

FIOCRUZ
CENTRO DE INVESTIGAÇÃO E
BIBLIOTECA
RUA Leopoldo de Bulhões, 1460
21041-210 Marquinhos - RJ - Brasil

BIBLIOTECA E TECNOLÓGICA
FIOCRUZ

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública

Esta dissertação, intitulada

***“Morbidade Referida em Profissionais da Enfermagem: relações com o
horário de trabalho, jornada semanal, e trabalho doméstico”***

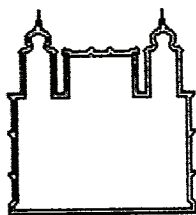
apresentada por

Luciana Fernandes Portela

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Estela Maria Leão de Aquino
Prof.^a Dr.^a Cláudia Roberta de Castro Moreno
Prof.^a Dr.^a Lúcia Rotenberg – Segunda orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 23 de junho de 2003.



FIOCRUZ
CENTRO DE INVESTIÇÃO E INOVAÇÃO TECNOLÓGICA
BIBLIOTECA
Rua Leopoldo de Bulhões, 1460
21041-210 Maracanã - RJ - Brasil

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública

***“Morbidade Referida em Profissionais da Enfermagem: relações com o
horário de trabalho, jornada semanal, e trabalho doméstico”***

por

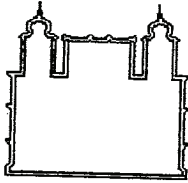
Luciana Fernandes Portela

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em
Ciências na área de Saúde Pública.*

*Orientador principal: Prof. Dr. William Waissmann
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Lúcia Rotenberg*

Rio de Janeiro, junho de 2003

610.73
7843m
ex. 2



FIOCRUZ
CENTRO DE INFORMAÇÃO E BIBLIOTECA
Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Manguinhos - RJ - Brasil
21041-210

INFORMÁTICA E TECNOLÓGICA



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Secretaria Acadêmica

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 23 de junho de 2003.

Luciana Fernandes Portela

Este trabalho é dedicado ao meu pai, Valdeque Portela,
que partiu sem saber que foi um dos meus maiores incentivadores.

AGRADECIMENTOS

A Lúcia Rotenberg, meu muito obrigado pela orientação no mestrado e na vida. Por seu carinho e dedicação sem medidas, pela amizade que me orgulho de ter.

A William Waissmann, agradeço a atenção com que cuidou de nosso trabalho e pela parceria produtiva.

Às trabalhadoras e trabalhadores, pela compreensão e atenção com que nos recebiam, pelas vivências que me emprestaram para que este projeto pudesse se concretizar.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste projeto. Especialmente a Marco André, uma daquelas pessoas que contribuíram diretamente para que este trabalho chegasse ao final.

À CAPES e a FAPERJ, pelo apoio financeiro.

Às meninas, Joseane, Flaviany e Priscilla, novas parceiras de futuras noites em claro, por proporcionarem um ambiente de trabalho sempre animado. Um agradecimento especial a Jose, pela grande ajuda nos dias de sufoco. À minha amiga Renata Soares, que me faz lamentar não tê-la conhecido há mais tempo, pelo ombro amigo durante as angústias.

Aos amigos do Departamento de Biologia do Instituto Oswaldo Cruz. Davi, Lenira, Tereza, Marisa, Lucinha Rocque, Otávio... A todos os profissionais e pesquisadores que me fizeram ter vontade de seguir seus passos.

À amiga Marcela, pela amizade e sinceridade sempre presentes em nosso relacionamento.

Agradeço à família maravilhosa que tenho. Aos meus cunhados, primos, tias e tios, pelo referencial e pelas raízes que me deram. Especialmente à minha prima Gêisa, amiga de muitas horas.

Ao Kiko, meu marido há um ano, namorado há quatro e grande amigo desde sempre. Mesmo à distância seu apoio foi fundamental nas (muitas) horas difíceis.

Aos meus sobrinhos Lorena e Estevão, que me fazem acreditar na beleza do mundo e querer que ele seja melhor.

Agradeço a minha mãe, Gilda Portela, o melhor exemplo de mulher e trabalhadora que poderia ter. Pela vida em dupla jornada dedicada às filhas e aos netos.

Às minhas irmãs queridas, Crê, Nica e Baby, há sempre tanto a agradecer. Junto com meus pais elas me deram as ferramentas para construir meu caminho. Agradeço a amizade e união que aprendemos a cultivar.

“If there were not none who were discontented with what they have,

the world would never reach for anything better.”

Florence Nightingale

RESUMO

O trabalho noturno e as longas jornadas semanais afetam a saúde e vida familiar dos profissionais. O enfoque de gênero é essencial neste contexto, dada a interação entre os trabalhos doméstico e profissional na gênese de alterações à saúde, observada em populações femininas. Este é um estudo exploratório, que visa avaliar associação entre a morbidade física/mental e queixas sobre o sono, fadiga e falta de tempo e (a) o horário de trabalho, (b) a longa duração das jornadas profissionais e domésticas e (c) a sobrecarga doméstica em profissionais da enfermagem.

A coleta de dados foi realizada em dois hospitais públicos federais, através de questionário e formulário. Os supostos fatores de risco (trabalho noturno, longas jornadas profissional e doméstica e a sobrecarga doméstica) tomados como elementos focais de estudo, foram tratados, em suas relações com efeitos à saúde, através de análises univariadas, de forma a se poder instituir hipóteses, a serem abordadas no estudo longitudinal referido.

Participaram do estudo 260 mulheres com idade entre 17 e 64 anos (média=37,4, desvio-padrão=7,4 anos), em sua maioria, casadas (70%). Quanto à categoria profissional, 23,5% eram enfermeiras, 69,2% eram técnicas de enfermagem e 7,3% eram auxiliares de serviços hospitalares; trabalhavam, em média, há 12,7 anos nesta ocupação (dp=5,9 anos).

O trabalho noturno (nos hospitais estudados ou em outros locais) se associou a altos níveis de colesterol (quando há mais de 10 anos), à falta de tempo para si, os filhos e o descanso/lazer; ao menor número de atendimentos médicos e de enxaqueca. A jornada profissional superior a 40 h/semana associou-se à falta de tempo para si, a casa, os filhos e o descanso/lazer, mas relacionou-se à redução de problemas de saúde na última quinzena. O relato de enxaqueca e de distúrbio emocional severo foram mais frequentes dentre as mulheres com carga de trabalho doméstico superior a 28 h/semana que, em contrapartida, foram as que menos se queixaram de problemas digestivos, sonolência e falta de tempo para os filhos e o descanso/lazer. Sobrecarga doméstica (considera tarefas domésticas e número de beneficiados) relacionou-se à falta de tempo para si e ao relato de varizes. Altas prevalências de varizes e de queixas de falta de tempo para si se associaram tanto à alta sobrecarga doméstica, como à alta carga total de trabalho (superior a 84 horas semanais). A prevalência do relato de hipertensão arterial foi menor entre as que detinham maior carga total de trabalho.

A conciliação entre as atividades profissional e doméstica se revela complexa, em termos de seu possível impacto à saúde e à vida familiar, considerando que não há como separá-las na análise das relações trabalho-saúde em populações femininas. Os dados indicam caminhos para a realização de estudo longitudinal, com base em amostragem mais ampla, e a necessidade de aprofundamento do tema. É intenção promover maior integração com os Núcleos de Saúde do Trabalhador dos hospitais, de forma a que os resultados deste estudo possam subsidiar ações concretas que visem a melhoria das condições de trabalho nestes hospitais.

ABSTRACT

Night work and long weekly work hours have negative effects on workers' health and family life. The gender approach is essential in this context, given that domestic and professional work are strongly interrelated among women, and may affect their health. This is an exploratory study, aiming at investigation whether referred physical and mental health conditions, and aspects of time management are associated to (a) to night work, (b) to long work hours both at hospitals and at home, and (c) to heavy housework among nursing personnel.

Data collection was carried out in two public federal hospitals, through questionnaires and forms. The hypothesized risk factors (night work, long work hours per week both at hospitals and at home, and domestic overload) were taken as central elements, so that their relations to health conditions were evaluated through univariate analysis, in order to build hypothesis to be dealt with in the referred longitudinal study.

Two hundred and sixty women took part in the study, their age range was between 17 and 64 y (mean values: 3.4 and standard deviation of 7.4 y); most of them were married (70%). As to professional category, 23.5 were nurses, 69.2 were nursing aids and 7.3 were auxiliaries in practical nursing; their mean time in career was 12.7 y (st=5.9 y).

Working at night (at the studied hospitals or at other places) was associated to high cholesterol (when working at night for more than 10 years), to the lack of time to themselves, to the children and to rest/leisure, as well as to a lower frequency of physician assistance and of complaints on migraine. Working for more than 40 hours per week was related to the lack of time for themselves, to the house, to the children and to rest/leisure, but it was related to the reduction of health problems in the last fortnight. Reports on migraine and severe emotional disturbance were more prevalent among women whose work hours at home were higher than 28 hours/week, nevertheless, those women showed a lower frequency of complaints about digestive problems, somnolence and lack of time to children and to rest/leisure. Domestic overload (considering domestic basic tasks as well as the number of potential beneficiaries) was related to the lack of time to herself and to the report of varicose veins. High prevalence of varicose veins report and of complaints about lack of time for themselves were associated both to the high domestic overload and to the high total working hours (higher than 84 hours/week). The prevalence of hypertension report was lower among those whose total working hours were high.

The conciliation between professional and domestic activities is shown to be complex, as to their possible impact on health and family life, provided that there is no way to separate them when analyzing relations between work and health in female populations. These data indicate ways to carry out a longitudinal study based on a larger sample, and the need to deeper the subject. There is an intention to promote integrated actions with the Health Workers' Comissions at the hospitals under study, so that results here presented may subsidise concrete actions aiming at improving their work conditions at those hospitals.

SUMÁRIO

	Páginas
APRESENTAÇÃO E CONTEXTO GERAL DO ESTUDO	1
INTRODUÇÃO	6
O trabalho em enfermagem e as longas jornadas de trabalho: saúde, bem-estar e cotidiano dos trabalhadores	6
A dupla-jornada como elemento essencial na análise do trabalho feminino	12
MANUSCRITO	17
Introdução	17
Metodologia	18
Resultados	25
Discussão	29
Referências	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS	48
REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO	51
ANEXOS	
Material referente aos aspectos éticos da pesquisa (documentos de aprovação do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido)	59
Cópia do instrumento de coleta	62
Folhetos ilustrativos com resumo dos resultados distribuído aos participantes	70
Distribuição da amostra em relação às características sociodemográficas e às atividades profissional e doméstica	72
Dados sociodemográficos e relativos às atividades profissional e doméstica segundo os grupos de exposição e de referência	77

O espaço conceitual onde se situa este trabalho é o da saúde do trabalhador, a partir da visão de Laurell (1981) de que o trabalho é uma categoria social e, por isso, suas inter-relações com a saúde devem ser tratadas em suas determinações múltiplas, e não só a partir de mensurações ambientais, como pressupõe e realiza a saúde ocupacional clássica. Esta entende o adoecer laboral como resultante direto exclusivo do contato do trabalhador com agentes químicos, físicos, biológicos e psicológicos, que lhe causam acidentes ou enfermidades (Laurell, 1981), sem levar em conta os determinantes sociais das doenças. Embora a abordagem histórica do campo da saúde do trabalhador exceda o escopo deste texto, cabem aqui as palavras de Mendes & Waissmann (2003), ao comentar a transição entre as “Doenças Relacionadas ao Trabalho” e a “Saúde do Trabalhador”: “... o sonho é trabalhar sem necessariamente adoecer ou morrer em decorrência do trabalho. Isto é mais que uma crença, um sonho. É uma possibilidade concreta, num mundo em rápida transformação” (p. 36).

Vive-se, atualmente, em vários países, a emergência de novas formas de organização do trabalho, que têm afetado, principalmente, o setor de serviços. Neste novo mercado, criam-se não só novas relações de trabalho, como também se introduzem, potencialmente, novos fatores de risco à saúde dos trabalhadores (Benach et al., 2002). Este é o caso, por exemplo, de atividades profissionais associadas às tecnologias da informação, como as dos trabalhadores em tele-atendimento (Hoeskstra et al., 1995). As novas tendências na organização do trabalho podem afetar os trabalhadores, entre outras coisas, pelo maior risco de ocorrência de doenças relacionadas às sobrecargas físicas e mentais duradouras, tais como doenças cardiovasculares, distúrbios musculoesqueléticos e problemas psicológicos, como comenta Landsbergis (2003).

Esta dissertação trata das relações entre a saúde e o trabalho em equipes de enfermagem. Trata-se de uma situação em que o processo de trabalho tem como objeto o cuidado com a

saúde. É um estudo que envolve o ramo dos serviços e da preservação da saúde, em seu sentido mais estrito (Merlo, 1991). Desta forma, a pesquisa envolve a saúde de trabalhadores cuja atividade de trabalho corresponde, em última instância, a cuidar da saúde de outra pessoa.

O presente estudo considera como trabalho as atividades remuneradas e domésticas, reunindo duas questões atuais na literatura sobre a interface trabalho-saúde: (a) as conseqüências do trabalho noturno/em turnos e das longas jornadas de trabalho e (b) os problemas decorrentes da interação entre o trabalho doméstico e remunerado em populações femininas.

O texto enfoca aspectos da organização temporal do trabalho, que se tipifica pelo(a): (1) duração do trabalho, seja ele diário, semanal ou anual; (2) horário de realização do trabalho em relação às 24 horas e (3) tempo destinado à execução de tarefas, expresso pela velocidade de execução, como comenta Ferreira (1988) em relação ao trabalho profissional.

Deve-se considerar que as equipes de enfermagem exercem suas atividades profissionais prioritariamente em hospitais, que são ambientes que demandam o trabalho diuturno, por excelência. A jornada nos hospitais aqui estudados, como na maioria dos hospitais brasileiros, é de 12 horas, seja diurna ou noturna. Este tipo de esquema difere substancialmente daqueles geralmente adotados em outros países, por não haver noites consecutivas de trabalho, entre outros fatores. Um dado essencial a ser levado em conta é que esta jornada é freqüentemente complementada por um segundo emprego, o que resulta em jornadas semanais extensas.

Como se trata de grupo composto, essencialmente, de mulheres, há que se levar em conta aspectos específicos do trabalho feminino que inclui, comumente, a combinação dos trabalhos doméstico e profissional (Messing, 1999).

Este estudo se inspira em pesquisas anteriores realizadas pela equipe, cujos resultados confirmaram dados observados em outros países, sobre a influência do ambiente doméstico no sono de trabalhadores do sexo feminino. Pesquisa realizada em 1994 com operárias que trabalhavam à noite (de 22 às 6 h, de 2^a. a 6^a. feira) revelou que a presença de filhos pequenos em casa afetava substancialmente o número e a duração dos episódios de sono (Rotenberg et al., 2000). Em outro estudo (em 1998), analisou-se o sono de homens e mulheres sujeitos ao mesmo esquema de trabalho, tendo se evidenciado o quanto aqueles efeitos negativos sobre o sono eram próprios da amostra feminina, pois o sono dos homens não era afetado pelas condições domésticas (Rotenberg et al., 2001). Desta forma, aos efeitos adversos do trabalho noturno – vivenciados por homens e mulheres – acrescentavam-se as dificuldades geradas pelas demandas familiares. A partir destes resultados, a equipe se voltou para o aprofundamento das questões que envolvem o trabalho feminino no âmbito profissional e doméstico, considerando que não há como separá-los na análise das relações trabalho-saúde em populações femininas.

No fim de 1999 surgiu a oportunidade de realizar uma coleta de dados envolvendo os profissionais de enfermagem de dois hospitais públicos no Rio de Janeiro. O interesse nesta população se baseava na recente adoção, em alguns setores, do turno de 24 horas, esquema relativamente raro entre profissionais de enfermagem. Considerou-se, neste contexto, o possível impacto ao sono e à saúde dos trabalhadores e as supostas implicações à qualidade da assistência. Ao elaborar o projeto para submissão ao comitê de ética, propusemos uma combinação de técnicas de cunho quantitativo e qualitativo que permitissem caracterizar as condições de vida, trabalho e saúde do grupo, analisar o sono e o uso do tempo, além de apreender as vivências relacionadas ao trabalho em turnos em termos da saúde e vida familiar, a exemplo do procedimento adotado na pesquisa anterior.

Ao ter o projeto aprovado, iniciou-se os preparativos para a realização da etapa epidemiológica, que resultou na presente dissertação. Deu-se continuidade aos contatos com o grupo Mulher e Saúde (MUSA) do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, que havia realizado um estudo epidemiológico transversal em um grande hospital público em Salvador. Considerando a relevância do trabalho doméstico, o interesse era fazer adaptações no instrumento utilizado naquela pesquisa, que contemplava diferentes aspectos das tarefas domésticas, com base em estudo canadense (Tierney et al., 1990). Percebeu-se, ainda, a necessidade de incorporar algumas questões relacionadas à morbidade física e à fadiga. Para obter dados relativos à morbidade, optou-se pelo instrumento para avaliação da capacidade para o trabalho (ICT), elaborado por equipe finlandesa (Tuomi et al., 1997), traduzido e adaptado para o português sob coordenação da Prof. Frida Marina Fischer, Faculdade de Saúde Pública da USP. Quanto à avaliação da fadiga, foi utilizado um questionário adaptado de um instrumento elaborado no Japão (Yoshitake, 1975). Os testes deste grupo de instrumentos com trabalhadores não elegíveis revelaram a impossibilidade de aplicá-los em conjunto, devido ao tempo despendido no seu preenchimento. Desta forma, o instrumento definitivo aplicado no campo baseou-se na exclusão da parte referente à fadiga, tendo incorporado ao instrumento desenvolvido na Bahia apenas as questões relacionadas à morbidade física, extraídas do ICT. Tratou-se, portanto, de priorizar a obtenção de dados relacionados ao trabalho doméstico, em detrimento de outros aspectos.

Compõe-se a dissertação de quatro seções. A primeira corresponde à Introdução, que enfoca processos de adoecimento e aspectos do gerenciamento do tempo relacionados à organização dos trabalhos profissional e doméstico, e se subdivide em duas partes: a primeira apresenta uma revisão sobre o trabalho em turnos (em particular, o trabalho noturno) e as longas jornadas de trabalho; ao passo que a segunda enfoca a interação trabalho doméstico-profissional.

A segunda seção corresponde ao texto de um artigo, em que se descreve um estudo de campo que relaciona a saúde a aspectos temporais da atividade laboral de profissionais de enfermagem, como acima exposto. O texto será vertido para a língua inglesa visando sua submissão a periódico indexado para publicação.

A terceira seção do texto contém as considerações finais e perspectivas do estudo, seguidas da quarta parte, que contém as referências bibliográficas citadas na dissertação.

Os anexos incluem (a) o material referente aos aspectos éticos da pesquisa (documentos de aprovação do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido), (b) cópia do instrumento de coleta de dados, (c) folhetos ilustrativos com resumo dos resultados dos hospitais, distribuído aos participantes, (d) distribuição da amostra em relação às características sociodemográficas e às atividades profissional e doméstica, (e) dados sociodemográficos e relativos às atividades profissional e doméstica segundo os grupos de exposição e de referência.

O TRABALHO EM TURNOS/NOTURNO E AS LONGAS JORNADAS DE TRABALHO: SAÚDE, BEM-ESTAR E COTIDIANO DOS TRABALHADORES

O trabalho em turnos e noturno

O trabalho diurno, que originalmente se concentrava nos serviços essenciais (assistência médica ou segurança), constitui, na fábrica, uma forma de aproveitar a mesma maquinaria para produzir mais. O trabalho ao longo das 24 horas também ocorre em indústrias nas quais há equipamentos que não podem ter seu funcionamento interrompido, como é o caso dos alto-fornos das refinarias (Rutenfranz et al., 1989). Mais recentemente, vivencia-se nas metrópoles a chamada “sociedade 24 horas” (Rajaratnam & Arendt, 2001), em que serviços não essenciais, como supermercados e outros estabelecimentos comerciais, funcionam diuturnamente.

O regime de trabalho em turnos caracteriza-se pela produção de bens ou prestação de serviços que funcionam por um período que ultrapassa a jornada de trabalho diurna média de um indivíduo. Desta forma, há uma continuidade do trabalho, com substituição dos trabalhadores nos mesmos postos ou tarefas, ou seja, “há continuidade da produção e uma quebra da continuidade no trabalho realizado pelo trabalhador”, como define Maurice (1975). São vários os esquemas classificados como trabalho em turnos, que variam segundo o horário de trabalho do indivíduo (fixo, alternante ou irregular) e o tipo de atividade da empresa (contínua, descontínua ou semicontínua). Em relação aos esquemas de turnos alternantes, há variações quanto ao tipo de rodízio (sentido horário ou em sentido anti-horário) e quanto ao número de dias em cada turno (esquemas rápidos ou lentos). Os turnos rápidos são aqueles em que o indivíduo permanece apenas um ou dois dias em cada turno, enquanto os turnos de rotação lenta são aqueles em que os horários se modificam a intervalos mais longos

(geralmente a cada quinzena, semana ou mês). Definições mais detalhadas sobre os esquemas de turnos são descritas em Corlett et al. (1988) e em Fischer (2003).

Para uma pessoa que trabalha à noite ou em turnos de rodízio, conciliar os horários de trabalho com as demais responsabilidades do dia pode representar um “desencontro” social. A freqüente incompatibilidade entre os horários de trabalho e os compromissos com a família ou outras atividades sociais aparece como uma queixa comum entre os trabalhadores, particularmente entre os que trabalham à noite. As pessoas envolvidas nestes esquemas de trabalho têm dificuldades em se ajustar a uma sociedade organizada temporalmente no sentido oposto ao que lhe é imposto pelo horário de trabalho (Monk & Folkard, 1992).

O “desencontro” social se soma ao fato de o organismo humano ser fisiologicamente diferente nos horários noturnos e diurnos. De acordo com sua natureza, o homem pertence ao grupo dos seres vivos classificados como diurnos, ou seja, as atividades humanas se concentram durante o dia, em oposição ao repouso, que geralmente se dá à noite (ao contrário das espécies noturnas). Essas variações decorrem da existência de ritmos biológicos, que correspondem a mudanças regulares em variáveis bioquímicas e psicofisiológicas¹. Esses fenômenos são tratados pela cronobiologia, que estuda a temporalidade dos fenômenos biológicos, suas causas e efeitos. São inúmeras as contribuições deste campo de estudos com o da saúde do trabalhador. As inter-relações entre a cronobiologia e o campo da saúde do trabalhador poderiam ser assim resumidas: (a) o organismo humano apresenta variações entre o dia e a noite, segundo um padrão de atividade diurna, o que significa que trabalhar à noite não é o mesmo que trabalhar de dia, qualquer que seja a atividade profissional, (b) essas variações envolvem uma gama de funções biológicas que se interrelacionam, caracterizando a

¹ Os ritmos biológicos podem ou não estar associados a ciclos geofísicos, tais como o ciclo diário claro/escuro ou as estações do ano. Os ritmos associados ao ciclo claro/escuro são conhecidos como circadianos, cujo período varia de 20 a 28 horas. Os ritmos não-circadianos são agrupados em: infradianos (períodos maiores que 28h) e ultradianos (períodos menores que 20h). Entre os infradianos, pode-se mencionar o ciclo menstrual e os ritmos circasseptanos, com período de cerca de sete dias, detectados em processos como a produção de plaquetas em mamíferos e a oviposição de alguns insetos. Como exemplo de ritmo ultradiano, cita-se os ritmos ultradianos de

chamada organização temporal interna (Moore-Ede et al., 1981), (c) os horários de trabalho atuam sobre os ritmos biológicos (ou seja, sobre a organização temporal interna): o indivíduo que trabalha à noite passa a dormir de dia, o que corresponde a uma mudança no ciclo vigília-sono, (d) outros fatores sociais também atuam sobre os ritmos biológicos: a pessoa que tenta dormir de dia encontra dificuldades, devido ao barulho, à claridade e às solicitações das pessoas da família. A organização temporal interna implica variações rítmicas na suscetibilidade e resistência a agentes tóxicos, que influenciam o impacto de estressores químicos, físicos e biológicos (Colacioppo & Smolensky, 2003), o que pode ser particularmente importante no ambiente de trabalho. Observa-se, portanto, que a troca do dia pela noite contraria princípios biológicos e de convivência social. Em resumo, não há como fazer uma total inversão dos ritmos, ainda que a pessoa trabalhe permanentemente à noite.

