Rinite/ sinusite	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Depressão	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não				
Asma	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Distúrbios do sono	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não				
Infarto do miocárdio	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Anemia	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não				

Angina	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Varizes	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não																																																																																																																								
Insuficiência cardíaca	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Doença dos rins	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não																																																																																																																								
Alergia/ eczema	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Hérnia de disco	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não																																																																																																																								
Disfonia	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Lombalgia	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não																																																																																																																								
Outro(s)? [ANOTAR]																																																																																																																													
<p>3. Em caso de algum problema de saúde, sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta)</p> <p><input type="checkbox"/> não há impedimento / eu não tenho doença</p> <p><input type="checkbox"/> eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas a lesão/doença, me causa alguns sintomas</p> <p><input type="checkbox"/> algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho</p> <p><input type="checkbox"/> frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho</p> <p><input type="checkbox"/> por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial</p> <p><input type="checkbox"/> na minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar</p>																																																																																																																													
<p>4. Abaixo estão listados alguns problemas de saúde. Se você não possui o problema, assinale 0. Se você sente o problema, assinale com que frequência que ele acontece.</p>																																																																																																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>0 = nunca</th> <th>1 = raramente</th> <th>2 = pouco frequente</th> <th>3 = frequente</th> <th>4 = muito frequente</th> <th></th> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dor nas pernas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Cansaço mental</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dor parte inferior das costas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Nervosismo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dor nos braços</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Sonolência</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dor parte superior das costas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Insônia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cansaço ao falar</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Azia/Queimação</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Rouquidão</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Fraqueza</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Problemas de pele</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Redução da visão</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Esquecimento</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Irritação nos olhos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Problemas digestivos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Palpitações</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>							0 = nunca	1 = raramente	2 = pouco frequente	3 = frequente	4 = muito frequente		0	1	2	3	4	Dor nas pernas	<input type="checkbox"/>	Cansaço mental	<input type="checkbox"/>	Dor parte inferior das costas	<input type="checkbox"/>	Nervosismo	<input type="checkbox"/>	Dor nos braços	<input type="checkbox"/>	Sonolência	<input type="checkbox"/>	Dor parte superior das costas	<input type="checkbox"/>	Insônia	<input type="checkbox"/>	Cansaço ao falar	<input type="checkbox"/>	Azia/Queimação	<input type="checkbox"/>	Rouquidão	<input type="checkbox"/>	Fraqueza	<input type="checkbox"/>	Problemas de pele	<input type="checkbox"/>	Redução da visão	<input type="checkbox"/>	Esquecimento	<input type="checkbox"/>	Irritação nos olhos	<input type="checkbox"/>	Problemas digestivos	<input type="checkbox"/>	Palpitações	<input type="checkbox"/>																																																																								
	0 = nunca	1 = raramente	2 = pouco frequente	3 = frequente	4 = muito frequente		0	1	2	3	4																																																																																																																		
Dor nas pernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cansaço mental	<input type="checkbox"/>																																																																																																																						
Dor parte inferior das costas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervosismo	<input type="checkbox"/>																																																																																																																						
Dor nos braços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonolência	<input type="checkbox"/>																																																																																																																						
Dor parte superior das costas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insônia	<input type="checkbox"/>																																																																																																																						
Cansaço ao falar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Azia/Queimação	<input type="checkbox"/>																																																																																																																						
Rouquidão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fraqueza	<input type="checkbox"/>																																																																																																																						
Problemas de pele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Redução da visão	<input type="checkbox"/>																																																																																																																						
Esquecimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Irritação nos olhos	<input type="checkbox"/>																																																																																																																						
Problemas digestivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpitações	<input type="checkbox"/>																																																																																																																						
<p>5. Nas duas últimas semanas, você percebeu alguma piora na qualidade de sua voz?</p> <p><input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> de vez em quando <input type="checkbox"/> diariamente</p>																																																																																																																													
<p>6. Nos últimos 12 meses, você teve licença médica ou foi afastado do trabalho? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Se SIM, por qual motivo?</p>																																																																																																																													
<p>7. Já teve alguma doença ocupacional ou profissional (diagnosticada por médico)? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Em caso afirmativo, qual?</p> <p>Há quanto tempo? <input type="text"/> anos <input type="text"/> meses</p> <p>Houve emissão da CAT? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sei o que é CAT</p>																																																																																																																													
<p>8. Nos últimos 12 meses, você sofreu algum acidente de trabalho que o colocou em contato direto com sangue, escarro ou outros líquidos corporais do paciente? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Houve emissão da CAT? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sei o que é CAT</p>																																																																																																																													
<p>9. Você procurou obter a Orientação para acidente de trabalho com exposição a material biológico de risco na rede municipal de saúde?</p>																																																																																																																													

