



“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”

por

Maria Aparecida de Souza Costa

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Rodrigues Guilam
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Mariza Miranda Theme Filha*

Rio de Janeiro, setembro de 2010.

Esta dissertação, intitulada

“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”

apresentada por

Maria Aparecida de Souza Costa

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Paulo Mauricio Campanha Lourenço

Prof.^a Dr.^a Maria de Jesus Mendes da Fonseca

Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Rodrigues Guilam – Orientadora principal

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

C837 Costa, Maria Aparecida de Souza
O estresse no trabalho e a 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. / Maria Aparecida de Souza Costa. Rio de Janeiro: s.n., 2010.
64 f., tab., graf.

Orientador: Guilam, Maria Cristina Rodrigues
Theme Filha, Mariza Miranda
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2010

1. Saúde do Trabalhador. 2. Autoavaliação (Psicologia).
3. Esgotamento Profissional. 4. Modelo Demanda-Controlle. I. Título.

CDD - 22.ed. – 363.11

Aos trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS.

AGRADECIMENTOS

A construção desse trabalho possibilitou um maior aprofundamento do conhecimento teórico sobre os fatores provocadores ou desencadeadores do estresse e sua influência na saúde, mas, ao mesmo tempo me levou a enxergar que as situações mais complexas da vida podem ser amenizadas/suavizadas pela compreensão e solidariedade entre as pessoas e, nesse momento, gostaria de agradecer a todos que souberam compartilhar, compreender e aliviar as dificuldades sentidas ao longo dessa jornada, às vezes bastante pesada, diante da infinidade de atribuições e tarefas do dia a dia.

Meus sinceros agradecimentos...

Ao meu pai, irmão e, especialmente, ao meu companheiro Renato Modesto Vieira onde busquei forças para seguir em frente.

A minha mãe (in memoriam), sempre presente em minha mente e coração, que me inspira em minhas lutas e a quem dedico minhas vitórias.

A minha amiga/irmã Sônia Maria Correia dos Santos por estar sempre ao meu lado.

Aos meus colegas da Secretaria Municipal de Saúde que contribuíram participando, complementando informações e me incentivando na busca pelos resultados.

Aos meus chefes por terem compreendido minhas necessidades e sempre me dispensarem um voto de confiança.

Aos professores deste curso de mestrado que se dedicaram, sempre com palavras de incentivo, para o bom desempenho de todos.

Às professoras Inês Mattos e Silvana Granado que ao longo desses anos souberam nos apoiar e incentivar com carinho e dedicação.

Finalmente, às professoras Maria Cristina Rodrigues Guilam e Mariza Miranda Theme Filha, que souberam me conduzir com afeição e sabedoria por esse caminho com quem tive a honra de compartilhar.

Muito Obrigada!

“Da minha aldeia vejo quanto da terra se pode ver do Universo...
Por isso a minha aldeia é tão grande como outra terra qualquer,
Porque eu sou do tamanho do que vejo
E não do tamanho da minha altura...”
(Fernando Pessoa)

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar a influência do estresse no trabalho sobre percepção da saúde nos profissionais da enfermagem das unidades de urgências/emergências em Campo Grande/MS, 2010. A população de estudo foram 169 profissionais do quadro efetivo de enfermagem. Obteve-se os dados através de questionário auto-preenchido abordando informações sociodemográficas, ocupacionais/características do trabalho incluindo perguntas sobre estresse no trabalho, baseado no *Job Stress Scale (JSS)* versão resumida. A definição do quadrante de exposição ao estresse baseou-se na mediana e a classificação resultou da combinação de quatro dimensões: Alta demanda/baixo controle - alto desgaste (maior exposição); Alta demanda/alto controle - trabalho ativo; baixo controle/baixa demanda - trabalho passivo; Alto controle/baixa exigência - baixo desgaste (não expostos). A auto-avaliação da saúde foi grupada em duas variáveis: auto-avaliação positiva (muito boa/boa) e auto-avaliação negativa (regular/ruim/muito ruim). Os resultados permitiram constatar que os indivíduos com alto apoio social apresentam maior percentual de auto-avaliação positiva (87,7%) do que os que com baixo apoio social (69,1%) ($p = 0,009$). Os trabalhadores com alta demanda no trabalho possuem menor percentual de auto-avaliação positiva (66,7%) do que os com baixa demanda (85,7%) ($p = 0,008$). Os trabalhadores com alto controle possuem auto-avaliação positiva preponderante (90,0%) sobre os com baixo controle no trabalho (72,3%) ($p = 0,024$). Ao se controlar as variáveis de confundimento verificou-se que a chance de auto-avaliação negativa entre os trabalhadores com alto desgaste é, aproximadamente, seis vezes maior ($OR=5,832$) do que entre os trabalhadores com baixo desgaste ($IC=1,087-31,199$).

Palavras-chave: saúde do trabalhador; auto-avaliação da saúde; Modelo demanda-controle; estresse ocupacional.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the influence of work stress on perception of health professionals in nursing units of urgency/emergency care in Campo Grande, 2010. The study population were 169 of the effective professional nursing. The data were obtained through self-completed questionnaire approaching socio-demographic information, occupational / job characteristics included questions about stress at work, based on the Job Stress Scale (JSS) abridged version. The definition of the quadrant of stress exposure was based on the median and classification resulted from the combination of four dimensions: high demand / low control - high wear (greater exposure); High demand / high control - active work, low control / low demand - passive work; High control / low demand - low wear (not exposed). Self-rated health was grouped into two variables: positive self-rated (very good / good) and negative self-evaluation (regular / poor / very poor). The results show that individuals with high social support had a higher percentage of positive self-evaluation (87, 7%) than those with low social support (69, 1%) ($p = 0, 009$). Employees with high demands at work have a lower percentage of positive self-rated (66, 7%) than those with low demand (85, 7%) ($p = 0, 008$). Employees with high control have preponderant positive self-evaluation (90, 0%) than those with low control at work (72, 3%) ($p = 0, 024$). By controlling the confounders was found that the chance of negative self-evaluation among workers with high wear is, approximately, six times higher ($OR = 5, 832$) than among workers with low job strain ($CI = 1, 087-31, 199$).

Keywords: occupational health; self-rated health; nursing; demand-control model; occupational stress.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Banner de divulgação do estudo afixado nas unidades, Campo Grande/MS, 2010.....	29
Ilustração 2 – Distribuição dos trabalhadores das unidades de saúde segundo participação no estudo.....	32
Ilustração 3 – Prevalência de doenças crônicas nos trabalhadores da enfermagem das unidades de atendimento de urgências e emergências da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS, 2010.....	35
Ilustração 4 – Prevalência de doenças crônicas nos trabalhadores da enfermagem das unidades de atendimento de urgências e emergências da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS, segundo Capítulos do CID-10, 2010.....	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição proporcional das variáveis sociodemográficas e de saúde dos profissionais de enfermagem das unidades de emergência – Campo Grande/MS – 2010.....	33
Tabela 2 – Distribuição proporcional das variáveis de trabalho entre os profissionais de enfermagem das unidades de emergência – Campo Grande/MS – 2010.....	34
Tabela 3 - Características sociodemográficas e de saúde dos profissionais de enfermagem das unidades de emergência segundo quadrantes de estresse de Karasek – Campo Grande/MS – 2010.....	37
Tabela 4 - Características de trabalho dos profissionais de enfermagem das unidades de emergência segundo quadrantes de estresse de Karasek – Campo Grande/MS – 2010.....	39
Tabela 5 – Características sociodemográficas e de saúde dos profissionais de enfermagem das unidades de emergência segundo auto-avaliação de saúde – Campo Grande/MS – 2010.....	40
Tabela 6 – Características de trabalho dos profissionais de enfermagem das unidades de emergência segundo auto-avaliação de saúde – Campo Grande/MS – 2010.....	41
Tabela 7 – Associação entre alta demanda no trabalho e variáveis sociodemográficas e de saúde entre os profissionais de enfermagem das unidades de emergência – Campo Grande/MS – 2010.....	42
Tabela 8 – Associação entre alta demanda no trabalho e características de trabalho entre os profissionais de enfermagem das unidades de emergência – Campo Grande/MS – 2010.....	43
Tabela 9 – Associação entre baixo controle no trabalho e variáveis sociodemográficas e de saúde entre os profissionais de enfermagem das unidades de emergência – Campo Grande/MS – 2010.....	44
Tabela 10 – Associação entre baixo controle no trabalho e características de trabalho entre os profissionais de enfermagem das unidades de emergência – Campo Grande/MS – 2010.....	45
Tabela 11 – Associação entre auto-avaliação de saúde negativa e estresse no	

trabalho, entre os profissionais de enfermagem das unidades de emergência – Campo Grande/MS – 2010.....	47
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Estresse no trabalho.....	17
1.2 A Auto-avaliação da saúde	23
2 OBJETIVOS	26
2.1 Objetivo geral.....	26
2.2 Objetivos específicos	26
3 JUSTIFICATIVA	27
4 METODOLOGIA.....	28
5 RESULTADOS.....	32
6 DISCUSSÃO	48
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS.....	55
APÊNDICE A – Questionário	60
APÊNDICE B – Cronograma de Desenvolvimento.....	63
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	64
APÊNDICE D – Ofício de solicitação para realização da pesquisa	65

1 INTRODUÇÃO

A partir da década de 90, vem se acentuando a diversidade de situações de trabalho e padrões de vida e de adoecimento decorrente de profundas modificações no processo produtivo e nas relações de trabalho. A adoção de novas tecnologias e métodos gerenciais, a precarização das relações de trabalho (desregulamentação e perda de direitos trabalhistas e sociais, legalização dos trabalhos temporários, informalização do trabalho), trazem como consequência o aumento de número de trabalhadores autônomos e subempregados, a fragilização das organizações sindicais e das ações de resistência coletiva e/ou individual dos sujeitos sociais e estão associados à exclusão social e à deterioração da saúde. A soma desses fatores faz surgir novas formas de adoecimento mal caracterizadas e outras manifestações de sofrimento, relacionadas ao trabalho, que exigem mais pesquisas e conhecimentos, para que se possam elaborar formas coerentes e efetivas de intervenção (BRASIL, 2001).

A Saúde do Trabalhador busca a humanização do trabalho através da compreensão das relações (do nexos) trabalho-saúde-doença, da modificação do processo de trabalho (quando necessário) e da participação e intervenção dos trabalhadores nas relações trabalho-saúde-doença (LACAZ, 2007; MENDES, 2003). Visa promover e proteger à saúde através de ações de vigilância de riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e da organização e prestação da assistência com procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação. Leva em consideração os determinantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e os fatores de risco ocupacionais (físicos, químicos, biológicos, mecânicos e de acidentes, ergonômicos e psicossociais) presentes no processo de trabalho. O fundamento de suas ações é a articulação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial (BRASIL, 2001).

Para a investigação das relações saúde-trabalho-doença é fundamental considerar o relato dos trabalhadores, pois, eles vivenciam as reais condições, circunstâncias e imprevistos que ocorrem no cotidiano e são capazes de explicar o adoecimento. No âmbito dos serviços de saúde o principal instrumento para diagnóstico do dano para saúde e da relação etiológica com o trabalho é a anamnese ocupacional. Existe, porém, grande dificuldade em sua utilização devido a deficiências na formação médica para o desenvolvimento dessa habilidade (BRASIL, 2001).

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador é uma responsabilidade a ser desenvolvida, de forma articulada, entre os Ministérios do Trabalho, da Previdência Social

e da Saúde, a fim de garantir o que prevê a Constituição da República de 1988, através dos artigos 196 e 200, a saúde como um direito de todos, inclusive no ambiente de trabalho, e dever do Estado (BRASIL, 1988; BRASIL, 2002).

A fiscalização e controle do ambiente de trabalho, no setor urbano e rural, independente de forma de inserção do trabalhador (público, privado, autônomo, etc) no mercado de trabalho, é responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Vigilância em Saúde do Trabalhador que tem como objetivos conhecer a realidade de saúde da população trabalhadora; intervir, eliminando, atenuando ou controlando fatores determinantes de agravos à saúde do trabalhador; avaliar o impacto das medidas aplicadas no controle dos fatores de risco; subsidiar as três esferas do governo na tomada de decisão e estabelecer sistemas de informação em saúde do trabalhador. Ela é composta por um conjunto de práticas sanitárias, articuladas supra-setorialmente, centradas na relação da saúde/ambiente/processo de trabalho e na assistência, com intuito de promover a melhoria das condições de vida da população (BRASIL, 2002; BRASIL, 2004).

Estudos sobre o processo saúde-doença nos trabalhadores e seu impacto sobre a morbimortalidade, o aumento da expectativa de vida, com o aparecimento de doenças causadas por efeitos de longo prazo e, o critério de definição de dano à saúde (determinação social) faz com que as doenças não fiquem restritas somente ao campo das doenças profissionais, as decorrentes de condições inadequadas de trabalho (ambientes e/ou processos de produção potencialmente perigosos) abrangendo, também, as doenças relacionadas ao trabalho, aquelas em que o trabalho é fator contributivo, provocador ou agravador de distúrbios ou doenças pré-existentes (MENDES, 2003).

Segundo Mendes (1988, 2003), os fatores de risco para o aparecimento das doenças relacionadas ao trabalho abrangem questões relacionadas principalmente ao estilo de vida (obesidade, tabagismo, ingestão de álcool, inatividade física, etc), fatores psicológicos (estresse, intoxicações profissionais, fatores predisponentes e/ou desencadeadores, sobrecarga, insatisfação e/ou subutilização no trabalho, etc), fatores psicossociais (posição social, atividade econômica, grau de educação, etc), condições ambientais (poluição por resíduos, presença de ruídos, vibrações e/ou calor, iluminação ruim, má ergonomia, etc), enfim, o dano ou agravamento à saúde sofre grande influência de susceptibilidade individual, dos padrões culturais, econômicos, políticos, científicos e de conhecimento e/ou informação.

De acordo com o Ministério da Previdência Social, no Brasil, no ano de 2007, entre os trabalhadores assegurados pela Previdência Social, foram registrados 653.090 acidentes e doenças do trabalho, excluindo-se os contribuintes individuais (autônomos) e as empregadas

domésticas. Dentre esses registros, foram contabilizadas 20.786 doenças relacionadas ao trabalho que foram causa de afastamento de 580.592 trabalhadores por incapacidade temporária (298.896 até 15 dias e 281.696 com mais de 15 dias), 8.504 trabalhadores por incapacidade permanente e 2.804 óbitos. Para que se possa avaliar a importância e o impacto social e econômico desses dados pode-se observar que no Brasil, no ano de 2007, ocorreu cerca de 1 morte a cada 3 horas, cerca de 75 acidentes e doenças do trabalho identificados a cada 1 hora de jornada diária e uma média de 31 trabalhadores/dia afastados permanentemente do trabalho devido a invalidez ou morte decorrentes de riscos no ambiente de trabalho (BRASIL, 2009).

No Brasil, no ano de 2007, as dez maiores causas de pagamento de auxílio doença acidentário (quando fica estabelecido o nexo causal do acidente/doença), por capítulo do Código Internacional de Doenças (CID-10), foram, respectivamente, lesões/envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas (capítulo XIX), 51,6%, doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (capítulo XIII), 34,7%, transtornos mentais e comportamentais (capítulo V), 2,8%, doenças do sistema nervoso (capítulo VI), 2,7%, doenças do aparelho circulatório (capítulo IX), 0,9%, algumas doenças infecciosas e parasitárias (capítulo I), 0,7%, doenças do aparelho respiratório (capítulo X), 0,6%, doenças do olho e anexos (capítulo VII), 0,5%, doenças da pele e do tecido subcutâneo (capítulo XII), 0,3%, e neoplasias (capítulo II), 0,2% (BRASIL, 2008).