Embora inevitáveis, as conseqüências do trabalho noturno podem ser minimizadas através de intervenções na organização do trabalho, de acordo com recomendações de cunho ergonômico (Monk & Folkard, 1992), como, por exemplo, a necessidade de que a rotatividade de turnos se dê no sentido horário.

O trabalho noturno é classicamente associado a distúrbios de sono e gastrointestinais, que decorrem, comumente, da privação de sono e da alimentação em horários impróprios (Costa, 1996, 2000). Revisão recente sobre o tema relaciona esses esquemas de trabalho com maior prevalência de úlcera péptica, doença coronariana e comprometimento da saúde reprodutiva (Knutsson, 2003). Dificuldades de convivência familiar e social são queixas tão freqüentes quanto os problemas biológicos e, por vezes, são as principais causas da má tolerância ao trabalho noturno (Costa, 2003).

As dificuldades em relação ao sono apresentam-se como a maior fonte de queixas dos trabalhadores e os impedem de ter um período de sono sem perturbações ou interrupções

respiração (Marques et al., 1997).

(Rutenfranz et al., 1989; Monk & Folkard, 1992). A má qualidade do sono associada a sua pouca duração manifesta-se sob a forma de insônia, irritabilidade, sonolência excessiva e fadiga contínua, que podem comprometer o desempenho e a segurança do indivíduo em seu ambiente de trabalho, assim como o relacionamento com os familiares (Fischer, 1996; Wedderburn, 1993).

Além disso, vários estudos relacionam o trabalho noturno e em turnos a distúrbios psicossomáticos, que podem manifestar-se como cefaléia, tontura, diarreia e perda de apetite. Esses trabalhadores também apresentam maior risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, quando comparados aos que não trabalham em turnos (Boggild & Knutsson, 1999; Knutsson, 1999), o que também mostra pesquisas brasileiras sobre as condições de trabalho e saúde de profissionais de enfermagem submetidos a turnos fixos de 12 horas - diurno e noturno - que revelaram maior risco de desenvolvimento de problemas cardiovasculares entre os trabalhadores de turno noturno (Fischer et al., 2000). Boggild & Knutsson (1999) ressaltam a necessidade de estudos epidemiológicos mais aprofundados para tratar a morbidade desses trabalhadores, já que o trabalho em turnos somado a certos hábitos de vida pode estar relacionado ao desenvolvimento destas enfermidades. Dados apresentados pelo mesmo autor corroboram a importância de controlar adequadamente as relações entre o trabalho em turnos e variáveis sociodemográficas e comportamentais, como idade, classe social, ingestão de bebida alcoólica e tabagismo na avaliação dos riscos à saúde destes trabalhadores (Boggild et al., 1999).

O trabalho em turnos integra um conjunto de fatores de diversas naturezas, que interagem entre si, atuando sobre o processo “saúde-doença”. São diversos os modelos que analisam tais interações, entre os quais o de Smolensky (1981), que se refere a fatores sociais (taxa de desemprego, condições familiares), políticos (política econômica do país ou região), relacionados ao ambiente físico (ciclo claro-escuro, variações sazonais), psicossociais (apoio

doméstico e comunitário, cultura, hábitos), nutricionais (qualidade/quantidade dos alimentos) e ligados à motivação individual, além de aspectos mais diretamente associados ao trabalho, como as demandas do trabalho e o tipo de rodízio (rápido/lento; sentido horário/anti-horário).

Cabe mencionar que o termo trabalho em turnos engloba diversos esquemas de horários (duração da jornada, tipo de rotação, etc) e, portanto, as generalizações sobre o trabalho em turnos devem ser evitadas. De fato, as diferentes características da organização do trabalho provocam distintas repercussões à saúde, às relações sócio-familiares e ao próprio desenvolvimento do trabalho (Fischer, 2003).

No Brasil, os turnos classicamente adotados para equipes de enfermagem são os designados como 12/36, em que o indivíduo trabalha 12 horas a cada dois dias, com jornada diurna (de 7:00 às 19:00h) ou noturna (de 19:00 às 7:00h). Alguns hospitais adotam jornadas de 12/60 (12 horas de trabalho a cada três dias). Este tipo de esquema difere do observado em outros países como, por exemplo, a Austrália, que tradicionalmente adota jornadas com duração de 8-10 horas (Campolo et al., 1998) ou a Inglaterra, em que os turnos mais comuns incluem trabalho diurno e noturno (Barton et al., 1993).

As longas jornadas de trabalho

As discussões que envolvem longas jornadas de trabalho e os seus efeitos à saúde dos trabalhadores vêm ganhando especial atenção na literatura da área. Neste contexto, deve-se ressaltar a heterogeneidade de critérios de definição de longa jornada, quando se analisam os diferentes estudos. Podemos citar os valores, acima dos quais se define longa jornada como, por exemplo, os adotados por Nakamura et al (1997): 40 horas/semana, Shields (1999): 41 horas/semana e Maruyana & Morimoto (1996): 10 horas/dia.

No Japão, onde as longas jornadas são comuns, a sobrecarga de trabalho tem sido apontada como a principal causa das doenças ocupacionais (Uehata,1991). Em estudo

comparativo de trabalhadores expostos a diferentes cargas horárias, Maruyana & Morimoto (1996) observaram a associação das longas jornadas (maior ou igual a 10 horas/dia) à obesidade e a hábitos de vida pouco saudáveis, tais como dormir menos que 6 horas por dia e consumir bebidas alcoólicas e cigarro. O resultado final destas alterações, considerando a propensão à obesidade e a falta de atividades físicas, pode ser o desenvolvimento de problemas cardiovasculares (Uehata, 1991). Outros estudos também sugerem uma associação entre longas jornadas e o comprometimento do sistema cardiovascular. Resultados como os de Hayashi et al. (1996) indicaram que a sobrecarga de trabalho pode ter um efeito potencializador na geração de hipertensão arterial. Sokejima & Kagamimori (1998) apontaram uma tendência do aumento do risco de infarto agudo do miocárdio com o aumento do número médio de horas dedicadas ao trabalho.

Em estudo de revisão, Shields (1999) concluiu que as longas jornadas de trabalho associaram-se negativamente à saúde do trabalhador, pelo desenvolvimento de episódios depressivos, redução da atividade física e suas conseqüências, hipertensão arterial e problemas musculoesqueléticos.

As longas jornadas de trabalho podem ser freqüentes entre os profissionais que trabalham em mais de um local, como é a regra entre os profissionais da saúde no Brasil. Os dados de Menezes (1996) em relação a enfermeiras e auxiliares de enfermagem de um hospital público em Salvador, Estado da Bahia, ilustram este ponto, já que 71% das profissionais do turno da noite se referiam a uma segunda atividade remunerada, geralmente em outra unidade de saúde. O que se traduz, vinculadas às más condições de trabalho das equipes de enfermagem, carga horária extensa, baixa remuneração e falta de reconhecimento da profissão, em fatores de agravo às cargas psíquicas do trabalho e as patologias a elas associadas (Stacciarini & Tróccoli, 2001).

Em relação, especificamente, à categoria dos médicos, Olson & Anbrogetti (1998) ressaltam a fadiga excessiva como altamente prejudicial ao desempenho profissional, à capacidade de aprendizado e à qualidade de vida do trabalhador.

Apesar de atenção que vem sendo dada ao tema, ainda são escassos os estudos que investigam a associação entre as longas jornadas de trabalho e as alterações na saúde e no comportamento dos trabalhadores. Ainda que os efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde do trabalhadores venham sendo abordados na literatura, são raros os estudos nesta área que enfatizam o número de horas trabalhadas (Shields, 1999).

A DUPLA JORNADA COMO ELEMENTO ESSENCIAL NA ANÁLISE DO TRABALHO FEMININO

Nas populações femininas, o trabalho em turnos e as longas jornadas se somam, freqüentemente, ao trabalho doméstico, levando as trabalhadoras a vivenciar a chamada “dupla jornada” (Kergoat, 1989; Messing, 1999). Como comenta Doucet (1995), qualquer que seja a técnica utilizada para “mensurar” a participação das pessoas no trabalho doméstico (avaliação do uso do tempo, questionários sobre a distribuição das tarefas domésticas, estudo das atividades de “gestão” do cotidiano doméstico), o trabalho realizado em casa ainda pertence essencialmente à mulher. Segundo a autora, quando muito, cabe aos homens a participação em atividades prazerosas (como aquelas ligadas ao lazer dos filhos), mais do que em tarefas rotineiras diárias. Como comenta a autora, o consenso geral entre os pesquisadores é que a igualdade na divisão do trabalho doméstico ainda está por ser alcançada.

De fato, as mulheres mantêm seu papel como principais responsáveis pela casa e pelo cuidado dos filhos, independentemente de possuírem um emprego remunerado. A tendência à redução do trabalho doméstico das mulheres observada nas décadas de 60, 70 e 80 não é proporcional a sua maior presença no trabalho remunerado (Gershuny & Robinson, 1988).

Desta forma, as mulheres trabalhadoras têm de conciliar dois papéis sociais simultâneos: o familiar e o profissional.

O acúmulo de múltiplas responsabilidades pode afetar negativamente a saúde e bem-estar físico e mental (Gove, 1984). Por outro lado, podem haver aspectos benéficos dos múltiplos papéis: tanto o trabalho fora de casa, como a responsabilidade com a família podem atuar como fontes de satisfação, aumentando a auto-estima, além de dar suporte financeiro à mulher, o que tende a favorecer suas condições de saúde (Hibbard & Pope, 1991; Kawachi et al., 1999). Essas duas vertentes têm sido descritas na literatura como associadas, respectivamente, ao *desgaste múltiplo*, que enfoca os efeitos negativos, e ao *vínculo múltiplo*, que se centra nos aspectos benéficos (Lahelma et al., 2002).

Uma defensora importante da vertente relacionada ao *desgaste múltiplo* é Hall (1990, 1993), que propõe a existência de um mecanismo de desgaste acumulativo decorrente dos múltiplos papéis das mulheres e que estaria associado a aumento de risco à saúde. Na visão de Hall, as relações entre o trabalho doméstico e profissional variam segundo os papéis associados aos gêneros. Esses papéis estão diretamente relacionados ao conceito de divisão sexual do trabalho, em que cabe aos homens o trabalho produtivo e às mulheres o reprodutivo (Hirata & Kergoat, 1998; Kergoat, 1989). Isso se reflete na obrigação da mulher de cuidar da casa, do marido e dos filhos e, posteriormente, dos pais. Evidencia-se, então, que a distribuição de responsabilidades em uma família pode variar de acordo com o sexo, tendendo à desigualdade (Walters, 1996).

Segundo Baruch et al. (1987), as investigações de saúde ocupacional são focadas em amostras masculinas e, por isso, consideram o local de trabalho como fonte geradora de sobrecargas e, o lar, um santuário livre deste mal. Tal abordagem corrobora a idéia de que a vida familiar, assim como o trabalho doméstico não remunerado, podem ser considerados livres de riscos à saúde. Uma análise recente de patologias relacionadas ao sistema

musculoesquelético em operárias revela piores condições de saúde entre as casadas e com filhos de até 13 anos, quando comparadas às solteiras sem filhos. O estudo ressalta aspectos da vida doméstica como fatores importantes no desenvolvimento das patologias (Björkstén et al., 2001).

Análises do uso do tempo fornecem resultados similares como, por exemplo, o estudo de Bird & Fremont (1991), cujos resultados indicam que os homens dedicam menos tempo aos filhos.

Em suma, a hipótese do desgaste múltiplo pressupõe que a demanda de arcar com as atribuições domésticas impõe às mulheres novos riscos à saúde, além daqueles oriundos da atividade profissional (McDaniel, 1987). De acordo com esta visão, entender os efeitos do trabalho à saúde da mulher implica reconhecer a realização de tarefas domésticas como atividades de trabalho, como preconizam Tierney et al. (1990) e Messing (1999).

Já a hipótese do vínculo múltiplo considera que o trabalho remunerado dá às mulheres um maior potencial de melhorar sua condição social através da acumulação de recursos, do maior suporte social, do prestígio e da possibilidade de obter maior controle e poder no âmbito familiar (Rosenfield, 1989). Ao analisar esta afirmativa, Griffin et al. (2002) associam tal situação a menores taxas de depressão e ansiedade entre as mulheres que trabalham. Estes mesmos autores analisam as relações “trabalho-saúde” com ênfase nos aspectos relacionados à classe social, ressaltando as diferentes circunstâncias que cercam os trabalhos fora e dentro de casa. O estudo faz referência a mulheres que trabalham em tempo integral e detêm a responsabilidade pelos filhos, sugerindo que há um limiar a partir do qual os benefícios do trabalho remunerado começam a se reverter no sentido dos agravos à saúde.

Em relação especificamente ao trabalho em turnos e noturno, a dupla jornada tem sido analisada do ponto de vista de seus efeitos adversos à saúde, em função das demandas específicas dos horários de trabalho. O trabalho noturno, por exemplo, demanda a

necessidade de se manter em vigília à noite e precisar repousar de dia, o horário em que devem ser realizadas as tarefas domésticas, levando as mulheres a vivenciar um conflito em sua vida cotidiana. Em outras palavras, o trabalho noturno torna particularmente visíveis as dificuldades relacionadas ao gerenciamento do tempo.

As diferenças no cotidiano de homens e mulheres são observadas mesmo em situações em que ambos os grupos desempenham a mesma atividade profissional, como observado no estudo de Oginska et al. (1993). Os autores constataram diferenças importantes em relação aos papéis desempenhados em casa: o homem volta do trabalho e pode repousar, enquanto a mulher recomeça um outro trabalho.

Nesse contexto, Gadbois (1981) demonstrou que enfermeiras do turno noturno, casadas e com filhos dormiam, ao longo de um dia, 1h e 20min a menos do que as solteiras. Em recente estudo com operárias que trabalhavam à noite, foi constatado que a presença de filhos está associada à menor duração dos episódios de sono matutinos e à maior fragmentação do sono diurno. Além disso, foi observado um maior número de queixas referentes à fadiga, dificuldade em pegar no sono e à insatisfação com a duração do sono entre as trabalhadoras com filhos pequenos (até 10 anos) quando comparadas às demais (Rotenberg et al., 2000a, 2000b). Esses resultados revelam o quanto as mulheres priorizam seu papel na família, em detrimento do sono e, de forma mais abrangente, de seu bem-estar (Wedderburn, 1990; Rotenberg et al., 2001). Pesquisas canadenses abordaram a relação entre o tempo dedicado aos filhos e ao trabalho em um grupo de telefonistas submetidas a horários irregulares de trabalho. Os autores concluíram que estes horários de trabalho são incompatíveis com o cuidar adequadamente dos filhos, no caso de grupos femininos (Messing, 1999).

Cabe notar que o processo de “feminização” em algumas profissões está relacionado aos papéis considerados “apropriados” cultural e socialmente, como no caso da enfermagem,

analisado por Avendaño et al. (1995). A atuação em enfermagem corresponderia, portanto, a um prolongamento das atividades de cuidado assumidas historicamente pelas mulheres no âmbito doméstico, refletindo a clássica divisão sexual do trabalho.

Em conjunto, essas questões revelam a necessidade de se desenvolver instrumentos de análise da relação “trabalho-saúde” que levem em conta o cotidiano das populações femininas, ao invés de se utilizar instrumentos clássicos da saúde ocupacional desenvolvidos para populações masculinas (Aquino, 1996). Isso significa, por exemplo, computar as horas dedicadas ao trabalho doméstico como parte da jornada de trabalho. Parte-se, assim, do conceito de trabalho como toda a atividade (socialmente) necessária para a manutenção da própria sociedade. Enquadram-se aí todas as formas de trabalho feminino, o trabalho reprodutivo e o informal, entre outros (Waissmann, 2003).

MORBIDADE REFERIDA EM PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM: RELAÇÕES COM O HÓRARIO DE TRABALHO, JORNADA SEMANAL E TRABALHO DOMÉSTICO

Luciana F Portela¹, Lúcia Rotenberg¹, William Waismann²

¹ Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde, Departamento de Biologia, Instituto Oswaldo Cruz, Fiocruz

² Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, ENSP, Fiocruz

INTRODUÇÃO

Este texto aborda as relações entre a saúde e o trabalho em equipes de enfermagem, considerando as atividades remuneradas e domésticas. O estudo reúne duas questões atuais na literatura sobre a interface trabalho-saúde: (a) as conseqüências do trabalho noturno/em turnos e das longas jornadas e (b) os problemas decorrentes da interação entre o trabalho doméstico e remunerado em populações femininas.

O trabalho noturno é classicamente associado a distúrbios de sono e gastrointestinais, que decorrem da privação de sono e da alimentação em horários impróprios (Costa, 2000). Revisão recente sobre o tema relaciona esses esquemas de trabalho com maior prevalência de úlcera péptica, doença coronariana e comprometimento da saúde reprodutiva (Knutsson, 2003). Dificuldades de convivência familiar e social são queixas bastante freqüentes entre os trabalhadores e, por vezes, são as principais causas da má tolerância ao trabalho noturno (Costa, 2003).

As longas jornadas de trabalho estão relacionadas a mudanças no estilo de vida, como a redução da atividade física, o maior consumo de álcool e cigarro e a adoção de maus hábitos alimentares, sendo observados o aumento dos níveis de estresse, o desenvolvimento de problemas musculoesqueléticos (Shields, 1999) e hipertensão arterial, dentre outros (Hayashi et al., 1996; Sokejima & Kagamimori, 1998).

A questão da dupla jornada – combinação dos trabalhos profissional e doméstico (Kergoat, 1989) – é essencial quando se analisam as mulheres trabalhadoras. As mulheres mantêm seu papel como principais responsáveis pelo trabalho doméstico e pelas atividades de cuidado dos filhos, independentemente de possuírem um emprego remunerado. Desta forma, as mulheres trabalhadoras têm de conciliar dois papéis sociais: o familiar e o profissional. O acúmulo de múltiplas responsabilidades pode afetar negativamente a saúde e o bem-estar físico e mental (Gove, 1984). Por outro lado, pode haver aspectos benéficos dos múltiplos papéis: o trabalho fora de casa e a responsabilidade com a família podem atuar como fontes de satisfação, aumentando a auto-estima, além de dar suporte financeiro à mulher, ambos parecendo favorecer suas condições de saúde (Kawachi et al., 1999). As relações entre o trabalho e a saúde, segundo o gênero e a classe social, são analisadas por Griffin et al. (2002), que chamam a atenção para as diferentes circunstâncias que cercam os trabalhos fora e dentro de casa. Os autores se referem, por exemplo, a mulheres que trabalham em tempo integral e que detêm a responsabilidade pelos filhos, sugerindo que há um limiar a partir do qual os benefícios do trabalho remunerado começam a se reverter no sentido dos malefícios à saúde.

Este artigo descreve um estudo transversal de cunho exploratório com profissionais de enfermagem de dois hospitais, com o objetivo de analisar se a morbidade referida e as queixas sobre o sono, a fadiga e a falta de tempo estão associadas ao horário de trabalho, à duração da jornada semanal e às características do trabalho doméstico.

METODOLOGIA

Este estudo constitui uma fase exploratória de uma investigação epidemiológica longitudinal relacionada ao impacto dos horários de trabalho na saúde e no bem-estar dos trabalhadores de enfermagem. O estudo é parte integrante de um projeto que aborda o uso do

tempo, a quantificação dos horários de sono e a experiência no trabalho em turnos e sua influência na vida familiar e social.

No presente artigo, o trabalho noturno, as longas jornadas semanais e a carga de trabalho doméstico foram considerados como possíveis riscos à saúde. O estudo foi planejado com o intuito de realizar análises univariadas, de forma que os resultados possam subsidiar a elaboração de instrumentos de coleta que permitam avaliar a interação entre os diversos componentes dos trabalhos profissional e doméstico e sua associação com a saúde.

A pesquisa de campo foi realizada em dois hospitais públicos federais no Rio de Janeiro, assim designados no texto: **Hospital 1** (120 leitos, hospital-maternidade e centro de referência em saúde da mulher, da criança e do adolescente) e **Hospital 2** (40 leitos, hospital de pequeno porte, para tratamento de doenças infecto-contagiosas). Na ocasião do estudo, ambos os hospitais haviam adotado o turno de 24 horas de trabalho para parte das equipes de enfermagem.

Foi utilizado, nesta abordagem transversal, um questionário estruturado com questões abertas e fechadas, com intuitos exploratórios, cujos resultados visam auxiliar a continuidade da pesquisa. O instrumento inclui segmentos do questionário descrito por Aquino (1996), exceto em relação ao bloco referente à saúde, que se baseou também no questionário para avaliação do Índice de Capacidade para o Trabalho - ICT (Tuomi et al., 1997). O instrumento descrito por Aquino (1996) foi submetido a estudos preliminares para avaliar a compreensão dos quesitos por profissionais da enfermagem. A validação do ICT com base no padrão-ouro se refere à versão original do questionário (finlandesa); o instrumento traduzido para o português (sob coordenação da Dra. Frida Fischer, FSP/USP) foi submetido a diversos grupos ocupacionais, com o intuito de verificar a linguagem e a compreensão das questões. A presente investigação incluiu a aplicação prévia do instrumento junto a profissionais não elegíveis de um dos hospitais (trabalhavam em turnos, porém não atuavam na assistência)

com base na qual foram feitas adaptações no instrumento, visando a redução do tempo de aplicação do instrumento e a adequação de questões. O instrumento foi aplicado em entrevistas face-a-face, por mulheres com idade entre 20 e 30 anos.

O instrumento de coleta constituiu-se de um formulário, preenchido pela equipe, que aborda as seguintes informações:

- dados sociodemográficos;
- dados relativos à atividade profissional: número de empregos, horário de trabalho, jornada semanal (questão aberta com base em recordatório sobre os 7 dias que antecederam o dia de coleta), esforço físico no trabalho (leve/moderado/pesado), tempo na ocupação (questão aberta);
- dados relativos ao trabalho noturno: número de plantões nos últimos 15 dias, tempo de trabalho no turno (questão aberta), trabalho noturno fora dos hospitais estudados, razões da escolha do turno, possibilidade de dormir ou repousar durante o trabalho noturno (questão aberta) e informações relativas ao trabalho noturno anterior (tempo de trabalho noturno, razões da saída do turno noturno);
- informações sobre o trabalho doméstico: número de horas dedicadas à atividade doméstica (total de horas da última semana), esforço físico (leve/moderado/pesado), participação do cônjuge (nenhuma/divide as tarefas/ajuda de vez em quando), de outros familiares e apoios externos, grau de responsabilidade sobre realização das tarefas básicas (limpar, cozinhar, lavar e passar roupa, avaliadas através de codificação segundo a participação em cada tarefa (escores: 0 - não faz, 1 - faz a menor parte, 2 - divide, 3 - faz a maior parte, 4 - faz inteiramente);
- queixas referentes ao sono e cansaço, estudadas através da dicotomia sim/não: dormir mal, dificuldade para iniciar sono, dificuldade para reiniciar sono após interrupção, uso de

remédios para dormir, sonolência, cansaço quando acorda, cansaço constante, cansaço sem razão aparente;

-queixas relativas ao gerenciamento do tempo, estudadas através da dicotomia sim/não: insuficiência do tempo para o descanso ou lazer, para os filhos, para cuidar da casa e de si próprio/a;

- doenças e sintomas: infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, angina do peito, derrame cerebral, diabetes melito, úlcera péptica, doença renal, hipertensão arterial, enxaqueca, colesterol alto, artrite, lesões por esforços repetitivos (LER), distúrbio emocional severo e distúrbio emocional leve (depressão leve, tensão, ansiedade ou insônia), que correspondem às questões extraídas do instrumento descrito por Tuomi et al. (1997) e varizes, distúrbios digestivos, dor de cabeça, problemas respiratórios (rinite, sinusite, asma, bronquite), alergias de pele, que se baseiam no instrumento descrito por Aquino (1996);

- distúrbios psíquicos menores, com base nas respostas a 20 questões contidas no questionário apresentado por Aquino (1996), utilizando-se respostas dicotomizadas do tipo “sim/não”. A identificação dos casos se baseou no ponto de corte de 7 respostas “sim”, de acordo com Mari (1986);

- outros aspectos ligados à morbidade: atendimento médico nos últimos 15 dias, hospitalização nos últimos 12 meses e uso de medicamentos nos últimos 7 dias.

