UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARCELA LUÍSA MANETTI

**Estudo de aspectos profissionais e psicossociais no trabalho e a
depressão em enfermeiros atuantes em ambiente hospitalar**

Ribeirão Preto
2009

MARCELA LUÍSA MANETTI

Estudo de aspectos profissionais e psicossociais no trabalho e a depressão em enfermeiros atuantes em ambiente hospitalar

Tese apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador

Orientador: Prof. Titular Maria Helena Palucci Marziale

Ribeirão Preto

2009

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Manetti, Marcela Luísa

Estudo de aspectos profissionais e psicossociais no trabalho e a depressão em enfermeiros atuantes em ambiente hospitalar. Ribeirão Preto, 2009.

234 p. : il.

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Marziale, Maria Helena Palucci.

1. Enfermagem. 2. Hospitais. 3. Saúde ocupacional. 4. Doenças ocupacionais. 5. Psicopatologia. 6. Depressão.

MANETTI, Marcela Luísa

Estudo de aspectos profissionais e psicossociais no trabalho e a depressão em enfermeiros atuantes em ambiente hospitalar

Tese apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Aprovado em//

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Carmem e Erivelton pela **vida**,
Aos meus irmãos Penélope e Tharton pelo **carinho**,
Ao meu companheiro César pelo **incentivo e cumplicidade**,
À minha tia e madrinha Aglaír pelo **apoio**,
Às minhas amigas Márcia, Marícia, Melissa e Patrícia pela **companhia**,
E às minhas amigas Daniele, Mônica e Bárbara pela **parceria**,
À todos os meus amigos, parentes e colegas pela **torcida**,
À CAPES pela **oportunidade**,
Aos enfermeiros do hospital estudado pela **disposição**,
À professora Maria Manuela Rino Mendes pela **inspiração**,
Às professoras Ana Maria Pimenta Carvalho e
Rosana Aparecida Spadoti Dantas pela **colaboração**,
À minha orientadora Maria Helena Palucci Marziale por **TUDO**,
E à Deus por **TODOS!**

“É preciso ter visto de perto esse destino;
Mais ainda, é preciso tê-lo vivido, é preciso ter quase perecido por causa dele,
para não admitir que se brinque num caso destes”.

Friedrich Nietzsche

RESUMO

MANETTI, M.L. Estudo de aspectos profissionais e psicossociais no trabalho e a depressão em enfermeiros atuantes em ambiente hospitalar. 2009. 234f. Tese [Doutorado] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

O trabalho em Enfermagem tem sido objeto de inúmeras pesquisas, sobretudo pela possibilidade de adoecimento físico e mental dos trabalhadores devido a peculiaridades do processo e das condições de trabalho oferecidas pelas instituições de saúde. As hipóteses testadas foram: H1 - Os aspectos profissionais (carga horária, setor e turno de atuação), psicossociais do ambiente laboral (demanda psicológica e física, controle, apoio social e insegurança), o tipo de trabalho e a exposição ao estresse ocupacional são fatores associados ao aumento de depressão nos enfermeiros, após o controle das demais variáveis; H2 - A adição do apoio social influencia a relação entre demanda psicológica e controle no trabalho e a depressão nos enfermeiros, após o controle das demais variáveis. O objetivo foi avaliar os aspectos profissionais e psicossociais do trabalho em ambiente hospitalar e a presença de depressão em enfermeiros. Trata-se de um estudo observacional, descritivo e correlacional, tipo corte transversal do qual participaram 292 enfermeiros de um hospital universitário do interior do Estado de São Paulo. A coleta de dados foi realizada, no período de março a maio de 2009, por meio da aplicação de três instrumentos: Formulário de Identificação do Trabalhador, Questionários do Conteúdo do Trabalho (JCQ) e Inventário de Depressão de Beck – I (BDI-I). Os instrumentos escalares obtiveram de forma geral valores substanciais ou quase perfeitos. O BDI-I obteve alfa de Cronbach 0,83. As dimensões do JCQ obtiveram coeficiente alfa: demanda psicológica 0,72; controle 0,76 e sub-dimensões uso de habilidades 0,69 e autoridade decisória 0,59; demanda física 0,81; apoio social 0,79 e sub-dimensões apoio social dos supervisores 0,82 e apoio social dos colegas 0,71; e insegurança no trabalho 0,20. Quanto à caracterização dos participantes, a maioria era do sexo feminino (91,10%), casados (49,32%), com idade média de 38,6 anos. 45,21% revelaram ter apresentado mudança significativa em sua vida no último ano e 22,22% dessas mudanças eram relativas ao trabalho. Os trabalhadores eram servidores públicos (81,2%), ocupavam cargo de enfermeiro (70,89%), com tempo médio de atuação no hospital de 11,13 (DP±8,77) anos e carga horária de trabalho semanal média de 42,81h (DP±13,62). Quanto aos aspectos psicossociais no trabalho, as prevalências e médias das dimensões foram: alta demanda psicológica - 49,66% e 32,71 (DP±5,90); baixo controle no trabalho - 50,34% e 68,10 (DP±10,22); baixo uso de habilidades

- 50,00% e 34,87 (DP±5,42); baixa autoridade decisória - 82,19% e 33,23 (DP±6,35); alta demanda física - 48,97% e 11,67 (DP±2,71); baixa insegurança - 81,16% e 5,05 (DP±2,44); baixo apoio social no trabalho - 82,88% e 22,41 (DP±3,43); baixo apoio do supervisor - 88,36% e 10,92 (DP±2,52); baixo apoio dos colegas - 84,93% e 11,49 (DP±1,58). Dentre os participantes, os tipos de trabalho vivenciados foram: alta exigência (23,63%), trabalho ativo (26,03%), trabalho passivo (26,71%) e baixa exigência (23,63%). Quanto à exposição ao estresse ocupacional os enfermeiros distribuíram-se entre exposição intermediária (52,74%), maior exposição (23,63%) e sem exposição (23,63%). Entre os enfermeiros 9% apresentaram presença de sintomas indicativos de depressão, classificados como depressão leve (5,14%) e depressão moderada (3,77%), com escore médio de 7,24 (DP±5,77). A hipótese 1 foi parcialmente confirmada e dentre os aspectos relacionados a depressão propostos no modelo final estão: demanda psicológica, controle, apoio social, demanda física, trabalho em alta exigência, maior exposição ao estresse ocupacional, carga horária de trabalho e unidade clínica, cirúrgica e ambulatorial. A hipótese 2 foi parcialmente confirmada e o apoio social demonstrou influenciar a medida da demanda psicológica e da sub-dimensão uso de habilidades. Dessa forma, as condições de trabalho vivenciadas pelos enfermeiros no ambiente hospitalar implicam em depressão e, possivelmente, em outras consequências para a saúde desses profissionais.

Palavras-chave: Enfermagem. Hospitais. Saúde ocupacional. Doenças ocupacionais. Psicopatologia. Depressão

ABSTRACT

MANETTI, M.L. Study of professional and psychosocial work aspects and depression in nurses working at hospital environment. 2009. 234f. Dissertation [Doctoral] – College of Nursing, University of São Paulo at Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2009.

The work in Nursing has been object of numerous studies because of the potential for physical and mental damage to workers due to peculiarities of the process and the work conditions found in health institutions. The following hypotheses had been tested: H1 - The professional aspects (work hours, work unit and work shift), the psychosocial work aspects (psychological and physical demand, control, social support and insecurity), the type of work and the exposure to occupational stress are factors associated to the increase of depression in nurses, after the control of the others variables; H2 - The addition of social support influences the relation between psychological job demand and job control and the depression in nurses, after the control of the others variables. This observational, descriptive, correlational and cross-sectional study aimed to evaluate the professional and psychosocial work aspects at hospital environment and the presence of depression in nurses. In total, 292 nurses from one university hospital have participated in this study. The data collection was realized, from March to May of 2009, through the application of three instruments: form of identification of worker, Job Content Questionnaire (JCQ) and Beck Depression Inventory - I (BDI-I). In general, the instruments had substantial or almost perfect values for Cronbach's Alpha. For BDI-I, alpha was 0.83. For JCQ' dimensions, the values were: psychological job demand 0.72; job control 0,76 and its sub-dimensions skill discretion 0.69 and decision authority 0.59; physical demand of work 0.81; social support at workplace 0.79 and its sub-dimensions social support from supervisors 0,82 and social support from colleagues 0.71; and job insecurity 0.20. Among the participants, most were female (91.10%), married (49.32%), with average age of 38.6 years. 45.21% had significant and recent life event and 22.22% of these events were related to work. In regard to the work, most were public employees (81.2%), registered nurses (70.89%), with average time of performance in the hospital of 11.13 years ($DP \pm 8.77$) and average of work hours per week 42.81 hours ($DP \pm 13.62$). The prevalence and average of the psychosocial work aspects were: high psychological job demand - 49.66% and 32.71 ($DP \pm 5.90$); low job control - 50.34% and 68.10 ($DP \pm 10.22$); low skill discretion - 50.00% and 34,87 ($DP \pm 5.42$); low decision authority - 82.19% and 33.23 ($DP \pm 6.35$); high physical demand - 48.97% and 11.67 ($DP \pm 2.71$); low insecurity - 81.16% and 5.05 ($DP \pm 2.44$); low social support - 82.88%

and 22.41 (DP $\pm$ 3.43); low support from supervisor - 88.36% and 10.92 (DP $\pm$ 2.52); low support from colleagues - 84.93% and 11.49 (DP $\pm$ 1.58). Among the participants, the types of work experienced were: high-strain job (23.63%), active job (26.03%), passive job (26.71%) and low-strain job (23.63%). According to the level of exposure to occupational stress, the nurses were divided into intermediate exposure to stress (52.74%), high exposure to stress (23.63%) and without exposure to stress (23.63%). Among the nurses, 9% of them have indicated depression symptoms, classified as minor depression (5.14%) and moderate depression (3.77%), with average score of 7,24 (DP $\pm$ 5.77). Hypothesis 1 was partially confirmed and the work aspects related to depression in the final model were: psychological job demands, job control, social support at workplace, physical demands of work, high-strain jobs, high exposure to occupational stress, work hours and clinical, surgical and ambulatory units. Hypothesis 2 was partially confirmed and the social support dimension has demonstrated its influence to the measure of the psychological job demand and the sub-dimension skill discretion. Thus, the working conditions faced by nurses at hospital environment imply in depression and, possibly, in other consequences for the health of these professionals.

Key-words: Nursing. Hospitals. Occupational health. Occupational disease. Psychopathology. Depression.

RESUMEN

MANETTI, M.L. Estudio de aspectos profesionales y psicosociales en el trabajo y la depresión en enfermeras actuantes en ambiente hospitalario. 2009. 234f. Tesis [Doctorado] - Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de Sao Paulo, Ribeirao Preto, 2009.

El trabajo en enfermería ha sido objeto de innúmeras investigaciones, especialmente por la posibilidad del adolecer físico y mental de los trabajadores debido a las peculiaridades del proceso y de las condiciones de trabajo ofrecidas por las instituciones de salud. Las hipótesis estudiadas fueron: H1 – Los aspectos profesionales (carga horaria de trabajo, sector y turno de trabajo), psicosociales del ambiente de trabajo (demanda psicológica y física, control, apoyo social y seguridad), el tipo de trabajo y la exposición al estrés ocupacional son factores asociados al aumento de depresión en los enfermeros, después del control de las demás variables; H2 – La suma del apoyo social influencia la relación entre la demanda psicológica y el control en el trabajo y la depresión en los enfermeros, después del control de las demás variables. El objetivo fue evaluar los aspectos profesionales y psicosociales del trabajo en el ambiente hospitalario y la presencia de depresión en los enfermeros. Se trata de un estudio observacional, descriptivo y correlacional, tipo corte transversal del cual participaron 292 enfermeros de un hospital universitario del interior del Estado de Sao Paulo. La recogida de datos fue realizada, en el periodo de marzo a mayo de 2009, por medio de la aplicación de tres instrumentos: Formulario de Identificación del Trabajador, Cuestionario de Contenido del Trabajo (JCQ) e Inventario de Depresión de Beck – I (BDI-I). De forma general, los instrumentos presentaron valores altos de Alfa de Cronbach. El BDI-I obtuvo alfa de Cronbach de 0,83 y las dimensiones del JCQ: demanda psicológica 0,72, controle 0,76 y sub-dimensiones uso de habilidades 0,69 y autoridad decisoria 0,59; demanda física 0,81; apoyo social 0,79 y sub-dimensiones apoyo social de los supervisores 0,82 y apoyo social de los compañeros de trabajo 0,71; e inseguridad en el trabajo 0,20. En relación a las características de los participantes, la mayoría era del sexo femenino (91,10%), casados (49,32%), con edad media de 38,6 años. 45,21% revelaron haber presentado cambios significativos en su vida en el último año, 22,22% de esos cambios eran relativos al trabajo. Los trabajadores eran trabajadores públicos (81,2%), ocupaban cargo de enfermero (70,89%), con tiempo medio de actuación en el hospital de 11,13% (DE: 8,77) años y carga horaria de trabajo semanal media de 42,81h (DE: 13,62). En relación a los aspectos psicosociales en el trabajo, las prevalencias

y medias de las dimensiones fueron: demanda psicológica alta – 49,66% y 32,71 (DE: 5,90); control en el trabajo bajo - 50,34% y 68,10 (DE: 10,22); uso de habilidades bajo - 50,00% y 34,87 (DE: 5,42); autoridad de decisión baja - 82,19% y 33,23 (DE: 6,35); demanda física alta - 48,97% y 11,67 (DE: 2,71); inseguridad baja - 81,16% y 5,05 (DE: 2,44); apoyo social en el trabajo bajo - 82,88% y 22,41 (DE: 3,43); apoyo del supervisor bajo - 88,36% y 10,92 (DE: 2,52) y apoyo de los compañeros de trabajo bajo - 84,93% y 11,49 (DE: 1,58). Entre los participantes, los tipos de trabajo fueron: exigencia alta (23,63%), trabajo activo (26,03%), trabajo pasivo (26,71%) y exigencia baja (23,63%). En relación a la exposición al estrés ocupacional los enfermeros se distribuyeron entre exposición intermediaria (52,74%), mayor exposición (23,63%) y sin exposición (23,63%). Entre los enfermeros 9% presentaron síntomas indicativos de depresión, clasificados como depresión leve (5,14%) y depresión moderada (3,77%), con valor medio de 7,24 (DE: 5,77). La hipótesis 1 fue parcialmente confirmada y dentro de los aspectos relacionados a depresión propuestos en el modelo final están: demanda psicológica, control, apoyo social, demanda física, trabajo de alta exigencia, mayor exposición al estrés ocupacional, carga horaria de trabajo y unidad clínica, cirugía y ambulatorio. La hipótesis 2 fue parcialmente confirmada y el apoyo social mostró influenciar la medida de demanda psicológica y de la sub-dimensión uso de habilidades. De esa forma, las condiciones de trabajo vividas por los enfermeros en el ambiente hospitalario implican en depresión y, posiblemente, en otras consecuencias para la salud de esos profesionales.