Já as dez maiores causas de pagamento de auxílio doença acidentário, segundo o código CID-10, foram, respectivamente, dorsalgia (M54), 15,1%, fratura ao nível do punho e da mão (G02), 10,0%, sinovite e tendossinovite (M65), 7,0%, lesões de ombro (M75), 6,1%, fratura de perna, incluindo tornozelo (S82), 4,9%, fratura de pé, exceto do tornozelo (S82), 4,3%, fratura de antebraço (S52), 3,6%, ferimentos de punho e de mão (S61), 2,8%, mononeuropatias dos membros superiores (G56), 2,5%, e fratura de ombro e do braço (S42), 2,5% (BRASIL, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde, observa-se o aumento de agressões e episódios de violência contra o trabalhador no seu local de trabalho, traduzida em acidentes e doenças do trabalho; violência decorrente das relações de trabalho deterioradas, como trabalho escravo e infantil; violência ligada às relações de gênero e o assédio moral caracterizada pelas agressões entre pares, chefias e subordinados. Acrescenta-se a isso a violência urbana e a criminalidade (roubos, assaltos, etc) no ambiente de trabalho e a violência no campo que decorre dos conflitos envolvendo a terra (BRASIL, 2004).

Cezar e Marziale (2006), no estudo com servidores do serviço de urgência de um hospital na cidade de Londrina, constataram que 100,0% dos enfermeiros, 85,7% dos médicos, 88,9% dos técnicos de enfermagem, 88,2% dos auxiliares de enfermagem haviam sido vítimas de violência ocupacional. A violência no trabalho é um problema presente em hospitais, principalmente em serviços de urgências, onde trabalhadores, ora atores, ora vítimas, reproduzem situações de agressividade que prejudicam a assistência prestada e causam adoecimento pelo trabalho.

O perfil de morbimortalidade dos trabalhadores caracteriza-se pela coexistência de agravos que têm relação direta com condições de trabalho específicas (acidentes típicos e doenças profissionais), doenças relacionadas ao trabalho e doenças comuns, que não guardam relação etiológica com o trabalho (BRASIL, 2001). A tendência dessa morbimortalidade aponta para prevalência de agravos caracterizados por um mal estar difuso e doenças da população em geral que, na classe trabalhadora, ocorrem em faixas etárias mais precoces (LACAZ, 2000).

O grande número de acidentes/doenças relacionadas às atividades laborais vem gerando, cada vez mais, inquietações sobre o processo de saúde-doença relacionado ao trabalho. Estudos evidenciam uma mudança no perfil das doenças relacionadas ao trabalho, com o surgimento de agravos crônicos, cujo nexos causal não é evidente (LACAZ, 2000).

As doenças profissionais e as relacionadas ao trabalho são responsáveis por grande parte do absenteísmo, da incapacidade temporária ou permanente e até de invalidez para o trabalho, acarretando grande custo econômico para os sistemas de seguridade social. (LACAZ, 2000; MENDES, 1988). No ano de 2008, o pagamento, pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), de benefícios devido a acidentes e doenças do trabalho e aposentadorias especiais decorrentes das condições do ambiente de trabalho foi um valor da ordem de R\$ 11,6 bilhões/ano (BRASIL, 2009).

Doenças como hipertensão, doenças respiratórias, do aparelho locomotor, distúrbios mentais e estresse estão entre as causas mais comuns de morbidade em trabalhadores e constituem fatores que levam à incapacidade para o ofício. Elas podem estar associadas a alguns fatores de risco como: a hipertensão, a fatores psicológicos geradores de estresse; as doenças respiratórias, a efeitos de vapores, gases, fumos e poeiras no ambiente de trabalho; as do aparelho locomotor, a trabalhadores que exercem grande esforço físico, em ritmo intensivos, expostos a vibrações de corpo inteiro e em condições antiergonômicas; os distúrbios mentais e estresse podem estar associadas ao desequilíbrio entre a demanda e a capacidade de resposta do trabalhador (superestimação ou subutilização) e a presença de

cânceres pode estar relacionada ao uso de substâncias químicas tóxicas (LACAZ, 2000; MENDES, 1988).

Estudos, em Santa Catarina e São Paulo, apontam como as duas principais causas de afastamento em servidores públicos os transtornos mentais e comportamentais e as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (CUNHA; BLANK; BIONG, 2009; SALA et al., 2009).

Tomasi et al. (2008), no estudo em trabalhadores da atenção básica à saúde, no nordeste e sul do Brasil, indica que mais de um terço dos trabalhadores referem insatisfação com a saúde e como problemas de saúde mais prevalentes os cardio-circulatórios, osteomusculares e do tecido conjuntivo, doenças do aparelho digestivo e transtornos mentais comuns.

Silveira e Monteiro (2004), ao estudar trabalhadores de uma instituição de saúde na cidade de São Carlos-SP relataram que as doenças dos grupos muscoesqueléticas (19,0%), mentais (15,5%) e as cardiovasculares (13,5%) foram as principais responsáveis pelo afastamento dos trabalhadores.

Do ponto de vista da vigilância de agravos à saúde do trabalhador, pode-se dizer que há uma carência de dados, por sub-registro e falta de diagnóstico, que não permite visualizar a real situação da saúde do trabalhador em nosso país. Atualmente, as informações disponíveis referem-se apenas aos trabalhadores empregados cobertos pelo Seguro de Acidente de Trabalho (SAT) da Previdência Social, que representam cerca de um terço da população economicamente ativa. Muitos profissionais de saúde não estão, ainda, alerta para o estabelecimento de uma relação entre doença e processo de trabalho. Assim, o setor da saúde deve executar ações para interceptar, prevenir, controlar e até erradicar essas doenças (BRASIL, 2004; MENDES, 1988).

As preocupações com o controle dos aspectos negativos do trabalho vêm se multiplicando, especialmente relacionado ao estresse, uma vez a possibilidade de se prevenir a morbidade causada por ele, devido à influência negativa que exerce na saúde dos trabalhadores e seu conseqüente impacto no funcionamento e efetividades das organizações (PAFARO; MARTINO, 2004; PASCHOAL; TAMAYO, 2004). A partir da década de noventa os estudos voltados para o estresse, controle no trabalho, saúde e bem-estar estabeleceram um relação estreita com as definições dos processos de trabalho no contexto da economia mundial (ARAÚJO et al., 2003).

1.1 Estresse no trabalho

O estresse, atualmente, tem sido relacionado com estar sob pressão ou estar sob a ação de um estímulo insistente que altera a homeostase do organismo e é considerado um dos problemas mais incidentes sobre o ser humano. Ele se relaciona com a capacidade produtiva do indivíduo. Sem estresse a pessoa não produz, tornando-se uma pessoa apática e desanimada, porém, quando ele extrapola o limite do indivíduo ocorre à diminuição da produtividade e podem ocorrer doenças e até mesmo a morte (PAFARO; MARTINO, 2004).

Os fatores que podem agir sobre o corpo quebrando o estado de equilíbrio das diversas funções e composições químicas (p.ex., temperatura, pulso, pressão arterial, taxa de glicose no sangue etc.) são denominados agentes estressores e podem ser algo negativo ou também positivo que emocione a pessoa de modo marcante (COSTA; LIMA; ALMEIDA, 2003; PAFARO; MARTINO, 2004).

Os estressores podem ser classificados em três categorias: os macro-estressores, micro-estressores e tensão crônica. Os macros-estressores são eventos que ocorrem ao longo da vida (ex. casamentos, divórcios, etc). Os micro-estressores têm relação com situações cotidianas de menor porte que acumuladas são geradoras de estresse (ex. engarrafamento, discussões conjugais, etc). Os estados de tensão crônica são experiências agressoras vividas através dos anos que podem desencadear patologias graves ao longo da vida (ex. violência infantil, etc) (SANTOS; ALVES JUNIOR, 2007).

A relação causal entre os fatores ambientais e o indivíduo não é facilmente identificada e deve-se considerar a interdependência de três componentes: os estressores (as condições externas provocadoras de reações), os fatores individuais (aspectos genéticos e experiências pessoais) e as reações (fisiológicas, psicológicas e comportamentais) (ALVES, 2004).

Lazarus (1978 apud BIANCHI, 2000), baseado no modelo interacionista, define o estresse como sendo qualquer acontecimento que demande do ambiente externo ou interno e que taxee ou exceda as fontes de adaptação de um indivíduo ou sistema local. Destaca a importância da avaliação cognitiva que o indivíduo faz da situação de ameaça e das formas de enfrentamento dessa mesma situação, sendo que, características situacionais e pessoais podem interferir no seu julgamento (BORSOI, 2007; PASCHOAL; TAMAYO, 2004).

De acordo com o conceito adotado por Hans Selye em 1956, o termo estresse é utilizado para denominar a “Síndrome Geral de Adaptação” (SAG). Trata-se de um conjunto

de sinais e sintomas que caracteriza a resposta do organismo ao ser submetido a situações que exija dele um esforço para se adaptar. É, portanto, a princípio, uma reação natural de defesa (BORSOI, 2007; COSTA; LIMA; ALMEIDA, 2003).

As manifestações do estresse envolvem três fases, que caracterizam a SAG:

a) Estágio de defesa ou alarme: momento da percepção pelo sistema nervoso da situação de tensão com estímulo do hipotálamo, hipófise, supra-renal e aumento da secreção do hormônio adrenocorticotrópico (ACTH), adrenalina e corticóides;

b) Fase de resistência: ocorre quando o estressor perdura por período prolongado promovendo o aumento da capacidade de resistência do organismo com ativação do sistema parassimpático, desmobilizando o corpo e abaixando o nível de alerta. Havendo persistência do estresse, o nível de resistência diminui e inicia-se o estágio de exaustão; e

c) Estágio de exaustão ou esgotamento: os sintomas de fase de alerta reaparecem mais acentuados, somam-se outros sintomas, que tornam o organismo mais suscetível às doenças. Ocorre o esgotamento da energia adaptativa do organismo e a quebra do equilíbrio que estão associadas ao surgimento de uma série de doenças.

A partir de estudos atuais, de acordo com o modelo de Lipp, pode-se identificar uma quarta fase do estresse denominada de **quase-exaustão**, que se desenvolve entre a fase de resistência e exaustão, no final do período de resistência, onde ocorre o enfraquecimento do indivíduo, porém, não tão grave quanto na fase de exaustão e, a pessoa ainda pode, até certo ponto, trabalhar na sociedade, ao contrário do que ocorre na exaustão (PAFARO; MARTINO, 2004).

O organismo quando submetido ao estresse busca atingir uma nova situação de equilíbrio. Em situações onde o organismo sofre demandas controláveis e previsíveis, aumentam os níveis de adrenalina e diminui o cortisol e uma sensação de esforço sem estresse é experimentada. Nas situações de maiores demanda e menor controle, elevam-se adrenalina e cortisol e o indivíduo experimenta a uma sensação de esforço com estresse (ALVES, 2004).

No estresse positivo, eustress, a pessoa tenciona-se, atingindo um nível ideal de esforço e é realimentada pelos resultados. No estresse negativo, distress, que está relacionado à sobrecarga, ocorre uma ativação crônica e repetida do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, uma constante elevação dos hormônios, o que ocasiona alterações patológicas (PAFARO; MARTINO, 2004).

Os sinais e sintomas do nível físico são mais frequentes no estresse e se manifestam como: respiração rápida e ofegante, aumento de sudorese, hiperacidez gástrica, inapetência, cefaléia, tensão muscular nas costas (ombros levantados), taquicardia, hipertensão, aperto da

mandíbula e ranger de dentes, boca seca, hiperatividade, mãos e pés frios, cansaço, e náuseas. Podem ocorrer alterações psicológicas como: apatia, desânimo, dificuldade com a memória, dificuldade de relacionamento interpessoal, sensação de estar doente sem presença de distúrbio físico, falta de interesse por sexo, ansiedades e medos, tensão, angústia, insônia, alienação, dúvidas quanto a si próprio, dependência atípica das pessoas ao seu redor, preocupação excessiva, incapacidade de concentrar-se em assuntos que não relacionados ao estressor, incapacidade para o trabalho, irritabilidade, dificuldades de relaxar, tédio, ira, depressão e hipersensibilidade emotiva (MALAGRIS; FIORITO, 2006; PAFARO; MARTINO, 2004).

No ambiente laboral, os níveis de interação social e o desequilíbrio entre a demanda psicológica e o controle sobre o processo de trabalho resultam em desgaste, perda de habilidades, de interesses e em efeitos nocivos à saúde do trabalhador (ALVES et al., 2004). As percepções do indivíduo, a maneira como se compreende uma situação (avaliação cognitiva), são mediadoras do impacto do ambiente de trabalho sobre ele mesmo, e sua habilidade de enfrentamento dos problemas é responsável pelo surgimento de reações positivas ou negativas (PASCHOAL; TAMAYO, 2004).

O estresse ocupacional é um processo em que o indivíduo percebe as demandas do trabalho como estressores, as quais, ao ultrapassar sua habilidade de enfrentamento, provocam reações negativas. Constitui-se num importante risco ao bem-estar psicossocial do indivíduo, afeta diretamente a qualidade de vida afetiva, social, profissional ameaçando a sua saúde e, tendo como conseqüências o desempenho ruim, alta rotatividade, absenteísmo e violência no local de trabalho (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; COSTA; LIMA; ALMEIDA, 2003; MALAGRIS; FIORITO, 2006; PASCHOAL; TAMAYO, 2004; SCHMIDT et al., 2009).

Ele não apenas desencadeia os sintomas descritos acima, mas influencia também, seja como um fator contribuinte, seja como o desencadeador, para a etiologia de diversas doenças como: retração das gengivas, úlceras gastroduodenais, colite ulcerativa, câncer, psoríase, vitiligo, lúpus, obesidade, tensão pré-menstrual, cefaléia, herpes simples, doenças imunológicas, doenças respiratórias, distúrbios psíquicos, transtornos depressivos, doenças cardiovasculares, hipertensão, síndrome metabólica, síndrome de fadiga crônica, distúrbios do sono, diabetes, síndrome de *Burnout*, dentre outras (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; COSTA; LIMA; ALMEIDA, 2003; MALAGRIS; FIORITO, 2006; PASCHOAL; TAMAYO, 2004; SCHMIDT et al., 2009).

Os principais estressores no ambiente laboral envolvem aspectos da organização, administração e sistema de trabalho e da qualidade das relações humanas (SCHMIDT et al.,

2009). Os estressores organizacionais podem ser de natureza física (barulho, ventilação e iluminação do local de trabalho) ou psicossocial (estressores baseados nos papéis, fatores intrínsecos ao trabalho, aspectos do relacionamento interpessoal no trabalho, a autonomia/controlado do trabalho e os fatores relacionados ao desenvolvimento da carreira) e a resposta do indivíduo a essa exposição é fundamentalmente emocional/psicológica (PASCHOAL; TAMAYO, 2004).

O estresse crônico associado ao trabalho é denominado pela expressão inglesa *burnout*, que significa combustão completa. Pode atingir as mais diversas profissões e faixas etárias, porém, nas que exigem um intenso contato com seres humanos, particularmente em situações em que estes apresentam preocupação e/ou problemas, são mais predominantes. *Burnout* tem como características um conjunto de sinais e sintomas de exaustão física, psíquica e emocional resultante de inadaptação do indivíduo a um trabalho prolongado, com alta carga de estresse e intensa carga emocional, onde as demandas internas ou externas excedem ou sobrecarregam os recursos do sujeito fazendo surgir maiores ou menores defesas em relação à percepção do evento e pode estar associado à frustração em relação a si e ao trabalho. Esse quadro é caracterizado por pessimismo, imagens negativas de si mesmo e atitudes desfavoráveis em relação ao trabalho (BORSOI, 2007; COSTA; LIMA; ALMEIDA, 2003; PAFARO; MARTINO, 2004; SANTOS; ALVES JUNIOR, 2007).

Os principais sintomas psicossomáticos associados à *Burnout* são o aparecimento de cefaléias, tensões musculares, hipertensão arterial e outros. As mais frequentes alterações de conduta referem-se ao absenteísmo ao trabalho, a conduta violenta, a incapacidade de relaxar, além do aumento do consumo de álcool, tabaco e fármacos, entre outros. Na dimensão emocional ocorre impaciência, irritabilidade, distanciamento afetivo, ansiedade e diminuição da capacidade de elaboração de juízos (PAFARO; MARTINO, 2004).

Os possíveis fatores estressores no trabalho da equipe de enfermagem estão relacionados às atividades de cuidado direto ao paciente, às relações humanas, a carga de trabalho, ao cumprimento de normas e protocolos (técnicos e administrativos), a autonomia profissional, a relação entre grau de exigências e o nível de habilidades para o desenvolvimento das atividades, a alta responsabilidade e aos processos de organização institucional do trabalho (COSTA; LIMA; ALMEIDA, 2003; SCHMIDT et al., 2009).