O instrumento utilizado também inclui uma seção autopreenchida, com informações sobre a organização do processo de trabalho, relações com a chefia e colegas e satisfação no trabalho, abordando aspectos da autonomia e do controle no trabalho.

O critério de elegibilidade foi a atuação na assistência aos pacientes. As análises referentes aos horários de trabalho consideraram o emprego nos hospitais estudados ou em outros locais.

Como variáveis independentes foram analisados o horário de trabalho, a duração da jornada semanal, as tarefas domésticas e a carga total de trabalho (trabalho doméstico e profissional). Embora haja concordância de que essas variáveis são, na realidade, interdependentes e dependam de vários fatores econômicos, familiares e sociais de cada trabalhador, elas podem atuar como variáveis independentes de caráter geral em um estudo que busque identificar alguns aspectos estruturais da relação “trabalho-saúde”. O modo pelo qual estas variáveis foram analisadas é explicitado a seguir:

1. Horário de trabalho

Nesta análise, o trabalho noturno foi considerado como risco: os profissionais que trabalham à noite em pelo menos um emprego constituem o grupo de exposição, enquanto os trabalhadores diurnos integram o grupo de comparação. Foram feitas comparações adicionais entre os trabalhadores noturnos atuais e aqueles que nunca exerceram atividade noturna; da mesma forma, os profissionais que haviam trabalhado à noite no passado (ex-noturnos) foram comparados aos que nunca trabalharam à noite. Tais comparações se referem a doenças crônicas, como uma forma indireta de avaliar o efeito do trabalhador sadio sobre possível negação associativa entre o trabalho noturno e efeitos deletérios à saúde (Costa, 2000).

2. Duração da jornada de trabalho

Esta variável refere-se ao número de horas dedicadas ao trabalho profissional, testando-se a existência de uma relação direta entre a duração da jornada e os problemas de saúde e as queixas de sono, fadiga e falta de tempo. Utilizou-se como ponto de corte o valor de 40 horas semanais de trabalho, que corresponde à jornada mais comumente adotada em vários países (Taddei, 1998), incluindo o Brasil (Fischer, 2003).

3. Trabalho doméstico

Esta análise pressupõe que o número de horas dedicadas ao trabalho doméstico esteja associado à ocorrência de problemas de saúde, queixas de sono, fadiga e de falta de tempo. As análises foram realizadas em duas etapas. A primeira se baseou no número de horas dedicadas às atividades domésticas: as pessoas que trabalharam até 28 horas por semana (4 horas de trabalho diário, em média) foram incluídas no grupo de comparação, enquanto aquelas que trabalharam mais de 28 horas por semana constituíram o grupo de estudo. A segunda análise se refere à sobrecarga doméstica, que considera o número de moradores (excluindo o profissional estudado) e o grau de responsabilidade de cada pessoa em relação aos quatro tipos básicos de tarefas domésticas – limpar a casa, cozinhar, lavar e passar roupa (v. Aquino, 1996, Tierney et al., 1990). A definição desta variável se deu através do seguinte procedimento: o somatório dos escores relativos à cada tarefa é multiplicado pelo número de potenciais beneficiados, que é definido pelo número de moradores, exceto a própria entrevistada. Quanto maior o grau de responsabilidade por cada tarefa e/ou o número de beneficiados, maior o valor da sobrecarga doméstica. O indicador de sobrecarga doméstica foi tratado de forma a se constituir de dois grupos, referentes à sobrecarga baixa (grupo de comparação) e à sobrecarga alta (grupo de estudo), considerando-se como ponto de corte o segundo tercil, nos moldes descritos por Aquino (1996).

4. Carga total de trabalho

A hipótese para esta análise é a relação entre o número de horas dedicadas ao trabalho (neste caso, o total de horas dedicadas ao trabalho remunerado e ao doméstico) e a ocorrência de problemas de saúde, queixas sobre o sono, fadiga e de gerenciamento do tempo. A carga total de trabalho baseou-se na comparação entre os trabalhadores que relataram, no mínimo,

85 horas de trabalho total por semana (grupo de estudo) e aqueles que trabalham até 84 horas por semana (grupo de comparação), que corresponde à jornada média de 12 horas diárias.

Os dados quantitativos referentes à jornada profissional (número de horas de trabalho e número de noites de trabalho), doméstica (número de horas dedicadas ao trabalho doméstico) e à carga total de trabalho foram excluídos nos casos em que o(a) profissional tivesse tido férias, licença ou troca de plantão nas duas semanas que precederam a entrevista para coleta de dados.

Foi realizado o tratamento estatístico dos dados, de forma a sugerir associações a serem confirmadas em etapas posteriores do projeto maior no qual se insere este estudo. A análise dos dados se iniciou com o levantamento das freqüências simples relativas às doenças, sintomas e queixas relativas ao sono e cansaço. Foi feito um resumo desses dados em termos dos principais problemas de saúde em relação à amostra de cada hospital. Este material foi reunido em um folheto ilustrativo, que foi distribuído individualmente a cada participante.

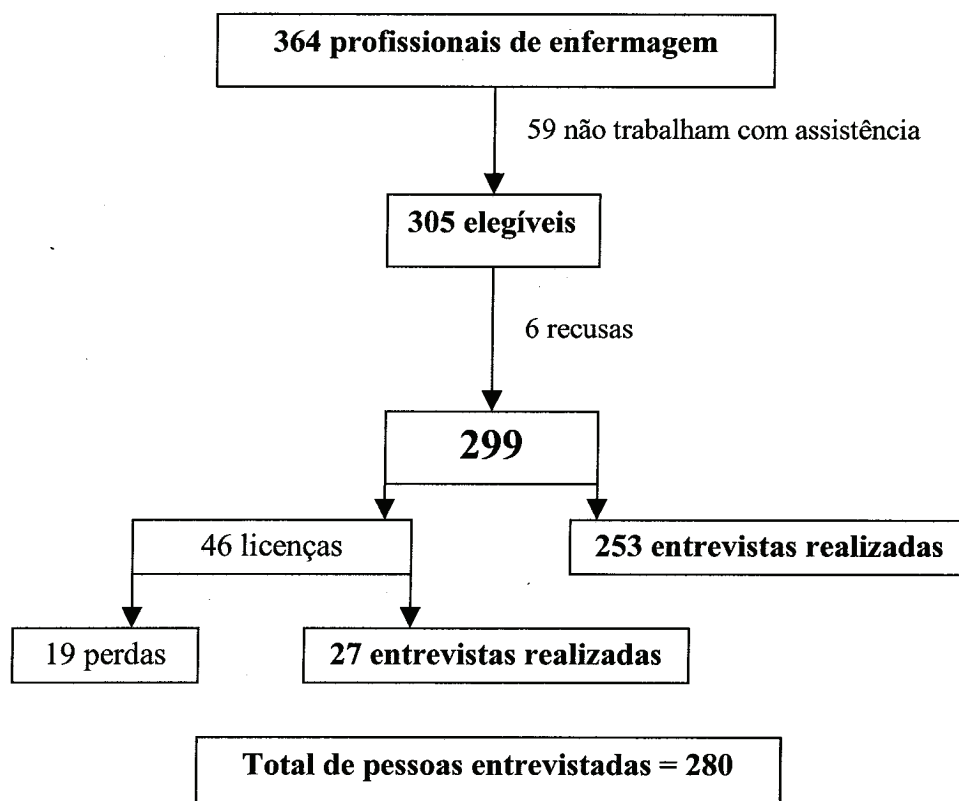
As análises estatísticas levaram em conta o conjunto de dados dos dois hospitais. Embora haja críticas quanto a esta prática do ponto de vista estatístico, ela é aceita por grande parte do meio científico, como comentam Santana & Cordeiro (2003). As associações entre as variáveis independentes e dependentes foram avaliadas através da estimativa da razão de prevalência, com um intervalo de confiança de 95%. Foram feitas as seguintes análises adicionais relativas exclusivamente aos trabalhadores noturnos, considerando os mesmos desfechos (gerenciamento do tempo, queixas sobre o sono e cansaço e estado de saúde).

(a) aqueles que trabalharam à noite pelo menos cinco noites na quinzena anterior à coleta (grupo de estudo) foram comparados com os que trabalharam até 4 noites no mesmo intervalo de tempo (grupo de comparação);

(b) aqueles que trabalhavam há mais de 10 anos no turno noturno (grupo de estudo) foram comparados aos que trabalhavam à noite por até 10 anos (grupo de comparação).

RESULTADOS

As listagens fornecidas pelos hospitais à época da coleta de dados indicavam que 364 profissionais compunham a equipe de enfermagem, excluídos os residentes e os contratados como autônomos. Dentre os 364 trabalhadores, 59 (16,2%) foram excluídos da pesquisa por não prestarem assistência aos pacientes e 6 (1,6%) se recusaram a participar. Do número restante (299) foram entrevistados 253 trabalhadores, tendo em vista que 46 pessoas estavam afastadas por licença-maternidade, licença médica ou sem vencimento no período destinado à coleta de dados (31/5 a 01/08/2000). Para reduzir as perdas, foi feita uma nova coleta de dados após dois meses (de 29/9 a 31/10/2000), tendo sido entrevistados 27 pessoas; as demais (19 profissionais) não tinham previsão de retorno naquele período. Desta forma, o número de perdas devido às licenças foi de 19 pessoas, o que corresponde a um percentual de 5,2%. Em resumo, foi excluído do grupo inicial um total de 84 pessoas, levando à amostra final de 280 profissionais. O diagrama abaixo ilustra a distribuição dos trabalhadores e trabalhadoras em ambos os hospitais.



Do número total de entrevistas realizadas (280), 240 se referem ao Hospital 1 e 40, ao Hospital 2. Quanto ao gênero, 260 profissionais são mulheres e 20, homens.

As mulheres que compõem a população tinham idade entre 17 e 64 anos, sendo o valor médio de 37,4 (dp=7,4 anos). A maior parte das trabalhadoras era casada ou coabitava maritalmente (57,7%), 25,4% eram solteiras e 14,6% eram separadas/divorciadas e 2,3% eram viúvas. Em relação à categoria profissional, 23,5% eram enfermeiras, 69,2% eram técnicas de enfermagem e 7,3% eram auxiliares de serviços hospitalares. A média de tempo na ocupação foi de 12,7 anos (dp=5,9 anos). As jornadas de trabalho profissional foram, em média, 40,2 horas/semana (dp=18,1 h), incluídas as atividades desenvolvidas em outros locais.

No que concerne ao grupo masculino, a idade variou de 21 a 48 anos, com média de 33,3 (dp=7,3 anos). A maior parte dos trabalhadores era casada ou coabitava maritalmente (75,0%), 15% eram solteiros e 10% eram separados. Em relação à categoria profissional, 30% eram enfermeiros, 65% eram técnicos de enfermagem e 5% eram auxiliares de serviços hospitalares. A média de tempo na ocupação foi de 10,3 anos (dp=6,1 anos). As jornadas de trabalho profissional foram, em média, 59,2 horas/semana (dp=28,4 h), incluídas as atividades desenvolvidas em outros locais.

Considerando o reduzido tamanho do grupo de trabalhadores do sexo masculino (n=20) e a possível discrepância entre as amostras masculina e feminina (em particular, em relação aos dados relativos ao trabalho doméstico), optou-se por excluir a amostra masculina das análises aqui realizadas.

Para aproximadamente 46,2% das trabalhadoras, o tempo gasto no trajeto de casa para o trabalho e vice-versa é menor que uma hora nos dias de semana, 48,4% dispõem entre uma e duas horas e para uma pequena parcela (5,4%) o tempo de trajeto chega a alcançar mais de duas horas. Nos fins de semana, este período de tempo decai para menos de uma hora para a maioria dos trabalhadores (62,6%).

O tempo dedicado ao trabalho doméstico foi, em média, de 31,8 horas/semana (dp=22,4 h); a jornada total média, considerando as atividades remunerada e doméstica, foi de 71,2 horas/semana (dp=20,9 h).

Cinco esquemas de trabalho eram adotados nos hospitais estudados, com jornada média de 30 horas/semana.

Turno noturno: trabalho de 7:00 às 19:00 h, seguido por dois dias de folga (n=44);

Turno diurno: trabalho de 19:00 às 7:00 h, seguido por dois dias de folga (n=69);

Turno de 24 horas: trabalho de 7:00 às 7:00 h, seguido por cinco dias de folga (n=90);

Trabalho matutino: trabalho de 7:00 às 13:00 h, pelo menos quatro dias por semana, apenas durante os dias da semana, ou seja, nos dias ditos “úteis” (n=20);

Trabalho diurno: trabalho de 7:00 às 19:00 h, duas ou três vezes por semana, apenas nos dias úteis (n=35).

Os três primeiros esquemas de horários obedecem a uma seqüência contínua, que inclui o trabalho nos fins de semana; os demais incluem apenas o trabalho nos dias úteis.

A maioria das trabalhadoras (58,5%) possuía apenas um emprego, 41,5% exerciam outra atividade profissional, geralmente relacionada à área da saúde. Dentre as profissionais que trabalhavam no turno noturno (n=44), 63% trabalhavam em outro local, sendo 27% de noite e 36% de dia; as demais tinham apenas um emprego. A maioria das trabalhadoras do turno diurno (55%) tinha apenas um emprego, 40% trabalhavam em outro local na área da saúde, sendo 30% de dia e 10% de noite, ao passo que 5% trabalhavam fora da área da saúde (5%). Dentre as trabalhadoras submetidas ao turno de 24 horas, 58% trabalhavam apenas nos hospitais de estudo, apenas 9% possuíam uma segunda atividade noturna e 33% trabalhavam de dia em outro local. As profissionais submetidas ao trabalho matutino e ao trabalho diurno geralmente trabalhavam apenas nos hospitais de estudo, correspondendo a percentuais 90% e 80%, respectivamente.

O número médio de noites de trabalho na última quinzena foi de 3,7 noites ($dp=2,3$ noites). Era permitido aos profissionais dormir ou descansar durante o trabalho noturno, havendo locais próprios para o repouso em cada setor de ambos os hospitais estudados. Para 70% do grupo, o tempo de sono durante o trabalho noturno foi de 2 a 3 horas, em 23% a duração referida foi de até duas horas e 4% dedicaram mais de 3 horas ao sono e 3% relatam não dormir durante o trabalho noturno.

Os problemas de saúde mais comumente referidos no grupo como um todo foram: dor de cabeça (65%), varizes (62%), nervosismo, ansiedade ou insônia (56,5%), enxaqueca (47%), alergias respiratórias (41%), distúrbios psíquicos menores (39%), LER (31%), hipertensão arterial (26%) e problemas digestivos (25%). Quanto ao sono e cansaço, as queixas mais comuns referiram-se a: dormir mal (44%), ter dificuldade para voltar a dormir após acordar (45%), sentir sonolência (41%) e sentir cansaço constante (35%). Os seguintes percentuais de queixas foram observados quanto à falta de tempo para: cuidar de si, 72%; descanso ou lazer, 41,5%; ficar com os filhos, 32%; e cuidar da casa, 53%.

A tabela 1 apresenta os resultados do tratamento estatístico. A prevalência de enxaqueca e de relato sobre atendimento médico na última quinzena foi maior entre os trabalhadores diurnos, em relação aos noturnos, de forma que o tratamento estatístico sugeriu menor risco potencial destes desfechos entre os que trabalhavam à noite. Entre os que exerceram atividade profissional por mais de 40 horas semanais, os problemas de saúde na última quinzena foram menos frequentes do que entre os que trabalharam menos horas (razão de prevalência de 0,59), sendo mais frequentes os relatos de varizes e de queixas de falta de tempo para a casa, para si, para os filhos e para o descanso e lazer. Relatos de enxaqueca e de distúrbio emocional severo foram mais frequentes entre as profissionais sujeitas a longas jornadas de trabalho doméstico, sendo menos frequentes as sensações desagradáveis no estômago, os problemas digestivos e as queixas de sonolência, cansaço constante e tempo

insuficiente para os filhos e para o descanso e lazer. Altas prevalências de varizes e de queixas de falta de tempo para si se associaram tanto à alta sobrecarga doméstica, como à alta carga total de trabalho (superior a 84 horas semanais). A prevalência da hipertensão arterial foi menor entre as que detinham maior carga total de trabalho.

As profissionais que sempre trabalharam de dia apresentaram maior prevalência de enxaqueca, em relação às que trabalhavam à noite na ocasião da coleta. O relato de tensão, ansiedade ou insônia também foi mais freqüente entre elas, tanto em relação às trabalhavam à noite atualmente, como em relação às que já tinham trabalhado à noite no passado.

O relato de colesterol alto foi mais freqüente entre as que trabalhavam à noite por mais de 10 anos. A prevalência da queixa de falta de tempo para cuidar dos filhos e para o descanso e lazer foi maior entre as que trabalhavam à noite mais de 4 vezes por quinzena.

DISCUSSÃO

O presente estudo baseia-se na identificação de doenças e sintomas a partir do relato das trabalhadoras, que expressa sua percepção sobre a doença, e não necessariamente, a doença clínica. Estudos baseados na morbidade referida são criticados na literatura da área, como se vê no texto de Hernberg (1984). Segundo o autor, relatos de depressão, hipertensão e insônia são carregados de conflitos emocionais, o que dificulta a obtenção de respostas livres do estresse ocupacional. Entretanto, a utilização da morbidade referida em estudos epidemiológicos se justifica por sua praticidade, em oposição ao diagnóstico médico, que demandaria a avaliação clínica de todo o grupo estudado, abrangendo todas as variáveis dependentes tratadas na pesquisa.

Sabe-se que, na maioria dos casos, fatores ocupacionais específicos constituem apenas um dos determinantes etiológicos das doenças. Variáveis de diversas naturezas, entre as quais a idade, o sexo, o consumo de cigarro ou bebida alcoólica, podem interagir com as condições

de trabalho ou gerar efeitos mais severos do que a atividade laboral isoladamente, daí as dificuldades da epidemiologia ocupacional na demonstração de relações entre o trabalho e a doença (Mur & Cavalier, 1982). O presente estudo lida exclusivamente com análises univariadas, sem se ater às possíveis interações entre as variáveis independentes. Apesar das limitações expressas, a pesquisa atingiu o objetivo proposto em termos de identificar possíveis associações entre fatores dos trabalhos profissional e doméstico e as condições de saúde, a serem testadas futuramente.

A comparação geral entre os trabalhadores noturnos e diurnos revelou resultados surpreendentes, tais como: (a) as poucas associações significativas com a morbidade sugerem um possível fator de proteção do trabalho noturno e (b) a ausência de associação entre o trabalho e queixas sobre o sono ou cansaço.

Duas hipóteses foram levantadas sobre a menor frequência de enxaqueca e procura por atendimento médico entre os trabalhadores noturnos. A primeira se refere ao efeito do trabalhador sadio (McMichael, 1976; Wen et al., 1983), segundo o qual as pessoas que trabalham à noite corresponderiam às que “sobreviveram” aos efeitos danosos deste horário de trabalho ou que não optaram por este horário de trabalho por se reconhecerem como inaptas para tal. Este efeito pode ser particularmente relevante em estudos transversais com trabalhadores em turnos, como enfatiza Costa (2000) em estudo de revisão sobre o tema. Segundo esta hipótese, seria esperada maior morbidade entre as ex-trabalhadoras noturnas, se comparadas às que nunca trabalharam à noite. No presente estudo, ao desmembrar o grupo das trabalhadoras diurnas em “sempre diurnas” e “ex-noturnas”, observou-se pior condição de saúde entre às que sempre trabalharam de dia (por exemplo, em relação ao relato de nervosismo, ansiedade ou insônia), em relação às demais trabalhadoras. Por um lado, esses resultados tenderiam a descartar a hipótese referente ao efeito do trabalhador sadio. Contudo, não se pode afastar este efeito como hipótese explicativa, tendo em vista a impossibilidade de

controlar as variáveis que poderiam contribuir para os resultados encontrados, como por exemplo a idade e o número de filhos.

A segunda hipótese se baseia na possibilidade de que o trabalho durante o dia implique a exposição a riscos que superam os possíveis efeitos danosos do trabalho noturno como, por exemplo, aspectos relacionados ao estresse que, sabidamente, é fator desencadeante da enxaqueca (Lemstra, 2002; Rasmussen, 1993). Este tema merece, inequivocamente, análises mais aprofundadas com base no controle das variáveis relacionadas ao estresse no trabalho - como aspectos relacionados à demanda e ao controle no trabalho - aliado a avaliações de cunho ergonômico, psicossocial e hereditário dos grupos expostos ao trabalho diurno e noturno. Deve-se ressaltar, aqui, que o tamanho da amostra reduziu o poder estatístico de algumas análises, contraindicando a realização de análises estratificadas (por exemplo, segundo fatores relacionados ao estresse no trabalho), que poderiam esclarecer alguns desses aspectos.

Um fator que pode ter influenciado os resultados é o critério de seleção dos trabalhadores noturnos - o exercício do trabalho à noite em pelo menos um emprego - que pode ter levado a uma grande heterogeneidade no grupo. Este grupo inclui (a) as pessoas que trabalhavam à noite nos hospitais estudados (no turno noturno ou no turno de 24 h), independentemente de haver um segundo emprego ou do horário deste e (b) as pessoas que trabalhavam de dia nos hospitais estudados, mas à noite em outro local. Já o grupo dos trabalhadores diurnos é mais homogêneo, pois abrange apenas as pessoas que trabalhavam somente de dia, seja em um ou em dois empregos. A associação entre o horário de trabalho e a enxaqueca, considerando as pessoas que trabalhavam só de dia ou só de noite, revela maior prevalência referida de enxaqueca entre os que trabalham de dia (em um ou dois locais) do que nos que trabalham à noite (55% contra 31%), mesmo quando trabalhavam exclusivamente nos hospitais em estudo (52% contra 35%). Em outras palavras, ao reduzir a heterogeneidade

do grupo dos trabalhadores noturnos, confirmou-se a pior condição de saúde entre os trabalhadores diurnos, ao menos em relação ao relato de enxaqueca.