Palabras-clave: Enfermería. Hospitales. Salud laboral. Enfermedades profesionales. Psicopatología. Depresión.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Classificação das doenças segundo sua relação com o trabalho.....	35
Figura 2 -	Classificação das cargas de trabalho.....	38
Figura 3 -	<i>Job Strain Model</i> de Karasek.....	69
Figura 4 -	Modelo teórico proposto para avaliar a relação entre os aspectos profissionais e psicossociais no trabalho e a depressão em enfermeiros atuantes no hospital.....	90
Figura 5 -	Distribuição dos enfermeiros participantes do estudo, segundo a variável tipo de trabalho proposta pelo <i>Job Strain Model</i>	99
Figura 6 -	Modelo teórico reformulado para avaliação da relação entre os aspectos profissionais e psicossociais no trabalho e a depressão em enfermeiros atuantes no hospital.....	152

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Comparação entre a versão autorizada e a versão mais utilizada do BDI-I, entre as afirmações de cada grupo que apresentam diferenças.....	60
Tabela 2 -	Estudos com aplicação do BDI - I ou II entre trabalhadores de enfermagem. (n=09).....	62
Tabela 3 -	Validação do JCQ em sua versão brasileira. (n=1).....	74
Tabela 4 -	Estudos realizados entre trabalhadores de enfermagem que utilizaram o JCQ no Brasil. (n=03).....	75
Tabela 5 -	Distribuição dos enfermeiros participantes do estudo, segundo os aspectos sócio-demográficos. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	93
Tabela 6 -	Distribuição dos enfermeiros participantes do estudo, segundo os aspectos individuais. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	94
Tabela 7 -	Distribuição dos enfermeiros participantes do estudo, segundo os aspectos profissionais. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	96
Tabela 8 -	Apresentação dos coeficientes de consistência interna, segundo as dimensões e sub-dimensões do instrumento JCQ na amostra estudada. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	97
Tabela 9 -	Distribuição dos enfermeiros participantes do estudo, segundo os aspectos psicossociais no trabalho. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	98
Tabela 10 -	Distribuição dos enfermeiros do estudo, segundo a exposição ao estresse ocupacional. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	99
Tabela 11 -	Distribuição dos enfermeiros do estudo, segundo a intensidade de depressão. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	100
Tabela 12 -	Distribuição da carga horária semanal, segundo os aspectos sócio-demográficos e individuais dos enfermeiros estudados. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	101
Tabela 13 -	Distribuição da carga horária semanal, segundo os aspectos profissionais dos enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	103
Tabela 14 -	Distribuição do setor de atuação, segundo os aspectos sócio-demográficos e individuais dos enfermeiros estudados. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	105
Tabela 15 -	Distribuição dos participantes no setor de atuação, segundo os aspectos profissionais dos enfermeiros estudados. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	106
Tabela 16 -	Distribuição do turno de atuação, segundo os aspectos sócio-demográficos e individuais dos enfermeiros estudados. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	108
Tabela 17 -	Distribuição do turno de atuação, segundo os aspectos profissionais dos enfermeiros estudados. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	109

Tabela 18 -	Distribuição da demanda psicológica, segundo os aspectos sócio-demográficos e individuais dos enfermeiros estudados. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	110
Tabela 19 -	Distribuição da demanda psicológica, segundo aspectos profissionais entre os enfermeiros estudados. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	112
Tabela 20 -	Distribuição do controle no trabalho, segundo aspectos sócio-demográficos e individuais entre os enfermeiros estudados. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	114
Tabela 21 -	Distribuição do controle no trabalho, segundo aspectos profissionais entre os enfermeiros estudados. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	115
Tabela 22 -	Distribuição do uso de habilidades, segundo aspectos sócio-demográficos e individuais entre os enfermeiros estudados. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	116
Tabela 23 -	Distribuição do uso de habilidades, segundo aspectos profissionais entre os enfermeiros estudados. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	117
Tabela 24 -	Distribuição da autoridade decisória, segundo aspectos sócio-demográficos e individuais entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	119
Tabela 25 -	Distribuição da autoridade decisória, segundo aspectos profissionais entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	120
Tabela 26 -	Distribuição da demanda física, segundo aspectos sócio-demográficos e individuais entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	121
Tabela 27 -	Distribuição da demanda física, segundo aspectos profissionais entre os enfermeiros estudados. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	122
Tabela 28 -	Distribuição da insegurança no trabalho, segundo aspectos sócio-demográficos e individuais entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	124
Tabela 29 -	Distribuição da insegurança no trabalho, segundo aspectos profissionais entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	125
Tabela 30 -	Distribuição do apoio social no trabalho, segundo aspectos sócio-demográficos entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)....	127
Tabela 31 -	Distribuição do apoio social no trabalho, segundo aspectos profissionais e individuais entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)....	128
Tabela 32 -	Distribuição do apoio social do supervisor, segundo aspectos sócio-demográficos e individuais entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	129
Tabela 33 -	Distribuição do apoio social do supervisor, segundo aspectos profissionais entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	130
Tabela 34 -	Distribuição do apoio social dos colegas, segundo aspectos sócio-demográficos e individuais entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	132
Tabela 35 -	Distribuição do apoio social dos colegas, segundo aspectos profissionais entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	133

Tabela 36 -	Distribuição do tipo de trabalho, segundo aspectos sócio-demográficos e individuais entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	134
Tabela 37 -	Distribuição do tipo de trabalho, segundo aspectos profissionais entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	135
Tabela 38 -	Distribuição do tipo de trabalho, segundo a intensidade de depressão entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	136
Tabela 39 -	Distribuição da exposição ao estresse ocupacional, segundo aspectos sócio-demográficos e individuais entre os enfermeiros. Ribeirão Preto – SP, 2009. (n=292).....	137
Tabela 40 -	Distribuição da exposição ao estresse ocupacional, segundo aspectos profissionais entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	139
Tabela 41 -	Distribuição da exposição ao estresse ocupacional, segundo a intensidade de depressão dos enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	140
Tabela 42 -	Distribuição da depressão, segundo aspectos sócio-demográficos entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	141
Tabela 43 -	Distribuição da depressão, segundo aspectos individuais entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	142
Tabela 44 -	Distribuição da depressão, segundo aspectos profissionais entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	144
Tabela 45 -	Correlação de Spearman entre os aspectos psicossociais no trabalho e a depressão nos enfermeiros estudados. Ribeirão Preto – SP, 2009. (n=292)	145
Tabela 46 -	Distribuição da depressão, segundo aspectos psicossociais no trabalho entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	147
Tabela 47 -	Análise da regressão Tobito utilizando a medida de depressão como variável desfecho (resultado) (Modelo para hipótese 1) nos enfermeiros estudados. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	149
Tabela 48 -	Análise da regressão Tobito utilizando a medida de depressão como variável desfecho (resultado) (Modelo para hipótese 1) nos enfermeiros estudados. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	150
Tabela 49 -	Análise da regressão Tobito utilizando a medida de depressão como variável desfecho (resultado) (Modelo para hipótese 2) nos enfermeiros estudados. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292).....	151

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
1.1	Relevância do estudo e contribuição esperada.....	20
2	HIPÓTESES.....	27
3	OBJETIVOS.....	29
3.1	Objetivo geral.....	30
3.1.1	Objetivos específicos.....	30
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	31
4.1	Aspectos gerais da Saúde do Trabalhador.....	32
4.2	Ambiente psicossocial no trabalho.....	41
4.2.1	Organização do trabalho e a relação com processo saúde-doença.....	41
4.2.2	Processo de trabalho no hospital e implicações para a Enfermagem.....	47
4.2.3	Depressão relacionada ao trabalho e a Enfermagem.....	54
4.3	Enfoques teórico-metodológicos em psicopatologia.....	63
4.3.1	Modelo teórico <i>Job Strain Model</i> de Robert A. Karasek.....	66
5	MATERIAL E MÉTODOS.....	77
5.1	Delineamento do estudo.....	78
5.2	Local do estudo.....	78
5.3	Casuística.....	79
5.3.1	CrITÉRIOS de seleção.....	79
5.4	Aspectos éticos.....	80
5.5	Instrumentos e medidas.....	80
5.5.1	Formulário de Identificação do trabalhador: aspectos sócio-demográficos, aspectos profissionais e aspectos individuais.....	80
5.5.2	Instrumentos psicométricos – JCQ e BDI.....	81
5.5.2.1	Questionário de Conteúdo do Trabalho (JCQ).....	82
5.5.2.2	Inventário de Depressão de Beck – I (BDI-I).....	83

5.6	Procedimentos para a realização da pesquisa.....	84
5.6.1	Pré-teste.....	85
5.6.2	Coleta dos dados.....	86
5.7	Processamento e análise dos dados.....	87
6	RESULTADOS.....	91
926.1	Caracterização da amostra.....	92
6.921.1	Aspectos sócio-demográficos.....	92
6.1.922	Aspectos individuais.....	93
6.1.3	Aspectos profissionais.....	95
6.1.4	Aspectos psicossociais no trabalho.....	97
6.1.5	Depressão.....	100
6.2	Associação dos aspectos profissionais com os aspectos sócio-demográficos, individuais e profissionais em enfermeiros.....	101
6.2.1	Carga horária semanal.....	101
6.2.2	Setor de atuação.....	104
6.2.3	Turno de trabalho.....	107
6.3	Associação dos aspectos psicossociais do trabalho com os aspectos sócio-demográficos, individuais e profissionais em enfermeiros.....	110
6.3.1	Demanda psicológica no trabalho.....	110
6.3.2	Controle no trabalho.....	113
6.3.2.1	Uso de habilidades.....	116
6.3.2.2	Autoridade decisória.....	118
6.3.3	Demanda física no trabalho.....	121
6.3.4	Insegurança no trabalho.....	123
6.3.5	Apoio social no trabalho.....	126
6.3.5.1	Apoio social do supervisor no trabalho.....	129
6.3.5.2	Apoio social dos colegas no trabalho.....	131
6.4	Associação do tipo de trabalho com os aspectos sócio-demográficos e individuais, profissionais e depressão em enfermeiros.....	133
6.5	Associação da exposição ao estresse ocupacional com os aspectos sócio-demográficos e individuais, profissionais e depressão em enfermeiros...	137

6.6	Associação da depressão com os aspectos sócio-demográficos e individuais e profissionais em enfermeiros.....	141
6.7	Associação entre os aspectos psicossociais no trabalho e a depressão em enfermeiros.....	145
6.8	Teste do modelo teórico proposto de explicação para a depressão relacionada ao trabalho dos enfermeiros.....	148
7	DISCUSSÃO.....	153
7.1	Considerações acerca do desempenho psicométrico dos instrumentos no contexto do estudo.....	154
7.2	Considerações acerca dos resultados encontrados.....	156
8	CONCLUSÃO.....	187
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	194
	APÊNDICES.....	215
	APÊNDICE A – Esclarecimentos ao sujeito da pesquisa e Termo de Consentimento Livre-Esclarecido.....	216
	APÊNDICE B – Formulário de Identificação do trabalhador.....	218
	ANEXOS.....	221
	ANEXO A – Folha de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	222
	ANEXO B – Questionário de Conteúdo do trabalho (JCQ).....	223
	ANEXO C – Autorização para o uso do JCQ – versão recomendada.....	230
	ANEXO D – Inventário de Depressão de Beck – I (BDI-I).....	232
	ANEXO E – Autorização para o uso do BDI-I.....	234

“Sem trabalho, toda vida apodrece.
Mas sob um trabalho sem alma, a vida sufoca e morre”
Albert Camus

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Relevância do estudo e contribuição esperada

Os processos e as condições de trabalho e suas relações com o adoecimento físico e mental dos trabalhadores têm sido alvo de constantes investigações científicas relacionadas, não só as suas implicações na produtividade e lucratividade das empresas, aos prejuízos econômicos aos cofres públicos com tratamentos e indenizações, mas também devido a atual Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST), adotada no país, cujas diretrizes são promover ambientes e processos de trabalho saudáveis, fortalecer a vigilância de ambientes, processos e agravos relacionados ao trabalho, oferecer assistência integral à saúde dos trabalhadores e promover adequação e ampliação da capacidade funcional (BRASIL, 2005).

O trabalho pode ser definido como o relacionamento entre os seres humanos e entre esses e a natureza, podendo configurar-se e revelar-se por meio de dimensões ambivalentes. De um lado, como fonte de criação, reconhecimento e projeção, em práxis combinando ação, pensamento e sentimento. Por outro lado, como objeto de diferenciação apropriada, local de sofrimento e expressão de alienação, que provê evidências de desigualdades e contradições sociais (GOMEZ; CARVALHO, 1993).

Entre as diversas concepções de trabalho e a partir do entendimento que esse é uma atividade de transformação na qual o homem modifica a natureza, ao mesmo tempo em que também se transforma, e ao se incorporar nessa relação à noção de saúde, tem-se que a relação trabalho-saúde pode ser positiva (estruturante) por seu valor econômico (subsistência), na constituição da subjetividade, no modo de vida e na saúde física e mental das pessoas, ou negativa (desestruturante) por repercutir em doenças, acidentes e sofrimento (BULHÕES, 1994).

Em articulação com a saúde, o trabalho estabelece situações nas quais homens e mulheres vivem e expressam, por meio de seus corpos, o confronto do encontro do prazer, versus o encontro com o sofrimento, a dor e a doença (GOMEZ; CARVALHO, 1993). Assim, o objeto da Saúde do Trabalhador (ST) é definido como o processo saúde-doença dos grupos humanos em sua relação com o trabalho (OLIVEIRA; MUROFUSE, 2001).

A relação entre trabalho e saúde-doença foi registrada desde os tempos antigos, mesmo na era egípcia, passando pelos mais conhecidos pensadores da Grécia antiga. Ao

longo do curso da história, modificaram-se os modos de compreensão e de se lidar com essa relação, ignorando a necessidade de investigação sistemática e de intervenção. Essa prática foi e, de certa forma, continua a ser comum por considerar que, ou seus efeitos não são prejudiciais à produção, ou porque não têm gerado efetiva resistência pelos trabalhadores (GOMEZ; CARVALHO, 1993; TIPPLE et al, 2004).

À reestruturação produtiva, a implantação de novas tecnologias e o maior conhecimento das condições de risco e agentes patogênicos presentes no ambiente laboral, vivenciadas nas últimas décadas, tem possibilitado a elaboração e implementação de medidas preventivas e a redução dos prejuízos a saúde dos trabalhadores. Por outro lado, essas mudanças têm acarretado novas formas de adoecimento.