No exercício da enfermagem a sobrecarga de trabalho decorrente da baixa remuneração (em função da responsabilidade, habilidade e conhecimento do profissional), o desgaste físico e emocional, o desprestígio social, a quantidade de profissionais lotados por instituição (em relação à carga de trabalho), a predominância de pessoas do sexo feminino

(com dupla jornada de trabalho) e a característica do trabalho (assistência prestada durante 24 horas por dia) faz com que o trabalho ocupe também períodos utilizados por outros trabalhadores para o descanso, lazer e convívio social e familiar. Comparada a outras categorias profissionais do mesmo setor, a enfermagem é considerada categoria particularmente estressante e desgastante (ARAÚJO et al., 2003; BATISTA et al., 2005; BIANCHI, 2000; MARZIALE, 2001; PAFARO; MARTINO, 2004).

Costa, Morita e Martínez (2000), no estudo em funcionários da enfermagem que realizavam trabalho em turnos, predominantemente alternados, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, relatam que as principais queixas relacionadas à saúde dos trabalhadores foram de caráter neuro-psíquico, gastrointestinal e cardiovascular e, ainda, que houve queixas sobre relacionamento, tempo de convivência e pouca participação do trabalhador na forma de organização de sua escala de trabalho.

Pafaro e Martino (2004), ao estudarem enfermeiros com dupla jornada de trabalho em um hospital em Campinas, constataram que, em relação ao estresse, esses profissionais encontravam-se na fase de resistência, nível médio de estresse. Observaram uma predominância de sintomas psicológicos e, ainda, um nível maior de estresse nos enfermeiros com dupla jornada em relação àqueles com jornada única.

Schmidt et al. (2009), em estudo sobre profissionais da enfermagem do bloco cirúrgico em hospitais de Londrina, observaram que 56,1% dos trabalhadores encontravam-se na categoria de exposição intermediária ao estresse ocupacional e 26,3% na categoria de alta exposição ao estresse no trabalho.

Batista e Bianchi (2006) estudaram enfermeiros de instituições públicas e privadas em São Paulo que exerciam função em unidade de emergência por, no mínimo, um ano e constataram que os enfermeiros da unidade de emergência apresentavam nível de estresse médio e que as condições de trabalho para o desempenho das atividades de enfermeiro e as atividades relacionadas à administração de pessoal foram consideradas as mais estressantes.

Leite e Silva (2007), no estudo em trabalhadores de enfermagem de um centro de material e esterilização em um hospital público de São Paulo observaram que as queixas crônicas mais frequentes estavam relacionadas ao aparelho circulatório (hipertensão) enquanto as queixas agudas foram as do sistema osteoconjuntivo e tecido muscular (dores na coluna, no ombro e nos membros superiores e inferiores).

Bianchi (2000), no estudo em enfermeiros que pertenciam a instituições hospitalares em São Paulo, constatou que aqueles que atuam em unidades abertas (internação, pronto atendimento, comissão de controle de infecção e unidade de internação em maternidade)

apresentavam maior nível de estresse do que aqueles que trabalham em unidades fechadas (unidades de terapia intensiva, centro cirúrgico, centro de material, centro obstétrico, transplante de órgãos, endoscopia, berçário, hemodinâmica e hemodiálise). A atuação relacionada à administração de pessoal foi considerada estressante para a totalidade dos enfermeiros.

O bem-estar físico e mental está relacionado a percepções subjetivas que vêm sendo exploradas sob a óptica do estresse em diversos estudos (COSTA; LIMA; ALMEIDA, 2003). Dentre as várias abordagens para o estudo do estresse no trabalho destacam-se dois modelos, o de Siegrist e o de Karasek, que são considerados complementares e, atualmente, vem sendo usados, por alguns autores, simultaneamente (ALVES, 2004):

- Modelo proposto por Siegrist (1982 apud ALVES, 2004), baseado na reciprocidade, que distingue características pessoais e conjunturais, relacionando esforços (resposta individual gerada a partir de demandas externas/extrínseca ou pela expectativa do próprio trabalhador acerca de sua atuação/intrínseca) e recompensas (retorno financeiro, de auto-estima e status social esperado pelo trabalhador) gerados a partir do trabalho, onde o desequilíbrio entre essas duas dimensões gera situações potencialmente estressantes. Uma terceira dimensão, incorporada posteriormente, é o excesso de compromisso, que se refere ao conjunto de atitudes, comportamentos e emoções que exprimem o esforço excessivo conciliado com o desejo de ser aprovado e estimado; e
- Modelo bi-dimensional de Demanda-Controle, de Karasek, centrado na organização do ambiente de trabalho, que relaciona os níveis de controle do trabalhador sobre o próprio trabalho e demandas psicológicas advindas do trabalho e as repercussões sobre a estrutura psíquica e orgânica dos trabalhadores que, podem vir a representar riscos diferenciados à saúde (ALVES et al., 2004; ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; SCHMIDT et al., 2009).

Segundo o modelo de Karasek, a combinação entre diferentes níveis de controle e demanda conforma experiências ocupacionais distintas. O modelo prevê que altas demandas psicológicas e o baixo controle no processo de trabalho, associados ao menor apoio social de colaboradores e chefes no ambiente laboral gera alto desgaste ao trabalhador com efeitos nocivos para sua saúde. A percepção do apoio social atuaria como amortecedor (na maior oferta) ou potencializador (na menor oferta) do efeito da demanda e do controle na saúde (ALVES, 2004; ALVES et al., 2004; ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

Os trabalhos considerados passivos, de baixa demanda e baixo controle, também podem trazer danos à saúde, pois levam a perda de habilidades e desinteresse do trabalhador, seja pela ausência de desafios e de permissão para atuações com energia, seja pela rejeição sistemática às suas iniciativas de trabalho (ALVES, 2004; ALVES et al., 2004).

O controle do trabalho compreende aspectos referentes ao uso e habilidades (grau de aprendizado, repetitividade, criatividade, tarefas variadas e habilidades especiais) e autoridade decisória (tomada de decisão, influência do grupo de trabalho e política gerencial). A demanda psicológica se refere a exigências psicológicas quantitativas (pressão do tempo, nível de concentração requerido, ininterrupção de tarefas e necessidade de esperar pelas atividades realizadas por outros trabalhadores) ou qualitativas (conflitos entre demandas contraditórias) que o trabalhador enfrenta na realização de suas tarefas (ALVES et al., 2004; ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; MACEDO et al., 2007).

A identificação de agentes estressores no ambiente laboral exige a aplicação de conceitos que possibilitem a análise da natureza psicossocial do trabalho. Existem dificuldades no estabelecimento de nexos causais e na possibilidade de interferência nesse ambiente devido a carências de investigações do ambiente psicossocial laboral, o que vem sendo construído através das ciências sociais e do comportamento. Porém, ainda persistem situações em que, quando o indivíduo adoece em decorrência de exposição ao estresse no ambiente de trabalho é responsabilizado e esgota-se qualquer possibilidade de abordar o tema de forma coletiva e de modificar situações oriundas desse ambiente específico (ALVES, 2004).

1.2 A Auto-avaliação da saúde

Nas últimas décadas vem sendo desenvolvidos vários instrumentos, questões de fácil entendimento, para caracterizar a saúde das populações. Entre os vários indicadores recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), encontra-se a auto-avaliação da saúde, que é um indicador cada vez mais utilizado em estudos epidemiológicos, por possuir um nível fácil de operacionalização e permitir comparações internacionais (DACHS, 2002; HÖFELMANN; BLANK, 2007; LIMA-COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2004; SANTOS et al., 2007; THEME FILHA; SZWARCOWALD; SOUZA JUNIOR, 2008).

Este instrumento consiste em obter, através do relato do próprio indivíduo, informações sobre características individuais, condições socioeconômicas e sobre o estado de saúde (DACHS, 2002).

A auto-avaliação da saúde é obtida, por exemplo, pelas perguntas: “Como você avalia o seu estado geral de saúde?” ou “De uma maneira geral, como você considera a sua saúde?” (HÖFELMANN; BLANK, 2007; LIMA-COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2004).

A resposta para essa pergunta está fortemente relacionada com a mortalidade futura e com o estado “real” ou “objetivo” de saúde das pessoas. Ela prediz, com consistência, a mortalidade e o declínio da saúde funcional do indivíduo, apresenta confiabilidade e validade equivalente a outras medidas mais complexas de saúde, refletindo uma percepção ponderada e integrada, que inclui dimensões biológicas, psicológicas e sociais da saúde (DACHS, 2002; HÖFELMANN; BLANK, 2007; LIMA-COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2004; SANTOS et al., 2007).

A auto-avaliação é uma medida subjetiva para mensuração da saúde, sendo que, quanto mais grave for o sofrimento ou a doença, mais objetiva ela se torna através de sinais e manifestações clínicas. Ela expressa a experiência de exposição à doença e o conhecimento acerca de suas causas e conseqüências e está relacionada a fatores psicológicos como bem-estar, satisfação, suficiência física, controle sobre a vida e qualidade de vida (HÖFELMANN; BLANK, 2007; MENDES, 2003).

Tal metodologia vem reafirmar o conceito abrangente da Organização Mundial de Saúde (OMS), que define saúde como “o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou outros agravos”. A saúde, então, não seria o estado oposto da doença, mas sim, a confluência positiva de fatores físicos, mentais e sociais.

A auto-avaliação da saúde apresenta fatores condicionantes, com grande variabilidade, os quais são influenciados por aspectos culturais, socioeconômicos, psicossociais, estilo de vida, ambiente de trabalho, educação, renda e desemprego que são importantes determinantes da saúde individual (HÖFELMANN; BLANK, 2007; SANTOS et al., 2007). Segundo Dachs (2002, 2006), os principais determinantes na auto-avaliação da saúde são as condições socioeconômicas, sendo estas, influenciadas pela escolaridade sendo que, de modo geral, a auto-avaliação negativa aumenta com a idade, diminui com a melhora das condições econômicas/escolaridade e é maior entre mulheres.

Segundo Santos et al. (2007), a saúde individual varia em diferentes contextos, áreas e países e essas variações podem ser determinadas por fenômenos ecológicos (características contextuais comuns a um conjunto de pessoas) ou apenas por efeitos composicionais

(características relacionadas ao sexo, idade e posição social) e crescem evidências de que os problemas de saúde estão fortemente associados às características das comunidades, e não somente às características individuais.

As características contextuais consideradas importantes na auto-avaliação de saúde, segundo Macintyre et al. apud Santos et al. (2007), são as vizinhanças (influências do ambiente físico e social compartilhado por todos os residentes de uma localidade); a disponibilidade de ambientes saudáveis; serviços públicos e privados que dêem suporte às atividades diárias (educação, transporte, limpeza urbana); os recursos socioculturais da localidade (história política, grau de integração da comunidade) e a reputação de uma área (como ela é percebida pelos seus residentes e pelos administradores públicos).

O principal problema da auto-avaliação do estado de saúde é que respostas diferentes podem surgir de percepções diferentes, resultantes das diferenças entre as culturas, pessoas, grupos sociais e étnicos. Tais fatos podem determinar que, em certos contextos, indivíduos considerem “natural” o adoecimento e respondam que o estado de saúde é bom ou mesmo muito bom, ainda que existam sérios problemas de saúde (DACHS, 2002; HÖFELMANN; BLANK, 2007).

A validade de medidas de morbidade referida vem sendo investigada em várias pesquisas e, no que se refere a auto-avaliação da saúde, apesar de seu caráter subjetivo, estudos mostram o seu poder preditivo da morbimortalidade mesmo após os ajustes das características sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade) (THEME FILHA; SZWARCOWALD; SOUZA JUNIOR, 2008).

Nesse estudo o estresse laboral foi analisado sob ajuste das variáveis que estiveram associadas tanto à exposição quanto ao desfecho ou conforme associações descritas na literatura, sendo essas, a idade, o sexo, a escolaridade, as doenças crônicas e o escore social.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar a influência do estresse no trabalho sobre a percepção da saúde entre os profissionais da enfermagem das unidades de urgências e emergências da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS, no ano de 2010.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico da população de estudo;
- Descrever o perfil de estresse ocupacional, segundo o modelo demanda-controle de Karasek;
- Analisar as associações entre o estresse e a auto-avaliação da saúde.

3 JUSTIFICATIVA

O ser humano passa a maior parte de seu tempo no trabalho e este se tornou essencial à vida, representa uma rica fonte de satisfação e prazer, e permite que o indivíduo se sinta útil à sociedade, sendo, portanto, essencial à felicidade humana. Ele exerce influência sobre a condição sócio-econômica, estado psicológico, estilo de vida e na satisfação com a vida.

Atualmente a influência do modelo econômico, capitalista, que exerce uma grande pressão para o consumo, e a condição salarial dos trabalhadores traz como consequência a necessidade de atuação em múltiplos locais de trabalho, em jornadas ininterruptas, e sobrecarga no trabalho, especialmente na área da saúde, a fim de atender o padrão desejado de vida. Tais eventos, quando exercidos de forma contínua e prolongados, podem levar ao estresse, ocasionar o desgaste do organismo indivíduo e culminar com o desenvolvimento de patologias levando ao afastamento das atividades laborais e até a morte.

No que se refere ao exercício da enfermagem tais fatos se agravam dada a natureza contínua do cuidado ao paciente, do grau de responsabilidade, da exigência de habilidades, do intenso contato com seres humanos, entre outros. Torna-se necessário, então, conhecer como as relações de trabalho influenciam o processo saúde-doença, incorporando o ponto de vista do trabalhador, dada a importância de seu valor preditivo na morbimortalidade e declínio funcional do indivíduo.

Analisarmos a importância do trabalho no processo saúde-doença nesses trabalhadores e conhecermos os motivos pelos quais eles adoecem, quais os fatores de risco a que estão expostos, e se eles sofrem influência ou se relacionam com o trabalho, é importante para a sensibilização dos atores envolvidos na formulação de uma Política Municipal de Saúde que vise prevenir e/ou minimizar os problemas encontrados, a fim de propor ações para a melhoria na qualidade de vida dos trabalhadores, bem como dos serviços por eles prestados.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, seccional, quantitativo, para investigar e analisar a associação entre estresse no trabalho e a auto-avaliação da saúde.

O estudo se desenvolve na cidade de Campo Grande, capital do estado do Mato Grosso do Sul, cuja rede assistencial é constituída por 9 Centros Regionais de Saúde e Unidades de Pronto atendimento (CRS/UPA), 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 27 Unidades de Saúde da Família (ESF), 6 Unidades de Apoio Psicossocial em Saúde Mental (CAPS), 1 Centro Especializado Municipal (CEM), 1 Centro de Atendimento ao Escolar (CAE), 7 Policlínicas odontológicas, 2 Centros especializados em odontologia (CEO), 1 Laboratório Central (LABCEN) e 1 Centro de Controle de Zoonoses (CCZ).

A população alvo do estudo foi composta por 169 profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) do quadro efetivo das nove unidades de saúde de atendimento de urgências e emergências (Centros Regionais de Saúde e Unidades de Pronto Atendimento), que atendem 24h/dia casos de urgências e emergências de baixa complexidade. Foram considerados inelegíveis os funcionários cedidos a outras instituições, afastados por licenças não relacionadas à saúde e os afastados por problemas de saúde por mais de 6 meses.

As nove unidades de saúde de atendimento de urgências e emergências estão distribuídas entre os quatro distritos sanitários existentes no município da seguinte forma:

- Distrito sanitário norte: UPA Dr. Walfrido Arruda / Coronel Antonino e CRS Dr. Günter Hans / Nova Bahia;
- Distrito sanitário sul: CRS Dr. Ênio Cunha / Guanadi e CRS Dr. João Pereira da Rosa / Aerorrancho;
- Distrito sanitário leste: CRS Dr. Germano Barros / Universitário, CRS Dr. Antonio Pereira / Tiradentes e CRS Dr. Marcílio de Oliveira Lima/ Moreninha III; e
- Distrito sanitário oeste: CRS Dr. Waldeck F. C. Maia / Coophavila II e UPA Dr. Alessandro Martins de Souza e Silva / Vila Almeida.