Esses dados, aliados à alta morbidade observada no grupo, independentemente do horário de trabalho, vão ao encontro das preocupações do Núcleo de Saúde do Trabalhador dos hospitais em termos do alto absenteísmo (dados gerais, sem especificação das causas) nas equipes de enfermagem, tendo-se atingido percentuais superiores a 50% em 2000, ano da coleta dos dados. É possível que a situação nestes hospitais reflita o quadro geral de alta morbidade, ao menos da morbidade psíquica, entre trabalhadores da saúde no Brasil (Araújo, 1999; Pitta, 1990) e em outros países (Tennant, 2001). O alto absenteísmo implica maior carga de trabalho para os que estão atuando na assistência aos pacientes. Neste contexto, deve-se considerar que o estudo foi realizado com os profissionais presentes no local de trabalho apresentando, assim, mesmo que para dados referidos, um viés de seleção decorrente da exclusão dos trabalhadores ausentes (neste caso, 19 pessoas), que tendem a corresponder aos mais doentes. Por outro lado, o alto índice de participação, com apenas 6 recusas, tende a reduzir o viés de seleção decorrente do número relativamente alto de perdas.

Dados que apontam para a ausência de diferença entre os trabalhadores noturnos e diurnos em relação ao sono aqui apresentados também foram observados recentemente por Akerstedt et al (2002), em relação a queixas de distúrbio de sono e dificuldade de acordar. No caso do presente estudo, não se pode descartar, independente de questões metodológicas, que de maneira geral, as queixas sobre o sono foram muito freqüentes no grupo como um todo, independentemente do horário de trabalho. Em outras palavras, é possível que os resultados reflitam mais o alto percentual de queixas sobre o sono entre os trabalhadores diurnos, do que a baixa freqüência destas queixas entre os trabalhadores noturnos.

Por outro lado, identificam-se outros dois fatores que podem ter influenciado os resultados sobre o sono e o cansaço: a possibilidade de dormir no trabalho durante o turno noturno e o tipo de esquema de turno.

Sabe-se que os esquemas de turnos afetam diferentemente o sono dos trabalhadores em função da duração da jornada, do número de pausas e do número de noites consecutivas de trabalho, entre outros fatores (Akerstedt, 1996; Knauth, 1993). Os hospitais estudados adotam jornadas de 12 horas, com dois dias de folga após cada noite de trabalho, não havendo, portanto, noites consecutivas de trabalho. Este esquema difere bastante dos turnos usualmente tratados na literatura, em que predominam os esquemas adotados em indústrias, nas quais geralmente há noites seguidas de trabalho no turno noturno. O esquema aqui estudado difere, ainda, dos turnos adotados em hospitais de outros países, como a Austrália, que tradicionalmente adota jornadas com duração de 8 a 10 horas (Campolo et al., 1998), ou a Inglaterra, em que os esquemas mais comuns incluem trabalho diurno e noturno (Barton et al., 1993). É possível que o maior tempo de folga, ao menos entre os que só têm um emprego, possa favorecer os trabalhadores quanto ao sono.

Entre os trabalhadores estudados, há permissão para dormir durante o turno noturno, havendo locais próprios para o sono ou repouso em cada setor. De fato, o sono durante o turno noturno é bastante freqüente, como mostram os resultados. A possibilidade de dormir durante o turno noturno pode contrabalançar os efeitos nocivos sobre o sono, como indicam estudos em indústrias (Bonnet et al., 2001) e em hospitais (Fukuda et al., 1999), podendo ter influenciado os resultados das comparações entre os trabalhadores diurnos e noturnos no sentido de reduzir a diferença entre os dois grupos.

Outros aspectos que contribuem para a heterogeneidade do grupo dos trabalhadores noturnos são o tempo de trabalho à noite, que varia de alguns meses a vários anos, e o número de noites trabalhadas. A única associação com o tempo de trabalho noturno foi com níveis

elevados de colesterol. Sabe-se que a indução à supressão do apetite e à redução da diurese têm características circadianas, o que contribui para garantir a duração do sono noturno. As funções digestivas podem, também, ser afetadas pela inversão de horários, gerando quadros clínicos mais graves em indivíduos mais vulneráveis (Monk & Folkard, 1992). De fato, as mudanças na dieta e nos horários de alimentação se refletem em alterações na massa corporal e na ocorrência de distúrbios gastrointestinais em pessoas expostas por longo tempo ao trabalho noturno (Nakamura et al., 1998; Parkers, 2002; van Amelsvoort et al., 1999), além de mudanças nos níveis sanguíneos de colesterol. Dados de Lennernas et al. (1994) mostram que a transferência das refeições diurnas para a noite está relacionada a altos níveis de colesterol total. À luz da literatura, os dados obtidos no presente trabalho merecem estudos adicionais.

Já a “dose” de trabalho noturno superior a cinco noites de trabalho por quinzena se associou a queixas relativas à falta de tempo. Esses resultados remetem ao conceito de “valor social do tempo”, segundo o qual o tempo não tem o mesmo valor nos diferentes horários do dia ou nos diversos dias da semana. Os horários noturnos são os mais valorizados nas 24 horas para usufruir a folga, como comenta Wedderburn (1991). O único problema de saúde associado à duração da jornada foi o relato de varizes, com maior prevalência entre o grupo exposto. Os dados relacionados a duração da jornada profissional merecem estudos adicionais. O fato de haver trabalho no horário noturno priva o(a) trabalhador(a) do convívio com a família, pois este é o horário em que as famílias costumam se reunir. As queixas referentes à falta de tempo para os filhos corroboram as observações de Kurumatani et al. (1984) e Smith & Folkard (1993) sobre os efeitos adversos do trabalho em turnos às relações familiares.

A associação entre jornada profissional superior a 40 horas/semana e a redução de problemas de saúde contraria os achados da literatura, segundo a qual as longas jornadas de

trabalho tendem a prejudicar a saúde (Shields, 1999). Esses resultados contrastam com o fato de que nenhum problema de saúde referido se associou à duração da jornada no sentido de um possível fator de proteção, mas apenas como possível fator de risco, observado em relação ao relato de varizes. O fato de todas as variáveis relacionadas ao gerenciamento do tempo se associarem negativamente à longa jornada de trabalho pode indicar o quanto a excessiva dedicação ao trabalho pode afetar as atividades de cuidado, seja do outro ou de si mesma. Isso é particularmente relevante no caso de amostras femininas, dado o papel central atribuído à mulher nas atividades de cuidado (Kergoat, 1989).

As longas jornadas de trabalho decorrem, freqüentemente, da dedicação a um segundo emprego. De fato, 41% do grupo têm outro emprego na área da saúde. O exercício de uma segunda atividade remunerada resulta na “tripla” jornada, como comenta Aquino (1996) em relação à equipe de enfermagem de um hospital em Salvador.

Encontrou-se número de horas trabalhadas em casa (31,8 h/semana) similar ao de profissionais de um hospital público em Salvador (Aquino, 1996), quantidade substancialmente maior que o encontrado por Tierney et al. (1990) em enfermeiras canadenses - 19,2 horas/semana. A associação entre a duração do trabalho doméstico e relatos de distúrbio emocional severo já foi descrita na literatura e merece maior entendimento (Griffin et al., 2002). Em estudo brasileiro com mulheres de baixa renda, Santana et al. (2001) observaram que o casamento ou a presença de filhos se associa à alta morbidade psiquiátrica apenas quando combinado com a jornada total de trabalho (profissional e doméstico) superior a 10 horas/dia. Já em nosso estudo, ao testar a associação entre a duração do trabalho doméstico e o relato de distúrbio emocional segundo a jornada total de trabalho, observou-se que a associação só foi significativa no grupo exposto à carga total de trabalho inferior a 84 horas por semana. Esses resultados, inesperados, possivelmente decorrem do grau de interdependência entre as variáveis independentes, já comentado. Considerando, ainda, as

associações significativas entre o trabalho doméstico e o relato de enxaqueca, que pode ser desencadeada por condições de estresse (Rasmussen, 1993), é recomendado que se possa, em investigação posterior, analisar fatores estressogênicos no lar, aliados ao estudo do estresse no trabalho.

A redução no relato de sonolência e de problemas digestivos associados à maior jornada doméstica não encontra respaldo na literatura.

As trabalhadoras submetidas a jornadas domésticas longas queixam-se menos de falta de tempo para os filhos, o que pode se explicar pelo fato de o cuidado com os filhos ser considerado parte das tarefas domésticas. Logo, dedicar mais horas ao trabalho doméstico pode significar, para estas mulheres, um tempo também dedicado aos filhos. Surpreendentemente, salvaguardadas questões de ordem metodológica, essas trabalhadoras apresentam menos queixas de falta de tempo para o descanso e lazer. É possível que o significado do trabalho doméstico para as mulheres tenha contribuído para este resultado, ou seja, a satisfação com a proximidade da família as levaria a associá-lo a atividades gratificantes, como o descanso e o lazer. Esta interpretação põe em evidência uma lacuna importante na compreensão do trabalho feminino, qual seja, a análise das percepções das mulheres sobre o trabalho doméstico, já que a forma de vivenciá-lo como fonte de desgaste ou de satisfação pode interferir no processo de adoecimento. Como grande parte do grupo trabalha à noite, uma explicação não excludente em relação à anterior é que elas tendem a valorizar mais a permanência em casa, quando comparados a pessoas que trabalham de dia (Fischer et al., 1993), provavelmente devido ao freqüente desencontro de horários em relação aos membros da família.

Já a sobrecarga doméstica se mostrou associada à falta de tempo para cuidar de si, o que parece indicar a prioridade dada pelas mulheres às atividades domésticas familiares, em detrimento do cuidado consigo própria. De fato, 51% das profissionais cuidam da casa ou dos

filhos logo após deixar o trabalho no hospital, contra 23% que relatam dormir ou descansar ao chegar em casa. É interessante notar o forte vínculo da mulher com a casa, independentemente do contexto político, como comenta Tarkowska (2002). Em pesquisa sobre o trabalho feminino na Polônia pós-comunista, a autora revela grande semelhança no modo como as mulheres assalariadas usam o seu tempo fora do trabalho, ressaltada a prioridade dada pelos homens ao lazer (assistir TV e praticar exercícios físicos) durante o tempo livre, enquanto as mulheres transformam seu “tempo livre” num segundo turno de trabalho.

A prevalência de varizes foi alta entre as que detêm alta sobrecarga doméstica. Este resultado ressalta o quanto o detalhamento do trabalho doméstico em termos de cada atividade realizada, do grau de participação e do número de potenciais beneficiários enriquece a análise, já que o simples cômputo do número de horas dedicado ao trabalho doméstico não se associou ao relato de varizes.

O resultados sobre a menor prevalência de hipertensão arterial entre as trabalhadoras com alta carga total de trabalho pode estar relacionada ao efeito do trabalhador sadio, no sentido de que pessoas com hipertensão podem não conseguir se dedicar ao trabalho por tantas horas.

O relato de varizes também foi mais freqüente entre as mulheres submetidas a uma carga total de trabalho (doméstico e profissional) maior que 84 horas semanais. Não observamos na literatura estudos que associem este problema à carga total de trabalho. De fato, são raros os estudos que analisam em conjunto as jornadas profissional e doméstica. Se “a pesquisa sobre o trabalho doméstico ainda está em sua infância” (Walters et al., 2002, p. 679), mais rudimentar ainda é a pesquisa sobre a combinação do trabalho nos âmbitos doméstico e profissional. Em estudo recente, Artazcoz et al. (2001) demonstraram que a combinação entre as demandas do trabalho doméstico, o conflito de papéis (familiar e

profissional) e o pouco tempo para cuidar de si podem estar associados à falta de saúde das trabalhadoras (de classes inferiores) que compunham a amostra.

De acordo com os resultados apresentados, a conciliação entre as atividades profissionais e domésticas se revela complexa, em termos de seu possível impacto à saúde e à vida familiar. Propõe-se o aprofundamento do tema através de análises multivariadas, com base em amostragem mais ampla.

Tabela 1 - Razão de prevalência e intervalo de confiança de 95% entre o horário de trabalho, duração da jornada profissional, duração da jornada doméstica, sobrecarga doméstica e carga total de trabalho e 33 variáveis dependentes. Em negrito, encontram-se as associações estatisticamente significativas.

Grupo de exposição	Horário de trabalho		Jornada Profissional		Jornada Doméstica		Sobrecarga Doméstica		Carga total de trabalho	
	Trabalho noturno		Acima de 40 horas		Acima de 28 horas		Alta sobrecarga		Acima de 84 horas	
	Trabalho diurno		Até 40 horas		Até 28 horas		Baixa sobrecarga		Até 84 horas	
VARIÁVEIS DEPENDENTES										
Prob. de saúde (última quinzena)	1,18 (0,84 - 1,66)	0,59 (0,39 - 0,91)	1,01 (0,67 - 1,51)	1,19 (0,83 - 1,69)	0,69 (0,45 - 1,04)					
Atend. médico (última quinzena)	0,71 (0,52 - 0,95)	0,90 (0,62 - 1,30)	0,97 (0,68 - 1,40)	0,97 (0,70 - 1,35)	0,90 (0,63 - 1,29)					
Hospitalização (últimos 12 m.)	1,47 (0,80 - 2,72)	0,65 (0,29 - 1,42)	0,77 (0,35 - 1,66)	0,92 (0,47 - 1,79)	0,79 (0,38 - 1,65)					
Doença do coração	0,64 (0,24 - 1,69)	0,58 (0,19 - 1,79)	2,75 (0,97 - 7,76)	1,78 (0,71 - 4,47)	0,95 (0,35 - 2,53)					
Úlcera	1,89 (0,89 - 4,01)	1,31 (0,56 - 3,08)	0,80 (0,32 - 1,95)	0,74 (0,32 - 1,69)	1,49 (0,62 - 3,57)					
Doença renal	1,06 (0,59 - 1,91)	1,14 (0,54 - 2,39)	1,16 (0,54 - 2,47)	1,00 (0,52 - 1,91)	1,18 (0,56 - 2,46)					
Hipertensão arterial	1,01 (0,79 - 1,29)	1,21 (0,77 - 1,90)	1,25 (0,80 - 1,96)	0,87 (0,55 - 1,38)	0,49 (0,25 - 0,97)					
Enxaqueca	0,71 (0,55 - 0,92)	1,34 (1,00 - 1,78)	1,47 (1,10 - 1,97)	1,01 (0,78 - 1,32)	0,96 (0,72 - 1,28)					
Colesterol alto	1,59 (0,89 - 2,85)	1,45 (0,79 - 2,68)	1,22 (0,66 - 2,26)	0,89 (0,47 - 1,67)	1,38 (0,74 - 2,56)					
Artrite	1,18 (0,53 - 2,62)	0,73 (0,28 - 1,86)	1,10 (0,45 - 2,67)	1,14 (0,50 - 2,63)	1,09 (0,45 - 2,63)					
LER	1,21 (0,84 - 1,73)	1,28 (0,85 - 1,92)	1,17 (0,78 - 1,76)	1,08 (0,74 - 1,58)	1,12 (0,75 - 1,68)					
Tensão/ansiedade/insônia	1,03 (0,82 - 1,28)	1,21 (0,94 - 1,56)	0,90 (0,69 - 1,17)	1,05 (0,84 - 1,33)	0,99 (0,77 - 1,28)					
Distúrbio emocional severo	1,45 (0,80 - 2,63)	0,56 (0,25 - 1,29)	2,25 (1,03 - 4,89)	0,92 (0,49 - 1,74)	0,93 (0,45 - 1,92)					
Varizes	0,87 (0,72 - 1,06)	1,06 (1,31 - 1,86)	1,10 (0,89 - 1,36)	1,35 (1,12 - 1,62)	1,42 (1,16 - 1,75)					
Alergia de pele	1,49 (0,99 - 2,26)	1,15 (0,72 - 1,85)	0,68 (0,41 - 1,12)	1,05 (0,68 - 1,62)	0,69 (0,43 - 1,11)					
Alergia respiratória	1,29 (0,97 - 1,72)	0,97 (0,71 - 1,33)	0,86 (0,63 - 1,18)	0,92 (0,67 - 1,26)	0,80 (0,58 - 1,09)					
Dor de cabeça	1,06 (0,89 - 1,27)	1,11 (0,91 - 1,35)	0,93 (0,76 - 1,14)	1,10 (0,92 - 1,32)	0,96 (0,79 - 1,18)					
Problemas digestivos	1,18 (0,78 - 1,77)	1,34 (0,83 - 2,17)	0,55 (0,32 - 0,95)	0,98 (0,63 - 1,52)	1,27 (0,78 - 2,07)					
Má digestão	1,05 (0,71 - 1,56)	1,51 (0,95 - 2,39)	0,63 (0,38 - 1,04)	0,62 (0,38 - 1,00)	0,80 (0,50 - 1,28)					
Sensações desagradáveis no estômago	1,18 (0,85 - 1,64)	1,05 (0,72 - 1,51)	0,59 (0,38 - 0,94)	0,88 (0,61 - 1,26)	0,85 (0,54 - 1,32)					

Tabela 1 (continuação) - Razão de prevalência e intervalo de confiança de 95% entre o horário de trabalho, duração da jornada profissional, duração da jornada doméstica, sobrecarga doméstica e carga total de trabalho e 33 variáveis dependentes. Em negrito, encontram-se as associações estatisticamente significativas.

Grupo de exposição Grupo de referência	Horário de trabalho		Jornada Profissional		Jornada Doméstica		Sobrecarga Doméstica		Carga total de trabalho	
	Trabalho noturno	Trabalho diurno	Acima de 40 horas	Até 40 horas	Acima de 28 horas	Até 28 horas	Alta sobrecarga	Baixa sobrecarga	Acima de 84 horas	Até 84 horas
VARIÁVEIS DEPENDENTES										
Tempo insuficiente para cuidar da casa	0,86 (0,68 - 1,08)		1,54 (1,17 - 2,04)		0,95 (0,71 - 1,27)		1,14 (0,88 - 1,48)		1,32 (0,99 - 1,75)	
Tempo insuficiente para si	0,97 (0,84 - 1,14)		1,27 (1,08 - 1,49)		0,94 (0,79 - 1,12)		1,27 (1,10 - 1,46)		1,24 (1,05 - 1,46)	
Tempo insuficiente para os filhos	0,82 (0,54 - 1,13)		2,16 (1,64 - 2,84)		0,64 (0,48 - 0,95)		0,80 (0,60 - 1,05)		0,75 (0,52 - 1,07)	
Tempo insuficiente para descanso e lazer	0,94 (0,71 - 1,26)		1,75 (1,42 - 2,16)		0,80 (0,64 - 0,99)		0,95 (0,76 - 1,19)		1,13 (0,90 - 1,42)	
Distúrbios psiquiátricos menores DPM	0,94 (0,69 - 1,28)		0,89 (0,64 - 1,26)		1,19 (0,85 - 1,67)		1,01 (0,73 - 1,39)		1,15 (0,81 - 1,65)	
Dorme mal	0,97 (0,74 - 1,27)		0,94 (0,69 - 1,29)		1,07 (0,79 - 1,45)		1,02 (0,77 - 1,36)		1,10 (0,81 - 1,49)	
Dificuldade para iniciar sono	1,19 (0,84 - 1,68)		0,75 (0,49 - 1,15)		0,91 (0,61 - 1,36)		0,94 (0,64 - 1,38)		1,19 (0,92 - 1,54)	
Dificuldade reiniciar sono após interrupção	1,18 (0,90 - 1,54)		0,92 (0,67 - 1,25)		0,89 (0,95 - 1,21)		1,18 (0,90 - 1,55)		1,04 (0,77 - 1,40)	
Usa remédios para dormir	1,30 (0,54 - 3,10)		0,86 (0,33 - 2,29)		0,81 (0,30 - 2,16)		1,80 (0,75 - 4,26)		0,84 (0,32 - 2,17)	
Sente sonolência	0,90 (0,67 - 1,22)		1,01 (0,74 - 1,39)		0,71 (0,51 - 0,99)		1,11 (0,81 - 1,51)		0,72 (0,52 - 1,00)	
Sente cansaço quando acorda	0,83 (0,58 - 1,20)		1,26 (0,86 - 1,84)		0,68 (0,45 - 1,04)		0,77 (0,51 - 1,15)		1,05 (0,71 - 1,55)	
Sente cansaço constante	1,01 (0,70 - 1,46)		1,02 (0,68 - 1,55)		0,59 (0,57 - 0,93)		1,14 (0,91 - 1,42)		0,60 (0,34 - 1,06)	
Sente cansaço com facilidade	1,06 (0,74 - 1,54)		0,78 (0,51 - 1,19)		1,37 (0,92 - 2,04)		1,36 (0,94 - 1,97)		1,23 (0,82 - 1,83)	

Tabela 2 - Razão de prevalência e intervalo de confiança de 95% entre turno de trabalho atual e no passado, tempo de trabalho noturno, número de noites de trabalho e as variáveis dependentes. Os dados em negrito referem-se às associações estatisticamente significativas.

Grupo de exposição Grupo de referência	Horário de trabalho		Tempo de trabalho noturno		Noites de trabalho	
	Trabalho noturno atual Trabalho diurno sempre	Horário de trabalho trab. noturno passado trabalho diurno sempre	acima de 10 anos até 10 anos	acima de 4 até 4 noites		
VARIÁVEIS DEPENDENTES						
Prob. De saúde (última quinzena)	0,74 (0,40 - 1,38)	1,74 (0,92 - 3,27)	0,82 (0,37 - 1,81)	0,91 (0,50 - 1,68)		
Atend. médico (última quinzena)	0,70 (0,47 - 1,07)	1,00 (0,66 - 1,51)	1,90 (0,83 - 4,35)	1,33 (0,79 - 2,22)		
Hospitalização (últimos 12 m.)	1,15 (0,41 - 3,22)	1,66 (0,58 - 4,72)	2,12 (0,76 - 5,90)	1,42 (0,51 - 3,95)		
Doença do coração	2,98 (0,39 - 22,37)	2,34 (0,29 - 19,67)	1,38 (0,37 - 5,21)	0,64 (0,14 - 2,87)		
Úlcera	0,54 (0,19 - 1,49)	1,04 (0,39 - 2,80)	1,71 (0,47 - 6,28)	1,53 (0,39 - 6,09)		
Doença renal	0,81 (0,37 - 1,77)	0,67 (0,28 - 1,65)	2,14 (0,87 - 5,30)	1,16 (0,43 - 3,11)		
Hipertensão arterial	1,03 (0,56 - 1,88)	0,98 (0,50 - 1,89)	0,99 (0,38 - 2,57)	1,06 (0,57 - 2,00)		
Enxaqueca	0,74 (0,57 - 0,96)	1,08 (0,77 - 1,53)	1,03 (0,44 - 2,40)	1,14 (0,73 - 1,77)		
Colesterol alto	0,92 (0,36 - 2,33)	1,62 (0,64 - 4,06)	2,58 (1,07 - 6,27)	0,59 (0,18 - 1,95)		
Artrite	0,99 (0,29 - 3,39)	1,27 (0,35 - 4,52)	0,65 (0,10 - 4,43)	0,32 (0,04 - 2,46)		
LER	0,98 (0,56 - 1,73)	1,30 (0,72 - 2,30)	1,20 (0,49 - 2,92)	0,98 (0,53 - 1,83)		
Tensão/ansiedade/insônia	0,76 (0,59 - 0,98)	0,68 (0,50 - 0,91)	0,76 (0,33 - 1,75)	1,37 (0,98 - 1,90)		
Distúrbio emocional severo	0,92 (0,36 - 2,34)	1,52 (0,60 - 3,85)	0,85 (0,22 - 3,37)	1,02 (0,34 - 3,05)		
Varizes	1,21 (0,88 - 1,65)	1,08 (0,77 - 1,53)	1,17 (0,47 - 2,88)	1,10 (0,84 - 1,44)		
Alergia de pele	0,68 (0,38 - 1,19)	1,07 (0,61 - 1,88)	0,98 (0,35 - 2,73)	1,48 (0,78 - 2,79)		
Alergia respiratória	1,08 (0,66 - 1,78)	1,60 (0,99 - 2,62)	1,23 (0,53 - 2,86)	1,01 (0,60 - 1,68)		
Dor de cabeça	0,94 (0,73 - 1,22)	0,98 (0,75 - 1,29)	0,81 (0,35 - 1,89)	1,06 (0,80 - 1,40)		
Problemas digestivos	1,15 (0,58 - 2,28)	1,54 (0,77 - 3,09)	1,50 (0,62 - 3,63)	0,64 (0,28 - 1,43)		
Má digestão	1,14 (0,60 - 2,16)	1,32 (0,68 - 2,55)	1,00 (0,44 - 2,23)	0,46 (0,19 - 1,09)		
Sensações desagradáveis no estômago	0,92 (0,53 - 1,61)	0,72 (0,47 - 1,12)	0,82 (0,37 - 1,81)	0,97 (0,54 - 1,73)		

Tabela 3 - Razão de prevalência e intervalo de confiança de 95% entre o tempo de trabalho noturno e número de noites de trabalho e as variáveis dependentes. Os dados em negrito referem-se às associações estatisticamente significativas. O turno de trabalho atual e no passado foi considerado apenas para a análise do possível efeito do trabalhador sadio. Desta forma, as variáveis dependentes restringiram-se aos sintomas e doenças referidos.