<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não tenho conhecimento da existência dessa Orientação		
10. Nos últimos 12 meses, você sofreu outro tipo de acidente de trabalho ou acidente de trajeto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Em caso afirmativo, qual?		
As próximas questões estão relacionadas a situações que você pode ter vivido nos últimos 30 DIAS . Se você sentiu a situação descrita nos últimos 30 DIAS responda SIM. Se você não sentiu a situação, responda NÃO. Se você está incerto sobre como responder, dê a melhor resposta que você puder.		
1. Tem dores de cabeça frequentemente?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
2. Tem falta de apetite?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
3. Dorme mal?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
4. Assusta-se com facilidade?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
5. Tem tremores nas mãos?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
7. Tem má digestão?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
9. Tem se sentido triste ultimamente?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
10. Tem chorado mais do que de costume?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
11. Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
12. Tem dificuldade para tomar decisões?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
13. Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
16. Você se sente uma pessoa inútil em sua vida?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
17. Tem tido ideia de acabar com a vida?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
20. Você se cansa com facilidade?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não

BLOCO VIII - ATOS DE VIOLÊNCIA – VITIMIZAÇÃO

1. Você sente sua segurança pessoal ameaçada no seu trabalho?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
2. Você sente-se ameaçado quanto à segurança de seus pertences e bens pessoais no trabalho?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
3. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça no seu local de trabalho, praticado por usuários do serviço de saúde?		
	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> uma vez <input type="checkbox"/> algumas vezes <input type="checkbox"/> com frequência
4. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça no trabalho, praticado por parentes, acompanhantes ou vizinhos do usuário do seu serviço de saúde?		
	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> uma vez <input type="checkbox"/> algumas vezes <input type="checkbox"/> com frequência

5. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a usuário dos serviços?		
<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> uma vez <input type="checkbox"/> algumas vezes <input type="checkbox"/> com frequência		
6. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a outro colega de trabalho?		
<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> uma vez <input type="checkbox"/> algumas vezes <input type="checkbox"/> com frequência		
7. Você já pensou em mudar o seu local de trabalho em função de episódios de agressão ou ameaça?		
<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> uma vez <input type="checkbox"/> algumas vezes <input type="checkbox"/> com frequência		
Esta seção trata de atos de violência FORA do trabalho dos quais você pode ter sido vítima nos últimos 12 meses. Por favor, responda às seguintes questões:		
8. Você sofreu alguma agressão nos últimos 12 meses (fora do trabalho)?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Se sim, quem praticou a agressão?		
<input type="checkbox"/> paciente/ usuário do serviço de saúde <input type="checkbox"/> esposo(a) <input type="checkbox"/> amigo (a) <input type="checkbox"/> pai <input type="checkbox"/> irmão(a) <input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> filho (a) <input type="checkbox"/> vizinho(a) <input type="checkbox"/> desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Outros. Especifique		
9. Qual foi o tipo de agressão (fora do trabalho)?		
<input type="checkbox"/> Física – Especifique: <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Negligência <input type="checkbox"/> Atos de destruição <input type="checkbox"/> Xingamentos <input type="checkbox"/> Outros. Especifique		
10. Você já foi vítima de algum acidente de trânsito nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Qual sua renda média mensal? R\$ <input type="text"/>		
Se você desejar fazer algum comentário ou registro, por favor, utilize o espaço abaixo:		

Muito obrigado por sua colaboração!

Entrevistador/a: _____