Os dados foram obtidos através de questionário auto-preenchido (APÊNDICE A) durante o expediente, no local de trabalho, que abordou questões sobre condições sociodemográficas, de saúde e características do trabalho incluindo perguntas sobre estresse no trabalho, baseado no conceito de demanda/controlado descrito por Karasek e adaptado por

Theorell, *Job Stress Scale (JSS)* versão resumida, já traduzido e validado no estudo Pró-saúde UERJ (ALVES et al., 2004).

O questionário para a coleta de dados foi disponibilizado para distribuição na administração das unidades, em envelopes individualizados com fita adesiva autocolante dupla face (garantindo dessa forma o sigilo da informação) entre os dias 11 de março e 20 de abril de 2010, após contato prévio com as diretorias distritais sanitárias (norte, sul, leste e oeste), através da Coordenadoria da Rede Municipal de Saúde, para apresentação do estudo e exposição dos objetivos e metodologia afim de divulgação e esclarecimentos junto às diretorias das unidades participantes.

O convite para participação aos trabalhadores foi realizado verbalmente pelas chefias de enfermagem e diretoria das unidades e através de banner (Ilustração 1) afixado em cada uma das nove unidades participantes.



**A INFLUÊNCIA DO ESTRESSE SOBRE A PERCEÇÃO DA
SAÚDE ENTRE OS TRABALHADORES DA ENFERMAGEM.**

**RESPONDA O QUESTIONÁRIO! PREENCHIMENTO FÁCIL E
SEM CONSTRANGIMENTOS. SUA IDENTIDADE SERÁ
PRESERVADA.**



PROCURE A DIRETORIA DA UNIDADE E PARTICIPE!

Ilustração 1 – Banner de divulgação do estudo afixado nas unidades, Campo Grande/MS, 2010.

O instrumento *Job Stress Scale (JSS)* contém 17 itens com a seguinte distribuição: 5 itens avaliam demanda (4 referentes a aspectos quantitativos/tempo e velocidade e 1 aspecto qualitativo/conflito entre diferentes demandas), 6 avaliam controle (4 desenvolvimento de

habilidades e 2 autonomia e tomada de decisão) e 6 analisam apoio social (apoio de chefia e colegas).

Utilizando a mesma metodologia adotada por Alves (2004) na tese “Pressão no trabalho: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no estudo Pró-saúde”, os escores do *JSS* foram obtidos pela soma dos pontos atribuídos a cada uma das perguntas de cada dimensão, no valor de 1 a 4, da menor para a maior frequência (nunca/freqüentemente e discordo totalmente/concordo totalmente).

Nas perguntas de direção reversa (“Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas do seu trabalho?” e “No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes a mesma tarefa?”), o escore foi invertido, na medida em que indicou menor carga de demanda/controle. Foram excluídos da análise os participantes que tiveram 20,0% ou mais itens de cada uma das dimensões não respondidos. Assim, foram mantidos para análise os participantes que responderam, no mínimo, 4 itens da dimensão demanda e 5 itens das dimensão controle e dimensão apoio social da *Job Stress Scale* versão resumida.

O cálculo do escore na dimensão demanda foi dado pela soma dos escores atribuídos aos cinco itens que compõe a dimensão e pode variar de 5 a 20, quanto maior o escore maior a demanda psicológica recebida pelo trabalhador.

A dimensão controle é dividida em duas escalas (discernimento intelectual/quatro itens e autoridade sobre decisões/dois itens) e o cálculo do escore foi obtido pela soma do total dos itens e pode variar de 6 a 24, quanto maior o valor, maior o controle de como e quando o profissional desenvolve seu trabalho.

Na dimensão apoio social o cálculo do escore foi obtido pela soma dos seis itens e possui intervalo de 6 a 24, quanto maior o escore, melhor o apoio social do trabalhador em seu ambiente de trabalho.

Para a definição do quadrante de exposição ao estresse (a variável de exposição) das dimensões estabelecidas pelo modelo de Karasek, foi utilizada a mediana, formando duas dimensões para demanda e duas para controle (alta/baixa demanda e alto/baixo controle) conforme os seguintes valores:

- Mediana da dimensão demanda: 16, sendo considerado escore baixo os valores de 7 a 16, e escore alto de 17 a 20, a média do escore demanda foi de 15,87 (DP 2,07);
- Mediana da dimensão controle: 17, sendo considerado escore baixo os valores de 9 a 17, e escore alto de 18 a 21, a média do escore controle foi de 16,11 (DP 2,37); e
- Mediana da dimensão social: 17, sendo considerado escore baixo os valores de 8 a 17, e escore alto de 18 a 24, a média do escore social foi de 17,66 (DP 3,13).

A classificação foi resultante da combinação dessas quatro dimensões, equivalentes aos quatro quadrantes propostos por Karasek:

- Alto desgaste/maior exposição ao estresse ocupacional: alta demanda/baixo controle;
- Trabalho ativo: alta demanda/alto controle;
- Trabalho passivo: baixo controle/baixa demanda; e
- Baixo desgaste/não expostos ao estresse ocupacional: alto controle/baixa demanda.

O questionário foi submetido a um pré-teste com 13 funcionários da instituição com o propósito de adequar o formato e facilitar o seu preenchimento.

Inicialmente, procedeu-se à análise descritiva da população de estudo. A análise univariada apresentou as características sócio-demográficas, de saúde e relacionadas ao trabalho da população.

Um dos aspectos destacados foi o perfil de morbidade referida, posteriormente agrupada de acordo com os capítulos da CID 10.

Em seguida, foram analisadas as características dos funcionários segundo as categorias de exposição alta demanda e baixo controle e quanto à variável de desfecho, a auto-avaliação de saúde, agrupada em duas categorias: auto-avaliação positiva (muito boa e boa) e auto-avaliação negativa (regular, ruim e muito ruim). Foram calculados os valores de odds ratio com os respectivos intervalos de confiança de 95,0%. As variáveis significativas foram incluídas nos modelos multivariados para testar a associação estresse e auto-avaliação de saúde, por meio da regressão logística múltipla.

O controle de qualidade de digitação, através de conferência individualizada de digitação de respostas, foi realizado em 100,0% dos questionários e o banco de dados foi analisado utilizando os programas Microsoft Excel, e os aplicativos EpiInfo 6.04 e SPSS 13.0.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) sob protocolo nº 16/10 e CAAE: 0030.0.031.000-10. Foi firmado o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B) com cada participante, e os participantes que apresentaram maior exposição ao estresse ocupacional foram individualmente comunicados.

5 RESULTADOS

Dos 169 trabalhadores elegíveis para o estudo, 134 (79,3%) responderam ao questionário percebendo-se a recusa de 35 (20,7%) indivíduos, sendo 29 (82,8%) técnicos de enfermagem, 2 (5,7%) auxiliares de enfermagem e 4 (11,5%) enfermeiros. A distribuição dos participantes segundo categoria profissional revelou que 12 (9,0%) eram auxiliares de enfermagem, 21 (15,7%) enfermeiros e 101 (75,4%) técnicos de enfermagem.

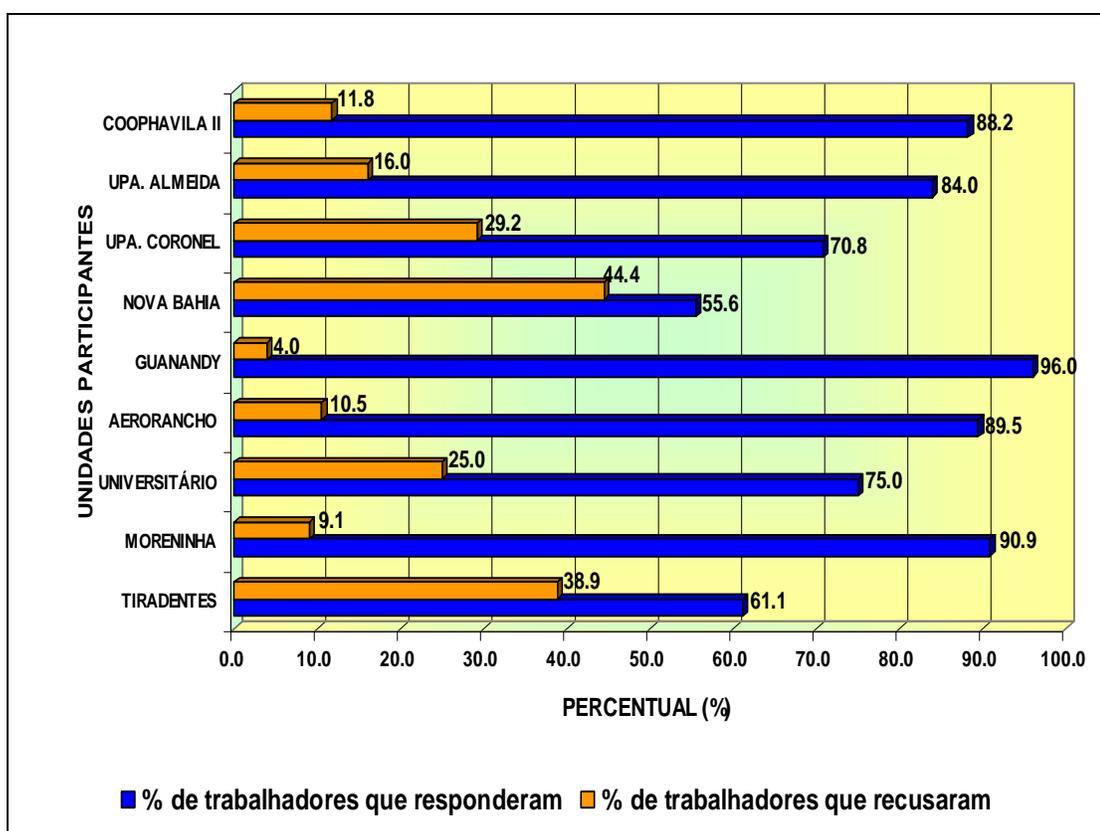


Ilustração 2 – Distribuição dos trabalhadores das unidades de saúde segundo participação no estudo.

Em relação às características sociodemográficas (Tabela 1) da população de estudo, prevaleceu o sexo feminino (69,9%) a faixa etária de menores de 35 anos (40,2%) e a raça branca e amarela (61,2%) não sendo referida por nenhum participante a raça indígena. A média de idade observada entre os trabalhadores foi de 39,36 anos (DP 9,44). A maioria da população de estudo referiu estar casada (65,7%).

A renda familiar per capita de maior predominância foi menor que 1,5 salários mínimos (53,9%) e a média da renda familiar per capita foi de 2,05 salários mínimos (DP 1,73).

Tabela 1 – Distribuição proporcional das variáveis sociodemográficas e de saúde dos profissionais de enfermagem das unidades de emergência – Campo Grande/MS – 2010

Variável	Categoria	N	%
Sexo (N=133)	Feminino	93	69,9
	Masculino	40	30,1
Faixa etária (N=132)	< 35	53	40,2
	De 35 a 44	41	31,1
	45 e mais	38	28,8
Raça (N=143)	Branca/Amarela	82	61,2
	Parda/Preta	52	38,8
Grau de instrução (N=134)	Até 2º grau completo	96	71,6
	3º grau completo	18	13,4
	Pós-graduado	20	15,0
Renda ⁽¹⁾ (N=128)	< 1,5	69	53,9
	De 1,5 a 3,4	43	33,6
	3,5 e mais	16	12,5
Situação conjugal (N=134)	Casado	88	65,7
	Solteiro/nunca casou ou viveu em união	24	17,9
	Divorciado/separado/viúvo	22	16,4
Diagnóstico de doença crônica (N=133)	Sim	60	44,8
	Não	74	55,2
Número de doenças crônicas (N=134)	Nenhuma	74	55,2
	Uma	38	28,4
	Duas ou mais	22	16,4
Auto-avaliação do estado de saúde (N=134)	Positiva (Muito bom/bom)	104	77,6
	Negativa (Regular/ruim/muito ruim)	30	22,4

(1) Renda familiar per capita em salários mínimos.

Quanto ao grau de instrução, observou-se predomínio dos trabalhadores com até segundo grau completo (71,6%), decorrente da própria composição da população em estudo, sendo que 66,7% dos técnicos/auxiliares de enfermagem possuíam 3º grau completo. Destaca-se que neste grupo, 25,0% possuía pós-graduação enquanto que entre os enfermeiros este valor alcançou 75,0%.

Quanto às características relacionadas à saúde, cerca de metade dos trabalhadores (55,2%) referiu não possuir diagnóstico médico de doença crônica, 28,4% referiu ser portador de apenas um tipo de doença crônica e 16,4% de duas ou mais doenças. A auto-avaliação do estado de saúde positiva (estado de saúde bom/muito bom) predominou (77,6%) entre os trabalhadores.

Quanto às características relacionadas ao trabalho (Tabela 2), observa-se que a maior parte dos trabalhadores possui menos de cinco anos de trabalho na instituição (42,7%) e a média do tempo de trabalho na instituição observada foi de 8,83 anos (DP 7,78).

Tabela 2 – Distribuição proporcional das variáveis de trabalho entre os profissionais de enfermagem das unidades de emergência – Campo Grande/MS – 2010

Variável	Categoria	N	%
Tempo na instituição (N=131)	< 5 anos	56	42,7
	de 5 a 10 anos	26	19,8
	>10 anos	49	37,4
Anos que realiza plantões noturnos (N=126)	< 5 anos	38	30,2
	5 e mais	88	69,8
Horas extras em plantões/semana (N=129)	Menos 12 h	12	9,3
	De 12 a 36 h	100	77,5
	Mais de 36 h	17	13,2
Satisfação com o trabalho (N=131)	Satisfeito	98	74,8
	Insatisfeito	33	25,2
Satisfação com a vida (N=130)	Satisfeito	115	88,5
	Insatisfeito	15	11,5
Escore social (N=133)	Alto	65	48,9
	Baixo	68	51,1
Escore demanda (N=134)	Alto	57	42,5
	Baixo	77	57,5
Escore controle (N=134)	Alto	40	29,9
	Baixo	94	70,1
Estresse no trabalho	Baixo desgaste	26	19,4
	Trabalho ativo	14	10,4
	Trabalho passivo	51	38,1
	Alto desgaste	43	32,1

Os trabalhadores, em sua maioria, realizam plantão noturno (96,3%) por período superior a cinco anos (69,8%), perfazendo uma jornada de trabalho extra em plantões por semana de 12 a 36 horas (77,5%). Considerando que a jornada fixa contratual das categorias estudadas (técnicos e auxiliares de enfermagem e enfermeiros) é de 40h semanais, pode-se

considerar que a maioria dos trabalhadores realiza jornada de trabalho de 52 a 76 horas semanal.

Ao se observar a satisfação dos trabalhadores, percebe-se que os trabalhadores estão satisfeitos com o trabalho (74,8%) e com a vida (88,5%).

Nas características relacionadas às dimensões demanda/controle e quadrantes de Karasek, observa-se que prevaleceram os trabalhadores que possuíam baixa demanda no trabalho (57,5%), baixo controle (70,1%), constituindo a maior parte do trabalho passivo (38,1%). Na dimensão social a maioria dos trabalhadores apresentou baixo apoio social (51,1%).

As doenças crônicas mais prevalentes (Ilustração 3) referidas pela população do estudo foram: doença da coluna ou costas (21,4%), tendinite e tenossinovite (21,4%), hipertensão (17,3%), artrite ou reumatismo (8,2%), depressão (8,2%), bronquite ou asma (5,1%), diabetes (3,1%), varizes (3,1%) e outras doenças (12,2%).

Foram agrupadas dentro do grupo de outras doenças todas que tiveram frequência menor ou igual a dois tendo sido citadas: bursite, fibromialgia, ansiedade, problemas oculares, endometriose, rinite, hipotireoidismo, tuberculose, câncer e bronquiolite. Nos indivíduos em que foram citadas mais de uma doença crônica as patologias foram contadas individualmente.