Grupo de exposição Grupo de referência	Tempo de trabalho noturno		Noites de trabalho	
	acima de 10 anos até 10 anos		acima de 4 até 4 noites	
VARIÁVEIS DEPENDENTES				
Tempo insuficiente para cuidar da casa	1,25 (0,78 - 2,01)		1,21 (0,81 - 1,82)	
Tempo insuficiente para si	0,85 (0,59 - 1,22)		1,20 (0,98 - 1,46)	
Tempo insuficiente para os filhos	0,86 (0,52 - 1,43)		1,96 (1,38 - 2,78)	
Tempo insuficiente para descanso e lazer	0,90 (0,57 - 1,41)		1,54 (1,20 - 1,99)	
Distúrbios psiquiátricos menores DPM	0,60 (0,23 - 1,58)		1,01 (0,60 - 1,68)	
Dorme mal	0,68 (0,34 - 1,36)		1,00 (0,65 - 1,53)	
Dificuldade para iniciar sono	1,31 (0,68 - 2,52)		0,88 (0,46 - 1,70)	
Dificuldade reiniciar sono após interrupção	1,04 (0,59 - 1,84)		0,64 (0,36 - 1,14)	
Usa remédios para dormir	1,80 (0,40 - 8,05)		0,44 (0,05 - 3,51)	
Sente sonolência	1,15 (0,68 - 1,93)		1,21 (0,81 - 1,82)	
Sente cansaço quando acorda	0,76 (0,34 - 1,67)		1,04 (0,62 - 1,74)	
Sente cansaço constante	1,03 (0,51 - 2,11)		0,49 (0,23 - 1,08)	
Sente cansaço com facilidade	0,52 (0,18 - 1,51)		1,08 (0,60 - 1,95)	

REFERÊNCIAS

AKERSTEDT, T. 1996. *Wide awake at odd hours. Shift work, time zones and burning the midnight oil*. Stockholm, Swedish Council for Work Life Research.

AKERSTEDT, T.; FREDLUND, P.; GILLBERG, M. & JANSON, B., 2002. *Journal of Psychosomatic Research*, 53: 585-588.

AQUINO, E.M.L., 1996. *Gênero, trabalho e hipertensão arterial: um estudo de trabalhadoras de enfermagem em Salvador, Bahia*. Tese de Doutorado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

ARAÚJO, T. M., 1999. *Trabalho e distúrbios psíquicos em mulheres trabalhadoras de enfermagem*. Tese de Doutorado, Salvador, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

ARTAZCOZ, L., BORREL, C., BENACH, J., 2001. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *J. Epidemiol. Community Health*, 55: 639-647.

BARTON, J.; ALDRIDGE, J. & SMITH, P., 1998. The emotional impact of shiftwork on children of shiftworkers. *Scand J Work Environ Health*, 24 (suppl. 3): 146-150

BARTON, J.; SPELTEN, E.R.; SMITH, L.R.; TOTTERDELL, P.A. & FOLKARD, S., 1993. A classification of nursing and midwifery shift systems. *International Journal of Nursing Studies*, 30: 65-80.

BONNEFOND, A.; MUZET, A.; WINTER-DILL, A.S.; BAILLOEIL, C.; BITOUZE, F.; BONNEAU, A., 2001. Innovative working schedule: introducing one short nap during the night shift. *Ergonomics*, 44: 937-945.

CAMPOLO, M.; PUGH, H.; THOMPSON, L. & WALLACE, M., 1998. Pioneering the 12-hour shift in Australia – implementation and limitations. *Australian Critical Care*, 11: 112-115.

COSTA, G., 2000. Shiftwork and health: the heritage of the twentieth century. *Arbeitswissenschaft in der betrieblichen Praxis*, 17: 155-160.

COSTA, G., 2003. Saúde e trabalho em turnos e noturno. In: *Trabalho noturno e em turnos na sociedade 24 horas* (F.M. Fischer, C.R.C. Moreno, L. Rotenberg, L, org), pp: 79- 98, Rio de Janeiro: Editora Atheneu.

FISCHER, F.M.; MORENO C.R.C.; FERNANDEZ, R.L.; BERWERTH A.; COFFANI, S.A.M. & BRUNI, A.C., 1993. Day - and Shiftworkers' Leisure Time. *Ergonomics* 36: 43-49.

FUKUDA, H; TAKAHASHI, M; AIRTO, H., 1999. Nurses workload associated with 16-h shifts on the 2-shift system. I: Comparison with the 3-shift system. *Psychiatry Clin Neurosci*, . 53: 219-221.

GOVE, W.R., 1984. Gender Differences in Mental and Physical illness: The effects of fixed roles and nurturant roles. *Social Science & Medicine*, 19: 77-91.

GRIFFIN, J.M.; FUHRER, R.; STANSFELD, S.A. & MARMOT, M., 2002. The Importance of how control at work and home on depression and anxiety: do these effects vary by gender and social class? *Social Science and Medicine*, 54: 783-798.

HAYASHI, T.; KOBAYASHI, Y.; YAMAOKA, K. & YANO, E., 1996. Effect of overtime work on 24-hour ambulatory blood pressure. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 38:1007-1011.

HERNBERG, S., 1984. Work-related diseases – some problems in study design. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 10: 367-372.

KAWACHI, I., 1999. Social Capital and Community Effects on Population and Individual Health. *Annals of The New York Academy of Sciences*, 896: 120-130.

KERGOAT, D., 1989. Da divisão do trabalho entre os sexos. *Tempo Social, Rev. Sociol.*, USP, 1: 88-96.

KNUTSSON, A., 2003. Health disorders of shiftworkers. *Occupational Medicine*, 53: 103-108

KURUMATANI, N.; KODA, S.; NAKAGIRI, S.; HISASHIGE, A.; SAKAI, K.; SAITO, Y.; AOYAMA, H.; DEJIMA, M.; MORIYAMA, T., 1994. The effects of frequently rotating shiftwork on sleep and the family life of hospital nurses. *Ergonomics*, 37: 995-1007.

LEMSTRA, M.; Stewart B.; Olszynski, W.P., 2002. Effectiveness of multidisciplinary intervention in the treatment of migraine: a randomized clinical trial. *Headache*, 42: 845-854.

- LENNERNÄS, M.A.C.; AKERSTEDT, T. & HAMBRAEUS, L., 1994. Nocturnal eating and serum cholesterol of three-shift workers. *Scand J Environ Health*, 20: 401-406.
- MARI, J.J., 1986. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in primary care in city of São Paulo. *British Journal of Psychology*, 148: 23-26
- MARUYANA, S. & MORIMOTO, K., 1996. Effects of long workhours on life style and quality of life among intermediate Japanese managers. *Scand J Work Environ Health*, 22: 353-359.
- MCMICHAEL, AJ; HAYNES, SG; TYROLER, HA., 1976. Observations on the evaluation of occupational mortality data. *JOM*, 17: 128-131.
- MESSING, K., 1999. *Integrating gender in ergonomic analysis. Strategies for transforming women's work*. Bruxelas: European Trade Union Technical Bureau for Health and Safety.
- MONK, T.H. & FOLKARD, S., 1992. *Making shiftwork tolerable*, 94 p, London: Taylor and Francis.
- MUR, J.M. & CAVALIER, C., 1982. Significance of cross-sectional surveys in occupational epidemiology. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 8(suppl 1): 24-25.
- NAKAMURA, K.; SHIMAI, S.; KITUCHI, H.; TAKAHASHI, H.; TANAKA, M.; NAKANO, S.; MOTOHASHI, Y.; NAKADAIRA, H. & YAMAMOTO, M., 1998. Increases in Body Mass Index and waist circumference as outcomes of working overtime. *Occupational Medicine*, 48: 169-173.
- PARKERS, K.R., 2002. Shiftwork and age interactive predictors of body mass index among offshore workers. *Scand J Work Environ Health*, 28(1): 64-71
- PITTA, A. , 1990. *Hospital, dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec.
- RASMUSSEN, B.K., 1993. Migraine and tension-type headache in a general population: precipitating factors, female hormones, sleep pattern and relation to lifestyle. *Pain*, 53: 65-72.
- SANTANA, V. & CORDEIRO, R., 2003. Detecção de agravos à saúde relacionados com o trabalho, em estudos epidemiológicos. (R. Mendes, org.), pp. 199-229, São Paulo: Editora Atheneu.
- SANTANA, V.S.; LOOMIS, D.P. & NEWMAN, B., 2001. Trabalho Doméstico, Trabalho Assalariado e Sintomas Psiquiátricos. *Rev. Saúde Pública*, 35: 16-22.

SHIELDS, M., 1999. Long work hours and health. *Health Reports* (Statistics Canada, Catalogue 82-003), 11: 33-48.

SMITH, L. & FOLKARD, S., 1993. The perceptions and feelings of shiftworkers' partners. *Ergonomics*, 36: 299-305.

SOKEJIMA, S. & KAGAMIMORI, S., 1998. Working hours as a risk factor for acute myocardial infarction in Japan: case-control study. *British Medical Journal*, 317: 775-780.

SORENSEN, G. & VERBRUGGE, L.M., 1987. Women, work, and health. *Annual Review of Public Health*, 8: 238-251.

TADDEI, D., 1998. *Reduction in working time (a literature review)*, 104 p, Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

TARKOWSKA, E., 2002. Intra-household gender inequality: hidden dimensions of poverty among Polish women. *Communist and post-communist studies*, 35: 411-432

TENNANT, C., 2001. Work-related stress and depressive disorders. *J. Psychosomatic Research* 51: 697-704.

TIERNEY, D.; ROMITO, P. & MESSING, K., 1990. She ate not the bread of idleness: exhaustion is related to domestic and salaried working conditions among 539 Québec Hospital Workers. *Women and Health*, 16: 21-42.

TUOMI, K.; ILMARINEN, J.; HAKOLA, A.; KATAJARINNE, L. & TULKKI, A., 1997. *Índice de Capacidade para o Trabalho*. Institute of Occupational Health, Helsinki. Fisher FM et al (org), Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

VAN AMELSVOORT, L.G., 1999. Duration of shiftwork related to body mass index and waist to hip ratio. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.*, 23: 973-978.

WALTERS, V.; MCDONOUGH, P. & STROHSCHNEIN, L., 2002. The influence of work, household structure, and social, personal and material resources on gender differences in health: an analysis of the 1994 Canadian National Population Health Survey. *Social Science & Medicine* 54: 677-692.

WEN, CP; TSAI, SP; GIBSON, RL., 1983. Anatomy of the healthy worker effect: a critical review. *JOM.*, 25: 283-289.

WEDDERBURN, A., 1981. Is there a pattern in the value of time off work? In: *Night and shift work. Biological and social aspects* (A. Reinberg, N. Vieux, P. Andlauer, eds), p. 495-504. Oxford: Pergamon Press.

A metodologia utilizada permitiu que o estudo alcançasse os objetivos propostos. Por se tratar de investigação exploratória, o planejamento privilegiou o estudo de diversas variáveis independentes e dependentes, além de permitir que cada suposto fator de risco fosse testado através de mais de uma variável. O trabalho doméstico, por exemplo, foi estudado sob dois aspectos. O primeiro, com base em dados estritamente quantitativos (através de um recordatório do número de horas trabalhadas) se associou fatores de risco potenciais para o relato de distúrbio emocional severo e de enxaqueca, além de se associar a fatores de proteção potenciais para o relato de problema digestivo, sensações desagradáveis no estômago, sonolência, tempo insuficiente para os filhos e para o descanso e lazer. Já a sobrecarga doméstica, que considera o grau de responsabilidade pelas tarefas domésticas básicas e o número de pessoas que se beneficiam deste trabalho, se associou apenas à maior prevalência de varizes e à queixa de tempo insuficiente para cuidar de si. A não superposição entre os resultados das duas análises indica que estas apreendem diferentes aspectos do trabalho realizado no âmbito doméstico.

O instrumento de coleta apresentou aspectos positivos como, por exemplo, o questionamento sobre o exercício do trabalho noturno no passado, que permitiu identificar o ex-trabalhador noturno e analisar aspectos relacionados ao possível efeito do trabalhador sadio, ainda que de forma limitada. Assim, apesar das limitações inerentes aos estudos transversais, que fornecem apenas um “retrato” da população em um determinado momento, as questões sobre o passado profissional deram ao estudo informações relevantes sobre a exposição prévia ao suposto fator de risco, no caso, o trabalho noturno.

Outro ponto positivo foi a possibilidade de analisar o trabalho doméstico de forma mais ampla do que é comumente estudada, apesar do número relativamente pequeno de questões (apenas 6). Neste contexto, deve-se ressaltar a crítica de Walters et al. (2002) em

relação às poucas informações sobre as responsabilidades domésticas em estudo epidemiológico com base em amostra representativa de famílias canadenses. De fato, muitas pesquisas epidemiológicas carecem de instrumentos que abordem a diversidade das atividades realizadas no âmbito doméstico, atendo-se freqüentemente ao número de filhos e ao número de moradores na residência.

O uso de um recordatório para computar as horas dedicadas aos trabalhos profissional e doméstico permitiu a análise combinada das duas jornadas (carga total de trabalho), o que vem a fornecer uma medida que considera a realização dos dois trabalhos e seu possível impacto à saúde. É interessante notar que o relato de varizes se associou tanto à carga total de trabalho quanto à jornada profissional, o que não ocorreu em relação à jornada doméstica, isoladamente. Estes resultados ressaltam a demanda por análises multivariadas, que possam dar conta das interações entre os diversos elementos associados às variáveis aqui estudadas. O aprofundamento das análises permitirá contemplar o papel familiar e profissional da mulher e como eles interagem na gênese dos problemas de saúde (Moss, 2002). Ao tratar da “invisibilidade” do trabalho doméstico, Vogel (1999) avalia quão raros são os estudos que abordam a interação entre os trabalhos e seus efeitos à saúde.

Apesar de ter atendido aos objetivos do estudo, o instrumento utilizado apresenta falhas. Nota-se, por exemplo, certa incongruência em relação a algumas questões sobre a saúde que considerarem o diagnóstico médico como opção de resposta e outras, que não têm esta opção de resposta. Outra deficiência, exceto no que se refere a LER, diz respeito à ausência de perguntas que contemplem os problemas musculoesqueléticos, que são bastante comuns entre esses profissionais (Avendaño, 1995).

Um aspecto a ser considerado se refere à devolução dos resultados aos trabalhadores, através de um folheto ilustrativo, com um levantamento das principais questões observadas em cada hospital e distribuído individualmente aos participantes (v. em anexo). O retorno dos

dados se revelou uma experiência gratificante por concretizar o compromisso assumido com os participantes quando do primeiro contato com os mesmos e pela satisfação com que estes recebiam as informações geradas por eles próprios. Além disso, favoreceu sua participação nas demais etapas da pesquisa. Este ponto é essencial, principalmente levando-se em conta que esta foi a primeira etapa de um estudo que visa acompanhar o padrão de adoecimento deste grupo de trabalhadores. De fato, a equipe de pesquisa realizará em breve nova coleta de dados nos mesmos hospitais, dando continuidade ao estudo iniciado em maio de 2000. Para tanto, o instrumento será reformulado e submetido aos devidos procedimentos de teste e reteste.

Além disso, pretende-se aumentar a amostra de estudo e aplicar o instrumento em um hospital geral de grande porte. O aumento do número de participantes possibilitará análises estatísticas mais elaboradas, que permitam delinear mais precisamente as relações entre as condições de trabalho e de saúde desses profissionais.

Um aspecto fundamental é a perspectiva de dar continuidade à integração entre os resultados oriundos de diversas etapas da pesquisa. Por exemplo, os dados referentes à possibilidade de dormir no trabalho, observados na etapa epidemiológica, serão analisados em combinação com os resultados da actigrafia de pulso (estudo através de equipamento para monitoração do sono) e com o relato das próprias trabalhadoras em relação ao ato do dormir, de forma a realizar um estudo mais amplo do sono entre esses profissionais.

Pretende-se, ainda, promover maior integração com o Núcleo de Saúde do Trabalhador dos hospitais, de forma a que os resultados deste estudo possam subsidiar ações que visem a melhoria das condições de trabalho nestes hospitais.

AKERSTEDT, T. 1996. *Wide awake at odd hours. Shift work, time zones and burning the midnight oil.* Stockholm, Swedish Council for Work Life Research.

AKERSTEDT, T.; FREDLUND, P.; GILLBERG, M. & JANSON, B., 2002. *Journal of Psychosomatic Research*, 53: 585-588.

AQUINO, E.M.L., 1996. *Gênero, trabalho e hipertensão arterial: um estudo de trabalhadoras de enfermagem em Salvador, Bahia.* Tese de Doutorado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

AVENDAÑO, C.; GRAU, P. & PAMELA, Y., 1997. Riscos para a saúde das enfermeiras do setor público no Chile. In: *Trabalho, Saúde e Gênero na era da globalização* (E.M.Oliveira & L. Scavone, org.), p.115-135, Goiânia: AB Editora.

BARTON, J.; SPELTEN, E.R.; SMITH, L.R.; TOTTERDELL, P.A. & FOLKARD, S., 1993. A classification of nursing and midwifery shift systems. *International Journal of Nursing Studies*, 30: 65-80.

BARTON, J.; SPELTEN, E.R.; SMITH, L.R.; TOTTERDELL, P.A. & FOLKARD, S., 1993. A classification of nursing and midwifery shift systems. *International Journal of Nursing Studies*, 30: 65-80.

BARUCH, G.K.; BIERNER, L. & BARNET, R.C., 1987. Women and gender in research on work and family stress. *American Psychologist*, 42: 130-136.

BENACH, J.; MUNTANER, C.; BENAVIDES, F.G.; AMABLE, M. & JODAR, P., 2002. A new occupational health agenda for a new work environment. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 28: 191-196.

BIRD, C. & FREMONT, A., 1991. Gender, time use and health. *Journal of Health and Social Behavior*, 33: 114-129.

DOUCET, A., 1995. Gender equality and gender differences in household work and parenting. *Women's studies international forum*, 18:271-284.

FERREIRA, L.L., 1988. Aplicações da cronobiologia na organização do trabalho humano. In: *Introdução ao estudo da cronobiologia* (J. Cipolla-Neto, N. Marques, & L. Menna-Barreto, org.), pp:233-252, São Paulo: Ícone Editora.

FISCHER, F.M., 1996. Efeitos do trabalho em turnos fixos e de revezamento para a saúde dos trabalhadores. In: Seminário nacional sobre jornada de trabalho em turnos de revezamento - exposições e resultados. CUT, São Paulo, Brasil. p. 5-8.

FISCHER, F.M.; MORENO, C.R.C.; BORGES, F.N.S. & LOUZADA, F.M., 2000. Implementation of 12-hour shifts in a Brazilian petrochemical plant: impact on sleep and alertness. *Chronobiology International*, 17: 521-537

FISCHER, F.M., 2003 As demandas da sociedade atual. Aspectos históricos do desenvolvimento do trabalho em turnos no mundo, conceitos, escalas de trabalho e legislação brasileira. In: *Trabalho noturno e em turnos na sociedade 24 horas* (F.M. Fischer, C.R.C. Moreno, L. Rotenberg, L, org), pp: 3- 17, Rio de Janeiro: Editora Atheneu.

GADBOIS, C., 1981. Women on night shift: interdependence of sleep and off-the-job activities. In: *Night and shift work. Biological and social aspects*. (A. Reinberg, N. Vieux & P. Andlauer, org), pp: 223-227, Oxford: Pergamon Press.

GERSHUNY, J & ROBINSON, J., 1988. Historical changes in the household division of labour. *Demography*, 25: 537-?

GOVE, W.R., 1984. Gender Differences in Mental and Physical illness: The effects of fixed roles and nurturant roles. *Social Science & Medicine*, 19: 77-91.

GRIFFIN, J.M.; FUHRER, R.; STANSFELD, S.A. & MARMOT, M., 2002. The Importance of how control at work and home on depression and anxiety: do these effects vary by gender and social class? *Social Science and Medicine*, 54: 783-798.

HALL, E.M.; JOHNSON, J.V.; FREDLUND, P. & THEORELL, T., 1990. Double exposure: the combined impact of the home and work environments on mental strain and physical illness. In: *Womens's work - An inquiry into the health effects of invisible and visible labor*. Kungl Karolinska Medico Chirurgiska Institutet. Stokhol.

HALL, E.M.; JOHNSON, J.V. & TSOU, T.S., 1993. Women, occupational and risk of cardiovascular morbidity and mortality. *Occupational Medicine*, 8: 709-719.

HAYASHI, T.; KOBAYASHI, Y.; YAMAOKA, K. & YANO, E., 1996. Effect of overtime work on 24-hour ambulatory blood pressure. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 38:1007-1011.

HIBBARD, J.H. & POPE, C.R., 1991. Effect of domestic and occupational roles on morbidity and mortality. *Social Science and Medicine*, 32: 805-811

HIRATA, H. & KERGOAT, D., 1998. La division sexuelle du travail revisitée. In: *Les nouvelles frontières de l'inégalité* (N. Marvani, org.), pp: 93-104, Paris: La Decouverte.

HOESKSTRA, E.; HURREL, J.; SWANSON, N., 1995. Evaluation of work-related musculoskeletal disorders and job stress among teleservice center representatives. *Applied Occupational Environmental Hygiene*, 10: 812-817

KAWACHI, I., 1999. Social Capital and Community Effects on Population and Individual Health. *Annals of The New York Academy of Sciences*, 896: 120-130.

KERGOAT, D., 1989. Da divisão do trabalho entre os sexos. *Tempo Social, Rev. Sociol.*, USP, 1: 88-96.

KNUTSSON, A.; HALLQUIST, C.; THEORELL, T. & AKERSTEDT, T., 1999. Shiftwork and myocardial infarction: a case-control study. *Occupational and Environmental Medicine*, n: 46-50.

KNUTSSON, A., 2003. Health disorders of shiftworkers. *Occupational Medicine*, 53: 103-108

LAHELMA, E.; ARBER, S.; KIVELÄ, K. & ROOS, E., 2002. Multiple roles and health among British and Finnish women: the influence of socioeconomic circumstances. *Social Science & Medicine*, 54: 727-740

LANDSBERGIS, P.A., 2003. The changing organization of work and the safety and health of working people: a commentary. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45: 61-72

LAURELL, A.C., 1981. Processo de trabalho e saúde. *Saúde em Debate*, 11: 8-21.