As transformações nos processos de organização do trabalho, que visam à acumulação de capital, configuram novas formas de intensificação da exploração dos profissionais e estão associadas às mudanças tecnológicas e organizacionais e ao processo de reestruturação produtiva. Essas transformações ocorreram em escala global e, no Brasil, foram intensificadas a partir da década de 90 (NAVARRO, 2003). Tais transformações apresentam implicações diretas às questões concernentes a ST, como para a prevenção e a segurança ocupacional.

A busca da produtividade a qualquer custo esbarrou nos limites dos próprios seres humanos e resultou no aumento do sofrimento do indivíduo, o que trouxe consequências sobre seu estado de saúde e, igualmente, sobre seu desempenho, pois passaram a existir alterações e ou disfunções pessoais e organizacionais, com repercussões econômicas e sociais (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

O adoecimento pelo trabalho pode ser de ordem física ou mental e há muito tempo já estão elencadas uma série de doenças ocupacionais peculiares aos diferentes tipos de atividades laborais desenvolvidas pelos profissionais. Tais atividades expõem os trabalhadores aos riscos ocupacionais e as cargas de trabalho. Diferenças históricas e teórico-metodológicas marcam os dois conceitos.

A noção de risco, provinda do método positivista da epidemiologia clássica e utilizada pela epidemiologia ocupacional, visa definir e relacionar os fatores ligados às causas das doenças, adotando a probabilidade de certo grupo populacional desenvolver um determinado agravo em um determinado tempo. Essa concepção alicerça-se na corrente da multicausalidade ou na monocausalidade da doença, condição em que a doença se apresenta clinicamente definida em razão da especificidade existente no trabalho (LAURELL, 1993; FACCHINI, 1994b; FONSECA; BERTOLOZZI, 1997; SECCO, 2006). Nessa perspectiva, os riscos ocupacionais são originados nas atividades insalubres e perigosas, definidas como todas

as situações, condições ou fatores existentes no ambiente de trabalho que podem gerar agravos a ST, como doenças profissionais e acidentes de trabalho, divididos em riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais (MARZIALE, 1999; SILVA; MARZIALE, 2003; MAURO et al, 2004); e fundamentam as normas e leis vigentes referentes ST no país, justificando o emprego do termo.

O conceito de carga de trabalho, em contrapartida, é uma evolução de dois outros termos, fatores nocivos e fatores de risco, utilizados por Oddone et al (1986) para designar os riscos ocupacionais a que os trabalhadores estão expostos, capazes de produzir complicações a saúde, tendo em vista a organização e os processos de trabalho. Nesse sentido, a carga de trabalho é uma construção teórica que resulta da necessidade de compreender que, para uma determinada situação de trabalho, há uma tensão permanente entre as exigências do processo e as capacidades biológicas e psicológicas de resposta dos trabalhadores (FRUTUOSO; CRUZ, 2005).

Os trabalhadores, em geral, estão expostos a cargas que são geradoras de processos de desgaste. Segundo Laurell e Noriega (1989), o desgaste se expressa “nas transformações negativas originadas pela interação dinâmica com as cargas nos processos bio-psíquico humanos. É a perda da capacidade efetiva e/ou potencial, biológica e psíquica”. Neste sentido, pode manifestar-se de forma aguda ou crônica, comprometendo a capacidade do trabalhador em desenvolver seu potencial tanto biológico como psíquico. O desgaste não se refere de modo necessário a uma doença diagnosticada e pode ser um processo reversível pela possibilidade do corpo humano recuperar perdas e capacidades, desenvolvendo potencialidades. O conceito de carga difere do conceito de risco pela noção de historicidade contida nos processos de adaptação (proteção ou destruição da integridade corporal).

Segundo dados divulgados pelo Ministério da Previdência Social, em 2007 ocorreram 653.090 acidentes de trabalho no Brasil, sendo que 4.745 acometeram profissionais das ciências biológicas, da saúde e afins e 3.560 foram registrados por motivo de Episódio Depressivo (BRASIL, 2008).

Ainda, de acordo com a Previdência, em 2008 foram concedidos 232.995 benefícios auxílios-doença acidentários no Brasil, sendo 5.989 por motivo de Episódio Depressivo ou Episódio Depressivo recorrente (BRASIL, Ministério da Previdência Social, 2009).¹

¹ O benefício acidentário é devido ao segurado, ou dependente(s), no caso de acidente ocorrido no exercício do trabalho ou no percurso entre a residência e o local de trabalho, ou em decorrência de doença profissional ou do trabalho, que provoque lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a redução da capacidade para o trabalho. Esses benefícios classificam-se em aposentadoria por invalidez, pensão por morte, auxílio-doença e auxílio-acidente (BRASIL, 2007).

Baseando-se na Classificação Internacional das Doenças décima edição – CID 10 (1998), da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1997), o Ministério da Saúde do Brasil publicou, em 2001, um manual que apresenta a lista de doenças relacionadas ao trabalho, disponibilizando as patologias e suas possíveis associações a agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional. Em seu décimo capítulo, referente aos transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho, é observado diversos fatores de risco de natureza psicossocial (BRASIL, 2001).

Os fatores de risco são enquadrados em duas seções, a seção Z56, definida por problemas relacionados ao emprego e ao desemprego como: desemprego, mudança de emprego, ameaça de perda de emprego, ritmo de trabalho penoso, má adaptação ao trabalho (condições difíceis de trabalho) e outras dificuldades físicas e mentais relacionadas ao trabalho; e a seção Y96, correspondente às circunstâncias relativas às condições de trabalho. Sendo as patologias relacionadas: alcoolismo crônico, estado de estresse pós-traumático, neurastenia, neurose profissional, transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos e a Síndrome de Burnout ou síndrome do esgotamento profissional (BRASIL, 2001).

Assim, inserida no contexto da ST, a presente investigação buscou estudar aspectos relacionados à dimensão profissional e psicossocial no trabalho de enfermagem e a ocorrência de depressão em enfermeiros. O referencial teórico metodológico selecionado para embasar o estudo foi o Modelo Demanda-Controle, também conhecido como Modelo Demanda-Controle e Apoio Social ou *Job Strain Model*, desenvolvido por Robert Karasek (1979). Esse modelo privilegia duas dimensões psicossociais: o controle sobre o trabalho e a demanda psicológica advinda dele. A partir da combinação dessas duas dimensões, o modelo distingue tipos de trabalho específicos que, por sua vez, estruturam riscos e estímulos diferenciados à saúde.

De acordo com o referido modelo, no ambiente de trabalho são identificadas diferentes situações de trabalho que podem tanto expor o indivíduo ao risco de desenvolver distúrbios de ordem física e psicológica, quanto influenciar a motivação para desenvolver novos padrões de comportamento. Essas situações são definidas, segundo o autor, como trabalho em alta exigência, trabalho ativo, trabalho passivo e trabalho em baixa exigência (KARASEK, 1979).

Segundo o modelo, a situação de alta exigência ocasiona a maior parte das reações adversas à saúde, como o desgaste psicológico e o adoecimento físico, enquanto que, a baixa exigência, condição ideal de trabalho, acarreta em menor comprometimento à saúde. O trabalho ativo, devido aos desafios motivadores e ao alto controle nas tarefas a serem

executadas, conduz ao aumento da atividade global do indivíduo e da capacidade de produzir soluções para as atividades e problemas enfrentados. Em contraposição, o trabalho passivo acarreta em desmotivação e insatisfação, culminando em adoecimento físico-mental (KARASEK; THEÖREL, 1990; ARAÚJO et al, 2003; ARAÚJO; GRAÇA; RAÚJO, 2003).

As situações ocupacionais inadequadas estão presentes nos locais de trabalho e têm gerado o adoecimento e suas consequências aos indivíduos a elas submetidos. Segundo a Comissão das Comunidades Europeias (COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS, 2002; MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005),

[...] as enfermidades consideradas emergentes, como o estresse, a depressão ou a ansiedade, assim como a violência no trabalho, o assédio e a intimidação são responsáveis por 18% dos problemas de saúde associados ao trabalho, uma quarta parte dos quais implica em duas semanas ou mais de ausência laboral.

Os distúrbios psíquicos relacionados ao trabalho, embora apresentem alta prevalência na população trabalhadora, frequentemente deixam de ser avaliados como tais no momento da avaliação clínica, devido principalmente às suas próprias características, regularmente mascarados por sintomas físicos, bem como a inerência à tarefa de definir-se claramente a associação entre tais distúrbios e o trabalho exercido pelo profissional (GLINA et al, 2001).

No âmbito social, entre as patologias associadas ao sofrimento, a depressão atinge um grande contingente da população e pode se manifestar em quadros típicos, agudos ou crônicos; surgindo a tristeza (vivenciada na perda ou fracasso), a falta de esperança e a dificuldade em relação à tomada de iniciativa e o desempenho laboral. Percebe-se como consequência problemas de saúde e de relacionamento, dificuldades financeiras, absenteísmo, rotatividade, afastamentos do trabalho e aposentadorias por invalidez, o que tem sido alvo de estudos, principalmente nos países mais industrializados.

Caracterizada como uma patologia debilitante, a depressão interfere e prejudica os processos diários e higiênicos dos indivíduos, como trabalhar, relacionar-se, vestir-se, alimentar-se, etc. É considerado um distúrbio de causa multifatorial, tendo origem em fatores hereditários, químicos, exposição a substâncias e estresse. Muitos estudos apontam que o estabelecimento desse processo patológico pode ser influenciado por características pessoais como o sexo feminino, nível de estima, o tipo de personalidade ou a capacidade de resiliência e enfrentamento individual. Nota-se um crescente número de publicações relacionando o trabalho como um fator de risco ou causa para comprometimento da saúde mental dos trabalhadores, possibilitando o desenvolvimento de episódios depressivos.

Segundo Seligmann-Silva (1995) os quadros depressivos do trabalho muitas vezes não são típicos, revelando de forma sutil uma postura de desânimo diante da vida e do futuro, que pode ser expresso com amargura ou revestido por conformismo trabalhista. Relacionadas ao processo de trabalho, a mais frequente é a depressão oculta, que assume formas diferenciadas, como expressões somáticas de mal-estar e doenças, acidentes de trabalho, alcoolismo e absenteísmo.

Ao focar a Enfermagem, observa-se uma profissão integrada principalmente por mulheres, que realizam suas funções em ambiente composto por dor e sofrimento, com relações de trabalho prejudicadas e sob uma organização do trabalho inadequada. Sendo comum observar número insuficiente de profissionais por unidade de serviço, sobrecarga de trabalho, dificuldade de relacionamento entre os trabalhadores, seja da mesma profissão ou com outros profissionais e com as chefias.

Estudos demonstraram problemas decorrentes desses ambientes de trabalho, para os profissionais de enfermagem, como o acometimento dos trabalhadores por doenças ósteo-musculares (ALEXANDRE; 1998; BOTHÁ; BRIDGER, 1998), exposição aos riscos ocupacionais laboral (SILVA; GIUNTINI; MENEGUIN, 1997; REZENDE, 2003; MUROFUSE, 2004; TIPPLE et al, 2004) e o desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos (GOLDBERG; STEURY, 2001; STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001; GEIGER-BROWN et al; 2004), como o estresse e o *burnout*. Devido à crescente prevalência dos episódios depressivos na população geral e as características intrínsecas ao trabalho desses profissionais, faz-se importante estudar a depressão e sua relação com o trabalho do enfermeiro.

Nesse cenário adquire centralidade a produção de estatísticas, de indicadores e análises de informações sobre doenças profissionais, doenças relacionadas ao trabalho e acidentes de trabalho. Faz-se necessária à implantação e implementação de serviços, com atuação de equipes multiprofissionais, que executem ações de diagnóstico, tratamento e de promoção e proteção à saúde, estabelecendo parcerias para a realização de ações conjuntas entre entidades de trabalhadores e organizações governamentais e não-governamentais (SILVA, BARRETO JUNIOR; SANT'ANA, 2003).

Entendendo o ambiente de trabalho hospitalar como fator de exposição aos fatores profissionais e psicossociais, determinados no estudo enquanto carga horária de trabalho, setor de atuação e turno de trabalho e demanda psicológica e física, controle, apoio social e insegurança no trabalho, respectivamente, pretende-se estabelecer a associação desses à ocorrência de depressão em enfermeiros. Almejando, desta forma, contribuir com o

aprofundamento do tema, solidificar o conhecimento científico e chamar a atenção das instituições e dos serviços de atenção à ST para o problema, bem como dos profissionais, que muitas vezes subestimam ou estigmatizam os distúrbios mentais nos ambientes laborais.

Ante o exposto, a seguinte questão norteadora foi elaborada para guiar este estudo:

- Qual a relação entre os aspectos profissionais e psicossociais presentes no ambiente de trabalho hospitalar e a presença de depressão nos enfermeiros?

2 HIPÓTESES

2 HIPÓTESES

H1 – Os aspectos profissionais (carga horária, setor e turno de atuação), psicossociais do ambiente laboral (demanda psicológica e física, controle, apoio social e insegurança), o tipo de trabalho e a exposição ao estresse ocupacional são fatores associados ao aumento de depressão nos enfermeiros, após o controle das demais variáveis.

H2 – A adição do apoio social² influencia a relação entre os aspectos psicossociais, demanda psicológica e controle no trabalho, e a depressão nos enfermeiros, após o controle das demais variáveis.

² Apoio Social: apoio social no trabalho refere-se ao nível global de interação social positiva e disponível no trabalho por colegas e supervisores (KARASEK; THEORELL, 1990, p.69).

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Avaliar os aspectos profissionais e psicossociais do trabalho em ambiente hospitalar e a presença de depressão em enfermeiros.

3.1.1 Objetivos Específicos:

- 1) Identificar os aspectos sócio-demográficos e profissionais do trabalho de enfermeiros de um hospital universitário.
- 2) Identificar os aspectos psicossociais no trabalho, tipo de trabalho, a exposição ao estresse ocupacional e a presença de sintomas depressivos dos enfermeiros.
- 3) Avaliar a associação das variáveis aspectos psicossociais no trabalho, tipo de trabalho, exposição ao estresse ocupacional e presença de sintomas depressivos com aspectos sócio-demográficos, aspectos profissionais e aspectos individuais dos enfermeiros.
- 4) Correlacionar as variáveis aspectos profissionais (carga horária, setor e turno de atuação), psicossociais no trabalho, tipo de trabalho e exposição ao estresse ocupacional com a variável presença de sintomas depressivos dos enfermeiros.
- 5) Testar se os aspectos profissionais (carga horária, setor e turno de atuação) e psicossociais no trabalho, o tipo de trabalho e a exposição ao estresse ocupacional explicam a variância na medida de sintomas depressivos nos enfermeiros, após o controle das demais variáveis.
- 6) Testar se o apoio social explica a variância da medida de demanda psicológica e controle no trabalho nos enfermeiros, após o controle das demais variáveis.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Aspectos gerais da Saúde do Trabalhador

Inserido no contexto da Saúde do Trabalhador (ST), o presente estudo se propôs a investigar o trabalho (aspecto profissional e psicossocial no trabalho) e sua relação com agravo à saúde (depressão) de um determinado grupo de profissionais (enfermeiro). Podendo, assim, ser enquadrado nas ações de vigilância preconizadas pela ST.