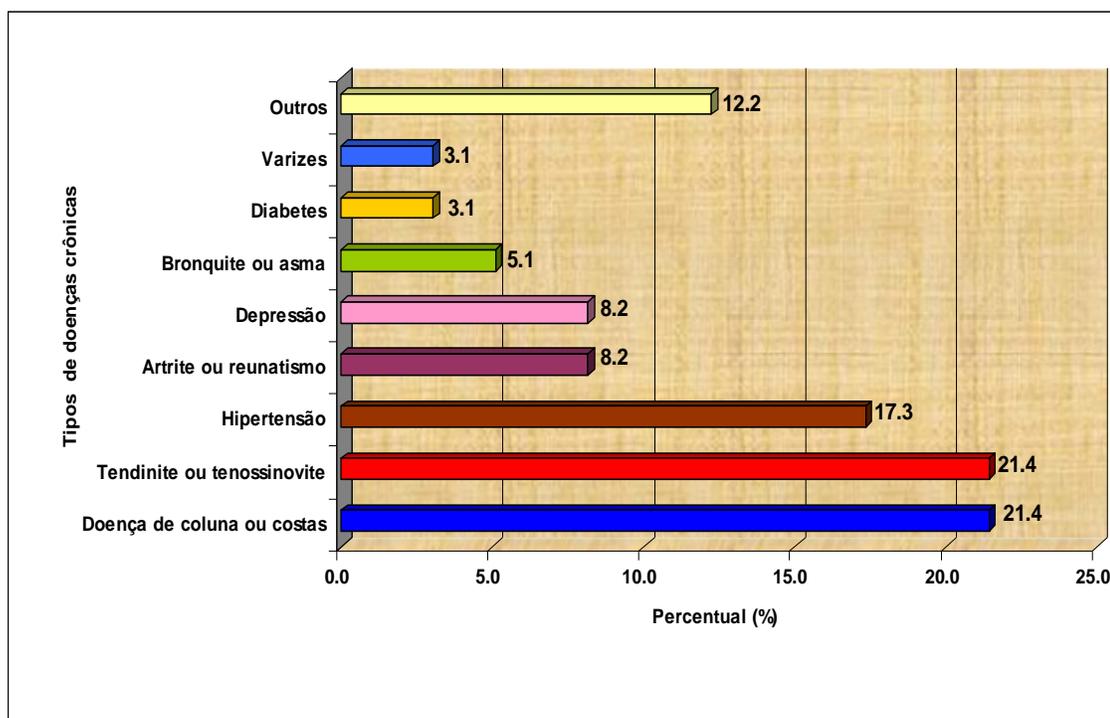


Ilustração 3 – Prevalência de doenças crônicas nos trabalhadores da enfermagem das unidades de atendimento de urgências e emergências da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS, 2010.

Observa-se que entre as doenças mais prevalentes (Ilustração 4), segundo capítulos do CID-10, destacam-se as doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (51,0%), doenças do aparelho circulatório (20,4%), transtornos mentais e comportamentais (8,2%), doenças do aparelho respiratório (5,1%) e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (3,1%).

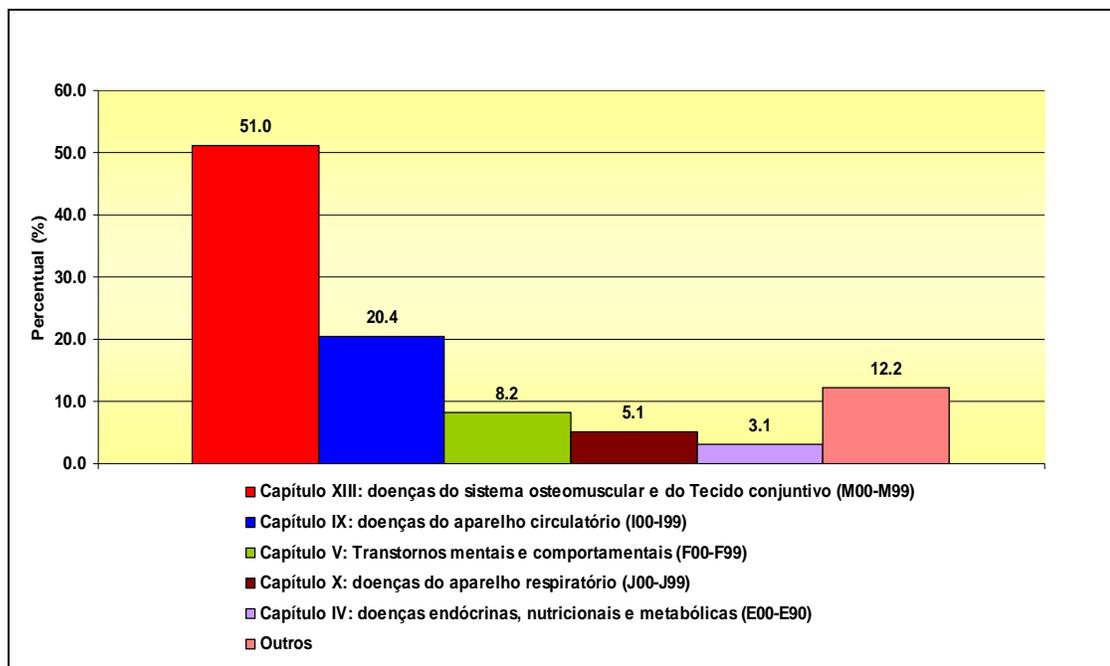


Ilustração 4 – Prevalência de doenças crônicas nos trabalhadores da enfermagem das unidades de atendimento de urgências e emergências da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS, segundo Capítulos do CID-10, 2010.

Ao se comparar as proporções de níveis de estresse no trabalho segundo as variáveis socioeconômicas e de saúde (Tabela 3) percebe-se que a maioria das mulheres se encontra sob trabalho passivo (43,0%) e dos homens sob alto desgaste (32,5%), não sendo, no entanto, percebidas diferenças estatísticas significantes.

No que se refere à faixa etária, entre os menores de 35 anos predomina alto desgaste (43,4%) e nas demais faixas etárias o trabalho passivo, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p = 0,005$).

Tabela 3 - Características sociodemográficas e de saúde dos profissionais de enfermagem das unidades de emergência segundo quadrantes de estresse de Karasek – Campo Grande/MS – 2010.

Variável	Categoria	Baixo desgaste		Trabalho ativo		Trabalho passivo		Alto desgaste		Pvalor
		N	%	N	%	N	%	N	%	
		Sexo (N=133)	Feminino	18	19,4	6	6,5	40	43,0	
	Masculino	8	20,0	8	20,0	11	27,5	13	32,5	
Faixa etária (N=132)	< 35	10	18,9	6	11,3	14	26,4	23	43,4	0,005
	De 35 a 44	9	22,0	8	19,5	14	34,1	10	24,4	
	45 e mais	7	18,4	0	0,0	23	60,5	8	21,1	
Raça (N=134)	Branca/amarela	19	23,2	7	8,5	30	36,6	26	31,7	0,491
	Parda/Preta	7	13,5	7	13,5	21	40,4	17	32,7	
Grau de instrução (N=134)	Pós-graduado	5	25,0	5	25,0	3	15,0	7	35,0	0,182
	3º grau completo	4	22,2	1	5,6	7	38,9	6	33,3	
	Até 2º grau completo	17	17,7	8	8,3	41	42,7	30	31,3	
Renda (1) N=128)	< 1,5	13	18,8	8	11,6	27	39,1	21	30,4	0,267
	De 1,5 a 3,4	6	14,0	4	9,3	21	48,8	12	27,9	
	3,5 e mais	3	18,8	2	12,5	2	12,5	9	56,3	
Situação conjugal (N=134)	Casado	18	24,3	12	16,2	19	25,7	25	33,8	0,077
	Solteiro/nunca casou ou viveu em união	4	16,7	1	4,2	6	25,0	13	54,2	
	Divorciado/separado/viúvo	4	18,2	2	9,1	6	27,3	10	45,4	
Diagnóstico de doença crônica (N= 133)	Não	18	24,3	12	16,2	19	25,7	25	33,8	0,002
	Sim	8	13,3	2	3,3	32	53,4	18	30,0	
Número de doenças crônicas (N=134)	Nenhuma	18	24,3	12	16,2	19	25,7	25	33,8	0,009
	Uma	7	18,4	2	5,3	18	47,4	11	28,9	
	Duas ou mais	1	4,5	0	0,0	14	63,6	7	31,8	
Auto-avaliação do estado de saúde (N=134)	Positiva (Muito bom/bom)	24	23,1	12	11,5	42	40,4	26	25,0	0,008
	Negativa (Regular/ruim/muito ruim)	2	6,7	2	6,7	9	30,0	17	56,7	

(1) Renda familiar per capita em salários mínimos

Percebe-se em todas as raças estudadas, nos trabalhadores com renda familiar de até 3,4 salários mínimos, nos trabalhadores com até 3º grau completo e nos com situação conjugal casado o predomínio de trabalho passivo, mas, entre os indivíduos com renda familiar acima de 3,5 salários mínimos, nos com pós-graduação e nos que vivem sós (solteiros/nunca casou ou viveu em união, divorciado/separado/viúvo) ocorre à predominância de alto desgaste, não sendo, no entanto, percebidas diferenças estatísticas significantes em nenhuma das variáveis citadas.

Nas variáveis relacionadas à saúde do trabalhador foram encontradas diferenças estatisticamente significantes e percebe-se que entre os que não possuem diagnóstico médico de doença crônica ($p = 0,002$) prevalece o alto desgaste (33,8%) e entre os que possuem esse diagnóstico o trabalho passivo (53,4%). Pode-se constatar que entre os que não possuem diagnóstico médico de doenças crônicas a prevalência de baixo desgaste (24,3%) e trabalho ativo (16,2%) é maior do que entre os que possuem 13,3% e 3,3% respectivamente.

Quanto ao número de doenças crônicas ($p = 0,009$) entre os trabalhadores que referiram nenhuma doença crônica prepondera o alto desgaste (33,8%), porém, valores de prevalência maiores podem ser percebidos no baixo desgaste (24,3%) e trabalho ativo (16,2%) em relação aos que referiram uma e duas ou mais doenças crônicas. Entre os trabalhadores que referiram uma (47,4%) ou duas ou mais (63,6%) doenças crônicas prepondera o trabalho passivo.

Na análise da variável de desfecho, auto-avaliação da saúde, observam-se diferenças estatisticamente significantes ($p = 0,008$) e percebe-se que na auto-avaliação positiva (estado de saúde bom/muito bom) prevaleceram os indivíduos com trabalho passivo (40,4%), porém, participações maiores foram observadas na prevalência de baixo desgaste (23,1%) e trabalho ativo (11,5%) do que na auto-avaliação negativa (estado de saúde regular/ruim/muito ruim) onde preponderou o alto desgaste (56,7%).

A tabela 4 apresenta a comparação entre os níveis de estresse no trabalho segundo as variáveis de trabalho e quanto ao tempo de trabalho na instituição e verifica-se que entre os trabalhadores com menos de cinco anos de trabalho na instituição predomina o alto desgaste (30,4%) enquanto nos outros estratos o trabalho passivo, porém, não foram encontradas diferenças estatísticas significantes.

Em relação aos anos em que o trabalhador realiza plantões noturnos foi observada significância ($p = 0,044$) e nota-se que entre os que realizam plantões noturnos há menos de cinco anos predomina o alto desgaste (31,6%) com maior participação de trabalhadores nos níveis de baixo desgaste (26,3%) e trabalho ativo (18,4%) da classificação do modelo de Karasek. Nos que realizam plantões noturnos há cinco anos e mais predomina o trabalho passivo (43,2%) seguido de alto desgaste (33,0%).

Na variável hora extra em plantões por semana não se observa significância e prevalecem os trabalhadores sob trabalho passivo sendo que, entre os que trabalham menos de 12 horas por semana essa prevalência é compartilhada com os que estão submetidos a baixo desgaste (33,3%) e nos que trabalham mais de 36 horas com os que estão submetidos a alto desgaste (35,3%).

Tabela 4 - Características de trabalho dos profissionais de enfermagem das unidades de emergência segundo quadrantes de estresse de Karasek – Campo Grande/MS – 2010

Variável	Categoria	Baixo desgaste		Trabalho ativo		Trabalho passivo		Alto desgaste		pvalor
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Tempo na instituição (N=131)	< 5 anos	13	23,2	10	17,9	16	28,6	17	30,4	0,136
	De 5 a 10 anos	4	15,4	3	11,5	10	38,5	9	34,6	
	>10 anos	9	18,4	1	2,0	24	49,0	15	30,6	
Anos que realiza plantões noturnos (N=126)	< 5 anos	10	26,3	7	18,4	9	23,7	12	31,6	0,044
	5 e mais	16	18,2	5	5,6	38	43,2	29	33,0	
Horas extras em plantões/semana (N=129)	Menos 12 h	4	33,3	2	16,7	4	33,3	2	16,7	0,783
	De 12 a 36 h	18	18,0	11	11,0	37	37,0	34	34,0	
	Mais de 36 h	4	23,5	1	5,9	6	35,3	6	35,3	
Satisfação com o trabalho (N=131)	Satisfeito	23	23,5	11	11,2	37	37,8	27	27,6	0,029
	Insatisfeito	1	3,0	3	9,1	13	39,4	16	48,5	
Satisfação com a vida (N=130)	Satisfeito	21	18,3	13	11,3	47	40,9	34	29,6	0,129
	Insatisfeito	2	13,3	1	6,7	3	20,0	9	60,0	
Escore social (N=133)	Alto	18	27,7	6	9,2	27	41,5	14	21,5	0,022
	Baixo	8	11,8	8	11,8	23	33,8	29	42,6	
Escore demanda (N=134)	Alto	0	0,0	14	24,6	0	0,0	43	75,4	0,000
	Baixo	26	33,8	0	0,0	51	66,2	0	0,0	
Escore controle (N=134)	Alto	26	65,0	14	35,0	0	0,0	0	0,0	0,000
	Baixo	0	0,0	0	0,0	51	54,3	43	45,7	

A satisfação com o trabalho apresenta diferenças estatísticas significantes ($p = 0,029$), sendo que, entre os indivíduos satisfeitos predomina o trabalho passivo (37,8%) e, observa-se maior participação de trabalhadores no nível de baixo desgaste (23,5%) e trabalho ativo (11,2%). Entre os insatisfeitos predomina o alto desgaste (48,5%) seguido de trabalho passivo (39,4%).

Não se observa significância no que se refere à satisfação com a vida, porém, observa-se que entre os indivíduos que se dizem satisfeitos predomina o trabalho passivo (40,9%) e entre os que se dizem insatisfeitos o alto desgaste (60,0%).

Diferenças significantes ($p = 0,022$) foram encontradas com relação à dimensão social e verifica-se que entre os trabalhadores que possuem alto apoio social prevalece o trabalho passivo (41,5%) seguido dos de baixo desgaste (27,7%) enquanto entre os que possuem baixo apoio social prevalece o alto desgaste (42,6%) seguido dos de trabalho passivo (33,8%).

Significantes ($p = 0,000$) também foram as diferenças encontradas na dimensão demanda, entre os trabalhadores que sofrem alta demanda percebe-se que a maioria está submetida ao alto desgaste (75,4%) e entre os que sofrem baixa demanda a maior parte submete-se ao trabalho passivo (66,2%).

A dimensão controle apresenta diferenças estatísticas significantes ($p = 0,000$) e entre os indivíduos que sofrem alto controle predominam os submetidos a baixo desgaste (65,0%) enquanto entre os que sofrem baixo controle predominam os submetidos ao trabalho passivo (54,3%).

Tabela 5 – Características sociodemográficas e de saúde dos profissionais de enfermagem das unidades de emergência segundo auto-avaliação de saúde – Campo Grande/MS – 2010

Variáveis	Categorias	Auto-avaliação				Pvalor
		Positiva		Negativa		
		N	%	N	%	
Sexo (N=133)	Feminino	72	77,4	21	22,6	0,741
	Masculino	32	80,0	8	20,0	
Faixa etária (anos) (N=132)	< 35	41	77,4	12	22,6	0,604
	De 35 a 44	34	82,9	7	17,1	
	45 e mais	28	73,7	10	26,3	
Raça (N=134)	Branca/amarela	68	82,9	14	17,1	0,063
	Parda/preta	36	69,2	16	30,8	
Grau de instrução (N=134)	Pós-graduado	17	85,0	3	15,0	0,682
	3º grau completo	14	77,8	4	22,2	
	Até 2º grau completo	73	76,0	23	24,0	
Renda ⁽¹⁾ (N=128)	< 1,5	55	79,7	14	20,3	0,643
	1,5 a 3,4	31	72,1	12	27,9	
	3,5 e mais	12	75,0	4	25,0	
Situação conjugal (N=134)	Casado(a)	70	79,5	18	20,5	0,355
	Solteiro/nunca casou ou viveu em união	16	66,7	8	33,3	
	Divorciado/separado/viúvo	18	81,8	4	18,2	
Diagnóstico de doença crônica (N=133)	Não	82	86,3	13	13,7	0,000
	Sim	22	57,9	16	42,1	
Número de doenças crônicas (N=134)	Nenhuma	62	83,8	12	16,2	0,000
	Uma	32	84,2	6	15,8	
	Duas ou mais	10	45,5	12	54,5	

⁽¹⁾ Renda familiar per capita em salários mínimos.