MARQUES, N.; GOLOMBECK, D. & MORENO, C.R., 1997. Adaptação temporal. In: *Cronobiologia: Princípios e Aplicações* (N. Marques & L. Menna-Barreto, org), pp: 45-84, São Paulo: Edusp, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

MARUYANA, S. & MORIMOTO, K., 1996. Effects of long workhours on life style and quality of life among intermediate Japanese managers. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 22: 353-359.

MAURICE, M., 1975. Shiftwork. Economic advantages and social costs. Geneva: International Labour Office.

MCDANIEL, S.A., 1987. Women, work and health: some challenges to health promotion. *Canadian Journal of Public Health*, 78: S9-S13.

MENDES, R. & WAISSMAN, W., 2003. Aspectos históricos da patologia do trabalho. In: *Patologia do Trabalho* (R. Mendes, org.), pp: 3-45, São Paulo: Atheneu

MENEZES, G.M.S., 1996. *Trabalho noturno e saúde: um estudo com profissionais de enfermagem de um hospital público em Salvador, Bahia*. Dissertação de Mestrado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

MERLO, A.R.C., 1991. Processo de Trabalho e Saúde: uma introdução ao tema. *Texto elaborado para o curso: Doença e processo de produção: doenças profissionais, ministrado na 43ª Reunião da SBPC.* Rio de Janeiro.

MESSING, K., 1999. *Integrating gender in ergonomic analysis. Strategies for transforming women's work.* Bruxelas: European Trade Union Technical Bureau for Health and Safety.

MONK, T.H. & FOLKARD, S., 1992. *Making shiftwork tolerable,* London: Taylor and Francis.

MOORE-EDE, M.C., SULZMAN, F.M. & FULLER, C.A., 1981. *The clocks that time us,* Cambridge: Harvard University Press.

NAKAMURA, K.; SHIMAI, S.; KITUCHI, H.; TAKAHASHI, H.; TANAKA, M.; NAKANO, S.; MOTOHASHI, Y.; NAKADAIRA, H. & YAMAMOTO, M., 1997. Increase in Body Mass Index and waist circumference as outcomes of working overtime. *Occupational Medicine*, 48: 169-173.

OGINSKA, H.; POKORSKI, J. & OGINSKI, A., 1993. Gender, ageing, and shiftwork intolerance. *Ergonomics*, 36: 161-168.

OLSON, L. G. & ANBROGETTI, A., 1998. Working harder – working dangerously? Fatigue and performance in hospitals. *MJA*, 168: 614-616.

RAJARATNAM, S.M.W. & ARENDT J., 2001. Health in a 24-h society. *The Lancet*, 358: 999-1005.

ROSENFELD, S., 1989. The effects of women's employment: personal control and sex differences in mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 30: 77-91.

ROTENBERG, L.; PORTELA, L.F.; MARCONDES, W.B.; MORENO, C. & NASCIMENTO, C.P., 2000a. Gender and diurnal sleep in night workers at a Brazilian industry. In: *Shiftwork in the 21st Century. Challenges for research and practice* -

Arbeitswissenschaft in der betrieblichen Praxis (S. Hornberger, P. Knauth, G. Costa, S. Folkard, org.), 17: 305-309. Berlin: Peter Lang

ROTENBERG, L.; MORENO, C.; PORTELA, L.F.; BENEDITO-SILVA, A.A. & MENNA-BARRETO, L., 2000b. The amount of sleep, and complaints on fatigue and poor sleep, in night-working women: the effects of having children. *Biological Rhythm Research*, 31:515-522.

ROTENBERG, L.; PORTELA, L.F.; MARCONDES, W.B.; MORENO, C. & NASCIMENTO, C.P., 2001 Gênero e trabalho noturno: sono, cotidiano e vivências de quem troca o dia pela noite. *Cadernos de Saúde Pública*, 17: 639-649.

RUTENFRAZ, J.; KNAUTH, P. & FISCHER, F.M., 1989. *Trabalho em turnos e noturno*, São Paulo: Ed. Hucitec.

SHIELDS, M., 1999. Long work hours and health. *Health Reports* (Statistics Canada, Catalogue 82-003), 11: 33-48.

SMOLENSKY M.H., 1981. The Chronoepidemiology of occupational health and shift work. In: *Night and shift work Biological and social aspects* (A. Reinberg, N. Vieux, P Andlauer (org), pp: 51-65, Oxford: Pergamon Press. (Advances in the Biosciences, 30).

SOKEJIMA, S. & KAGAMIMORI, S., 1998. Working hours as a risk factor for acute myocardial infarction in Japan: case-control study. *British Medical Journal*, 317: 775-780.

STACCIARINI, J. & TRÓCCOLI, B., 2001. O estresse na atividade profissional do enfermeiro. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 9: 17-25.

TIERNEY, D.; ROMITO, P. & MESSING, K., 1990. She ate not the bread of idleness: exhaustion is related to domestic and salaried working conditions among 539 Québec Hospital Workers. *Women and Health*, 16: 21-42.

UEHATA, T., 1991. Long working hours and occupational stress-related cardiovascular attacks among middle-aged workers in Japan. *Journal of Human Ergology*, 20: 147-153.

VOGEL, L., 1999. A Quebec contribution to a debate which Europe's unions must enter. In: *Integrating gender in ergonomic analysis. Strategies to transforming women's work* (K. Messing, org), pp: 9-25, Bruxelas: European Trade Union Technical Bureau for Health and Safety.

WAISSMANN, W., 2003. Desigualdade social e atividade física. In: *Saúde em debate na educação física* (Colégio Brasileiro de Educação Física, org.), Campinas: Autores Associados, v.1. (no prelo)

WALTERS, V.; LENTON, R.; FRENCH, S.; EYLES, J.; MAYR, J. & NEWBOLD, B., 1996. Paid work, unpaid work and social support: a study of the health of male and female nurses. *Social Science and Medicine*, 43: 1627-1636.

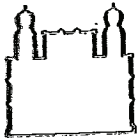
WALTERS, V.; McDONOUGH, P. & STROHSCHNEIN, L., 2002. The influence of work, household structure, and social personal and material resources on gender differences in health: an analysis of the 1994 Canadian National Population Health Survey. *Social Science and Medicine*, 54: 677-692.

WEDDERBURN, A., 1990. *Women and nightwork*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Dublin: Loughlinstown House.

WEDDERBURN, A., 1993. *Social and family factors in shift design*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin: Loughlinstown House.

YOSHITAKE, H., 1975. Relations between the symptoms and feeling of fatigue. In: *Methodology in human fatigue assessment*. (K. Hashimoto. K. Kogi & E. Grandjean, org.), pp.175-185, London: Taylor and Francis.

ANEXOS



PARECER

Deliberação: **Aprovado**

Titulo do Projeto: "Turnos em 24 horas relações entre o cotidiano, o sono, a saúde, e a atenção em profissionais de enfermagem."

Protocolo nº :092/99 - CEP/FIOCRUZ


Pesquisador(a) Responsável: Lucia Rotemberg

Instituição: IOC

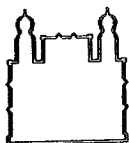
Trata-se de projeto de pesquisa do campo da saúde do trabalhador envolvendo abordagem multi-disciplinar e, portanto, metodologia combinada: quantitativa e qualitativa. Seus resultados poderão trazer benefícios no sentido do entendimento e da prevenção de problemas, tanto fisiológicos, como sociais, para aqueles indivíduos sob risco por trabalharem em turnos longos. Benefícios ainda adicionais podem ser esperados pela proposta incluída no projeto de troca de idéias e busca de alternativas conjuntas entre pesquisadores e os sujeitos estudados- profissionais de enfermagem, grupo do qual originou-se, em parte a demanda de estudos. A articulação entre pesquisadores e pesquisados na discussão dos resultados que venham a ser obtidos constitui uma possibilidade a mais de benefícios revertidos para o grupo estudado.

Após a análise dos aspectos éticos do estudo, conforme a Res. CNS-MS 196/96, a deliberação deste Comitê foi pela APROVAÇÃO do protocolo e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentados.

Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 1999.


FERMIN ROLAND SCHRAMM
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Fernandes Figueira – Pavilhão de Genética Médica – Av. Rui Barbosa 716 – Térreo – Sala 1 – Flamengo
22250-020 – Rio de Janeiro – RJ – Tel.: (021) 553-0052 Ramal: 5127 – Fax: (21) 553.9084
E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br



Ministério da Saúde
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Instituto Fernandes Figueira

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP/IFF

Parecer n.º 73/99

Projeto de Pesquisa: **Turnos de 24 horas: relações entre o cotidiano, a saúde, o sono e a atenção em profissionais de enfermagem**

Pesquisadora Responsável: **Profa Dra Lúcia Rotenberg**

Instituições: Instituto Fernandes Figueira-IFF/FIOCRUZ
Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas-CpHEC/FIOCRUZ

Data de entrada no CEP-IFF: 09 de novembro de 1999

Data de emissão do 1º Parecer CEP-IFF (Protocolo Pendente): 13 de dezembro de 1999

Data de APROVAÇÃO : 22 de fevereiro de 2000 (28ª reunião do CEP-IFF)

PROTOCOLO APROVADO

Parecer ético:

A pesquisadora se propõe realizar pesquisa qualitativa e quantitativa, objetivando estudar os impactos do trabalho em turnos, na vida, tanto profissional quanto pessoal, dos profissionais de enfermagem com destaque para questões de gênero.

Deliberação do CEP-IFF:

Baseado nas Diretrizes e Normas para Pesquisas com Seres Humanos, explicitadas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde-CNS, o Comitê de Ética em Pesquisa-CEP/IFF, delibera **APROVADO** o protocolo de pesquisa supracitado.

Rio de Janeiro, 23 de fevereiro de 2000

Prof Dr Juan C. Llerena Jr
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP/IFF

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2000

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
(NOME DO PARTICIPANTE)

aceito participar voluntariamente da pesquisa condições de trabalho e saúde. O objetivo desta pesquisa é estudar os impactos do trabalho de enfermagem na vida profissional e pessoal, dos profissionais. De acordo com os esclarecimentos prestados pelos pesquisadores, o estudo se iniciará com um encontro com um dos membros da equipe de pesquisa no próprio hospital onde trabalho. Nesta ocasião, fornecerei dados gerais sobre minha vida e sobre a saúde. Também fui informado de que posso ser convidado a participar das etapas subseqüentes da pesquisa, em que participarei de uma entrevista individual, descreverei meus horários de sono, usarei aparelhos semelhantes a relógios que auxiliam o estudo do sono e farei testes em computador.

Estou ciente de que tenho total liberdade para interromper a minha participação na pesquisa a qualquer momento, sem punição alguma e sem prejuízo a minha atividade profissional e que minha participação no estudo não envolve nenhum gasto, desconforto ou alteração em minha rotina.

Além disso, estou ciente de que a pesquisa é anônima, de forma a garantir minha privacidade e que meu nome não estará associado a nenhum tipo de informação ou resultado da pesquisa. Estou a par de que a coordenadora da pesquisa, cujo endereço e telefone se encontram abaixo, está à disposição para sanar qualquer tipo de dúvida e fornecer mais informações sobre o estudo, caso seja de meu interesse.

Assinatura da coordenadora da pesquisa

Assinatura do(a) participante

Coordenadora: Lúcia Rotenberg
Departamento de Biologia, Instituto Oswaldo Cruz, Fiocruz
Av. Brasil, 4365, Pav. Lauro Travassos, sala 11
Telefones: 598-4378 e 598-4379

1- IDENTIFICAÇÃO _____ 2- Setor _____ Entrevistadora _____

DATA: ____/____/____ INÍCIO: _____ h

3- Categoria profissional:

1 () enfermeiro(a) 2 () técnico(a) de enfermagem 3 () ASH

4- Idade: _____ 5/6- Naturalidade(Munic./UF): 5 _____ / 6- _____

Na escola, qual a última série/grau que você concluiu com aprovação?

7- ___ série do 12- ___ grau 8 () mestrado 9 () doutorado
o não tem 1 completo 2 incompleto

10- Em que bairro você mora? _____

Em geral, quanto tempo você leva para vir de sua casa para o trabalho

11- nos dias de semana? _____ minutos; 12- e nos fins de semana? _____ minutos

Em geral, quanto tempo você leva para ir do trabalho para a sua casa

13- nos dias de semana? _____ minutos; 14- e nos fins de semana? _____ minutos

15. Infra-estrutura domiciliar:

1 () água encanada 2 () luz elétrica 3 () geladeira
4 () lava-roupas 5 () freezer 6 () lava louças
7 () telefone 10 () TV 11 () microondas

Empregada doméstica: 16- () mensalista 17- () diaristas: _____

18- Qual é a sua situação conjugal atual?

1 () casada(o) 2 () união livre 3 () solteira(o) 4 () separada(o)
5 () viúva(o) 6 () desq/divorciada(o) 7 () outros _____ 9 () não sabe

19- Tempo da situação conjugal atual: _____ anos

20- Quantas pessoas moram na sua casa? _____ se mora só, ➔ passe para questão 28
incluindo a/o própria/o entrevistada/o

21-

No.	Parentesco	Sexo	Idade

22- Quem é o chefe da família?

1 () marido/esposa ou companheiro(a)
2 () a(o) própria(o)
3 () ambos
4 () pai
5 () filho
6 () outro _____
7 () não tem chefe
8 () mora só
9 () não sabe

Crianças: até 2 _____ 3-10 _____

11 anos + M _____ F: _____

23- Seu marido/esposa ou companheiro/a (ou chefe de família) está trabalhando atualmente?

1 () sim 2 () incapacitado/a 3 () desempregado/a
4 () aposentado/a 5 () vive de renda 6 () afastado/a (em benefício)
7 () nunca trabalhou 8 () não se aplica 9 () não sabe

10 ()
outros _____

24- Ocupação principal do/a marido/esposa (ou chefe de família): _____ (se
aposentado/a considerar a última)

1- IDENTIFICAÇÃO _____

2- Setor _____

Entrevistadora

25- Em relação à ocupação principal (se aposentado/a, considerar a última), o marido/esposa ou chefe de família é: 1 () empregado/a 2 () empregador/a 3 () conta própria
4 () outros 8 () não se aplica 9 () não sabe

Se não tem marido/esposa ou companheiro/a, ➔ passe para questão 28

26- Carga horário semanal do/a marido/esposa: _____ horas

27- Turno de trabalho do marido/esposa (na ocupação principal)

1 () diurno, fixo 2 () noturno, fixo 3 () alternado móvel 4 () plantão _____
5 () outro 8 () não se aplica 9 () não sabe

BLOCO DE TRABALHO PROFSSIONAL

28- Há quanto tempo você começou a trabalhar? _____ anos (subtraia interrupções)

29- E nesta ocupação? _____ anos
(subtraia interrupções)

30- E neste setor? _____ anos
(subtraia interrupções)

31- Além deste emprego, tem mais algum trabalho ou outra atividade regular que lhe dê rendimentos?
1 () não 2 () sim, que tipo de trabalho?

32- (SE TIVER OUTRO EMPREGO EM HOSPITAL ou OUTRA UNIDADE DE SAÚDE)

Qual dos dois empregos considera mais pesado (que lhe causa mais fadiga)?

1 () neste hospital 2 () no outro local 3 () ambos são pesados
8 () não se aplica 9 () não sabe

33- Na última semana quantas horas, aproximadamente, dedicou ao trabalho profissional?
(não incluir o dia da entrevista) _____ horas

34- Em relação ao esforço físico, como classificaria seu trabalho profissional? (considerar o mais pesado)

1 () leve (trabalho feito quase que exclusivamente sentada)
2 () moderado (anda bastante, mas não ergue ou carrega objetos pesados)
3 () pesado (caminha muito, subindo escadas ou transportando cargas pesadas)

35- Qual o seu horário de trabalho neste hospital? Se trabalhar em mais de um horário, informe o predominante

1 () SN 2 () SD 3 () Plantão de 24 horas
4 () Só Manhã - todos os dias 5 () Só Tarde - todos os dias
6 () Só Manhã em dias alternados (2a, 4ª e 6a ou 3a. e 5a.) 7 () outro _____

36- Podendo escolher entre permanecer neste horário ou trocar para outro horário existente neste Hospital, o que você decidiria?

1 () nunca sairia 2 () sairia imediatamente 3 () sairia em algum momento
4 () ficaria na dúvida 9 () não sabe

37- Há quanto tempo você trabalha neste horário? (desde a última mudança) _____ anos

38- O que costuma fazer após sair do trabalho neste hospital?

1 () dorme assim que chega em casa 2 () descanso ou lazer
3 () cuida das crianças 4 () cuida da casa
5 () vai para outro emprego 6 () resolve algum assunto (pagamento, etc.)
7 () outros 9 () não sabe

PARA QUEM TRABALHA EM OUTRO LOCAL

39- Quando v. vem para cá, você vem direto de outro trabalho?

1 () nunca 2 () raramente 3 () às vezes 4 () muitas vezes 5 () sempre

40- Atualmente você trabalha à noite em outro local (SN ou PLANTÃO DE 24 h)?

- 1 () não 2 () sim, regularmente, 1 ou 2 vezes por semana
 3 () sim, regularmente, 3 ou 4 vezes / semana 4 () sim, ocasionalmente 5 () sim, raramente

• **SE TRABALHA À NOITE EM OUTRO LOCAL REGULARMENTE:**

41- Há quanto tempo trabalha à noite neste outro local? _____ anos

• **SE TRABALHA REGULARMENTE À NOITE NESTE HOSPITAL (SN ou Plantão 24 h) OU EM OUTRO LOCAL:**

(se não trabalha à noite, ➔ passe para a perg. 45)

42- Quantas vezes trabalhou à noite nas últimas 2 semanas? _____ (não incluir o dia da entrevista)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

43- Quanto tempo em média dorme, quando trabalha à noite? (SN ou pl. 24h)? _____ minutos

44- O que o(a) levou a trabalhar à noite (em SN ou PLANTÃO DE 24 h)?

- 1 () imposição do serviço 2 () p/ conciliar com outro emprego
 3 () p/ conciliar c/ cuidado da casa e dos filhos 4 () mais de uma alternativa _____
 5 () outros 8 () não se aplica
 _____ 9 () não sabe

• **SE NÃO TRABALHA ATUALMENTE À NOITE NEM NESTE HOSPITAL, NEM EM OUTRO LOCAL:**

45- Já trabalhou à noite (SN ou PLANTÃO DE 24 h) antes?

- 1 () não ➔ **passe para a pergunta 50**
 2 () sim, regularmente, 1 ou 2 vezes / semana 3 () sim, regularmente, 3 ou 4 vezes / semana
 4 () sim, ocasionalmente ➔ **passe p/ a perg. 50** 5 () sim, raramente ➔ **passe p/ a pergunta 50**

• **SE JÁ TRABALHOU À NOITE REGULARMENTE:**

46- Por quanto tempo trabalhou à noite (SN ou Plantão 24 h) anteriormente? _____ anos

47- O que o(a) levou a trabalhar à noite (SN ou Plantão 24 horas) naquela ocasião?

- 1 () imposição do serviço 2 () p/ conciliar com outro emprego
 3 () p/ conciliar c/ cuidado da casa e dos filhos 4 () mais de uma alternativa
 5 () outros
 _____ 8 () não se aplica 9 () não sabe

48- Há quanto tempo deixou de trabalhar à noite (SN ou Plantão 24 horas)? _____ anos

49- Quais as razões da sua saída do trabalho à noite (SN ou Plantão 24 horas)?

- 1 () foi transferida(o) pela chefia 2 () por problema de saúde _____
 3 () dificuldades p/ conciliar c/ a vida familiar 4 () dificuldade p/ conciliar c/ outro emprego
 5 () outra _____
 8 () não se aplica 9 () não sabe

50- Rendimentos próprios no último mês: R\$ _____

BLOCO DE TRABALHO DOMÉSTICO

Na porção do dia em que está em casa é sua responsabilidade:

51- Cuidar das crianças ?

- 1 () não 2 () sim, a menor parte 3 () sim, divide igualmente 4 () sim, a maior parte
 5 () sim, inteiramente 8 () não tem crianças pequenas

63- Este problema de saúde dos últimos 15 dias limitou suas atividades habituais?

- 1 () não → passe para a pergunta 66 2 () não pode trabalhar por (64) _____ dias
 3 () ficou acamada/o por (65) _____ dias 8 () não teve problema de saúde
 9 () não sabe

66- Nos últimos 15 dias, procurou atendimento por qualquer motivo de saúde?

- 1 () não 2 () consulta 3 () internação
 4 () exames 5 () periódico 6 () outro

 9 () não lembra

67- Nos últimos 12 meses, esteve hospitalizada/o ?

- 1 () não 2 () sim, MOTIVO _____

68- Nos últimos 7 dias, quais os medicamentos (alopáticos, homeopáticos, caseiros, etc.) que v. tomou?

69- Você tem ou teve algum desses problemas ou doenças? Informe a sua opinião e também os problemas ou doenças que foram confirmados pelo médico (em caso positivo, marque as alternativas; se necessário marcar mais de uma)

	Sua opinião	Diagnóstico Médico
1 () infarto do coração	()	()
2 () insuficiência cardíaca	()	()
3 () angina	()	()
4 () outra doença do coração	()	()
5 () derrame cerebral	()	()
6 () diabetes	()	()
7 () úlcera digestiva	()	()
10 () doença renal _____	()	()
11 () pressão alta	()	()
12 () enxaqueca	()	()
13 () colesterol alto	()	()
14 () artrite	()	()
15 () LER – lesão por esforço repetitivo (tendinite, sinovite)	()	()
16 () distúrbio emocional severo (depressão forte)	()	()
17 () distúrbio emocional leve (depressão leve, tensão, ansiedade, insônia)	()	()
18 () outro problema ou doença _____	()	()
0 () não têm ou teve nenhuma		

70- Além desses, apresenta algum desses problemas de saúde?

- 1 () varizes 2 () alergia de pele 3 () dor de cabeça
 4 () rinite, sinusite, bronquite ou asma 5 () problema digestivo 6 () não têm nenhum

71- É ou já foi fumante de cigarro?

- 1 () nunca fumou **passa para questão 75** 2 () parou de fumar
 3 () fuma regularmente 4 () fuma de vez em quando

72- Em que quantidade diária fuma (ou fumava quando parou)? _____ cigarros/ dia

73- Com que idade começou a fumar? _____ anos

74- Com que idade parou de fumar pela última vez? _____ anos

75- Com que frequência toma bebidas alcoólicas ?

- 1 () > 4 vezes/ semana 2 () de 1 a 3 vezes por semana
 3 () até uma vez por mês 4 () menos de 1 vez por mês
 5 () parou de beber 6 () nunca bebeu
 9 () não sabe

76- Quando foi a última vez que bebeu? _____ 1-dias 2- meses 3- anos

Qual (ais) a(s) bebida(s) alcoólica(s) que e em que quantidade você costuma (ou costumava beber) com mais frequência?

77- _____ 78- _____ doses 79- _____ 80- _____ doses

uma dose de bebida alcoólica corresponde a uma lata ou meia garrafa grande de cerveja ou a 1 chope ou 1 copo de vinho ou 1 dose de uísque ou cachaça ou 1 copo de caipirinha

Passa para questão 84 caso o entrevistado seja homem

81- Atualmente, de quanto em quanto tempo costuma ficar menstruada?

- 1 () até 20 dias 2 () de 26 a 34 dias
 3 () a partir de 35 dias 4 () é muito irregular
 5 () não menstrua mais ➔ **passa para questão 84**
 6 () outra 9 () não sabe

82- Quantos dias dura a sua menstruação? _____ dias

83- Habitualmente, no período menstrual, a intensidade dos sintomas chega a obrigá-la a tomar algum cuidado especial? (se necessário, marque mais de uma alternativa)

- 1 () não 2 () necessita usar medicamentos
 3 () necessita faltar ao trabalho 4 () é obrigada a ficar acamada
 8 () não menstrua mais 9 () não sabe

PODERIA POR FAVOR RESPONDER ÀS SEGUINTE PERGUNTAS SOBRE A SUA SAÚDE?
PENSE NA RESPOSTA QUE MAIS SE APROXIMA DO QUE COSTUMA OCORRER EM SEU DIA-A-DIA

84 - Tem dores de cabeça frequentes?