A ST envolve um marco teórico-prático complexo que exige, para seu conhecimento e compreensão, uma visão ampla e profunda dos nexos causais trabalho-saúde-doença e do contexto histórico ao qual a sociedade do trabalho está inserida (SILVA; BARRETO JUNIOR; SANT'ANA, 2003).

Desempenhando ações de vigilância em saúde, a ST foi definida na Lei Orgânica da Saúde – lei número 8.080/90 (BRASIL, 1990) como:

[...] um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

A referida Lei atribui ao Sistema Único de Saúde (SUS) a responsabilidade de coordenar a política de ST e delimita, ainda, o conjunto de atividades a ser desenvolvidas por ele. Segundo publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 1990), as atividades de vigilância em saúde executadas pela ST são:

- Assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- Participação em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- Informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional.

A Portaria nº 1.125 publicada em 2005, da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) vigente desde 2004 (BRASIL, 2005), estabelece que a política de saúde do trabalhador tem por propósito:

[...] a promoção da saúde e a redução da morbi-mortalidade dos trabalhadores, mediante ações integradas, intra e intersetorialmente, de forma contínua, sobre os determinantes dos agravos decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos, com a participação de todos os sujeitos sociais envolvidos.

De acordo com Wunsch Filho (2004), ao se aspirar uma política de ST efetiva, deve-se contemplar questões concernentes ao impacto ambiental de determinados processos produtivos, a formação e o preparo da força de trabalho e a seguridade social. O autor ressalta que o trabalho relaciona-se diretamente com o sistema produtivo em vigência, sendo responsável pela geração da riqueza nacional.

Dentro da ST, o trabalhador é definido como todo homem ou mulher que exerça atividade no mercado de trabalho para sustento próprio, e dependentes, independente da forma de inserção, ou seja, setores formais ou informais da economia. Assim, são incluídos na definição os trabalhadores que exercem atividades relacionadas ao trabalho: doméstico, avulso ou agrícola, autônomos, servidores públicos, proprietários de micro e pequenas e unidades de produção; indivíduos que exercem atividades não remuneradas, habitualmente em ajuda a membro da família que tenha uma atividade econômica; indivíduos que trabalhem como aprendiz ou estagiário; e, ainda, podem ser incluídos aqueles que estão, definitiva ou temporariamente, afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego (BRASIL, 2004).

De acordo com a definição supracitada, quase a totalidade da população adulta pode ser considerada um trabalhador e estão exposta as consequências, positivas e negativas, decorrentes do exercício laboral. Permeando as consequências negativas estão os agravos à saúde que podem ser definidos como:

- Acidente de trabalho - de acordo com o artigo 19 da Lei 8.213 de 24 de julho de 1991, é o “acidente que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, ou pelo exercício do trabalho do segurado especial, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, de caráter temporário ou permanente”. Pode ser dividido em acidentes típicos, decorrentes da característica da atividade profissional desempenhada pelo acidentado, e em acidentes de trajeto – são os acidentes ocorridos no trajeto entre a residência e o local de trabalho do segurado e vice-versa (BRASIL, 2008, p.10,13).

- Doenças profissionais - são aquelas que apresentam relação nítida e essencial com o trabalho, ou seja, caracterizam agravos inerentes a indivíduos que desenvolvem alguma atividade específica (BEDRIKOW, 1987; WÜNCH FILHO, 1995);
- Doenças relacionadas ao trabalho – são aquelas em que não existe pressuposto de inerência, sendo o trabalho considerado como co-fator etiológico da doença, ou seja, embora não possuam especificidade com determinado tipo de ocupação, apresentam maior incidência em trabalhadores envolvidos em determinadas atividades (BEDRIKOW, 1987; WÜNCH FILHO, 1995).

Assim os trabalhadores podem adoecer ou morrer por causas relacionadas ao trabalho, seja como consequência da profissão ou das condições adversas de trabalho. Segundo Mendes e Dias (1999), o perfil de agravos, adoecimento e morte dos trabalhadores pode ser sintetizado em quatro grupos de causas:

- Doenças comuns aparentemente sem qualquer relação com o trabalho;
- Doenças comuns (crônico-degenerativas, infecciosas, neoplásicas, traumáticas, etc.) eventualmente modificadas no aumento da frequência de sua ocorrência ou na precocidade de seu surgimento em trabalhadores, sob determinadas condições de trabalho.
- Doenças comuns que têm o espectro de sua etiologia ampliado ou tornado mais complexo pelo trabalho. As condições provocadoras ou desencadeadoras dos quadros nosológicos somam-se (efeito aditivo) ou multiplicam-se (efeito sinérgico);
- Agravos à saúde específicos tipificados pelos acidentes do trabalho e pelas doenças profissionais.

As doenças relacionadas ao trabalho são constituídas pelos três últimos grupos descritos acima, as quais foram classificadas por Schilling (1984) e serão apresentadas a seguir.

- GRUPO I: doenças em que o trabalho é causa necessária, tipificadas pelas doenças profissionais e pelas intoxicações agudas de origem ocupacional.
- GRUPO II: doenças em que o trabalho pode ser um fator de risco, contributivo, mas não necessário, sendo exemplificadas pelas doenças comuns, mais frequentes ou mais precoces em determinados grupos ocupacionais e para as quais o nexo causal é de natureza eminentemente epidemiológica.

- GRUPO III: doenças em que o trabalho é provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida ou pré-existente, ou seja, concausa.

A Figura 1 resume e exemplifica os grupos das doenças relacionadas ao trabalho, de acordo com a classificação proposta por Schilling (1984).

Categoria	Exemplos
I – Trabalho como causa necessária.	Intoxicação por chumbo Silicose Doenças profissionais legalmente reconhecidas
II – Trabalho como fator contributivo, mas não necessário.	Doença coronariana Doenças do aparelho locomotor Câncer Varizes dos membros inferiores
III – Trabalho como provocador de um distúrbio latente ou agravador de doença já estabelecida.	Bronquite crônica Dermatite de contato alérgica Asma Doenças mentais

Figura 1 - Classificação das doenças segundo sua relação com o trabalho.

Fonte: Adaptado de Schilling (1984).

Categorizado como Schilling I, as doenças profissionais, são tipificadas por agravos específicos, nos quais, o trabalho ou suas condições constitui nexos causal direto e imediato. O que significa que a eliminação do agente causal, seja por controle ou substituição, pode promover a prevenção, ou seja, a eliminação ou erradicação dos danos acarretados. Os outros dois grupos, Schilling II e III, são formados por doenças comuns, de etiologia múltipla ou causadas por múltiplos fatores de risco. Portanto, sua caracterização etiológica ou nexos causal, fatores de risco, possui natureza epidemiológica e a eliminação desses fatores reduz a incidência ou provoca mudanças no prognóstico da doença ou agravo à saúde (SCHILLING, 1984; BRASIL, 2001).

Muitas são as dificuldades encontradas para o estabelecimento do nexos ou da relação do trabalho para com a doença. De acordo com o Manual das doenças relacionadas ao trabalho, publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), os principais fatores são a ausência ou imprecisão na identificação de fatores de risco e/ ou das situações a que o trabalhador está ou esteve exposto; ausência ou imprecisão na caracterização do potencial de risco da exposição; conhecimento insuficiente quanto aos efeitos para a saúde associados com a exposição em questão; desconhecimento ou não-valorização de aspectos da história clínica e

de exposição, já descritos como associados ou sugestivos de doença ocupacional ou relacionada ao trabalho; necessidade de métodos propedêuticos e abordagens por equipes multiprofissionais, nem sempre disponíveis nos serviços de saúde.

Em adição, para Wünsch Filho (2004), outros fatores que contribuem para a dificuldade do estabelecimento do nexo causal são: a fragmentação e mobilidade das cadeias produtivas, que dificultam não só a identificação e avaliação das exposições ocupacionais, mas extinguem a distinção entre efeitos ocupacionais e não ocupacionais sobre a saúde; e a dificuldade em organizar a força de trabalho, devido à maior rotatividade da mão-de-obra provocada pela flexibilização das relações de trabalho.

Neste contexto, os riscos ocupacionais constituem-se em todas as situações, condições ou fatores existentes no ambiente de trabalho que podem trazer ou ocasionar danos à ST e têm origem em atividades insalubres e perigosas, cuja natureza, condições ou métodos de trabalho, bem como os mecanismos de controle sobre os agentes biológicos, químicos, físicos, ergonômicos e psicossociais do ambiente, podem provocar efeitos adversos à saúde dos profissionais e sequelas imediatas, denominadas agudas, e tardias, intituladas crônicas (BARBOSA, 1995; MARZIALE, 1999; SILVA; MARZIALE, 2003; MAURO et al., 2004). Os riscos ocupacionais segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 1984) e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) são classificados em:

- Riscos físicos – composto por as diversas formas de energia, tais como ruídos, temperaturas, vibrações, pressões anormais, radiações, umidade;
- Risco químico – constituído por as substâncias, compostos ou produtos químicos, nas formas de poeiras, fumos, gases, neblinas, nevoas ou vapores;
- Riscos biológicos – são as formas vivas ou produtos e substâncias deles derivados, exemplificados por vírus, bactérias, parasitas, protozoários, fungos, bacilos, animais, plantas;
- Riscos ergonômicos – relacionado ao esforço físico, levantamento de peso, postura inadequada, controle rígido de produtividade, situação de estresse, trabalhos em período noturno, jornada de trabalho prolongada, monotonia e repetitividade, imposição de rotina intensa;
- Riscos psicossociais – são aqueles que se referem à interação entre e no meio ambiente de trabalho, conteúdo do trabalho, condições organizacionais e habilidades do trabalhador, necessidades, cultura, causas extra-trabalho pessoais.

Ao longo da história, as modificações na OT, nos processos de trabalho e nos fatores de risco ocupacionais a que os trabalhadores foram expostos, provocaram alterações gradativas e configuraram um novo perfil de morbi-mortalidade e de doenças dominantes entre a população trabalhadora. Segundo Wünsch Filho (2004), a adoção de novas tecnologias reduziu a exposição dos profissionais a alguns fatores de riscos, em determinados ramos de atividade, mas gerou outros riscos ocupacionais e outras formas de adoecer entre os trabalhadores. Desse modo, observa-se a diminuição dos casos de dermatoses profissionais, pneumoconioses, saturnismo e de intoxicações por mercúrio, manganês e solventes e o aumento da prevalência da surdez profissional, doenças por agentes biológicos, asma profissional e lesão por esforço repetitivo (LER), nomeada atualmente de distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (DORT). No Brasil, a prevalência das velhas doenças profissionais, embora não totalmente controladas, está sendo substituída por essas novas doenças e síndromes.

Entre as novas doenças e síndromes, cabe ressaltar a predominância do DORT, foco atual de atenção dos serviços de ST, e o advento dos transtornos mentais entre os trabalhadores. Em meados da década de 90, Silva (1994) já apontava que os métodos gerenciais adotados levavam à intensificação do trabalho e a instabilidade no emprego, que poderiam contribuir para o surgimento de distúrbios na esfera fisiológica e psicocognitiva dos trabalhadores.

Diante dessa perspectiva, o estudo dos fatores de risco presentes nos ambientes de trabalho, método que visa estabelecer a relação entre o fator e a instalação da doença ou agravamento à saúde, determinados como riscos que provocam danos específicos à saúde dos trabalhadores por meio de mecanismos bem definidos, sem considerar a historicidade e outras determinantes que participam do processo, não se mostram suficientes para se compreender a relação existente entre trabalho, saúde e doença nos grupos sociais (LAURELL, NORIEGA, 1989; SECCO, 2006).

A adoção do materialismo histórico, por meio da teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, que se fundamenta no reconhecimento da historicidade do caráter social da saúde-doença e na compreensão do trabalho como um complexo processo social e técnico, que traz desgaste ao trabalhador como consequência (SECCO, 2006), se faz mais apropriado ao objetivo do presente estudo.

Desse modo, as cargas de trabalho são definidas como elementos do processo de trabalho que interagem entre si e com o trabalhador, desencadeando alterações nos processos biológicos e psíquicos, como desgastes físicos e psíquicos, potenciais ou reais. É o atributo de

um determinado processo de trabalho cuja presença, ou não, no ambiente pode aumentar a probabilidade de deterioração de ordem psicobiológica de um grupo de trabalhadores em relação aos não expostos a tal condição (FACCHINI, 1994a; LAURELL, 1993).

As cargas de trabalho foram sintetizadas por Secco (2006, p.39-40), fundamentada nos estudos de Laurell e Noriega (1989) e Facchini (1994b), como:

Categorias	Descrição
<i>Cargas físicas:</i>	Derivam das exigências técnicas para a transformação do objeto de trabalho e apresenta-se por meio do ruído, vibração provinda de máquinas, temperatura do ambiente, iluminação, ventilação, umidade, resultantes de características especiais dos processos de trabalho;
<i>Cargas químicas:</i>	Decorrem do objeto de trabalho e dos meios auxiliares envolvidos no seu o processo de transformação; dizem respeito às substâncias químicas presentes em forma de poeiras, pós, fumaças, gases, vapores, líquidos, entre outros;
<i>Cargas biológicas:</i>	Caracterizam as condições de higiene do ambiente laboral; são derivadas do objeto de trabalho, de organismos animais e vegetais que possam ser nocivo à saúde do trabalhador, tais como parasitas, bactérias, vírus fungo e outros. Provocam transformações no organismo em razão da sua interação com os processos corporais do indivíduo.
<i>Cargas mecânicas:</i>	Dizem respeito ao objeto de trabalho, à tecnologia empregada para a realização do mesmo, tanto na sua operação quanto na manutenção, aos materiais soltos no ambiente laboral, as condições de instalação e manutenção dos materiais e equipamentos da produção. Trazem como consequências contusões, fraturas, feridas e outras lesões que atingem efetivamente o corpo do trabalhador;
<i>Cargas fisiológicas:</i>	Dizem respeito às diversas maneiras de realizar a atividade laboral e caracterizam-se pelo esforço físico e visual, pelos movimentos e deslocamentos exigidos pela atividade, pelo espaço disponível para a atividade, pelas posições assumidas pelo corpo do trabalhador na execução das tarefas, pelos turnos noturnos e rotativos, pelas horas extraordinárias ou intensificação do trabalho;
<i>Cargas psíquicas:</i>	Caracterizam-se pelas fontes de estresse existentes nos elementos do processo de trabalho, estando relacionadas às outras cargas presentes na organização e na divisão das atividades laborais, em que os tempos e ritmos da produção são predeterminados e as tarefas tendem à fragmentação. São determinantes para o processo de desgaste do trabalhador e estão presentes no ritmo e intensidade do trabalho, na atenção, responsabilidade e controle necessários para a execução das atividades, no relacionamento entre os trabalhadores, na atividade supervisionada, no entendimento da presença do risco ocupacional existente na tarefa, no medo de perder o emprego.