A comparação das proporções da auto-avaliação da saúde segundo variáveis sociodemográficas (Tabela 5) não apresentou diferenças estatísticas significantes

demonstrando que, em geral, sob este aspecto, os trabalhadores, apresentam auto-avaliação positiva da sua saúde.

Entretanto, o diagnóstico de doença crônica, particularmente a presença de duas ou mais doenças, contribuiu, significativamente, para pior avaliação da saúde.

Na comparação das proporções de auto-avaliação de saúde, segundo as variáveis de trabalho (Tabela 6) entre todos os estratos das variáveis de tempo de trabalho na instituição, anos que realiza plantão noturno e horas extras em plantões por semana, preponderou a auto-avaliação positiva e não foram percebidas diferenças estatísticas significantes.

Observaram-se diferenças significativas em relação à auto-avaliação de saúde e as variáveis satisfação com a vida e trabalho. Os trabalhadores que se diziam satisfeitos com o trabalho e a vida apresentaram melhor avaliação da própria saúde.

Tabela 6 – Características de trabalho dos profissionais de enfermagem das unidades de emergência segundo auto-avaliação de saúde – Campo Grande/MS – 2010

Variáveis	Categorias	Auto-avaliação				Pvalor
		Positiva		Negativa		
		N	%	N	%	
Tempo na instituição (N=131)	< 5 anos	43	76,8	13	23,2	0,934
	De 5 a 10 anos	20	76,9	6	23,1	
	>10 anos	39	79,6	10	20,4	
Anos que realiza plantões noturnos (N=126)	< 5 anos	30	78,9	8	21,1	0,730
	5 e mais	67	76,1	21	23,9	
Horas extras em plantões/semana (N=129)	Menos 12 horas	8	66,7	4	33,3	0,622
	De 12 a 36 horas	79	79,0	21	21,0	
	Mais de 36 horas	13	76,5	4	23,5	
Satisfação com o trabalho (N=131)	Satisfeito	80	81,6	18	18,4	0,033
	Insatisfeito	21	63,6	12	36,4	
Satisfação com a vida (N=130)	Satisfeito	94	81,7	21	18,3	0,002
	Insatisfeito	7	46,7	8	53,3	
Escore social (N=133)	Alto	57	87,7	8	12,3	0,009
	Baixo	47	69,1	21	30,9	
Escore demanda (N=134)	Alto	38	66,7	19	33,3	0,008
	Baixo	66	85,7	11	14,3	
Escore controle (N=134)	Alto	36	90,0	4	10,0	0,024
	Baixo	68	72,3	26	27,7	

Da mesma forma, no que se refere a apoio social observa-se que os indivíduos com alto apoio social apresentam maior percentual de auto-avaliação positiva (87,7%) em relação àqueles com baixo apoio social (69,1%). Em relação às dimensões demanda e controle, trabalhadores submetidos alta demanda no trabalho e aqueles com baixo controle sobre suas atividades laborais possuem menor percentual de auto-avaliação positiva, sendo estas diferenças estatisticamente significativas.

A composição dos quadrantes de Karasek mostrou que 42,5% dos trabalhadores estão sujeitos á alta demanda e 70,1% expostos ao baixo controle, estando assim submetidos à maior risco no trabalho do que os que apresentaram a baixa demanda e o alto controle.

Tabela 7 – Associação entre alta demanda no trabalho e variáveis sociodemográficas e de saúde entre os profissionais de enfermagem das unidades de emergência – Campo Grande/MS – 2010

Variável	Categoria	Dimensão alta demanda (N=57)			
		N	%	OR	IC
Sexo (N=56)	Feminino	35	37,6	1,00	-
	Masculino	21	52,5	1,832	0,866 – 3,874
Faixa etária (anos) (N=55)	< 35	29	54,7	1,00	-
	De 35 a44	18	43,9	0,648	0,285 – 1,471
	45 e mais	8	21,1	0,221	0,085 - 0,570
Raça (N=57)	Branca/Amarela	33	40,2	1,00	-
	Parda/Preta	24	46,2	1,273	0,631 – 2,567
Grau de instrução (N=57)	Pós-graduado	12	60,0	1,00	-
	3º grau completo	7	38,9	0,424	0,115 – 1,562
	Até 2º grau completo	38	39,6	0,437	0,163 – 1,168
Renda ⁽¹⁾ (N=56)	3,5 e mais	11	68,8	1,00	-
	De 1,5 a 3,4	16	37,2	0,267	0,079 – 0,917
	< 1,5	29	42,0	0,330	0,103 – 1,051
Situação conjugal (N=57)	Casado(a)	31	35,2	1,00	-
	Divorciado(a)/separado(a)/ Viúvo(a)	12	54,5	2,206	0,856 - 5,684
	Solteiro(a)/nunca casou ou viveu em união	14	58,3	2,574	1,024 – 6,472
Diagnóstico médico de problema crônico de saúde (N=57)	Não	44	46,3	1,00	-
	Sim	13	34,2	0,603	0,276 – 1,318
Número de doenças crônicas (N=57)	Nenhuma	37	50,0	1,00	-
	Uma	13	34,2	0,520	0,231 – 1,169
	Duas ou mais	7	31,8	0,467	0,171 – 1,276

⁽¹⁾ Renda familiar per capita em salários mínimos.

Na tabela 7 observa-se que os homens comparados às mulheres apresentam 83,0% mais chance de referir alta demanda no trabalho. Esta associação positiva foi também verificada entre pardos e negros comparados com brancos (OR=1, 273) e divorciados separados ou viúvos e solteiros quando comparados com os casados (OR=2, 206 e OR= 2, 574, respectivamente). Observou-se associação inversa entre escolaridade (não significativa), renda e idade (significativa).

Quanto às características relacionadas à saúde os indivíduos com diagnóstico médico de doença crônica, independente do número de doenças, apresentaram menor chance de alta demanda no trabalho (não significativa).

No que se refere às características relacionadas ao trabalho (Tabela 8) verifica-se que o tempo de trabalho na instituição, embora não tenha sido uma associação significativa, mostrou-se um fator de proteção, os indivíduos com mais de 10 anos de trabalho (OR=0, 521) possuem menor chance de alta demanda no trabalho. O mesmo pode ser observado em relação aos anos de realização de plantões noturnos onde os indivíduos com 5 anos e mais (OR=0, 630) também apresentaram menor chance de alta demanda no trabalho.

Tabela 8 – Associação entre alta demanda no trabalho e características de trabalho entre os profissionais de enfermagem das unidades de emergência – Campo Grande/MS – 2010.

Variável	Categoria	Dimensão alta demanda (N=57)			
		N	%	OR	IC
Tempo na instituição (N=55)	< 5 anos	27	48,2	1,00	-
	De 5 a 10 anos	12	46,2	0, 921	0, 362 – 2, 339
	>10 anos	16	32,7	0, 521	0, 235 – 1, 153
Anos que realiza plantões noturnos (N=53)	< 5	19	50,0	1,00	-
	5 e mais	34	38,6	0, 630	0, 292 – 1, 356
Horas extras em plantões/semana (N=56)	< 12	4	33,3	1,00	-
	12 a 36	45	45,0	1, 636	0, 463 - 5, 788
	Mais de 36 horas	7	41,2	1, 400	0, 300 – 6, 534
Satisfação com o trabalho (N=57)	Satisfeito	38	38,8	1,00	-
	Insatisfeito	19	57,6	2, 143	0, 962 – 4, 774
Satisfação com a vida (N=130)	Satisfeito	47	40,9	1,00	-
	Insatisfeito	10	66,7	2, 894	0, 929 – 9, 012
Escore controle (N=57)	Alto	14	35,0	1,00	-
	Baixo	43	45,7	1, 566	0, 728 – 3, 368
Escore social (N=57)	Alto	20	30,8	1,00	-
	Baixo	37	54,4	2, 685	1, 319 – 5, 466

A análise da quantidade de horas extras em plantões por semana revelou associação com alta demanda no trabalho (não significativa). Os trabalhadores que realizam mais de 12 horas de plantão noturno por semana possuem chance, aproximadamente, 50,0% maior de sofrer alta demanda no trabalho (OR=1,6363 e OR=1,400).

A satisfação do trabalhador não apresentou uma associação significativa com a demanda no trabalho, porém, pode-se observar que os trabalhadores insatisfeitos com o trabalho (OR=2,143) possuem chance duas vezes maior e os insatisfeitos com a vida (OR=2,894), aproximadamente três vezes maior de exposição à alta demanda no trabalho.

Tabela 9 – Associação entre baixo controle no trabalho e variáveis sociodemográficas e de saúde entre os profissionais de enfermagem das unidades de emergência – Campo Grande/MS – 2010

Variáveis	Categoria	Dimensão baixo controle (N=94)			
		N	%	OR	IC
Sexo (N=93)	Feminino	69	74,2	1,00	-
	Masculino	24	60,0	0,522	0,238 – 1,144
Faixa etária (anos) (N=92)	< 35	37	69,8	1,00	-
	De 35 a 44	24	58,5	0,610	0,260 – 1,435
	45 e mais	31	81,6	1,915	0,699 – 5,249
Raça (N=94)	Branca/ Amarela	56	68,3	1,00	-
	Parda/Preta	38	73,1	1,260	0,584 – 2,720
Grau de instrução (N=94)	Pós-graduado	10	50,0	1,00	-
	3º grau completo	13	72,2	2,600	0,672 – 10,065
	Até 2º grau completo	71	74,0	2,840	1,057 – 7,627
Renda ⁽¹⁾ (N=92)	3,5 e mais	11	68,8	1,00	-
	De 1,5 a 3,4	33	76,7	1,500	0,420 – 5,352
	< 1,5	48	69,6	1,039	0,321 – 3,364
Situação conjugal (N=94)	Casado(a)	59	67,0	1,00	-
	Divorciado(a)/separado(a)/ Viúvo(a)	16	72,7	1,311	0,464 – 3,702
	Solteiro(a)/nunca casou ou viveu em união	19	79,2	1,868	0,634 – 5,504
Diagnóstico médico de problema crônico de saúde (N=93)	Não	60	63,2	1,00	-
	Sim	33	86,8	3,850	1,376 – 10,771
Número de doenças crônicas (N=94)	Nenhuma	44	59,5	1,00	-
	Uma	29	76,3	2,197	0,911 – 5,297
	Dois ou mais	21	95,5	14,318	1,827 – 112,235

⁽¹⁾ Renda familiar per capita em salários mínimos.

A análise da dimensão controle mostra que os trabalhadores com baixo controle sobre o trabalho possuem chance 50,0% maior de sofrer alta demanda no trabalho (não significativa) e os que possuem baixo apoio social tem 2,6 vezes mais chance de alta demanda no trabalho, comparados com aqueles com alto apoio.

Na dimensão controle (Tabela 9) observa-se que, os indivíduos do sexo masculino têm menor chance (OR=0, 522) de baixo controle no trabalho assim como aqueles na faixa etária de 35 a 44 anos (OR=0, 610). Entretanto, trabalhadores de 45 anos e mais apresentam, aproximadamente, duas vezes mais chance de baixo controle no trabalho. O mesmo perfil foi observado entre os não brancos (parda/preta) apresentando, também, baixo controle sobre o trabalho.

O controle no trabalho esteve inversamente relacionado ao grau de instrução, isto é, os menos escolarizados referiram maior chance de baixo controle no trabalho. Profissionais classificados nos nível intermediário de renda apresentaram 50,0% mais chance de baixo controle no trabalho, embora de forma não significante.

Tabela 10 – Associação entre baixo controle no trabalho e características de trabalho entre os profissionais de enfermagem das unidades de emergência – Campo Grande/MS – 2010

Variáveis	Categoria	Dimensão baixo controle (N=94)			
		N	%	OR	IC
Tempo na instituição (N=91)	< 5 anos	33	58,9	1,00	-
	De 5 a 10 anos	19	73,1	1, 892	0, 684 – 5, 231
	>10 anos	39	79,6	2, 718	1, 133 – 6, 522
Anos de realização de plantões (N=88)	< 5	21	55,3	1,00	-
	5 e mais	67	76,1	2, 583	1, 154 – 5, 781
Horas extras em plantões/semana (N=89)	< 12	6	50,0	1,00	-
	12 a 36	71	71,0	2, 448	0, 729 – 8, 220
	Mais de 36 horas	12	70,6	2, 400	0, 515 – 11, 185
Satisfação com o trabalho (N=93)	Satisfeito	64	65,3	1,00	-
	Insatisfeito	29	87,9	3, 852	1, 250 – 11, 865
Satisfação com a vida (N=93)	Satisfeito	81	70,4	1,00	-
	Insatisfeito	12	80,0	1, 679	0, 445 – 6, 330
Escore social (N=93)	Alto	41	63,1	1,00	-
	Baixo	52	76,5	1, 902	0, 896 – 4, 041
Escore demanda (N=94)	Baixo	51	66,2	1,00	-
	Alto	43	75,4	1, 962	0, 728 – 3, 368

Nas características relacionadas à saúde dos trabalhadores percebe-se que a chance de baixo controle foi, aproximadamente, quatro vezes maior (OR=3, 850) entre os que possuíam diagnóstico médico de problema crônico de saúde, uma relação significativa (IC= 1, 376 – 10, 771). Percebe-se, também, uma relação direta entre baixo controle e o número de doenças crônicas onde, os que referiram possuir uma doença (OR=2, 197) apresentaram chance, aproximadamente, duas vezes maior de baixo controle (não significativo) e os que referiram duas ou mais (OR=14, 318) apresentaram uma relação significativa (IC=1, 827 – 112, 235) com chance, aproximadamente, quatorze vezes maior de sofrer baixo controle no trabalho.

Nas características relacionadas ao trabalho (Tabela 10), observamos uma relação direta entre o baixo controle no trabalho e o tempo na instituição onde a chance de perceber baixo controle varia de, aproximadamente, duas vezes no estrato de 5 a 10 anos de trabalho na instituição (OR=1, 892), relação não significativa, a duas vezes e meia no estrato mais de 10 anos de instituição (OR=2, 718), relação estatisticamente significativa com IC=1, 133 – 6, 522.

Relação estatística significante (IC=1, 154 – 5, 781) foi estabelecida entre a prevalência de baixo controle e os anos de realização de plantões e verificou-se chance, aproximadamente, duas vezes e meia maior de prevalência de baixo de controle entre os trabalhadores com cinco anos e mais de realização de plantões (OR=2, 583).

Percebe-se que os trabalhadores com mais de 12 horas de plantões por semana apresentam cerca de duas vezes e meia mais chance de baixo controle no trabalho, porém os resultados não apresentaram significância estatística.

Quanto à satisfação com o trabalho e a vida, observou-se que os que se diziam insatisfeitos com o trabalho e com a vida apresentaram maior chance de baixo controle.

Nas dimensões estabelecidas pelo modelo de Karasek verifica-se que o baixo controle esteve associado, de forma não significativa, com o baixo escore social (OR=1, 902) e a alta demanda (OR=1, 962) onde apresentou chance, aproximadamente, duas vezes maior quando comparados com o grupo de referência.

Podemos concluir que o baixo controle esteve associado, de forma significativa, com o grau de instrução, diagnóstico médico de problema crônico de saúde, tempo de trabalho na instituição, anos de realização de plantões e satisfação com o trabalho.

As variáveis selecionadas para ajuste na análise multivariada (Tabela 11) obedeceram ao critério de estarem associadas tanto à exposição quanto ao desfecho ou estarem associadas conforme descrito em literatura. Assim, foram selecionadas as variáveis: idade, sexo, escolaridade, diagnóstico de doença crônica e escore social.