1 () não 2 () sim

85 - Tem falta de apetite?

1 () não 2 () sim

86 - Dorme mal?

1 () não 2 () sim

87 - Assusta-se com facilidade?

1 () não 2 () sim

- 88 - Tem tremores nas mãos? 1 () não 2 () sim
- 89 - Tem má digestão? 1 () não 2 () sim
- 90 - Sente-se cansada(o) o tempo todo? 1 () não 2 () sim
- 91 - Tem sensações desagradáveis no estômago? 1 () não 2 () sim
- 92 - Cansa-se com facilidade? 1 () não 2 () sim
- 93 - Sente-se cansada(o) quando acorda? 1 () não 2 () sim
- 94 - Sente-se nervosa(o) pela falta de tempo? 1 () não 2 () sim
- 95 - Tem dificuldade para iniciar o sono? 1 () não 2 () sim
- 96 - Tem dificuldade para voltar a dormir após acordar durante o sono? 1 () não 2 () sim
- 97 - Usa remédios para dormir? 1 () não 2 () sim
- 98 - Sente a cabeça pesada? 1 () não 2 () sim
- 99 - Sente sonolência ? 1 () não 2 () sim

PODERIA POR FAVOR RESPONDER ÀS SEGUINTE PERGUNTAS SOBRE O SEU TRABALHO ?
PENSE NA RESPOSTA QUE MAIS SE APROXIMA DO QUE COSTUMA OCORRER EM SEU DIA-A-
ADIA

- 100- Costuma ter oportunidade de conversar com os pacientes? 1 () não 2 () sim
 8 () não cuida de pacientes
- 101- Costuma saber o que aconteceu com os paciente que cuidou? 1 () não 2 () sim
 8 () não cuida de pacientes
- 102- Tem oportunidade de aprender coisas novas? 1 () não 2 () sim
- 103- Costuma ter que faltar ou se atrasar por doença de filho ou outros familiares? 1 () não 2 () sim
- 104- Quando não está no hospital, se preocupa com problemas do trabalho? 1 () não 2 () sim
- 105- Costuma pensar nas providências a tomar em casa durante o trabalho do hospital? 1 () não 2 () sim
- 106- O tempo para fazer as tarefas de cuidado da casa é suficiente? 1 () não 2 () sim
- 107- O tempo para cuidar de si própria(o) é curto? 1 () não 2 () sim
- 108- O tempo é suficiente para ficar com os filhos? 1 () não 2 () sim
 8 () não tem filhos
- 109- O tempo de que v. dispõe para o descanso e lazer é suficiente? 1 () não 2 () sim
- 110- Sente medo de adoecer por causa do trabalho? 1 () não 2 () sim

FIM: _____ h

1- IDENTIFICAÇÃO _____

2- Setor _____

Entrevistadora

**PODERIA, POR FAVOR, RESPONDER AS SEGUINTE PERGUNTAS SOBRE COMO
VOCÊ TEM SE SENTIDO NO SEU DIA-A-DIA**

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| 111- Sente-se nervosa(o), tensa(o) ou preocupada(o)? | 1 () não | 2 () sim |
| 112- Tem dificuldade de pensar com clareza? | 1 () não | 2 () sim |
| 113- Tem se sentido triste ultimamente? | 1 () não | 2 () sim |
| 114- Tem chorado mais do que de costume? | 1 () não | 2 () sim |
| 115- Sente-se sexualmente insatisfeita(o)? | 1 () não | 2 () sim |
| 116- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias? | 1 () não | 2 () sim |
| 117- Tem dificuldade em tomar decisões? | 1 () não | 2 () sim |
| 118- Tem se sentido útil na maioria das coisas do seu dia-a-dia? | 1 () não | 2 () sim |
| 119- Encontra dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)? | 1 () não | 2 () sim |
| 120- Tem perdido o interesse pelas coisas? | 1 () não | 2 () sim |
| 121- Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo? | 1 () não | 2 () sim |
| 122- Tem tido a idéia de acabar com sua vida? | 1 () não | 2 () sim |

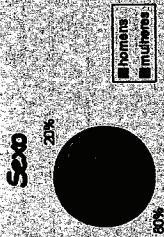
**ASSINALE COM UM X A RESPOSTA QUE MAIS SE APROXIMA DO SEU DIA-A-DIA.
AS PERGUNTAS SOBRE TRABALHO REFEREM-SE AO EMPREGO NESTE HOSPITAL**

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| 123- Costuma ter que interromper o que está fazendo para fazer outra tarefa? | 1 () não | 2 () sim |
| 124- Costuma ter ritmo de trabalho acelerado? | 1 () não | 2 () sim |
| 125- Sem incluir almoço e jantar, as pausas durante a jornada de trabalho são suficientes para recuperar o seu cansaço? | 1 () não | 2 () sim |
| 126- Participa das decisões sobre a divisão de tarefas da equipe? | 1 () não | 2 () sim |
| 127- Sente-se pressionada pela chefia? | 1 () não | 2 () sim |
| 128- Decide como organizar suas próprias tarefas? | 1 () não | 2 () sim |
| 129- Sente satisfação com o trabalho que realiza? | 1 () não | 2 () sim |
| 130- Tem liberdade para discutir o trabalho com a chefia? | 1 () não | 2 () sim |
| 131- Existe companheirismo entre os colegas? | 1 () não | 2 () sim |
| 132- Sente seu trabalho valorizado pelas pessoas em geral? | 1 () não | 2 () sim |
| 133- Seu trabalho costuma ser supervisionado? | 1 () não | 2 () sim |
| 134- Sente-se apoiada(o) pela chefia? | 1 () não | 2 () sim |
| 135- Costuma realizar tarefas que não são de sua atribuição? | 1 () não | 2 () sim |

TABELA 1
DISTRIBUIÇÃO DAS TRABALHADORAS DE ACORDO COM AS
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
(N=260)

CARACTERÍSTICAS	N	%
IDADE		
Até 30 anos	35	13,5
De 30 a 40 anos	129	49,6
De 40 a 50 anos	78	30,0
Mais de 50 anos	18	6,9
SITUAÇÃO CONJUGAL		
Casadas/união livre	150	58,0
Separadas/divorciadas/desquitada	38	14,6
Solteiras	66	25,4
Viúvas	06	2,3
PRESENÇA DE FILHOS MENORES DE 10 ANOS		
Sim	122	49,0
Não	127	51,0
11 indivíduos sem filhos ou sem filhos nesta faixa etária		
TEMPO DE TRANSPORTE PARA O TRABALHO		
Até 1 hora	120	46,2
Mais de 1 hora	140	53,8

AS CARACTERÍSTICAS DO GRUPO ESTUDADO



O grupo estudado constituiu-se majoritariamente de mulheres: são 80% de profissionais do sexo feminino e 20% de sexo masculino.

Categoria Profissional



Dentre as categorias profissionais, 72% são técnicos em enfermagem, 25% são enfermeiros e 3% são auxiliares de serviços hospitalares.

Vínculo com a Instituição



Quanto ao vínculo 57% dos profissionais pertencem ao quadro, enquanto 43% são bolistas.

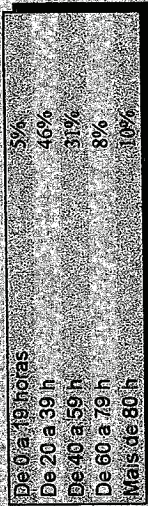
Outro Emprego



Muitos profissionais (55%) têm outro emprego, enquanto 45% trabalham apenas neste Hospital.

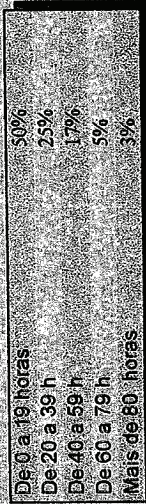
QUANTAS HORAS VOCÊ TRABALHA POR SEMANA?

O trabalho profissional



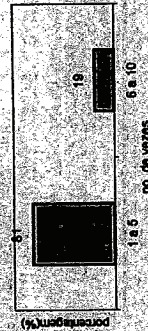
Cerca de metade das pessoas dedica de 20 a 39 horas ao trabalho profissional. Também podemos observar que muitos trabalhadores têm jornada profissional maior do que 40 horas por semana.

O trabalho doméstico



Ao trabalho profissional, soma-se o trabalho realizado em casa, que absorve grande número de horas para muitas pessoas. Fazendo as contas, vemos que um quarto dos profissionais dedicam 40 horas semanais ou mais ao serviço doméstico.

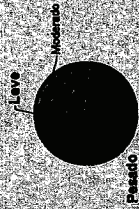
Quantas vezes trabalhou à noite nas últimas duas semanas?



Como sabemos, o trabalho em enfermagem envolve atividades noturnas. Neste grupo, a maioria das pessoas (81%) trabalhou de 1 a 5 vezes à noite; 19% que trabalhou de 6 a 10 vezes à noite.

ESFORÇO FÍSICO

No trabalho profissional



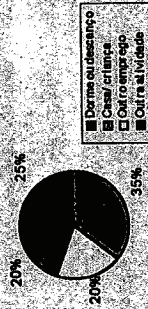
Para 72% das pessoas, o esforço físico empreendido nas atividades do hospital é pesado; 28% o consideram moderado e ninguém o considera leve.

No trabalho doméstico



Diferentemente do trabalho profissional, o trabalho doméstico é considerado moderado para a maioria das pessoas do grupo (63%). Os demais entrevistados consideram o trabalho doméstico pesado (21%) ou leve (16%).

O que faz quando sai do hospital ?



Terminada a jornada de trabalho, apenas 25% das pessoas dorme ou descansa. A grande maioria (75%) continua exercendo algum tipo de atividade como: o cuidado com a casa e/ou com crianças (35%), a resolução de outros assuntos (20%) ou a dedicação a outro emprego (20%).

E A SAÚDE, COMO VAIZ?

Problemas de saúde mais comuns

Depressão leve	53%
Enxaqueca	40%
LER	30%
Pressão alta	30%
Coletérol alto	29%
Depressão forte	10%
Doença renal	8%

Pouco mais da metade dos profissionais (53%) sofrem de depressão leve (tensão, ansiedade, insônia); também foram mencionados, com frequência a pressão alta (30%), o coletérol alto (20%) e os problemas renais (8%).

Problemas gastrointestinais

Inchômodo estomacal	30%
Má digestão	18%
Falta de apetite	10%

Muitos são as queixas sobre problemas digestivos. Cerca de 30% das pessoas apresentaram inchômodo estomacal, 18% referem-se à má digestão e 10% à falta de apetite.

Problemas com o sono?

Dorme mal	65%
Sente-se cansado quando acordar	35%
Tem dificuldade para iniciar o sono	27%
Dificuldade de voltar a dormir após acordar durante o sono	38%
Usa remédio para dormir	0%
Sente sonolência de dia	55%

Dormir adequadamente é essencial à qualquer pessoa. Por esta razão os dados que revelam um alto índice de dificuldades em relação ao sono, mostram-se preocupantes. Grande parte dos entrevistados queixam-se de dormir mal (65%) e sentem dificuldade em voltar a dormir à noite (38%). Os relatos sobre sonolência de dia e cansaço ao acordar também são frequentes na população. Não houve relatos de uso de medicamentos para dormir.

COMO É SEU DIA-A-DIA NO HOSPITAL?

Tem oportunidade de conversar com os pacientes	95%
Costuma saber o que aconteceu com pacientes que cuidou	93%
Quando fora do hospital, se preocupa com problemas de trabalho	37%
O tempo para descanso e lazer é suficiente	42%
Sente medo de adoecer por causa do trabalho	53%

A maior parte das pessoas entrevistadas (95%) tem a oportunidade de conversar com os pacientes e procura saber o que aconteceu com eles após o tratamento (93%). Apenas para 42% das pessoas o tempo disponível para descanso e lazer é suficiente e 37% dos entrevistados se preocupam com os problemas do trabalho quando estão fora hospital. 53% dos profissionais sentem medo de adoecer por causa da atividade que executam.

Nas próximas etapas da pesquisa, estudaremos o sono e faremos outras entrevistas. Como não é possível incluir todos os profissionais, será feito um sorteio. Caso você não seja contatado(a) até novembro deste ano, mas tenha interesse em participar, você pode nos procurar e nós o(a) incluímos nas próximas etapas. De toda a forma, faremos contato com todos vocês em 2002, convidando-os a preencher um novo questionário.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz
Departamento de Biologia/IOC
Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde
Telefax: XX21 2560-6474 XX21 2598-4379

O TRABALHO EM ENFERMAGEM E A SAÚDE

Para

Sector

Folheto 1 - Setembro de 2001

Há cerca de um ano, você participou de nossa pesquisa através de uma entrevista. A partir daí, elaboramos este folheto que resume alguns resultados. Os dados se referem ao conjunto de profissionais deste Hospital, de forma a manter o sigilo das informações, como combinamos ao convidá-lo(a) a participar da pesquisa.

Nosso interesse é conhecer as condições de vida, saúde e trabalho da equipe de enfermagem. Além de dados demográficos (como a idade) e relativos à profissão e saúde, os resultados incluem as tarefas domésticas, já que o grupo, em sua maioria, é composto por mulheres e o trabalho doméstico também pode afetar a saúde.

Estamos em fase de análise dos dados; nos próximos meses daremos continuidade à pesquisa. Nossa intenção é fazer a cada ano um folheto, com novos resultados. Estamos estudando formas de realizar encontros no hospital para apresentar e discutir os resultados da pesquisa com vocês.

Caso você tenha alguma dúvida ou queira nos contatar, trabalhamos no Departamento de Biologia do Instituto Oswaldo Cruz. O telefone é: 2560-6474, ramais 130 ou 131. Você pode procurar por Lúcia Rotenberg (coordenadora), Luciana Portela, Renata Avelar ou Renata Soares.

Obrigada por sua colaboração,
Equipe de pesquisa

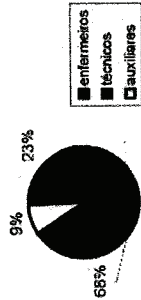
AS CARACTERÍSTICAS DO GRUPO ESTUDADO

Sexo



O grupo estudado constitui-se majoritariamente de mulheres: são 95% de profissionais do sexo feminino e apenas 5% do sexo masculino.

Categoria Profissional



Dentre as categorias profissionais, 68% são técnicos em enfermagem, 23% são enfermeiros e 9% são auxiliares de serviços hospitalares.

Vinculo com a Instituição



Quanto ao vinculo, 76% dos profissionais pertencem ao quadro, enquanto 24% são bolsistas.

Outro Emprego



Muitos profissionais (42%) tem outro emprego, enquanto 58% trabalham apenas neste Hospital.

QUANTAS HORAS VOCÊ TRABALHA POR SEMANA?

O trabalho profissional

De 0 a 19 horas	37%
De 20 a 39 h	30,5%
De 40 a 59 h	17%
De 60 a 79 h	9%
De 80 a 99 h	5,5%
Mais de 100 h	1%

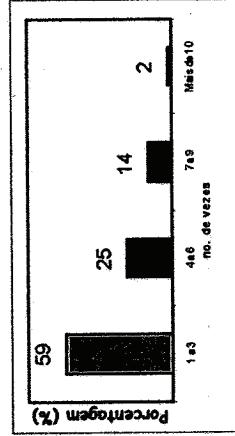
Cerca de metade das pessoas dedica de 20 a 40 horas ao trabalho profissional. Também podemos observar que muitos trabalhadores tem jornada profissional maior do que 40 horas.

O trabalho doméstico

De 0 a 19 horas	8%
De 20 a 39 h	51%
De 40 a 59 h	27%
De 60 a 79 h	7%
Mais de 80 horas	8%

Ao trabalho profissional, soma-se o trabalho realizado em casa, que absorve grande número de horas para muitas pessoas. Fazendo as contas, vemos que um terço dos profissionais dedicam 40 horas semanais ou mais ao serviço doméstico.

Quantas vezes trabalhou à noite nas duas últimas semanas ?



Como sabemos, o trabalho em enfermagem envolve atividades noturnas. Neste grupo, a maioria das pessoas (59%) trabalhou de 1 a 3 vezes à noite, havendo um percentual elevado (25%) que trabalhou de 4 a 6 vezes à noite.

No trabalho profissional



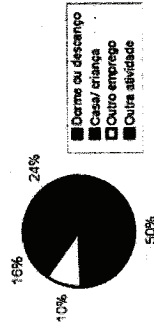
Para 57% das pessoas, o esforço físico empreendido nas atividades do hospital é pesado; 42% o consideram moderada e apenas 1% o consideraram leve.

No trabalho doméstico



Assim como o trabalho profissional, o trabalho doméstico foi considerado pesado para a maioria das pessoas do grupo (56,5%). Os demais entrevistados considera o trabalho doméstico moderado (36%) ou leve (7,5%).

O que faz quando sai do hospital ?



Terminada a jornada de trabalho, apenas 24% das pessoas dorme ou descansa. A grande maioria (76%), continua exercendo algum tipo de atividade como: o cuidado com a casa e/ou com crianças (50%), a resolução de outros assuntos (16%) ou a dedicação a outro emprego (10%).

Problemas de saúde mais comuns

Depressão leve	54%
Enxaqueca	45%
LER	30%
Pressão alta	28%
Doença renal	15%
Colesterol alto	14%
Depressão forte	13%

Pouco mais da metade dos profissionais (54%) sofrem de depressão leve (tensão, ansiedade, insônia), também foram mencionados com frequência a pressão alta (28%), o colesterol alto (14%) e os problemas renais (15%).

Problemas gastrointestinais

Falta de apetite	12%
Má digestão	27%
Incômodo estomacal	31%

Muitas são as queixas sobre problemas digestivos. Cerca de 31% das pessoas apresentam incômodo estomacal, 27% referem-se à má digestão e 12% à falta de apetite.

Problemas com o sono?

Dorme mal	42%
Sente-se cansado quando acorda	33%
Tem dificuldade para iniciar o sono	31%
Dificuldade de voltar a dormir após acordar durante o sono	45%
Usa remédio para dormir	8%
Sente sonolência de dia	39%

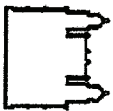
Dormir adequadamente é essencial à qualquer pessoa. Por esta razão os dados, que revelam um alto índice de dificuldades em relação ao sono, mostram-se preocupantes. Parte dos entrevistados queixam-se de dormir mal (42%) e sentem dificuldade em voltar a dormir à noite (45%). Os relatos sobre sonolência de dia, cansaço ao acordar e o uso de remédio para dormir também são frequentes na população.

COMO É SEU DIA-A-DIA NO HOSPITAL?

Tem oportunidade de conversar com os pacientes	83%
Costuma saber o que aconteceu com pacientes que cuidou	87%
Quando fora do hospital se preocupa com problemas de trabalho	50%
O tempo para descanso e lazer é suficiente	39%
Sente medo de adoecer por causa do trabalho	52%

A maior parte das pessoas entrevistadas (83%) tem a oportunidade de conversar com os pacientes e procura saber o que aconteceu com eles após o tratamento (87%). Apenas para 39% das pessoas o tempo disponível para descanso e lazer é suficiente e 50% dos entrevistados se preocupam com os problemas do trabalho quando estão fora hospital: 52% dos profissionais sentem medo de adoecer por causa da atividade que executam.

Nas próximas etapas da pesquisa, estudaremos o sono e faremos outras entrevistas. Como não é possível incluir todos os profissionais, será feito um sorteio. Caso você não seja contatado(a) até março de 2002, mas tenha interesse em participar, você pode nos procurar e nós o(a) incluímos nas próximas etapas. De toda a forma, faremos contato com todos vocês em 2002, convidando-os a preencher um novo questionário.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz
Departamento de Biologia/OCC
Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde
Telefax: XX21 2560-6474 XX21 2598-4379

O TRABALHO EM ENFERMAGEM E A SAÚDE

Para _____
Setor _____

Folheto 1 - Outubro de 2001

Há cerca de um ano, você participou de nossa pesquisa através de uma entrevista. A partir daí, elaboramos este folheto que resume alguns resultados. Os dados se referem ao conjunto de profissionais deste Hospital, de forma a manter o sigilo das informações, como combinamos ao convidá-lo(a) a participar da pesquisa.

Nosso interesse é conhecer as condições de vida, saúde e trabalho da equipe de enfermagem. Além de dados demográficos (como a idade) e relativos à profissão e saúde, os resultados incluem as tarefas domésticas, já que o grupo, em sua maioria, é composto por mulheres e o trabalho doméstico também pode afetar a saúde.

Estamos em fase de análise dos dados: nos próximos meses daremos continuidade à pesquisa. Nossa intenção é fazer a cada ano um folheto, com novos resultados. Estamos estudando formas de realizar encontros no hospital, para apresentar e discutir os resultados da pesquisa com vocês.

Caso você tenha alguma dúvida ou queira nos contatar, trabalhamos no Departamento de Biologia do Instituto Oswaldo Cruz. O telefone é: 2560-6474, ramais 130 ou 131. Você pode procurar por Lúcia Rotenberg (coordenadora), Luciana Portela, Renata Avelar ou Renata Soares.