Figura 2 – Classificação das cargas de trabalho.

Fonte: Adaptado de Secco (2006, p. 39-40).

De acordo com Frutuoso e Cruz (2005, p.32), de forma didática, a carga de trabalho é frequentemente dividida em duas dimensões: mental e física,

[...] a dimensão mental refere-se aos aspectos subjetivos, tais como: sentimentos, afetos, emoções, motivação e cognições (ex. raciocínio, tomada de decisão, pensamento, memória, entre outros). A dimensão física está relacionada com posturas (permanecer sentado, em pé), gestos (movimento estático, dinâmico ou repetitivo) e deslocamento (andar, correr, dirigir, etc.).

Laurell e Noriega (1989) salientam que os trabalhadores estão expostos a dois diferentes tipos de cargas de trabalho. As de materialidade externa ao corpo, agrupadas em físicas, químicas, biológicas e mecânicas, referem-se a aquelas que sofrem mudanças de qualidade ao interagirem com o corpo, podendo ser detectadas e medidas. E as de materialidade interna ao corpo, constituídas em fisiológicas e psíquicas, expressam-se por transformações internas no corpo.

Desse modo, a investigação da carga de trabalho implica em considerar três dimensões que constituem, simultaneamente, uma unidade tríplice de análise: as ações do trabalhador, o contexto em que elas ocorrem e as consequências geradas por essas ações (FACCHINI; WEIDERPASS; TOMASI, 1991; CRUZ, 2002; FRUTUOSO; CRUZ, 2005).

Em síntese, a ST não pode ser definida por limites disciplinares, mas por metas e eixos de ação. Dentre os quais temos a luta pela saúde, produzida nas transformações dos processos, na eliminação dos riscos e na superação das condições precárias de trabalho; e a valorização das demandas e dos conhecimentos advindos da experiência, considerando-se a participação dos trabalhadores como fecunda e indispensável (OSÓRIO, 2008).

Em acordo com Minayo Gomez e Lacaz (2005), o modelo ou paradigma convencional da ST é insuficiente diante das mudanças contemporâneas nas relações de trabalho, que atingem diferentes setores da economia. Estes autores advertiram que o modelo de ST não acompanha ou abrange os efeitos da reestruturação produtiva na força laboral, que, sem excluir formas arcaicas, tradicionais e modernas de produção, impactam fortemente na vida e na saúde de grandes contingentes de trabalhadores.

O atual PNST propõe uma Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) buscando a superação da fragmentação, desarticulação e superposição das ações implementadas pelos setores Trabalho, Previdência Social, Saúde e Meio Ambiente.

Uma das diretrizes da PNSST do Ministério da Saúde, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) responde pela execução de ações curativas, preventivas, de promoção e de reabilitação à saúde do trabalhador brasileiro. A rede, segundo dados divulgados pelo Ministério da Saúde em 2009, é composta por 173 Centros Estaduais e

Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CERST) e por uma rede sentinela de 500 serviços médicos e ambulatoriais de média e alta complexidade, composta por unidades de saúde, chamadas de unidades sentinela, que identificam, investigam e notificam, quando confirmados, os casos de doenças, agravos e/ou acidentes relacionados ao trabalho (BRASIL, Ministério da Saúde, 2009).

O CERST tem por incumbência promover ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador por meio da prevenção e vigilância. Divido em dois tipos, ao CERST regionais cabe capacitar a rede de serviços de saúde, apoiar as investigações de maior complexidade, assessorar a realização de convênios de cooperação técnica, subsidiar a formulação de políticas públicas, apoiar a estruturação da assistência de média e alta complexidade para atender aos acidentes de trabalho e agravos contidos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho e de notificação compulsória. Enquanto que, aos CERST estaduais compete elaborar e executar a Política Estadual de Saúde do Trabalhador, acompanhar os planos de ação dos CERST regionais, participar da pactuação para definição da rede sentinela e contribuir para as ações de vigilância em saúde (BRASIL, Ministério da Saúde, 2009).

A criação de uma rede de centros de referências foi a estratégia adotada para a construção de uma efetiva política de estado na área da ST, por meio da organização das ações e serviços voltados para a atenção da saúde dos trabalhadores, com vistas à sua incorporação na rede de serviços de saúde pública. Não se pretende que os CERST se estruturam como exercício de mais uma especialidade clínica dentro dos serviços de saúde, para atender usuários com patologias do trabalho, mas sim de exercer suas funções transferindo conhecimentos e possibilitando aos profissionais de outras áreas incorporarem à sua prática o trabalho como fator morbigênico (SÃO PAULO, 2004).

O momento histórico e o processo de criação da RENAST permitem identificá-la como uma política compensatória, focalizada e desvinculada de outras políticas de seguridade social. Entretanto, também é uma política transformadora e de inclusão, pois tem possibilitado dar visibilidade às questões referentes a ST nos serviços de saúde. Desse modo, pode-se considerar que a estratégia da RENAST, para prover uma atenção diferenciada aos trabalhadores no SUS tem sido bem sucedida (DIAS; HOEFEL, 2005).

Entre as dificuldades a serem superadas relacionadas a implantação da diretriz, Hoefel, Dias e Silva (2005) apontam para: o modelo da RENAST, que é centrado na atuação regionalizada dos CERST, que não corresponde à organização do SUS centrada na municipalização; a frágil articulação intra-setorial; a confusão dos papéis das coordenações

estaduais e municipais de ST e dos CERST; a falta de orientação objetiva quanto aos processos de pactuação dos procedimentos de assistência, vigilância e informação em saúde, uma vez que as áreas de atuação dos CRST não coincidem, muitas vezes, com as Regionais de Saúde; o despreparo dos profissionais da rede de serviços de saúde para lidar com agravos à saúde relacionados ao trabalho e definir os encaminhamentos médicos e administrativos adequados; o desvio dos recursos destinados à implantação da RENAST para cobrir outras necessidades do sistema de saúde; e que apesar dos avanços regionais, ainda se observa a precedência da assistência em detrimento das ações de vigilância, prejudicando a integralidade das ações (HOEFEL; DIAS; SILVA, 2005).

4.2 Ambiente psicossocial no trabalho

4.2.1 Organização do Trabalho e a relação com processo saúde-doença

Os determinantes da ST podem ser compreendidos de acordo com duas vertentes, enquanto condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais, responsáveis pelas condições de vida; e quanto aos fatores de risco ocupacionais (físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais) presentes nos processos de trabalho (BRASIL, 2001), abordados no presente estudo enquanto cargas de trabalho, como já apresentado.

Nas últimas décadas, um interesse ascendente sobre as questões referentes à relação processo trabalho-saúde-doença, com ênfase na saúde mental, em diversos locais de trabalho e em diferentes categorias profissionais, pode ser observado (JACQUES, 2003). Entre as possíveis justificativas para esse fato estão: o crescente número de distúrbios psiquiátricos associados ao trabalho, constatados em estatísticas oficiais ou não oficiais; as restrições impostas à saúde, a qualidade de vida e a qualidade de vida no trabalho dos trabalhadores; e as perdas financeiras aos empregadores e a sociedade, como explicitado por Wunsch Filho (2004):

[...] Os acidentes e as doenças relacionadas ao trabalho têm um grande impacto não apenas na vida do indivíduo, mas para a sociedade como um todo. Para as empresas, esses eventos afetam o custo de produção e forçam a elevação dos preços de bens e serviços, interferindo no conjunto da economia. Oneram o Estado pela atenção à saúde que precisa prover aos trabalhadores afetados e pela ativação do sistema de previdência. Mas são as pessoas mais próximas do trabalhador acidentado ou doente que sofrem as principais consequências, pois as famílias acabam por assumir grande parte dos custos na forma de redução de renda, interrupção do emprego de familiares e gastos com acomodação no domicílio.

Em meio a esta perspectiva, o local, as condições e, particularmente, a organização do trabalho acarretam em diferenciadas consequências para a saúde de todos trabalhadores (GOMEZ; CARVALHO, 1993). Dentre a organização, Tumolo (2001) destaca que os principais aspectos que afetam os processos de trabalho são: a introdução de novas tecnologias, a própria organização e gestão do trabalho e a qualificação/ desqualificação da força laboral.

O atual padrão da economia mundial, assinalado pela globalização, a reestruturação produtiva e a reconversão profissional têm alterado a vida e as relações entre países e pessoas, desencadeando transformações sócio-econômicas e culturais que afetam os processos laborais e modificam os determinantes de saúde-doença, provocando mudanças no conjunto das morbi-mortalidades relacionadas ao trabalho (SILVA; BARRETO JUNIOR; SANT'ANA, 2003).

Neste contexto, ganham destaque os estudos com objeto de interesse na relação entre aspectos do trabalho e estresse ocupacional, fadiga, síndrome de *burnout*, ansiedade e episódios depressivos, estabelecendo evidências científicas da associação entre trabalho e adoecimento mental (WANG; PATTEN, 2001; PIKHART et al. 2004, NIEDHAMMER et al. 2006; PLAISIER et al., 2007; RUSLI; EDIMANSYAH; NAING, 2008).

As estimativas apresentadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que 30% dos trabalhadores empregados são acometidos por transtornos mentais menores e, ainda, cerca de 5 a 10% possuem transtornos mentais graves. No Brasil, segundo estatísticas do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), no que se relaciona aos profissionais formais, os transtornos mentais ocupam a 3ª posição entre as causas de concessão de benefício previdenciário como auxílio doença, afastamento do trabalho por mais de 15 dias e aposentadorias por invalidez (BRASIL, 2001; JACQUES, 2003).

A noção de que o ambiente de trabalho tem repercussões na Saúde dos trabalhadores está bem estabelecida (BUDGE; CARRYER; WOOD, 2003). As bases para a explicação do impacto do trabalho na saúde mental enfatizam a forma com que esse é organizado,

começando pela perspectiva tayloriana (GOMEZ; CARVALHO, 1993). Os prejuízos à saúde mental dos trabalhadores destacam-se em decorrência das prolongadas jornadas de trabalho, ritmo acelerado de produção, excesso de tarefas, automação para a realização de ações repetitivas, a fragmentação das tarefas e a remuneração baixa, alta responsabilidade e complexidade das tarefas executadas, pressão e limite de tempo, falta de suporte administrativo e dos superiores (BARBOZA; SOLER, 2003).

Independentemente do modelo de organização do trabalho analisado é preciso compreender sua subordinação ao processo de produção capitalista, no qual a força de trabalho é o principal fator de troca e que expressa a necessidade constante de reprodução do capital ao longo de sua história (TUMOLO, 1997). Entretanto para se compreender a influência exercida pela organização do trabalho sobre a saúde, física e mental, dos profissionais, se faz necessária a retomada de alguns conceitos que possibilitam acompanhar o surgimento e estabelecimento do capitalismo na sociedade contemporânea.

Ao estudar o surgimento e a consolidação do capitalismo, observa-se que esse compreendeu diversos ciclos de crescimento e crises. Segundo Merlo e Lápiz (2007), os diferentes ciclos distinguem-se por importantes mudanças nas inovações tecnológicas introduzidas, na qualificação do trabalhador, nos modos de organização do trabalho e da produção, nas diferentes estratégias empresariais, nas formas de controle utilizado sobre os trabalhadores, no desempenho dos sindicatos e no papel do Estado. Em complemento, Navarro e Padilha (2007) relatam que no decorrer do desenvolvimento do processo de trabalho no capitalismo, é observada a perda progressiva do trabalhador sobre o controle do processo produtivo e, em consequência, a perda de controle sobre seu próprio trabalho.

Marco do início do desenvolvimento do capitalismo, a Primeira Revolução Industrial ocorrida em meados do século XVIII, na Inglaterra, foi caracterizada pelo uso intensivo de mão-de-obra assalariada e da inserção da máquina a vapor nas fábricas, exemplificado pelo trabalho pesado e insalubre na indústria têxtil. Este período acarretou em modificações na qualificação do trabalhador, que passou gradualmente a perder seu conhecimento sobre o conteúdo do trabalho executado e foi marcado pelo despotismo fabril, materializado pelas agressões físicas, ameaças e demissões, intensificação do trabalho, longas jornadas (de 12 a 15 horas diárias), condições de trabalho precárias e salários aviltantes (MERLO; LAPIS, 2007).

Ocorrida entre o final do século XIX e início do século XX nos Estados Unidos, a Segunda Revolução Industrial tem seu alicerce na introdução da eletricidade nas fábricas, na administração científica do trabalho e na produção em série. Neste período difundiu-se o

modelo taylorista/fordista de organização do trabalho, propostos por Taylor e Ford, respectivamente, que se destacam por rígida especialização das tarefas e racionalização da produção. A administração científica, também conhecida por taylorismo, voltou-se ao desenvolvimento de métodos e da organização do trabalho, não alterando significativamente a base técnica do processo de trabalho. Dessa forma, o referido modelo aprofundou a divisão do trabalho introduzida pelo sistema de fábrica, consolidando a separação entre saber versus fazer; concepção e planejamento versus execução; trabalho manual dos operários versus trabalho intelectual das gerências, e assegurou o controle do tempo do trabalhador pela gerência. Devido à intensificação do ritmo de trabalho imposta, a extrema fragmentação das tarefas, a rotina burocrática, o permanente controle e os movimentos repetitivos, o trabalho tornou-se penoso, monótono e pouco criativo (NAVARRO; PADILHA, 2007).

A partir de 1910, a organização científica do trabalho expandiu-se. A difusão e consolidação do taylorismo se deram, então, por sua associação com os princípios, métodos e tecnologias utilizadas por Henry Ford, que introduziu a linha de montagem e um novo modo de gerir a força de trabalho, com destaque aos incentivos salariais dados aos trabalhadores. Assim, o taylorismo-fordismo, que atingiu seu ápice entre 1920 a 1929 e ficou conhecido, também, como modelo de produção em série, intensificou a divisão do trabalho e a fragmentação das tarefas de Taylor, somado-as à integração dos postos, por meio de dispositivos mecânicos que encadeavam as tarefas visando diminuir os tempos ociosos das fábricas (MERLO; LAPIS, 2007).