Tabela 11 – Associação entre auto-avaliação de saúde negativa e estresse no trabalho, entre os profissionais de enfermagem das unidades de emergência – Campo Grande/MS – 2010

Modelo	Estresse	OR	IC 95%
Modelo 1 – Idade, sexo e escolaridade	Baixo desgaste	1	-
	Trabalho ativo	2,754	0,316 - 3,965
	Trabalho passivo	2,225	0,436 - 11,357
	Alto desgaste	8,108	1,644 - 39,989
Modelo 2 = Modelo 1 + doença crônica	Baixo desgaste	1	-
	Trabalho ativo	4,030	0,426 - 38,120
	Trabalho passivo	1,517	0,272 - 8,443
	Alto desgaste	7,962	1,526 - 41,530
Modelo 3 = Modelo 2 + escore social	Baixo desgaste	1	-
	Trabalho ativo	2,915	0,303 - 28,032
	Trabalho passivo	1,275	0,220 - 7,376
	Alto desgaste	5,832	1,087 - 31,299

Os modelos multivariados demonstram que trabalhadores submetidos ao alto desgaste, isto é, baixo controle e alta demanda, apresentam sistematicamente maiores chances de auto-avaliação de saúde ruim, sendo os resultados estatisticamente significativos, mesmo após o controle pelas possíveis variáveis de confusão.

6 DISCUSSÃO

Observamos como limitações que os estudos seccionais proporcionam uma imagem momentânea do que se pretende avaliar, tanto a exposição quanto o desfecho ocorrem num mesmo momento, situação especialmente relevante no caso de estudos ocupacionais em decorrência do chamando *efeito trabalhador sadio*, revelando uma imagem mais favorecida em relação à realidade. Esse período de curta relação entre a exposição-efeito dificulta o estabelecimento de uma relação de causalidade bem como permite a identificação apenas dos sobreviventes do efeito estudado (viés de prevalência) (ALVES, 2004; ARAÚJO et al., 2003; HÖFELMANN; BLANK, 2007).

Como o estudo se deu em instituição pública, onde os trabalhadores gozam de estabilidade no emprego e as demissões são praticamente inexistentes, o efeito do trabalhador sadio foi minimizado.

Buscou-se minimizar os erros sistemáticos de seleção com a inclusão de todos os profissionais de enfermagem das unidades de urgências e emergências em atividade (169) no estudo e dos trabalhadores afastados por adoecimento. Porém, foram encontradas dificuldades de aceitabilidade do estudo devido ao receio dos trabalhadores de que o resultado tivesse como consequência a diminuição da jornada extra de trabalho (plantões), sendo necessária a realização de reuniões com os trabalhadores a fim de esclarecer objetivos e estabelecer vínculo de confiança entre as partes, ainda assim, percebeu-se a recusa de 35 indivíduos (20,7%).

Em revisão não sistemática ao MEDLINE-Index Medicus da Biblioteca Nacional Americana de Medicina e ao SCIELO-Scientific Eletronic Library Online, não foi possível encontrar estudos sobre associação investigada e o estudo foi comparado com as pesquisas cujos desfechos mais se aproximaram daquele analisado nesse trabalho. Salienta-se, ainda, que a diversidade de formas sobre as quais o estresse vem sendo medido e analisado pelos autores representa dificuldade adicional para a comparação de resultados.

Quanto à medida de associação utilizada (OR/odds-ratio), embora a razão de prevalência seja a mais recomendada em estudos seccionais, quando a chance do desfecho é pequena essa medida aproxima-se da razão de prevalências não chegando a interferir na magnitude da associação (ALVES, 2004).

Em relação à auto-avaliação da saúde salienta-se que se refere a uma medida subjetiva, estado de saúde auto-percebido, e que estudos sobre a percepção da saúde carecem de instrumentos calibrados/padronizados no Brasil (DACHS, 2002).

As variáveis potencialmente confundidoras apontadas na literatura (idade, sexo, escolaridade e doenças crônicas) foram avaliadas por análise estratificada e multivariada.

Foi observado que os trabalhadores da enfermagem são constituídos por maioria feminina (69,9%), o que pode ser observado na maioria dos estudos dessa categoria no Brasil, podendo-se sugerir que existe uma tradição cultural da mulher como provedora de cuidado tendo o sexo como influenciador da definição dos papéis na sociedade (BIANCHI, 2000; COSTA; LIMA; ALMEIDA, 2003; MALAGRIS; FIORITO, 2006; PAFARO; MARTINO, 2004; SCHMIDT et al., 2009).

Destaca-se que a literatura refere que o sexo feminino apresenta características mais negativas do que os homens no que se refere às características psicossociais do trabalho e estado de saúde e, que a comunicação entre colegas de trabalho e o vínculo afetivo nas relações de trabalho podem vir a ser mais significantes na enfermagem devido à predominância do sexo feminino considerando que, tais relações, podem ser mais significantes para as mulheres do que para os homens (SCHMIDT et al, 2009).

Verifica-se que embora a região Centro-Oeste tenha uma marcante presença da raça indígena (2,2% - IBGE/2007) não foi observada sua presença no estudo o que pode sugerir a falta de acesso dessa população a profissões que exigem o grau de instrução exigido (médio e superior) ou uma dificuldade do indivíduo se auto-classificar como dessa categoria.

Ocorre a predominância de indivíduos em plena capacidade produtiva (< 35 anos – 40,2%), com jornada de trabalho entre 52 a 76 horas semanais (77,5%), em sua maioria casados (65,7%), devendo ser considerada a possível restrição sofrida nas relações familiares e sociais do trabalhador pela influência da jornada de trabalho extensa e em turnos (plantões) (COSTA; MORITA; MARTINEZ, 2000). Salienta-se que, além da jornada de trabalho contratual, 40h horas semanais, pode ser executada pelo trabalhador na instituição uma jornada extra de trabalho (plantões de 12 ou 6 horas) até que se complete, no máximo, 14 plantões de 12 horas ou 24 plantões de 06 horas, totalizando até 82 horas de trabalho/semana (até 42 horas extras/semana).

A auto-avaliação positiva da saúde predominou entre os trabalhadores (77,6%), sendo esse valor maior do que o encontrado no estudo nacional de Dachs em 2002 (73,5%) e em 2006 (74,4%). Porém, convém observar que nesse estudo o grau de escolaridade era condicionante para a função, e este exerce influência positiva auto-avaliação da saúde.

Observa-se que no Brasil existe uma grande variação nos gradientes para auto-classificação da saúde devido às grandes diferenças regionais e sociais encontradas (DACHS, 2002).

A prevalência de auto-avaliação negativa entre os trabalhadores (22,4%) foi maior do que a encontrada no estudo de Höfelmann e Blank, em 2007 (16,6%). Contudo, salientamos que em nosso estudo a maioria era do sexo feminino, o que produz uma tendência maior para auto-avaliação negativa, o que divergiu do estudo citado.

Contrariando os achados da literatura não foram encontradas diferenças significativas entre na auto-avaliação em relação sexo, idade, renda e grau de instrução, fato que pode estar relacionado à homogeneidade da amostra. No entanto, observou-se uma tendência de prevalência maior de auto-avaliação negativa entre o sexo feminino, nos indivíduos mais velhos e com menor escolaridade.

Em relação ao diagnóstico médico de doenças crônicas, observa-se que assim como no estudo de Höfelmann e Blank (2007) e Theme Filha, Szwarcwald e Souza (2009), verifica-se uma maior prevalência de auto-avaliação negativa entre os portadores de doenças crônicas, sendo também, considerada uma das variáveis de maior impacto sobre o desfecho. Observa-se, ainda, que a percepção de saúde ruim se acentuou com a existência de co-morbidades.

A presença de doenças crônicas como doenças da coluna ou costas e articulações é comum em trabalhadores que desempenham atividades mais sedentárias, em posturas inadequadas/incômodas ou com maior nível de demanda física no trabalho, porém, seu potencial de incapacitação está relacionado com aspectos psicossociais, como a satisfação com o trabalho, gerando dores e sensações que influenciam negativamente na auto-avaliação da saúde (HÖFELMANN; BLANK, 2007; LEITE; SILVA; 2008).

O controle sobre o trabalho pareceu ser mais relevante do que a demanda no trabalho na auto-avaliação negativa da saúde uma vez a sua magnitude ter sido maior entre os trabalhadores que se auto-avaliaram negativamente. Nesse estudo, 70,1% dos trabalhadores esteve exposto ao baixo controle, percentual superior ao encontrado no estudo de Alves (2004), que foi de 54,0%.

O baixo controle esteve associado de forma significativa com o grau de instrução, diagnóstico médico de problema crônico de saúde, número de doenças crônicas, tempo de trabalho na instituição, anos de realização de plantões e satisfação com o trabalho.

Situações relacionadas ao controle no trabalho devem ser mencionadas uma vez que podem se referir à análise do controle de como devem ser executadas as tarefas ou à definição de quais tarefas devem ser executadas. O indicador de controle utilizado destinava-se à análise do controle na execução das tarefas e pode indicar uma medida de autonomia e

liberdade para o uso de habilidades, em questões mais amplas, que envolvem definições da estrutura da organização, os limites do controle podem ser mais evidentes e tornar-se fonte com maior potencial estressor (ARAÚJO et al., 2003; SCHMIDT et al., 2009).

Verifica-se que a maioria dos trabalhadores (70,2%) está exposta às faixas mais nocivas de estresse, segundo modelo demanda-controle, alta demanda/baixo controle - alto desgaste (32,1%) e baixa demanda/baixo controle - trabalho passivo (38,1%) estando, portanto, sujeitos a maiores riscos de adoecimento resultante do estresse ocupacional. Destacamos que, nesse estudo, os valores dos expostos ao alto desgaste são maiores que os encontrados nos estudos de Schmidt et al. (2009), 26,3%; e Alves (2004), 21,2%; e menores do que os de Araújo et al. (2003), que atingiu 44,0%.

A presença de altos percentuais de trabalho passivo (38,1%), o que também pode ser observado no estudo de Alves (2004), 33,2%, nos remete à existência de baixo controle sobre o trabalho, o que, aliado à baixa demanda no trabalho, pode servir como fator desestimulador e desencadeador de perda de habilidades e desinteresse do trabalhador, contribuindo dessa forma, para o aumento da insatisfação profissional (SCHMIDT et al., 2009).

A satisfação com o trabalho tem sido estudada como um importante determinante na permanência do trabalhador no emprego e conseqüente redutor de gastos institucionais e da rotatividade de pessoal, garantindo, assim, uma melhor qualidade na assistência prestada (SCHMIDT et al., 2009).

Batista et al. (2005) cita como principais fatores de motivacionais no trabalho do enfermeiro, respectivamente, o gostar do que faz, o bom relacionamento multiprofissional, a possibilidade de crescimento profissional, o poder de resolubilidade atrelado ao compromisso com a população e as condições de trabalho. Como fatores de insatisfação no trabalho, respectivamente, condições de trabalho e o salário e relacionamento interpessoal e intersetorial. A pesquisa ressalta que, existem pessoas que se sentem motivadas pelo sucesso financeiro, outras se sentem felizes fazendo algo de que gostem, desde que isso dê o retorno financeiro mínimo necessário para uma sobrevivência digna.

Se junta a esse panorama o fato de que a maioria dos trabalhadores (51,1%) goza de baixo apoio social no trabalho, o que, segundo o pressuposto de Karasek, seria um agravante da condição de risco. Nesse estudo, verifica-se que o baixo suporte social associa-se significativamente com a alta demanda no trabalho aumentando 2,5 vezes a chance de percepção a esse fator.

Deve-se observar que a influência do tempo de trabalho na instituição e anos de realização de plantões como fator agravador à maior chance de baixo controle pode estar

relacionado aos mecanismos de *coping* (esforços cognitivos e de comportamento utilizados para enfrentar o estresse), à falta de adaptação ou ausência de equilíbrio, em resposta ao agente estressor frente ao longo período de exposição.

Outro fator a ser considerado é a natureza da atividade, atendimentos de urgência e emergência/24 horas diárias, situação geradora de ansiedade devido à postura de alerta constante característica do serviço frente à indefinição das atividades laborais. Assim, em situações de baixa autonomia e respaldo ao profissional diante das decisões tomadas, o impacto dos fatores estressores passa a ser alto nesse ambiente laboral (BATISTA; BIANCHI, 2006).

Maiores percentuais também foram encontrados em relação à alta demanda no trabalho, 42,5%, do que o encontrado no estudo de Alves (2004), 41,0%. Porém, a amplitude da variação foi menor do que se verificou na dimensão controle (16,1 pontos percentuais).

A alta demanda no trabalho associou-se significativamente com situação conjugal, renda e baixo apoio social. A influência da situação conjugal, entre os indivíduos solteiros, aumentando a chance de percepção à alta demanda no trabalho pode estar relacionada ao exercício de sobrecarga doméstica aumentando a carga total de trabalho, tarefa que entre os casados é, geralmente, responsabilidade feminina.

A maior prevalência de menor demanda em indivíduos mais velhos pode estar relacionada ao local de lotação para sua ação sendo esses dirigidos para setores onde se demanda menor esforço para o trabalho.

Nesse estudo o alto desgaste no trabalho esteve associado à chance 5, 832 a 8, 101 vezes maior de auto-avaliação de saúde negativa.

O perfil de morbidade encontrado se assemelha ao encontrado em outros estudos onde as doenças mais prevalentes são as pertencentes aos capítulos XIII (doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo), IX (doenças do aparelho circulatório) e V (transtornos mentais e comportamentais) da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), diferindo apenas na ordem de importância (BRASIL, 2008; HÖFELMANN; BLANK, 2007; SILVEIRA; MONTEIRO, 2004; TOMASI et al., 2009).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o pressuposto de Karasek, o trabalho realizado em condições de baixo controle e alta demanda (alto desgaste) e baixo controle e baixa demanda (trabalho passivo) é nocivo à saúde. Nesse sentido, esse estudo corroborou o pressuposto demanda-controle, cujo resultado indica a associação positiva entre trabalho em alta exigência e elevada chance de auto-avaliação negativa (mesmo depois dos ajustes das variáveis), indicador subjetivo de saúde, que prediz o declínio funcional e a mortalidade do indivíduo.

Esses dados sugerem que o modelo de gestão do trabalho/pessoas desenvolvido na instituição pode ser um dos fatores agravadores de risco de exposição ao estresse no ambiente de trabalho. Situações como: nível de pressão exercido pela instituição, exigência de maior produtividade, insuficiência de recursos humanos, aumento da complexidade das tarefas, ritmo acelerado de trabalho/pressão do tempo, falta de materiais, falta de comunicação, falta de compreensão, falta de respaldo institucional, relações de trabalho tensas e precárias, entre outros, são fatores relacionados ao ambiente de trabalho que podem gerar fadiga e esgotamento profissional e ser percebidos como fatores estressores pelo trabalhador.

Com esta constatação, faz-se necessário debater sobre as condições de trabalho da equipe de enfermagem das unidades de atendimento de urgências e emergências com objetivo de implementação de ações e propostas que visem prevenir ou minimizar os problemas encontrados. Assim, considerando que esse estudo justifica-se na melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores e da qualidade dos serviços, sugere-se que sejam feitos pela instituição investimentos em:

- (a) Ações educativas aos trabalhadores sobre o estresse, sua forma de controle e prevenção;
- (b) Ações de aprimoramento e estímulo ao aperfeiçoamento profissional;
- (c) Políticas organizacionais de reconhecimento igualitário do trabalho valorizando a interdisciplinaridade e interdependência (incentivo na remuneração, aumento da participação nos processos decisórios/supervisão/avaliação, entre outros);
- (d) Promoção de condições propícias para atuação dos profissionais investindo na valorização do trabalhador como sujeito, no aumento da autonomia e respaldo profissional;
- (e) Desenvolvimento de políticas de promoção a um ambiente favorável de trabalho, com a aplicação de técnicas laborais/gerenciais e qualidade das relações humanas, visando

reduzir o nível de estresse, melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores e dos serviços prestados à comunidade; e

(f) Estabelecimento, através de coordenadoria de gestão de pessoas, mecanismos de acompanhamento, investigação e recuperação da saúde do trabalhador.

Considerando-se o grande percentual de indivíduos em trabalho passivo (38,1%), sugere-se que sejam desenvolvidos estudos com outros delineamentos, que possam acompanhar os trabalhadores ao longo do tempo, uma vez a possibilidade desses, em outro momento, virem a sofrer alta demanda no trabalho.

Ressalta-se a importância de mais estudos, com abordagens qualitativas, envolvendo a auto-avaliação da saúde no país, afim de que se possa utilizá-la com mais propriedade em estudos epidemiológicos uma vez a integralidade de sua dimensão avaliativa.