Obrigada por sua colaboração,
Equipe de pesquisa

TABELA 2
DISTRIBUIÇÃO DAS TRABALHADORAS DE ACORDO COM A
ATIVIDADE PROFISSIONAL
(N=260)

CARACTERÍSTICAS	N	%
CATEGORIA PROFISSIONAL		
Enfermeiras	61	23,5
Técnicas de enfermagem	180	69,2
Auxiliares de enfermagem	19	7,3
DURAÇÃO DE JORNADA		
Até 40 horas	122	59,2
Mais de 40 horas	84	40,8
54 indivíduos apresentaram semana atípica de trabalho, incluindo feriados, faltas e trocas, não sabiam ou não responderam a questão		
TEMPO NA OCUPAÇÃO		
Até de 1 ano	7	2,7
De 1 a 10 anos	69	26,5
Mais de 10 anos	184	70,8
OUTRA ATIVIDADE REMUNERADA		
Não tem	152	58,5
Na área da saúde	104	40,0
Fora da área da saúde	4	1,5
EMPREGO QUE CONSIDERA MAIS PESADO		
No hospital estudado	52	55,3
Em outra unidade de saúde	25	25,5
Em ambos	18	19,1
10 indivíduos não responderam a questão e 156 não têm um segundo emprego		
ESFORÇO FÍSICO		
Leve	0	-
Moderado	106	41,4
Pesado	150	58,6
4 indivíduos não sabiam ou não responderam a questão		

TABELA 3

DISTRIBUIÇÃO DAS TRABALHADORAS COM RELAÇÃO AOS HORÁRIOS DE TRABALHO

ESQUEMA DE TRABALHO NO HOSPITAL ESTUDADO	AMOSTRA POR ESQUEMA DE TRABALHO	APENAS UM EMPREGO	SEGUNDO EMPREGO ÁREA DA SAÚDE		UM SEGUNDO EMPREGO FORA DA ÁREA DA SAÚDE
			Trabalho noturno	Trabalho diurno	
SN - Turno noturno	44	16 (36,4%)	12 (27,3%)	16 (36,3%)	-
SD - Turno diurno	69	38 (55,1%)	7 (10,1%)	21 (30,4%)	3 (4,4%)
Turno de 24 h	90	52 (57,8%)	8 (8,9%)	30 (33,3%)	-
Manhistas	20	18 (90%)	-	2 (10%)	-
Trabalho diurno	35	28 (80%)	2 (10%)	4 (11,4%)	1 (2,9%)

TABELA 4

DISTRIBUIÇÃO DAS TRABALHADORAS QUANTO À PERMANÊNCIA NO ESQUEMA DE TRABALHO

	HORÁRIOS DE TRABALHO			
	PLANTÃO NOTURNO	PLANTÃO DIURNO	24 HORAS	MANHISTA M/T (manhã e tarde)
Nunca saíria	18 (40,9%)	45 (66,2%)	45	13 (65%) 20 (57,1%)
Sairia imediatamente	10 (22,7%)	10 (14,7%)	12	- 4 (11,4%)
Sairia em algum momento	12 (27,3%)	9 (13,2%)	22	07 (35%) 10 (28,6%)
Teria dúvida	4 (9,1%)	4 (5,9%)	9	- 1 (2,9%)

TABELA 5
DISTRIBUIÇÃO DAS TRABALHADORAS DE ACORDO COM A
ATIVIDADE DOMÉSTICA
(N=260)

CARACTERÍSTICAS	N	%
DURAÇÃO DA JORNADA		
Até 28 horas	120	58,3
Mais de 28 horas	86	41,7
54 indivíduos apresentaram semana atípica de trabalho, incluindo feriados, faltas e trocas, não sabiam ou não responderam a questão		
SOBRECARGA DOMÉSTICA		
Alta	84	33,2
Baixa	169	66,8
7 indivíduos apresentaram incongruências nas questões que originaram a sobrecarga doméstica		
ESFORÇO FÍSICO		
Leve	16	6,2
Moderado	103	39,9
Pesado	139	53,9
2 indivíduos relatam não exercer atividade doméstica		
DIARISTA		
Sim	60	23,3
Não	197	76,7
3 indivíduos não responderam a questão		
MENSALISTA		
Sim	49	19,0
Não	209	81,0
2 indivíduos não responderam a questão		
PARTICIPAÇÃO DO CÔNJUGE		
Nenhuma	15	10,4
Divide	54	37,5
Ajuda de vez em quando	75	52,1
110 indivíduos não são casados ou coabitam maritalmente, 6 não responderam		

TABELA 5 (continuação)
DISTRIBUIÇÃO DAS TRABALHADORAS DE ACORDO COM A
ATIVIDADE DOMÉSTICA

CARACTERÍSTICAS	N	%
CUIDAR DOS FILHOS		
Não faz ou faz a menor parte	10	8,1
Divide	28	22,8
Faz tudo ou a maior parte	85	69,1
LIMPAR A CASA		
Não faz ou faz a menor parte	75	28,8
Divide	53	20,4
Faz tudo ou a maior parte	132	50,8
COZINHAR		
Não faz ou faz a menor parte	75	29,0
Divide	27	10,4
Faz tudo ou a maior parte	157	60,6
LAVAR ROUPA		
Não faz ou faz a menor parte	81	31,2
Divide	30	11,5
Faz tudo ou a maior parte	149	57,3
PASSAR ROUPA		
Não faz ou faz a menor parte	135	51,9
Divide	25	9,6
Faz tudo ou a maior parte	100	38,5

TABELA 6
DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORAS NOTURNAS E DIURNAS
COM RELAÇÃO ÀS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
(N = 258*)

CARACTERÍSTICAS	NOTURNAS (N=143)		DIURNAS (N=115)		P
	N	%	N	%	
IDADE					
Até 39 anos	96	67,1	67	58,3	0,1419
Mais de 39 anos	47	32,9	48	41,7	
SITUAÇÃO CONJUGAL					
Casadas/união livre	79	55,6	69	62,7	0,8729
Solteiras/separadas/ divorciadas	63	44,4	41	37,3	
FILHOS MENORES DE 10 ANOS					
Sim	71	51,4	48	44,9	0,3060
Não	68	48,6	59	55,1	
CHEFE DA FAMÍLIA					
A própria	38	31,9	35	39,3	0,2690
Outros	81	68,1	54	60,7	
TEMPO DE TRANSPORTE PARA O TRABALHO					
Até 1 hora	75	47,5	57	47,5	0,9958
Mais de 1 hora	83	52,5	63	52,5	

*2 indivíduos excluídos por falta de dados

TABELA 7
DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORAS NOTURNAS E DIURNAS
COM RELAÇÃO À ATIVIDADE PROFISSIONAL
(N=258*)

CARACTERÍSTICAS	NOTURNAS (N=143)		DIURNAS (N=115)		P
	N	%	N	%	
CATEGORIA PROFISSIONAL					
Enfermeiros	37	24,0	29	27,9	0,4859
Técnicos de enfermagem	117	76,0	75	72,1	
DURAÇÃO DE JORNADA					
Até 40 horas	63	52,9	59	69,4	0,0180
Mais de 40 horas	56	47,1	26	30,6	
OUTRA ATIVIDADE REMUNERADA					
Sim	75	52,4	31	27,0	<0,0001
Não	68	47,6	84	73,0	
ESFORÇO FÍSICO					
Leve/moderado	57	40,1	47	42,0	0,7691
Pesado	85	59,9	65	58,0	

**2 indivíduos excluídos por falta de dados*

TABELA 8
DISTRIBUIÇÃO DAS TRABALHADORAS NOTURNAS E DIURNAS
COM RELAÇÃO À ATIVIDADE DOMÉSTICA
(N=258*)

CARACTERÍSTICAS	NOTURNAS (N=143)		DIURNAS (N=115)		P
	N	%	N	%	
DURAÇÃO DA JORNADA					
Até 28 horas	68	58,1	46	55,4	0,7041
Mais de 28 horas	49	41,9	37	44,6	
SOBRECARGA DOMÉSTICA					
Alta	50	36,0	33	29,5	0,2760
Baixa	89	64,0	79	70,5	
ESFORÇO FÍSICO					
Leve/moderado	61	43,0	57	50,0	0,2612
Pesado	81	57,0	57	50,0	
DIARISTA					
Sim	29	20,7	29	25,2	0,3933
Não	111	79,3	86	74,8	
MENSALISTA					
Sim	23	16,3	26	22,6	0,2027
Não	118	83,7	89	77,4	

**2 indivíduos excluídos por falta de dados*

TABELA 9
DISTRIBUIÇÃO DAS EX-TRABALHADORAS NOTURNAS E
DIURNAS COM RELAÇÃO ÀS CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRAFICAS
(N = 115)

CARACTERÍSTICAS	EX-NOTURNAS (N=76)		DIURNAS (N=39)		P
	N	%	N	%	
IDADE					
Até 39 anos	44	59,5	23	59,0	0,9602
Mais de 39 anos	32	40,5	16	41,0	
SITUAÇÃO CONJUGAL					
Casada/união livre	42	58,3	29	76,3	0,0608
Solteira/separada/ divorciada	30	41,7	09	23,7	
FILHOS MENORES DE 10 ANOS					
Sim	31	44,3	19	51,4	0,4859
Não	39	55,7	18	48,6	
CHEFE DA FAMÍLIA					
A Própria	24	40,0	10	35,7	0,7005
Outros	36	60,0	18	64,3	
TEMPO DE TRANSPORTE PARA O TRABALHO					
Até 1 hora	38	50,0	17	43,6	0,5147
Mais de 1 hora	38	50,0	22	56,4	

TABELA 10
DISTRIBUIÇÃO DAS EX-TRABALHADORAS NOTURNAS E
DIURNAS COM RELAÇÃO À ATIVIDADE PROFISSIONAL
(N=115)

CARACTERÍSTICAS	EX-NOTURNAS (N=76)		DIURNAS (N=39)		P
	N	%	N	%	
CATEGORIA PROFISSIONAL					
Enfermeiras	24	33,8	6	20,7	0,1941
Técnicas de enfermagem	47	66,2	23	79,3	
DURAÇÃO DE JORNADA					
Até 40 horas	38	69,1	20	66,7	0,8185
Mais de 40 horas	17	30,9	10	33,3	
OUTRA ATIVIDADE REMUNERADA					
Sim	18	23,7	15	38,5	0,0972
Não	58	76,4	24	61,5	
ESFORÇO FÍSICO					
Leve/moderado	33	43,4	15	41,7	0,8609
Pesado	43	56,6	21	58,3	

TABELA 11
DISTRIBUIÇÃO DAS EX-TRABALHADORAS NOTURNAS E
DIURNAS COM RELAÇÃO À ATIVIDADE DOMÉSTICA
(N=115)

CARACTERÍSTICAS	EX-NOTURNAS (N=76)		DIURNAS (N=39)		P
	N	%	N	%	
DURAÇÃO DA JORNADA					
Até 28 horas	33	60,0	16	53,4	0,5522
Mais de 28 horas	22	40,0	14	46,6	
SOBRECARGA DOMÉSTICA					
Alta	23	31,5	10	25,6	0,5165
Baixa	50	68,5	29	74,4	
ESFORÇO FÍSICO					
Leve/moderado	37	49,4	20	51,3	0,8434
Pesado	38	50,6	19	48,7	
DIARISTA					
Sim	19	25,0	11	28,2	0,7109
Não	57	75,0	28	71,8	
MENSALISTA					
Sim	20	26,3	6	23,1	0,1846
Não	56	73,7	33	84,6	

TABELA 12
DISTRIBUIÇÃO DAS TRABALHADORAS NOTURNAS ATUAIS E
DIURNAS COM RELAÇÃO ÀS CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRAFICAS
(N=183)

CARACTERÍSTICAS	TRABALHO NOTURNO ATUAL (N=144)		APENAS TRABALHO DIURNO (N=39)		P
	N	%	N	%	
IDADE					
Até 39 anos	97	67,4	23	69,0	0,4290
Mais de 39 anos	47	32,6	16	41,0	
SITUAÇÃO CONJUGAL					
Casada/união livre	79	55,2	29	76,3	0,0185
Solteiras/separadas/ Divorciadas	64	44,8	9	23,7	
FILHOS MENORES DE 10 ANOS					
Sim	72	51,1	19	51,4	0,9752
Não	69	48,9	18	48,6	
CHEFE DA FAMÍLIA					
A Própria	38	31,7	10	35,7	0,6803
Outros	82	68,3	18	64,3	
TEMPO DE TRANSPORTE PARA O TRABALHO					
Até 1 hora	65	45,1	17	45,0	0,8630
Mais de 1 hora	79	54,9	22	55,0	

TABELA 13
DISTRIBUIÇÃO DAS TRABALHADORAS NOTURNAS E DIURNAS
COM RELAÇÃO AO TRABALHO PROFISSIONAL
(N=183)

CARACTERÍSTICAS	TRABALHO NOTURNO ATUAL (N=144)		APENAS TRABALHO DIURNO (N=39)		P
	N	%	N	%	
CATEGORIA PROFISSIONAL					
Enfermeiras	31	22,1	6	20,7	0,8632
Técnicas de enfermagem	109	77,9	23	79,3	
DURAÇÃO DE JORNADA					
Até 40 horas	63	52,5	20	66,7	0,1627
Mais de 40 horas	57	47,5	10	33,3	
OUTRA ATIVIDADE REMUNERADA					
Sim	75	52,1	15	38,5	0,0440
Não	69	47,9	24	61,5	
ESFORÇO FÍSICO					
Leve/moderado	86	60,1	21	58,3	0,8433
Pesado	57	39,9	15	41,7	

TABELA 14
DISTRIBUIÇÃO DAS TRABALHADORAS NOTURNAS E DIURNAS
COM RELAÇÃO AO TRABALHO DOMÉSTICO
(N=183)

CARACTERÍSTICAS	TRABALHO NOTURNO ATUAL (N=144)		APENAS TRABALHO DIURNO (N=39)		P
	N	%	N	%	
DURAÇÃO DA JORNADA					
Até 28 horas	68	58,2	16	53,3	0,6881
Mais de 28 horas	79	41,8	14	46,7	
SOBRECARGA DOMÉSTICA					
Alta	51	36,4	10	25,6	0,2087
Baixa	89	63,6	29	74,4	
ESFORÇO FÍSICO					
Leve/moderado	82	57,3	19	48,7	0,3367
Pesado	61	42,7	20	51,3	
DIARISTA					
Sim	30	21,3	11	28,2	0,3611
Não	111	78,7	28	71,8	
MENSALISTA					
Sim	23	16,2	6	15,4	0,9024
Não	119	83,8	33	84,6	

TABELA 15
DISTRIBUIÇÃO DAS TRABALHADORAS EXPOSTAS A LONGAS
JORNADAS DE TRABALHO PROFISSIONAL COM RELAÇÃO ÀS
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS
(N=206*)

CARACTERÍSTICAS	MAIS QUE 40H/SEMANA (N=84)		ATÉ 40H/SEMANA (N=122)		P
	N	%	N	%	
IDADE					
Até 39 anos	55	65,5	74	60,7	0,4822
Mais de 39 anos	29	34,5	48	39,3	
SITUAÇÃO CONJUGAL					
Casada/união livre	40	48,2	75	64,1	0,0249
Solteiras/separadas/ divorciadas	43	51,8	42	35,9	
FILHOS MENORES DE 10 ANOS					
Sim	33	48,2	61	51,7	0,1718
Não	46	51,8	57	48,3	
CHEFE DA FAMÍLIA					
A Própria	26	35,6	39	39,4	0,6135
Outros	47	64,4	60	60,6	
TEMPO DE TRANSPORTE PARA O TRABALHO					
Até 1 hora	42	50,0	49	40,2	0,1624
Mais de 1 hora	42	50,0	73	59,8	

**54 indivíduos excluídos devido semana de trabalho atípica*

TABELA 16
DISTRIBUIÇÃO DAS TRABALHADORAS EXPOSTAS A LONGAS
JORNADAS DE TRABALHO PROFISSIONAL COM RELAÇÃO À
ATIVIDADE PROFISSIONAL
(N=206*)

CARACTERÍSTICAS	MAIS QUE 40H/SEMANA (N=84)		ATÉ 40H/SEMANA (N=122)		P
	N	%	N	%	
CATEGORIA PROFISSIONAL					
Enfermeiras	25	31,3	18	16,1	0,0129
Técnicas de enfermagem	55	68,7	94	83,9	
OUTRA ATIVIDADE REMUNERADA					
Sim	68	81,0	27	22,1	<0,0001
Não	16	19,0	95	77,9	
ESFORÇO FÍSICO					
Leve/moderado	40	47,6	44	37,0	0,1294
Pesado	44	52,4	75	63,0	

**54 indivíduos excluídos devido semana de trabalho atípica*

TABELA 17
DISTRIBUIÇÃO DAS TRABALHADORAS EXPOSTAS A LONGAS
JORNADAS DE TRABALHO PROFISSIONAL COM RELAÇÃO À
ATIVIDADE DOMÉSTICA
(N=206*)

CARACTERÍSTICAS	MAIS QUE 40H/SEMANA (N=84)		ATÉ 40H/SEMANA (N=122)		P
	N	%	N	%	
DURAÇÃO DA JORNADA					
Até 28 horas	65	78,3	54	43,9	<0,0001
Mais de 28 horas	18	21,7	69	56,1	
SOBRECARGA DOMÉSTICA					
Alta	25	27,2	53	43,1	0,0163
Baixa	67	72,8	70	56,9	
ESFORÇO FÍSICO					
Leve/moderado	41	50,6	49	40,5	0,2084
Pesado	42	49,4	72	59,5	
DIARISTA					
Sim	22	26,5	23	19,2	0,2158
Não	61	73,5	97	80,8	
MENSALISTA					
Sim	14	16,9	23	19,0	0,6966
Não	69	83,1	98	81,0	

**54 indivíduos excluídos devido semana de trabalho atípica*

TABELA 18
DISTRIBUIÇÃO DAS TRABALHADORAS EXPOSTAS A LONGAS
JORNADAS DE TRABALHO DOMÉSTICO COM RELAÇÃO ÀS
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
(N=202*)

CARACTERÍSTICAS	MAIS QUE 28H/SEMANA (N=86)		ATÉ 28H/SEMANA (N=116)		P
	N	%	N	%	
IDADE					
Até 39 anos	47	54,7	79	68,1	0,0510
Mais de 39 anos	39	45,3	37	31,9	
SITUAÇÃO CONJUGAL					
Casadas/união livre	61	76,2	53	45,7	<0,0001
Solteiras/separadas/ divorciadas	19	23,8	63	54,3	
FILHOS MENORES DE 10 ANOS					
Sim	57	67,9	36	33,0	<0,0001
Não	27	32,1	73	67,0	
CHEFE DA FAMÍLIA					
A Própria	31	40,3	33	36,3	0,5951
Outros	46	59,7	58	63,7	
TEMPO DE TRANSPORTE PARA O TRABALHO					
Até 1 hora	29	33,7	60	51,7	0,0108
Mais de 1 hora	57	66,3	56	48,3	

**58 indivíduos excluídos devido ao relato do não exercício do trabalho doméstico e devido à semana de trabalho atípica.*

TABELA 19
DISTRIBUIÇÃO DAS TRABALHADORAS EXPOSTAS A LONGAS
JORNADAS DE TRABALHO DOMÉSTICO COM RELAÇÃO AO
TRABALHO PROFISSIONAL
(N=202*)

CARACTERÍSTICAS	MAIS QUE 28H/SEMANA (N=86)		ATÉ 28H/SEMANA (N=116)		P
	N	%	N	%	
CATEGORIA PROFISSIONAL					
Enfermeiras	9	12,0	33	29,2	0,0056
Técnicas de enfermagem	66	88,0	80	70,8	
DURAÇÃO DE JORNADA					
Até 40 horas	68	79,1	53	46,1	<0,0001
Mais de 40 horas	18	20,9	62	53,9	
OUTRA ATIVIDADE REMUNERADA					
Sim	20	23,3	73	62,9	<0,0001
Não	66	76,7	43	37,1	
ESFORÇO FÍSICO					
Leve ou moderado	30	35,7	53	46,1	0,1427
Pesado	54	64,3	62	53,9	

**58 indivíduos excluídos devido ao não exercício do trabalho doméstico e à semana de trabalho atípica.*

TABELA 20
DISTRIBUIÇÃO DAS TRABALHADORAS EXPOSTAS À ALTA
SOBRECARGA DE TRABALHO DOMÉSTICO COM RELAÇÃO ÀS
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
(N=253*)

CARACTERÍSTICAS	ALTA SOBRECARGA		BAIXA SOBRECARGA		P
	N	%	N	%	
IDADE					
Até 39 anos	50	53,1	109	64,5	0,4407
Mais de 39 anos	34	46,9	60	35,5	
SITUAÇÃO CONJUGAL					
Casadas/união livre	64	78,0	86	52,1	<0,0001
Solteiras/separadas/ divorciadas	18	22,0	79	47,9	
FILHOS MENORES DE 10 ANOS					
Sim	58	72,5	64	39,5	<0,0001
Não	22	27,5	98	60,5	
CHEFE DA FAMÍLIA					
A Própria	21	28,4	52	38,5	
Outros	53	71,6	83	61,5	
TEMPO DE TRANSPORTE PARA O TRABALHO					
Até 1 hora	31	36,9	88	52,1	0,0228
Mais de 1 hora	53	63,1	81	47,9	

* 7 indivíduos excluídos por falta de dados

TABELA 21
DISTRIBUIÇÃO DAS TRABALHADORAS EXPOSTAS À ALTA
SOBRECARGA DE TRABALHO DOMÉSTICO COM RELAÇÃO AO
TRABALHO PROFISSIONAL
(N=253*)

CARACTERÍSTICAS	ALTA SOBRECARGA		BAIXA SOBRECARGA		P
	N	%	N	%	
CATEGORIA PROFISSIONAL					
Enfermeiras	14	19,0	47	29,4	0,0902
Técnicas de enfermagem	60	81,0	113	70,6	
OUTRA ATIVIDADE REMUNERADA					
Sim	23	27,4	83	49,1	0,0009
Não	61	72,6	86	50,9	
ESFORÇO FÍSICO					
Leve/moderado	34	41,0	68	41,0	1,0000
Pesado	49	59,0	98	59,0	

* 7 indivíduos excluídos por falta de dados

TABELA 22
DISTRIBUIÇÃO DAS TRABALHADORAS EXPOSTAS À ALTA
CARGA DE TOTAL DE TRABALHO (DOMÉSTICO E
PROFISSIONAL) COM RELAÇÃO ÀS CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRAFICAS
(N=206*)

CARACTERÍSTICAS	MAIOR QUE 84H/SEMANA (N=53)		ATÉ 84H/SEMANA (N=153)		P
	N	%	N	%	
IDADE					
Até 39 anos	32	60,4	97	63,4	0,6951
Mais de 39 anos	21	39,6	56	36,6	
SITUAÇÃO CONJUGAL					
Casada/união livre	33	63,5	82	55,4	0,3120
Solteiras/separadas/ divorciadas	19	36,5	66	44,6	
FILHOS MENORES DE 10 ANOS					
Sim	36	70,6	58	39,7	0,0001
Não	15	29,4	88	60,3	
CHEFE DA FAMÍLIA					
A Própria	20	41,7	45	36,3	0,5142
Outros	28	58,3	79	63,7	
TEMPO DE TRANSPORTE PARA O TRABALHO					
Até 1 hora	20	37,7	71	46,4	0,2733
Mais de 1 hora	33	62,3	82	53,6	

**54 excluídos devido à semana de trabalho atípica, inclui feriados, faltas e trocas*

TABELA 23
DISTRIBUIÇÃO DAS TRABALHADORAS EXPOSTAS À ALTA
CARGA DE TOTAL DE TRABALHO (DOMÉSTICO E
PROFISSIONAL) COM RELAÇÃO AO TRABALHO PROFISSIONAL
(N=206*)

CARACTERÍSTICAS	MAIOR QUE 84H/SEMANA (N=53)		ATÉ 84H/SEMANA (N=153)		P
	N	%	N	%	
CATEGORIA PROFISSIONAL					
Enfermeiras	8	15,1	35	22,9	0,1795
Técnicas de enfermagem	43	84,9	106	77,1	
DURAÇÃO DE JORNADA					
Até 40 horas	25	47,2	59	38,6	0,2717
Mais de 40 horas	28	52,8	94	61,4	
OUTRA ATIVIDADE REMUNERADA					
Sim	26	49,1	69	45,1	0,6183
Não	27	50,8	84	54,9	
ESFORÇO FÍSICO					
Leve/moderado	33	62,3	86	57,3	0,5309
Pesado	20	37,7	64	42,7	

**54 excluídos devido à semana de trabalho atípica, inclui feriados, faltas e trocas*

TABELA 24
DISTRIBUIÇÃO DAS TRABALHADORAS EXPOSTAS À ALTA
CARGA DE TOTAL DE TRABALHO (DOMÉSTICO E
PROFISSIONAL) COM RELAÇÃO AO TRABALHO DOMÉSTICO
(N=206*)

CARACTERÍSTICAS	MAIOR QUE 84H/SEMANA (N=53)		ATÉ 84H/SEMANA (N=153)		P
	N	%	N	%	
DURAÇÃO DA JORNADA					
Até 28 horas	12	22,6	103	71,5	<0,0001
Mais de 28 horas	41	77,4	41	28,5	
SOBRECARGA DOMÉSTICA					
Alta	26	49,1	45	30,6	0,0161
Baixa	27	50,9	102	69,4	
ESFORÇO FÍSICO					
Leve/moderado	14	26,4	76	50,3	0,0025
Pesado	39	73,6	75	49,7	
DIARISTA					
Sim	8	15,7	37	24,3	0,1978
Não	43	84,3	115	75,7	
MENSALISTA					
Sim	7	13,5	30	19,7	0,3107
Não	45	86,5	122	80,3	

**54 excluídos devido à semana de trabalho atípica, inclui feriados, faltas e trocas*