O modelo taylorista/fordista prevaleceu como modo de organizar o trabalho e a produção nos países capitalistas desenvolvidos até meados dos anos 70, quando os países capitalistas vivenciaram um período de crise estrutural. Tal fato culminou com a coexistência ou com a substituição da administração científica do trabalho por outros modelos considerados mais “enxutos e flexíveis” e mais adequados às novas exigências em um mercado cada vez mais globalizado (ABRAMIDES; CABRAL, 2003).

Assim, a Terceira Revolução Tecnológica marca o surgimento do toyotismo, modelo baseado na experiência japonesa, que é assinalado por um novo modo de organizar o trabalho, e se destaca por adotar elementos como a especialização flexível, a qualidade total, o *just-in-time*, a re-engenharia e o *teamwork* (RIGOTTO, 2009).

O modelo supracitado surge após a Segunda Guerra Mundial, quando se observa a necessidade japonesa de adaptação do modo de produção ao cenário nacional, pois sua demanda mostrava-se reduzida, diversificada e dirigida, sendo preciso adequar a produção em série ao padrão de consumo do país. Ao contrário do fordismo, a produção sob o toyotismo é

conduzida pela demanda e pronta para suprir o consumo. Fundamentado em técnicas, métodos e princípios de relações humanas e de participação no interior da empresa, o modelo visava elevar a produtividade, reduzir os custos e promover um controle preciso da qualidade. A produção em série foi substituída por células de produção, destacando-se a polivalência dos trabalhadores e a rotatividade de operações como formas de garantir a continuidade e o ritmo da produção diante das ausências, pausas e das dificuldades (GORENDER, 1997).

As rígidas formas de controle, típicas do modelo taylorista/fordista, são transformadas em lideranças motivadoras. Outra característica difundida, diz respeito à qualificação do trabalhador. Contrariamente ao operário do taylorismo/fordismo que desempenhava tarefas simplificadas, repetitivas e monótonas, no toyotismo o trabalhador seria "altamente qualificado", "polivalente" e "multiprofissional". Na prática, pesquisas demonstram que estas mudanças sobrecarregaram o trabalhador ao invés de qualificá-lo (TUMOLO, 1997).

Ao longo da evolução do capitalismo, o que se pode observar foi à complementação dos modelos e/ou a alteração dos aspectos da organização do trabalho que já não funcionavam, visando ampliar a produtividade e/ou a lucratividade, como explicitado por Rigotto (2009) ao utilizar a indústria calçadista como exemplo:

[...] a indústria calçadista, por exemplo, fragmenta a fabricação de um modelo de sapato em 150 a 200 operações – como quer Taylor, cada uma delas executada por um trabalhador submetido ao ritmo da esteira fordista, e que ela espera que seja polivalente, na proposta da especialização flexível, para não ter problemas com o absenteísmo de seus colegas. A flexibilização vai permitir ainda que a empresa conte com o trabalho domiciliar de mulheres e crianças, produzindo a baixo custo os lacinhos e trancinhas que as máquinas não podem fazer. Tudo isto sob os cartazes da Qualidade Total, no intuito de que cada trabalhador introjete a incumbência de controlar seu próprio trabalho, para enxugar os níveis hierárquicos da empresa, como quer a re-engenharia.

Apesar de suas diferenças, este novo padrão busca alcançar os mesmos objetivos que os precedentes, qual seja a superação da crise e a continuidade da acumulação de capital, sobretudo por meio da intensificação da exploração da força de trabalho. E mesmo com a flexibilização nas indústrias, observa-se o crescente desemprego, advindo da introdução de inovações tecnológicas poupadoras de mão-de-obra, e disseminam-se as formas precárias de relações de trabalho, como contratos por tempo parcial ou temporário e a sub-contratação (TUMOLO, 2001; MERLO; LAPIS, 2007).

A partir dos anos 1980, verificou-se o acirramento da reestruturação produtiva. As empresas investiram em modificações tecnológicas e organizacionais, visando à redução dos custos de produção, a variabilidade de suas mercadorias, a melhoria da qualidade de seus

produtos e serviços e de sua produtividade, que repercutiram negativamente nas relações e condições de trabalho. As mudanças relacionadas à reestruturação produtiva adquiriram maior visibilidade a partir da década de 90 e intensificaram a exploração da força de trabalho e a precarização do emprego (NAVARRO; PADILHA, 2007). Como consequência, a mão-de-obra tornou-se cada vez mais barata e os trabalhadores, submetidos a cargas de trabalho cada vez maiores (HARVEY, 2001).

No Brasil, grandes transformações ocorreram no capitalismo recente, particularmente na década de 90, quando efetivamente se deu início a reestruturação produtiva no país (ANTUNES, 2002/2003). A economia brasileira tem sofrido o impacto dessas mudanças, muito embora, ainda existam muitos trabalhadores envolvidos em atividades cujos processos produtivos são, ainda, rudimentares e com grau mínimo de tecnologia (WÜNCH FILHO, 2004).

Além do agravamento das condições de trabalho, o vínculo causal entre saúde e trabalho tem-se evidenciado, em diversas atividades, por meio do aumento das doenças relacionadas ao trabalho, físicas e mentais, e dos acidentes de trabalho decorrentes da intensificação dos processos laborais, da informalização do emprego e do recuo da ação sindical (NAVARRO, 2003).

Não obstante, as inovações tecnológicas tenham diminuído a exposição a alguns fatores de riscos no trabalho, tornando esses ambientes menos insalubres e perigosos, constata-se que outros fatores foram introduzidos. A combinação das inovações com os novos métodos gerenciais implicou numa série de agravos à saúde, como o envelhecimento prematuro, o aumento do adoecimento e morte por doenças cardiovasculares e outras doenças crônico-degenerativas, especialmente os DORTs, além de um conjunto de sintomas na esfera psíquica, como o estresse e a fadiga física e mental (DIAS, 2000; BRASIL, 2001).

Os profissionais encontram-se, assim, expostos há velhos e novos riscos, como as atividades repetitivas, a dupla jornada e a carga de trabalho, o que acarreta em maiores riscos para sua saúde (SILVA; BARRETO JUNIOR; SANT'ANA, 2003). Portanto, as ações voltadas à ST devem estabelecer modificações nos processos de trabalho, contemplando as relações trabalho-saúde-doença em sua totalidade, por meio de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial (BRASIL, 2001).

4.2.2 Processo de trabalho no hospital e implicações para a Enfermagem

Os serviços de saúde, especialmente os hospitais, proporcionam condições laborais precárias aos seus trabalhadores, expondo-os a acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais, conforme mostraram os estudos realizados por Gaspar (1997), Silva, Giuntini e Meneguini (1997), Lecrubier (2000), Goldberg e Steury (2001), Guedes e Mauro (2001), Stacciarini e Tróccoli (2001), Fleck et al. (2002), Budge, Carryer e Wood (2003), Silva e Marziale (2003), Geiger-Brown et al. (2004), Mauro et al. (2004), Stone et al. (2004), Tipple et al. (2004), Costa e Felli (2005), Mezani e Bianchi (2005), Park e Lake (2005), Ylipaavalniemi (2005), Araújo et al. (2003), Batista e Bianchi (2006), Elias e Navarro (2006), Schmidt e Dantas (2006), Secco, (2006), Canini et al. (2008), Kawano (2008), Ratner e Sawatzky (2009), Ho et al. (2009), Schreuder et al. (2009).

A prática da assistência de enfermagem nos hospitais, tipicamente insalubres, expõe os trabalhadores de enfermagem a uma diversidade de cargas geradoras de processos de desgaste, sejam elas físicas, químicas, mecânicas, biológicas, fisiológicas e psíquicas, decorrentes das formas como o trabalho é dividido e organizado (COSTA; FELLI, 2005; SECCO, 2006).

Nesse sentido, o ambiente de trabalho desses profissionais caracteriza-se pelo agrupamento de fatores de riscos, como, por exemplo, trabalho noturno, manipulação de produtos químicos, exposição à radiação ionizante, sustentação de excesso de peso durante a assistência ao paciente e longa duração da jornada de trabalho. Esses fatores podem proporcionar danos à saúde dos trabalhadores e interferir de forma negativa na qualidade da assistência prestada (MARZIALE, 1999; GUEDES; MAURO, 2001; SILVA; MARZIALE, 2003).

Percebe-se que essa situação é agravada pela centralização das decisões tomadas nos hospitais brasileiros. A representação sindical é frágil e há uma descrença acentuada na possibilidade de que os coletivos de trabalho possam influenciar a organização de suas próprias atividades, observando-se um quadro predominantemente defensivo frente às exigências da organização do trabalho (OSÓRIO; MACHADO; MINAYO-GOMEZ, 2005; OSÓRIO, 2008).

Ao se analisar o processo de trabalho dentro do hospital, percebe-se a estreita relação entre as diferentes cargas de trabalho e riscos ocupacionais com o processo saúde-doença dos

trabalhadores de enfermagem em geral, e em especial dos enfermeiros, que vão comprometer a saúde em suas dimensões física e mental.

Reitera-se que, enquanto o conceito de risco faz referência à identificação de agentes capazes de interferir na saúde da população, numa abordagem probabilística, o conceito de carga de trabalho estrutura-se para estudar os impactos dos elementos, que constituem o processo de trabalho, no trabalhador (FACCHINI, 1994b). Dessa forma, independentemente da abordagem metodológica empregada, relativa ao conhecimento dos agravos sofridos pelos profissionais de enfermagem e em específico os enfermeiros, foco central do presente estudo, estas querem traduzir a realidade da situação de trabalho e das relações existentes entre este e a saúde dos trabalhadores.

Os agentes de natureza física podem ocasionar danos à saúde dos profissionais que atuam no hospital, principal local de trabalho da enfermagem, como as patologias do sistema hematopoiético, câncer de pele e alterações genéticas ocasionadas devido ao contato com as radiações ionizantes (raios X, gama e beta) e não ionizantes (ultravioleta, infravermelho, microondas e raio laser). Porém, estes fatores de risco não são por ela identificados (REZENDE, 2003).

Contudo, esses profissionais apresentam importantes alterações de saúde, bem como acidentes de trabalho, relacionadas à exposição ao risco físico. Por exemplo, as condições de iluminação deficitárias podem provocar comprometimento e fadiga visual; o sistema interno de ar condicionado pode levar desde as alterações de humor, como irritação e ansiedade, a alergias e cefaléias. A planta física, muitas vezes inadequada ao serviço de enfermagem, dificulta a economia de tempo e ocasiona desgaste laboral (GASPAR, 1997; REZENDE, 2003).

Outra responsável por agravos a saúde, do trabalhador de enfermagem, é a carga química. Os trabalhadores de enfermagem manipulam diariamente uma variedade de substâncias tóxicas, expondo-se aos agentes químicos pelo manuseio de esterilizantes, solventes, anestésicos, desinfetantes, anti-sépticos, agentes de limpeza, detergentes e medicamentos diversos. Estes agentes são capazes de produzir todos os tipos de lesão celular e os efeitos da exposição, aos mesmos, podem manifestar-se de imediato ou tardiamente. Assim, a intoxicação causada pela manipulação dessas substâncias pode ser classificada quanto à intensidade dos efeitos provocados (moderada, leve, grave), à duração da exposição (crônica, aguda e subaguda) e ao tipo de lesão provocada (local e sistêmica) (SILVA; GIUNTINI; MENEGUIN, 1997).

Nessa perspectiva, as substâncias químicas podem vir a constituir riscos à saúde desses indivíduos, devido ao potencial de comprometer a reprodução humana e o tecido cutâneo, provocar efeitos cancerígenos, neurológicos e respiratórios, e, ainda, sinais e sintomas como a irritabilidade, fadiga, cefaléia, e inapetência (SILVA; GIUNTINI; MENEGUIN, 1997; XELEGATI; ROBAZZI, 2003; COSTA; FELLI, 2005). Assim, estratégias de biossegurança que proponham ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação do risco de exposição aos agentes tóxicos devem ser adotadas (TIPPLE et al., 2004).

A execução da assistência em enfermagem, determinada pelo contato direto e diário com seus clientes, expõe os profissionais a uma grande variedade de cargas biológicas em seu trabalho por meio da exposição ao sangue e fluidos corpóreos, que possibilita o contato com microorganismos patogênicos, como o vírus das hepatites B e C, HBV e HCV - respectivamente, o vírus da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), o HIV, e a transmissão de doenças, como a tuberculose, malária, rubéola e demais patologias infecto-contagiosas. Os índices de exposição ocupacional aos agentes biológicos variam entre 10 a 44%, sendo que as formas mais prevalentes de exposição são os acidentes percutâneos (acidentes com agulhas), exposição de mucosas (por espirros e esguichos em olhos e boca) e o contato direto com tecido cutâneo não-intacto (STONE et al., 2004).

A natureza da atividade que esses trabalhadores desenvolvem os coloca, inevitavelmente, em contato com microrganismos patogênicos (SARQUIS; FELLI, 2009). O alto risco de adquirir infecções devido ao contato com fluídos e secreções e material contaminado exige a adoção de medidas de segurança conhecidas como Precauções Padrão, as quais visam aumentar a segurança do profissional de saúde e incluem o uso de barreiras para a proteção individual (EPIs): avental, luvas, óculos, máscaras, gorros e botas, lavagem das mãos e cuidados com instrumentos perfurocortante como adequado descarte desse material e a proibição do encape ativo de agulhas usadas (ZAPPAROLI, MARZIALE, 2006).

Além da utilização das Precauções Padrão como medida preventiva, no mercado encontra-se disponíveis dispositivos considerados seguros, como os sistemas sem agulhas, os de agulhas retráteis e os sistemas protetores de agulhas ergonomicamente planejados. As autoras destacam ainda, a necessidade de implantação de programas de educação continuada, a importância da notificação e da vacinação preventiva contra hepatite B, e que o sucesso de qualquer programa educativo está diretamente ligado à participação e reconhecimento por parte dos trabalhadores e ao apoio da instituição.

As situações anti-ergonômicas do trabalho são consideradas fatores que causam penosidade ao trabalho realizado no ambiente hospitalar e tem grande importância no comprometimento da saúde e na diminuição da qualidade de vida de trabalhadores da saúde, em especial os da enfermagem. Desse modo, o emprego dos princípios da ergonomia é usado para adequar equipamentos, espaços, forma de execução de tarefas e organizar o trabalho considerando as características psicofisiológicas dos trabalhadores visando promover a adaptação das variadas e mutáveis populações de trabalhadores. Os equipamentos são ajustáveis, fixados em alturas apropriadas, os espaços de trabalho são livres de pisos escorregadios e com plataformas para facilitar a execução das tarefas realizadas pelo pessoal de enfermagem, os banheiros planejados de modo a possibilitar a locomoção com pacientes em cadeiras de rodas, disponibilização de cadeiras para os trabalhadores repousarem, entre outras intervenções (ALEXANDRE, 1998; BOTHÁ; BRIDGER, 1998).