A realização de um trabalho de qualidade se faz com profissionais integralmente preparados, com conhecimentos, emoções e estrutura adequada. Então, é necessária a valorização do sujeito e do seu ambiente de trabalho, o conhecimento não só das tarefas cotidianas, mas também das potencialidades, dúvidas e expectativas do trabalhador a fim de se construir um cotidiano mais revelador onde o profissional se faça perceber e possa conquistar o seu reconhecimento e importância através da competência, da luta, da politização, da mobilização/organização da categoria e do posicionamento da equipe e da instituição.

REFERÊNCIAS

ALVES, Márcia Guimarães de Mello. et al. Versão resumida da “job stress scale”: adaptação para o português. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 164-171, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102004000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 abr. 2009.

ALVES, Márcia Guimarães de Mello. **Pressão no trabalho: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no Estudo Pró-Saúde**. Rio de Janeiro: ENSP, 2004. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

ARAÚJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 424-433, ago. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102003000400006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 dez. 2009.

ARAÚJO, T. M.; GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Control. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 991-2003, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232003000400021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 dez. 2009.

BATISTA, Anne Aires Vieira. et al. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 85-91, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342005000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 abr. 2010.

BATISTA, Karla de Melo; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 534-539, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692006000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2009.

BIANCHI, Estela Regina Ferraz. Enfermeiro hospitalar e o stress. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 390-394, dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342000000400011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 dez. 2009.

BORSOI, Izabel Cristina Ferreira. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 103-111, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822007000400014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 dez. 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. DOU n. 191-A de 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho. Manual de procedimentos para serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://www.ims.uerj.br/espmmedtrab/doenca_trabalhador.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2004. Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_081014-105206-701.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2009.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Anuário estatístico de acidentes do trabalho/2007**. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2007. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_090519-153719-033.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Saúde e Segurança Ocupacional**. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2009.

CEZAR, Eliene Simões; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da Cidade de Londrina, Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 217-221, jan. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006000100024&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2009.

COSTA, Ester de S.; MORITA, Ione; MARTINEZ, Miguel A. R. Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social em funcionários da enfermagem em um hospital universitário do Estado de São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 553-555, jun. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2000000200025&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2009.

COSTA, José Roberto Alves da; LIMA, Josefa Vieira de; ALMEIDA, Paulo Cesar de. Stress no trabalho do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 63-71, set. 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342003000300008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 dez. 2009.

CUNHA, Jane Bittencourt; BLANK, Vera Lúcia G.; BOING, Antonio Fernando. Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995-2005). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 226-236, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2009000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 dez. 2009.

DACHS, J. Norberto 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, v. 7, n. 4, p. 641-657, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232002000400004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 abr. 2009.

DACHS, J. Norberto W.; SANTOS, Ana Paula Rocha dos. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 887-894, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232006000400012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 maio 2009.

HÖFELMANN, Doroteia Aparecida; BLANK, Nelson. Auto-avaliação de saúde entre trabalhadores de uma indústria no sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 777-787, out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102007000500012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 abr. 2009.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 151-161, 2000. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232000000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 ago. 2009.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 maio 2009.

LEITE, Patrícia Campos; SILVA, Arlete. Morbidade referida em trabalhadores de enfermagem de um centro de material e esterilização. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, n. 1, p. 95-102, mar. 2007. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/4980/3229>>. Acesso em: 09 dez. 2009.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; FIRMO, Josélia O. A.; UCHÔA, Elizabeth. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 827-834, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102004000600011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 abr. 2009.

MACEDO, Luís Eduardo Teixeira de. et al. Estresse no trabalho e interrupção de atividades habituais, por problemas de saúde, no Estudo Pró-Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2327-2336, out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007001000008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 dez. 2009.

MALAGRIS, Lúcia Emmanoel Novaes; FIORITO, Aurineide Canuto Cabraíba. Avaliação do nível de stress de técnicos da área de saúde. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 23, n. 4, p. 391-398, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2006000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 dez. 2009.

MARZIALE, Maria Helena Palucci. Enfermeiros apontam as inadequadas condições de trabalho como responsáveis pela deterioração da qualidade da assistência de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692001000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 abr. 2010.

MENDES, René. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de trabalhadores: I. Morbidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 31-326, 1988. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101988000400007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 ago. 2008.

MENDES, René. **Patologia do Trabalho**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

PAFARO, Roberta Cova; DE MARTINO, Milva Maria Figueiredo. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 152-160, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 dez. 2009.

PASCHOAL, Tatiane; TAMAYO, Álvaro. Validação da escala de estresse no trabalho. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 1, p. 45-52, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2004000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 abr. 2009.

SALA, Arnaldo. et al. Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2168-2178, out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009001000008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 dez. 2009.

SANTOS, Simone M. et al. Associação entre fatores contextuais e auto-avaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2533-2554, nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007001100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 abr. 2009.

SANTOS, André Faro; ALVES JUNIOR, Antônio. Estresse e estratégias de enfrentamento em mestrandos de ciências da saúde. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 104-113, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279722007000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 dez. 2009.

SCHMIDT, Denise Rodrigues Costa. et al. Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 330-337, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072009000200017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 dez. 2009.

SILVEIRA, Domitília Barbosa Bueno da; MONTEIRO, Maria Silvia. Morbidade entre trabalhadores de uma instituição de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 68, dez. 2004. Disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/UserFiles_Padrao/File/SaudeemDebate_n68.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2009.

THEME FILHA, Mariza Miranda; SZWARCOWALD, Célia Landmann; SOUZA JUNIOR, Paulo Roberto Borges de. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 73-81, fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102008000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 dez. 2009.

TOMASI, Elaine. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 1, p. 193-201, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008001300023&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 dez. 2009.

APÊNDICE A – Questionário

A) INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS:

1. **Data de preenchimento:** ____/____/____

2. **Data de nascimento:** ____/____/____

3. **Sexo:** ()↑masculino ()↑feminino

4. Atualmente, você é...

1. () casado(a) ou vive em união

3. () divorciado(a) ou separado(a)

2. () solteiro(a) (nunca casou ou viveu em união)

4. () viúvo(a)

5. Como você se classifica a respeito de sua cor ou raça?

1. () indígena

4. () preta

2. () branca

5. () amarela

3. () parda

6. Qual o seu grau de instrução?

1. () 1º grau incompleto

5. () Universitário incompleto

2. () 1º grau completo

6. () Universitário completo

3. () 2º grau incompleto

7. () Pós-graduado

4. () 2º grau completo

8. () Mestrado/doutorado

7. No mês passado, qual foi aproximadamente sua renda familiar líquida, isto é, a soma dos rendimentos, já com descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa?

1. () Até 500 reais

6. () Entre 2.501 e 3.000 reais

2. () Entre 501 e 1.000 reais

7. () Entre 3.001 e 4.000 reais

3. () Entre 1.001 e 1.500 reais

8. () Entre 4.001 e 5.000 reais

4. () Entre 1.501 e 2.000 reais

9. () Mais de 5.000 reais

5. () Entre 2.001 e 2.500 reais

8. Quantas pessoas (adultos e crianças), incluindo você, dependem dessa renda para viver? Se for o caso, inclua dependentes que recebem pensão alimentícia. Não inclua empregados domésticos aos quais você paga salário. _____ pessoas.

B) INFORMAÇÕES OCUPACIONAIS:

9. **Qual cargo você exerce na instituição (o que consta no contracheque)?**

10. **Qual a sua data de admissão na instituição?** ____/____/____

11. **Qual o seu local de lotação atual?** _____

12. **Qual a sua carga horária semanal (de concurso)?** _____ (horas).

13. **ATUALMENTE, você trabalha em algum plantão noturno?** () sim () não

Caso responda NÃO, pule para a questão 18.

14. SE RESPONDEU SIM, qual o turno desse plantão?

1. () Seis horas

3. () Seis e doze horas

2. () Doze horas

15. Com que frequência você realiza plantão?

1. () Menos frequentemente que 1 vez por mês

4. () 2 a 3 vezes por semana

2. () 1 a 3 vezes por mês

5. () 4 ou mais vezes por semana

3. () 1 vez por semana

16. **NO TOTAL, durante quantos anos você vem realizando plantões?** _____ anos.

17. Por qual motivo você realiza plantões?

1. () Porque gosto
 2. () Porque preciso complementar o salário
 3. () Porque não gosto de ficar em casa
 4. () Outros (especifique): _____

B1) CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO:**18. Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?**

1. () Frequentemente
 2. () Às vezes
 3. () Raramente
 4. () Nunca ou quase nunca

19. Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?

1. () Frequentemente
 2. () Às vezes
 3. () Raramente
 4. () Nunca ou quase nunca

20. Seu trabalho exige demais de você?

1. () Frequentemente
 2. () Às vezes
 3. () Raramente
 4. () Nunca ou quase nunca

21. Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas do seu trabalho?

1. () Frequentemente
 2. () Às vezes
 3. () Raramente
 4. () Nunca ou quase nunca

22. O seu trabalho costuma lhe apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

1. () Frequentemente
 2. () Às vezes
 3. () Raramente
 4. () Nunca ou quase nunca

23. Você tem possibilidade de aprender coisas novas através de seu trabalho?

1. () Frequentemente
 2. () Às vezes
 3. () Raramente
 4. () Nunca ou quase nunca

24. Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?

1. () Frequentemente
 2. () Às vezes
 3. () Raramente
 4. () Nunca ou quase nunca

25. Seu trabalho exige que você tome iniciativas?

1. () Frequentemente
 2. () Às vezes
 3. () Raramente
 4. () Nunca ou quase nunca

26. No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?

1. () Frequentemente
 2. () Às vezes
 3. () Raramente
 4. () Nunca ou quase nunca

27. Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?

1. () Frequentemente
 2. () Às vezes
 3. () Raramente
 4. () Nunca ou quase nunca

28. Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?

1. () Frequentemente
 2. () Às vezes
 3. () Raramente
 4. () Nunca ou quase nunca

A SEGUIR, POR FAVOR, RESPONDA ATÉ QUE PONTO VOCÊ CONCORDA OU DISCORDA DAS SEGUINTE AFIRMAÇÕES A RESPEITO DO SEU AMBIENTE DE TRABALHO.**29. Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.**

1. () Concordo totalmente
 2. () Concordo mais do que discordo
 3. () Discordo mais do que concordo
 4. () Discordo totalmente

30. No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.

1. () Concordo totalmente
 2. () Concordo mais do que discordo
 3. () Discordo mais do que concordo
 4. () Discordo totalmente

31. Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.

1. () Concordo totalmente
 2. () Concordo mais do que discordo
 3. () Discordo mais do que concordo
 4. () Discordo totalmente

32. Se eu não tiver um bom dia, meus colegas me compreendem.

1. () Concordo totalmente
 2. () Concordo mais do que discordo
 3. () Discordo mais do que concordo
 4. () Discordo totalmente

33. No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.

1. () Concordo totalmente
 2. () Concordo mais do que discordo
 3. () Discordo mais do que concordo
 4. () Discordo totalmente

34. Eu gosto de trabalhar com meus colegas.

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. () Concordo totalmente | 3. () Discordo mais do que concordo |
| 2. () Concordo mais do que discordo | 4. () Discordo totalmente |

35. Em relação ao seu trabalho você está:

- | | |
|------------------------------|---------------------------|
| 1. () plenamente satisfeito | 3. () insatisfeito |
| 2. () satisfeito | 4. () muito insatisfeito |

36. Em relação à sua vida você está:

- | | |
|------------------------------|---------------------------|
| 1. () plenamente satisfeito | 3. () insatisfeito |
| 2. () satisfeito | 4. () muito insatisfeito |

C) INFORMAÇÕES RELACIONADAS À CONDIÇÃO DE SAÚDE:**37. De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde?**

- | | |
|-------------------|------------------|
| 1. () muito ruim | 4. () bom |
| 2. () ruim | 5. () muito bom |
| 3. () regular | |

38. Alguma vez um MÉDICO lhe informou que você teve ou tem algum problema crônico de saúde?

()†Sim ()†Não

39. Qual ou quais? (pode marcar uma ou mais respostas)

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1. () bronquite ou asma | 8. () doença do coração |
| 2. () doença de coluna ou costas | 9. () doença renal crônica |
| 3. () artrite ou reumatismo | 10. () depressão |
| 4. () câncer | 11. () tendinite ou tenossinovite |
| 5. () diabetes | 12. () tuberculose |
| 6. () cirrose | 13. () outros (especifique): _____ |
| 7. () hipertensão | |

APÊNDICE B – Cronograma de Desenvolvimento

ANO DE 2009												
ATIVIDADE	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Pesquisa de referencial teórico			X	X								
Discussão da pergunta do estudo, objetivos e introdução					X	X						
Elaboração e discussão dos métodos						X	X					
Revisão da redação do projeto								X	X			
Qualificação										X		
Revisão de referencial teórico											X	X
Adequação do instrumento de coleta de dados											X	X

ANO DE 2010												
ATIVIDADE	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa/ENSP/FIOCRUZ		X										
Piloto da coleta de dados		X										
Coleta de dados			X	X								
Armazenamento dos dados nos bancos selecionados												
Análise dos dados					X	X	X					
Discussão e revisão de literatura							X	X				
Defesa da dissertação									X			

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado trabalhador da enfermagem,

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **“A INFLUÊNCIA DO ESTRESSE SOBRE A PERCEPÇÃO DA SAÚDE ENTRE OS TRABALHADORES DA ENFERMAGEM DAS UNIDADES DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE/MS, 2010.** “na qualidade de entrevistado.

O objetivo principal deste estudo é conhecer a influência do estresse sobre a percepção da saúde entre os trabalhadores da enfermagem das unidades de urgências e emergências da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS, no ano de 2010.

Sua colaboração nesta pesquisa consiste em responder um questionário de 39 questões, com duração aproximada de 15 minutos. Os benefícios relacionados com a sua participação são muito importantes para avaliar a importância do trabalho no processo saúde-doença nos trabalhadores e conhecer a exposição a fatores de risco, saber se estes sofrem influência ou se relacionam com o trabalho, a fim de sensibilizar os atores envolvidos na formulação da Política Municipal de Saúde e propor ações que visem prevenir e/ou minimizar os problemas encontrados e proporcionar a melhoria na qualidade de vida dos trabalhadores, bem como dos serviços por eles prestados.

A qualquer momento, você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Todo material utilizado nesta pesquisa será guardado com a autora, por um período de 5 anos e, depois, destruído de acordo com a Resolução 196/96. Os dados poderão ser divulgados em congressos, sendo garantido o anonimato dos entrevistados.

Você receberá uma cópia deste termo onde constará o telefone e o endereço institucional da pesquisadora e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Maria Aparecida de Souza Costa

Pesquisadora: Maria Aparecida de Souza Costa.

Rua Bahia nº 280, Jardim dos Estados, Campo Grande/MS - CEP: 79002-530

Tel: (67) 3314-9551

CEP/ENSP: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, térreo, Manguinhos, Rio de Janeiro.

Tel: (21) 2598-2863

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Campo Grande, _____ de _____ de 2010.

Nome do participante (por extenso)

APÊNDICE D – Ofício de solicitação para realização da pesquisa

Campo Grande, 10 de dezembro de 2009.

Assunto: Solicitação de autorização para realização de pesquisa.

Senhor Secretário,

Como é do conhecimento de V.Sa., sua aluna do Mestrado Profissional em Saúde Pública, área de concentração: Vigilância em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Aruoca (ENSP) – Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e venho solicitar a autorização desta Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande (SESAU) para a coleta de dados e realização do estudo **“A INFLUÊNCIA DO ESTRESSE SOBRE A PERCEPÇÃO DA SAÚDE ENTRE OS TRABALHADORES DA ENFERMAGEM DAS UNIDADES DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE/MS, 2010”**, cujo objetivo é conhecer a influência do estresse sobre a percepção da saúde entre os trabalhadores da enfermagem das unidades de urgências e emergências da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS, no ano de 2010, conforme projeto anexo.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários através do telefone (67) 84267797 ou do e-mail mariacostams@ig.com.br.

Atenciosamente,

Maria Aparecida de Souza Costa
Farmacêutica-bioquímica

Ilmo Sr.
Luiz Henrique Mandetta
Secretário Municipal de Saúde
Campo Grande-MS