A atividade de enfermagem demanda múltiplos movimentos e carregamento de pesos, podendo ocasionar lesões que afetam os ossos, os músculos e os tendões, devido à sobrecarga ou má utilização dessas estruturas (GUEDES; MAURO, 2001), ocasionando distúrbios como as lombalgias (FENG; CHEN; MAO, 2007) e demais formas de DORTs, além da fadiga física e mental (ALEXANDRE, 1998; BOTHÁ; BRIDGER, 1998).

Zanon e Marziale (2000) descrevem dentre os indicadores da inadequação ergonômica no trabalho de enfermagem o espaço físico inadequado, a falta de equipamentos facilitadores do trabalho, presença de equipamentos em más condições de uso (camas com manivelas endurecidas e sem rodas ou com rodas e sem travas) o manuseio de grades e colchão de água, são fatores que dificultam a execução do trabalho de enfermagem e que acarretam desgaste físico que podem acarretar problemas osteomusculares aos trabalhadores.

No que se refere a fadiga mental, Marziale; Rozestraten (1995) afirmam que a diversidade das atividades desenvolvidas, as interrupções frequentes do trabalho, os imprevistos e o lidar com o sofrimento e morte são aspectos agravantes no trabalho de enfermagem que conduzem ao desgaste mental e que o esquema de trabalho em turnos, noturnos e alternantes, influência negativamente os horários reservados à alimentação, sono e repouso, relacionamento com família e amigos, realização de atividades sociais e lazer, além de ser considerado como fator interferente ao aparecimento de fadiga e motivo de insatisfação entre enfermeiras.

Também precursores de desgastes ao trabalhador, os aspectos psicossociais presentes no ambiente ocupacional afetam o estado de saúde mental dos trabalhadores, acarretando em insatisfação, queixas psicossomáticas, baixa auto-estima, infelicidade e vulnerabilidade, bem

como em transtornos psiquiátricos, como os altos níveis de ansiedade e depressão encontrados (STANSFELD et al., 1995; BOEY et al., 1997). Não obstante, existam aspectos psicossociais no trabalho que sejam gratificantes e estimulantes à criatividade humana, determinadas características da organização do trabalho podem igualmente potencializar o dano à saúde dos indivíduos.

O trabalho, quando realizado em condições insalubres e inseguras, tem influência direta sobre o bem-estar físico e psíquico do indivíduo (BATISTA; BIANCHI, 2006). São diversos os aspectos prejudiciais a saúde dos profissionais de enfermagem relacionados aos fatores de ordem psicossocial no hospital, como, por exemplo, o ritmo de trabalho intenso, a pressão para produtividade, a ausência de pausas, as jornadas prolongadas, a pressão de chefias, a desvalorização do trabalhador, a falta de flexibilidade e a baixa autonomia.

No Brasil, a Instrução Normativa INSS/dc, nº98 de 5 de dezembro de 2003 (BRASIL, 2003) acerca dos DORTs, descreve que os fatores organizacionais e psicossociais do trabalho são definidos como as percepções subjetivas que o trabalhador tem dos fatores da organização e das exigências do trabalho, citando, como exemplos, as considerações relativas à carreira, à carga e ritmo, e ao ambiente social e técnico do trabalho. A normativa propõe ainda, que essas "percepções" psicológicas são resultados das características físicas da carga de trabalho, da personalidade do indivíduo, das experiências anteriores e da situação social do trabalhador.

No ambiente hospitalar os profissionais da área da saúde se defrontam com clientes com patologias, crenças, valores e exigências diversas e também com a dor, a angústia e o sofrimento. Esses fatores contribuem para elevar o nível de tensão entre os profissionais e resultam em constante inquietação, desencadeando medo, ansiedade, depressão e à manifestação de sentimento de impotência e de incapacidade técnica (PEREIRA, 1997).

Os agravos em saúde mental podem ser produzidos ou complicados por interações entre os fatores ambientais (condições físicas, químicas e biológicas) e a OT, entretanto, os estudos têm encontrado na organização do trabalho a fonte principal dos agravos psíquicos relacionados com o trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2003).

A literatura na área tem apontado diferentes e complementares estressores no ambiente hospitalar para a Enfermagem, entre os quais observa-se o número reduzido de profissionais no atendimento em saúde, o excesso de atividades executadas, as dificuldades em delimitar os diferentes papéis entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem (BOEY et al., 1997; STACIARINI; TRÓCCOLI, 2001), o lidar com relações interpessoais complexas, as preocupações com a responsabilidade para com o cliente, os conflitos interpessoais, restrições organizacionais inerentes ao sistema hospitalar (BOEY et al., 1997), além da situação de

estagnação e desvalorização de salários, que obriga os profissionais a terem mais de um vínculo de trabalho, resultando numa carga mensal longa e desgastante (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

Assim, o trabalho desenvolvido por enfermeiros no ambiente hospitalar tem sido apontado como altamente estressante. As responsabilidades assumidas por esses profissionais, apesar da autonomia proporcionada, conformam uma situação para a qual confluem vários pontos de tensão. Acrescida à função de administrar e gerir o pessoal da enfermagem e responder pela qualidade e produtividade das atividades desenvolvidas por esse grupo, a enfermeira responsabiliza-se pelo gerenciamento e equacionamento dos conflitos e insatisfações, assume a função de controle e de responsabilidade da manutenção da disciplina, atuando ainda como mediador da relação e dos conflitos entre a enfermagem e demais profissionais, como os médicos (ARAÚJO et al., 2003).

De acordo com Bianchi (2000), os estressores presentes no trabalho do enfermeiro podem ser classificados em seis áreas distintas: relacionamento com outras unidades e superiores, coordenação das atividades da unidade, atividades relacionadas ao funcionamento adequado da unidade, assistência de enfermagem prestada ao paciente, condições de trabalho para o desempenho das atividades de enfermeiro e atividades relacionadas à administração de pessoal.

Estudando o nível de estresse entre enfermeiros atuantes em unidades abertas (unidade de internação, de pronto atendimento, de internação em maternidade e comissão de controle de infecção) e fechadas (unidades de terapia intensiva, centro cirúrgico, centro de material, centro obstétrico, transplante de órgãos, endoscopia, berçário, hemodinâmica e hemodiálise), Bianchi (2000) evidenciou que os enfermeiros de unidades abertas apresentaram maior índice de stress em relação àqueles que atuavam em unidades fechadas. Ao se comparar os escores de stress obtidos, entre as seis categorias classificadas no estudo, os enfermeiros de unidades abertas obtiveram maiores escores em quatro delas (relacionamento com outras unidades e supervisores, assistência de enfermagem prestada ao paciente, coordenação das atividades na unidade e condições de trabalho para o desempenho das atividades do enfermeiro). Ao passo que, os profissionais de unidades fechadas, apresentaram maior escore somente quanto às atividades relacionadas ao funcionamento adequado da unidade. A autora, ainda destacou que praticamente não houve diferença em relação à categoria administração de pessoal, que engloba controle, supervisão, treinamento e avaliação da equipe de enfermagem, com escores relativamente altos para estresse, inferindo ser esta uma área de atuação estressante para o enfermeiro.

Geiger-Brown et al. (2004) constataram que os temas abordados, entre enfermeiros investigados sobre a percepção do trabalho no hospital, foram: a injustiça e os problemas pessoais no local de trabalho e, principalmente, a demanda excessiva de trabalho nos hospitais, incluindo longos e tensos dias de trabalho sem descanso, o carregar peso e a falta de profissionais e de apoio tanto dos colegas de trabalho quanto dos administradores. Esses enfermeiros atribuíam à demanda excessiva os acidentes sofridos e, ainda, relataram um desequilíbrio pessoal com redução na qualidade de vida e nas horas não trabalhadas e em família, situação que os impediam de direcionar suas próprias necessidades de saúde, como descansar, realizar exercícios físicos e prevenir e reduzir o estresse.

No Brasil, entre trabalhadores de enfermagem do bloco cirúrgico, os enfermeiros apresentaram maior média para as dimensões demanda e controle quando comparados aos profissionais não enfermeiros. Os autores justificaram que competia ao enfermeiro, que ocupa legalmente nível hierárquico superior aos demais trabalhadores da enfermagem, a responsabilidade pela administração, gestão de pessoal, gerenciamento da assistência de enfermagem e gerenciamento dos conflitos e insatisfações (SCHMIDT et al., 2009).

Ao ser avaliada a percepção do ambiente de trabalho e sua influência na saúde, entre enfermeiras da Nova Zelândia atuantes em hospitais, foi observado que as percepções positivas correlacionavam-se com melhor saúde, pois as experiências no controle da assistência de enfermagem e maior autonomia dentro do ambiente hospitalar influenciavam positivamente no relacionamento interprofissional, refletindo favoravelmente para a saúde (BUDGE; CARRYER; WOOD, 2003).

Murofuse (2004) ao analisar os atendimentos realizados aos trabalhadores de enfermagem no Serviço de Medicina do Trabalho, de uma instituição de Minas Gerais, constatou que os transtornos mentais e comportamentais (TMC) representavam 11,4% dos atendimentos, sendo classificado na terceira posição dos diagnósticos médicos atribuídos aos servidores. Entre eles, os transtornos de humor representaram 54,3% dos diagnósticos médicos realizados entre os profissionais de enfermagem desse serviço de saúde. Esse transtorno engloba doenças em que a perturbação fundamental é a alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade) e, geralmente é acompanhada de modificação do nível global de atividade.

As adversidades na organização e nas relações sociais do trabalho, ou seja, no modo como ocorre o processo de trabalho, possibilitam o desequilíbrio na relação saúde-doença, manifestado no nível de estresse ocupacional e de satisfação do trabalhador, causando o

adoecimento físico e mental dos enfermeiros, determinando processos patológicos como ansiedade, *burnout* e depressão.

A utilização de estratégias para a redução de estresse e manejo da depressão, nos locais de trabalho, pode beneficiar a equipe de enfermagem, os clientes e o próprio serviço de saúde. Trabalhar em horas adequadas, com comunicação efetiva, acesso à educação continuada e suporte administrativo profissional pode minimizar significativamente a exaustão emocional decorrente do estresse ocupacional (ROBINSON; CLEMENTS; LAND; 2003).

Assim, a ciência da enfermagem, que tem o cuidar humanístico como alvo de sua prática, precisa estar norteada por normas que visem à implementação de medidas preventivas que protejam, do mesmo modo, seus profissionais. É preciso promover a segurança ocupacional e as práticas educativas para melhorar a relação saúde-trabalho, buscando produtividade com qualidade de vida no trabalho (GIR; COSTA; SILVA, 1998; TIPPLE et al., 2004).

4.2.3 Depressão relacionada ao trabalho e a Enfermagem

Os transtornos psicológicos na população geral e na força de trabalho são preocupantes, devido ao aumento de sua prevalência e aos altos custos sociais (BOURBONNAIS et al., 1998). Os profissionais mais suscetíveis aos problemas da saúde mental são aqueles que interagem, a maior parte do tempo, com indivíduos que necessitam de sua ajuda, como os enfermeiros, os professores, os assistentes sociais, entre outras profissões (BABA; GALPERIN; LITUCHY, 1999).

Na sociedade moderna, a ocorrência de doenças é originada pela interação do ambiente, do meio social e da esfera biológica (PEREIRA, 1997). A depressão é o transtorno mental mais prevalente, acometendo aproximadamente 5% da população geral, quando adotado o critério de depressão maior (AGNST, 1992; HORWATH et al., 1992), sendo esperado que ocupe o segundo lugar, correspondendo a 15% entre as patologias de sobrecarga no mundo, até o ano de 2020 (MURRAY; LOPEZ, 1997), o que justifica a importância do diagnóstico e tratamento dessa condição (LECRUBIER, 2000).

Os episódios depressivos podem ocorrer em graus variados de severidade, que variam da depressão maior, a transtornos sub-limiares como o quadro depressivo menor. Cabe

ressaltar que pacientes acometidos por depressão maior possuem risco aumentado de apresentar episódios no futuro, e uma proporção significativa de pacientes com depressão menor está sujeita a desenvolver o grau mais severo, em um estágio avançado da doença (LECRUBIER, 2000).

De acordo com uma publicação da Organização Internacional do Trabalho - OIT (2000) sobre a saúde mental no local de trabalho, no Reino Unido a ocorrência auto-relatada da depressão varia de 15% a 30% da população ativa, sendo que um em cada 20 indivíduos britânicos em idade laboral apresenta depressão severa. Entre os trabalhadores de enfermagem, Manetti e Marziale (2007) em uma revisão de dez estudos (quatro brasileiros, três canadenses, uma Caribenha, uma publicação grega e uma norte-americana) observaram que a predominância relatada de desordens depressivas variou de 19% a 41%.

Os trabalhadores de enfermagem, em sua atividade laboral, encontram-se expostos às psicopatologias, como a depressão, em decorrência da relação entre o trabalho e a saúde, e mais especificamente, o trabalho hospitalar e a saúde mental do profissional. Essa relação expõe os trabalhadores fisicamente, por exposição aos riscos químicos, às radiações, às contaminações biológicas, ao excesso de calor, ao sistema de plantões, à excessiva carga horária de trabalho, e à organização do trabalho de enfermagem; e psiquicamente, decorrente da convivência diuturna com o sofrimento, a dor, a doença e a morte, tendo que manejar tais circunstâncias paralelamente aos seus problemas emocionais (CAMAROTTI; TEIXEIRA, 1996).

De acordo com o Ministério da Saúde, as vivências do trabalho pode se associar à patogenia, desencadeamento e evolução de diferentes modalidades de depressão. Os episódios depressivos caracterizam-se por humor triste, perda do interesse e prazer nas atividades cotidianas, sendo comum uma sensação de fadiga aumentada. Pode haver queixa de dificuldade de concentração, presença de baixa auto-estima e autoconfiança, desesperança, idéias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, idéias ou atos suicidas. O sono encontra-se frequentemente perturbado, geralmente por insônia terminal. Há inapetência, geralmente com perda de peso sensível. Sintomas de ansiedade são muito frequentes e a angústia tende a ser tipicamente mais intensa pela manhã. As alterações da psicomotricidade podem variar da lentificação à agitação, podendo haver lentificação do pensamento (BRASIL, 2001).

No ambiente de trabalho, é frequente a dinâmica psíquica de auto-culpabilização por acidentes e insucessos, acrescida por evidenciadas dificuldades em relação à tomada de iniciativa e ao desempenho laboral. Outras expressões, que se apresentam frequentes e podem

camuflar o adoecimento mental, são: incidentes ou acidentes de trabalho; falhas de desempenho; falta ao trabalho/absenteísmo; quebra de coesão entre colegas de trabalho, com formação de subgrupos fechados; conflitos interpessoais no trabalho; acidentes de trajeto; conflitos familiares /envolvimento em outros conflitos extra-trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2003).

O Manual Estatístico para Doenças Mentais / DSM-IV (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 1994) e o Manual de Doenças relacionadas ao Trabalho, publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) e baseado na Classificação Internacional de Doenças – CID-10, definem os episódios depressivos quando cinco ou mais sintomas estão presentes, por um período de, no mínimo, duas semanas, sendo que um dos sintomas característicos é humor triste/ deprimido ou acentuada diminuição do interesse ou prazer, além de: perda ou ganho de peso (mais de 5% em 1 mês); insônia ou hipersonia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade e desesperança; culpa excessiva e inadequada; diminuição da capacidade de pensar e de se concentrar ou indecisão; pensamentos de morte recorrentes; ideação suicida sem plano específico ou tentativa.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) os episódios depressivos devem ser classificados nas modalidades: leve, moderada, grave sem sintomas psicóticos, grave com sintomas psicóticos. Em episódios depressivos leves, moderados ou graves típicos, o paciente sofre de rebaixamento do humor, redução de energia e atividade diminuída. A capacidade de sentir prazer, interesse e concentração está diminuída e é comum o cansaço marcante após esforço, mesmo mínimo. O sono é perturbado e o apetite é diminuído. A auto-estima e a confiança em si próprio quase sempre estão reduzidas e estão presentes, com frequência, idéias de culpa e desvalorização, hábito de despertar várias horas mais cedo que o habitual, marcante retardo psicomotor, agitação, perda de peso e da libido (LIMA, 2004).

A disforia, também conhecida como depressão atípica, refere-se às formas de depressão caracterizadas por reatividade do humor, sensação de fadiga acentuada e “peso” nos ombros e sintomas vegetativos “reversos” (opostos aos da depressão melancólica), como aumento de peso e hiperfagia, em particular por carboidratos, e hipersonia (DEL PORTO, 1999).

A depressão está associada ao alto consumo de serviços de saúde com implicações de custo concomitantes, embora, em aproximadamente metade dos casos desse transtorno não sejam reconhecidos sintomas ou dificuldades psicológicas (LECRUBIER, 2000). Assim, Seligmann-Silva (2003) ressalta que a noção de distúrbios mentais é geralmente associada a uma idéia de perda de capacidade laborativa e que nem sempre isso ocorre durante o

desenvolvimento determinadas doenças, que podem apresentar um processo de adoecimento “silencioso” e “invisível”.

Desse modo, a depressão causa grande prejuízo na qualidade de vida e funcionamento dos indivíduos, interferindo significativamente tanto nas atividades normais diárias, quanto nas habilidades funcionais no local de trabalho (WELLS et al., 1989; LECRUBIER, 2000). É comum a queda da produtividade, o absenteísmo e o aumento do uso de substâncias, como o álcool e o tabaco e do número de acidentes (GOLDBERG; STEURY, 2001; LECRUBIER, 2000). Estes indivíduos são frequentemente renegados, sentem-se sem motivação para pedir ajuda, apresentando-se desesperançados, já que tanto a emoção quanto a doença são ainda estigmatizados em nossa cultura (GOLDBERG; STEURY, 2001). Ressalta-se que a inserção pelo trabalho é uma dimensão humana fundamental na nossa sociedade.

Dessa forma, a depressão relacionada ao trabalho caracteriza-se pelo isolamento social no trabalho, perda do emprego ou da posição na hierarquia. Contudo a relação dos episódios depressivos com o trabalho pode ser sutil. As decepções sucessivas em situações ocupacionais frustrantes, as perdas acumuladas ao longo dos anos, as exigências excessivas de desempenho cada vez maior no trabalho, geradas pelo excesso de competição, ameaça permanente do lugar que o trabalhador ocupa na hierarquia da empresa, perda do posto ocupado, frustração das aspirações relacionadas à carreira e demissão, podem determinar depressões mais ou menos graves. A situação de desemprego prolongado tem estado associada ao desenvolvimento do transtorno em vários estudos em diferentes países. (BRASIL, 2001).

Kessler et al. (1997) em estudo sobre a incapacidade funcional causada pela depressão, não encontraram dados referentes a perda de dias de trabalho, porém a depressão causou interferência marcante na produtividade, sendo que as formas mais severas da doença resultaram em maiores reduções na produção.

Em contrapartida, o *Medical Outcomes Study* encontrou que pacientes com sintomas depressivos tiveram mais dias de cama que os que possuíam outras condições médicas crônicas; apenas a doença arterial coronariana severa foi mais incapacitante que a depressão nesse estudo (WELLS et al., 1989). Um estudo brasileiro evidenciou que, quando avaliados alguns indicadores objetivos de utilização de recursos e comprometimento do funcionamento social, os pacientes com mais sintomas depressivos consultaram mais os serviços de saúde, permaneceram mais tempo internados e faltavam mais dias ao trabalho do que os menos deprimidos. Esses pacientes apresentaram, ainda, maior comprometimento do funcionamento físico e psicológico, avaliaram a qualidade de vida e de saúde como pior e eram menos satisfeitos com suas condições de saúde (FLECK et al., 2002).

Segundo Goldberg e Steury (2001) não é surpresa que a depressão tenha uma prevalência significativa no ambiente de trabalho, bem como impacto no funcionamento laboral nos indivíduos. Nesse sentido, ao se assumir que a doença é comum no local de trabalho e que está associada tanto com o desempenho quanto a mais dias de incapacidade no trabalho, torna-se importante a avaliação da questão custo do adoecimento versus benefício da implementação de medidas preventivas.

Apesar da depressão não ser uma forma de adoecimento exclusiva de trabalhadores de enfermagem, pelo contrário atinge grande parte da população trabalhadora ou não, ela tem sido considerada como a doença deste século e, portanto, faz-se necessário direcionar estudos para minimizar esse problema.

Segundo Baba, Galperin e Lituchy (1999) a depressão é definida pelo prolongamento de sentimentos negativos e a incapacidade de concentração ou do funcionamento normal. Na literatura verificamos a existência de inúmeros estudos relacionados à depressão, mas, em contrapartida, a prevalência de depressão entre os profissionais de enfermagem tem sido pouco pesquisada (FRANCO; BARROS; NOGUEIRA-MARTINS, 2005).

As evidencias científicas mostram que existem diversos fatores desencadeantes associados à depressão quais sejam desequilíbrios químicos cerebrais, características da personalidade, vulnerabilidade genética e eventos situacionais. Entre trabalhadores de enfermagem a literatura mostra que os fatores desencadeantes associados podem estar relacionados a fatores internos ao ambiente e processo de trabalho, como: os setores de atuação profissional, o turno, o relacionamento interpessoal, a sobrecarga, do serviço, os problemas na escala de trabalho, a falta de autonomia na execução de tarefas, a assistência a clientes, o desgaste, o suporte social, a insegurança, o conflito de interesses, e as estratégias de enfrentamento desenvolvidas; e por fatores externos ao trabalho, como: sexo, idade, carga de trabalho doméstico, suporte e renda familiar, estado de saúde geral do trabalhador e as características individuais.

Ao estudar as causas do absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem, Silva e Marziale (2003) constataram a incidência de 680 faltas praticadas por 173 trabalhadores de enfermagem, categorizadas como absenteísmo-doença, significando a perda de 2.209 dias de trabalho ao longo de um ano. Os problemas de saúde foram categorizados, conforme os aparelhos e os sistemas comprometidos segundo CID-10, e dentre as diversas causas 1,5% foram decorrentes de transtornos mentais, caracterizados por ansiedade e depressão.

A continuidade e o progressivo agravamento de depressões construídas ao longo de trajetórias de vida e trabalho são alguns dos temas que ainda exigem aprofundamento em

estudos clínicos e epidemiológicos. Evidentemente o papel representado pela dimensão psicossocial nos processos de trabalho é relevante (SELIGMANN-SILVA, 2003).

A prevenção dos episódios depressivos relacionados ao trabalho consiste em vigilância dos ambientes, das condições de trabalho e dos efeitos ou danos à saúde. Requer uma ação integrada, articulada entre os setores assistenciais e de vigilância, realizado por uma equipe multiprofissional, com abordagem interdisciplinar, capacitada a lidar e dar suporte ao sofrimento psíquico do trabalhador e aos aspectos sociais e de intervenção nos ambientes de trabalho (BRASIL, 2001).

As medidas de controle ambiental visam à eliminação ou a redução da exposição às substâncias químicas, envolvidas na gênese da doença. A intervenção sobre as condições de trabalho baseia-se na análise ergonômica, buscando conhecer: os fatores mecânicos e as condições físicas dos postos, o modo operatório do trabalho e as normas de produção, o conteúdo das tarefas, o ritmo e a intensidade, os sistemas de turnos, os sistemas de premiação e incentivos, os fatores psicossociais e individuais, as relações de trabalho entre colegas e chefias, as medidas de proteção coletiva e individual implementadas pelas empresas e as estratégias individuais e coletivas adotadas pelos trabalhadores (BRASIL, 2001).

Na literatura não foram identificados estudos de intervenções no local de trabalho para o tratamento da depressão ou mudanças no sistema do ambiente ocupacional. O manejo do estresse para a prevenção do estabelecimento da depressão é um aspecto importante. Intervenções potenciais para o diagnóstico e tratamento seriam: o reconhecimento dos locais de trabalho com maior prevalência da doença, a promoção de campanhas adequadas à prevenção pelos programas de assistência, treinamento eficaz para os supervisores e programas educativos para os trabalhadores e os líderes do hospital (GOLDBERG; STEURY, 2001).

Nesse sentido, as escalas de depressão permitem a avaliação dos sintomas, a elaboração de diagnóstico e o acompanhamento e o resultado do tratamento (CALIL; PIRES, 1998-1999). Para avaliar a presença desses sintomas e embasada nos resultados de estudos que suportam a validade do construto (ANDRADE et al., 2001), será utilizada a versão brasileira do instrumento Inventário de Depressão de Beck - I (BDI-I), desenvolvido por Beck e Ward (1961) e revisado em 1979, sendo os direitos autorais no Brasil sob a responsabilidade da Casa do psicólogo.

O BDI-I é um inventário de 21 itens desenvolvidos para medir a extensão dos sintomas de depressão no indivíduo (GALEGO et al., 2004). Esse instrumento não foi

desenvolvido para dar o diagnóstico, mas para quantificar e qualificar os sintomas depressivos no momento da avaliação (BECK, 1993).

A escala original de 1961 consiste em 21 questões, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia do neutro ao máximo nível de severidade. Em 1979, a escala foi revisada, diferindo da original quanto ao tempo de referência da avaliação (“última semana” em vez de “hoje”) e por pequenas alterações em seus itens, os quais se referem a: a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, auto-depreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio de sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido (GORESTEIN; ANDRADE, 1996).

A seguir, apresentamos na Tabela 1 as diferenças encontradas, no inventário, entre as duas traduções mais utilizadas no Brasil.

Tabela 1 - Comparação entre a versão autorizada e a versão mais utilizada do BDI-I, entre as afirmações de cada grupo que apresentam diferenças.

Grupo	Nº	BDI versão Cunha (2001)*	BDI versão Gorenstein e Andrade (1996)
11.	2	<u>Agora</u> , eu <u>me sinto</u> irritado o tempo todo.	<u>Atualmente sinto-me</u> irritado o tempo todo.
12.	3	Perdi todo o interesse pelas pessoas.	Perdi todo o <u>meu</u> interesse <u>nas outras</u> pessoas.
13.	3	<u>Absolutamente</u> não consigo mais tomar decisões.	Não consigo mais tomar decisões.
14.	0	Não acho que <u>de qualquer modo pareço</u> pior do que <u>antes</u> .	Não acho que <u>minha aparência esteja</u> pior do que <u>costumava ser</u> .
	1	Estou preocupado <u>em</u> estar parecendo velho ou sem <u>atrativo</u> .	Estou preocupado <u>por</u> estar parecendo velho ou sem <u>atrativos</u> .
15.	1	<u>É</u> preciso <u>algum</u> esforço extra para fazer alguma coisa.	Preciso <u>de um</u> esforço extra para fazer alguma coisa.
	3	Não consigo mais fazer <u>qualquer</u> trabalho.	Não consigo mais fazer <u>nenhum</u> trabalho.
16.	2	Acordo <u>1 a 2</u> horas mais cedo do que habitualmente e <u>acho difícil</u> voltar a dormir.	Acordo <u>uma a duas</u> horas mais cedo do que habitualmente e <u>tenho dificuldade em</u> voltar a dormir.
17.	1	Fico cansado mais <u>facilmente</u> do que costumava.	Fico cansado com mais <u>facilidade</u> do que costumava.
	2	<u>Fico</u> cansado <u>em</u> fazer qualquer coisa.	<u>Sinto-me</u> cansado <u>ao</u> fazer qualquer coisa.
18.	2	Meu apetite <u>é</u> muito pior agora.	Meu apetite <u>está</u> muito pior agora.
	3	<u>Absolutamente</u> não tenho mais apetite.	Não tenho mais <u>nenhum</u> apetite.
20.	1	Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou <u>constipação</u> .	Estou preocupado com problemas físicos tais como dores, indisposição do estômago ou <u>prisão de ventre</u> .
21.	1	Estou menos interessado por sexo do que costumava.	Estou menos interessado por sexo do que costumava <u>estar</u> .
	2	Estou muito menos interessado por sexo <u>agora</u> .	Estou muito menos interessado em sexo <u>atualmente</u> .

* Versão disponibilizada pela Casa do Psicólogo, detentora dos direitos de uso do inventário no Brasil.

A versão brasileira não autorizada do inventário, de autoria de Gorenstein e Andrade (1996), é uma das mais utilizadas no país. Esse fato pode ser explicado pela exigência da Casa do Psicólogo, seguindo as normatizações impostas pelo Código de Ética dos profissionais de Psicologia, para que o instrumento seja aplicado por psicólogos, ou por outros profissionais desde que sob supervisão e responsabilidade de um profissional de Psicologia, o que dificulta a aplicação da versão autorizada nos estudos produzidos por outros profissionais.

Comparando a versão do BDI-I atualmente disponível (Cunha, 2001), utilizado no estudo, com a versão de Gorenstein e Andrade (1996), bastante utilizada, é possível encontrar muitas semelhanças e algumas diferenças semânticas. Ressalta-se que o procedimento de adaptação semântica de um instrumento é um aspecto importante, que pode influenciar os resultados obtidos por meio de sua aplicação (GANDINI et al., 2007).

Na Tabela 2 são apresentados os estudos levantados que aplicaram o instrumento BDI para mensuração dos sintomas depressivos, sendo a amostra composta por profissionais de enfermagem.

Tabela 2 - Estudos com aplicação do BDI - I ou II entre trabalhadores de enfermagem. (n=09)

Referência/ Origem	Tipo de estudo	Amostra	Versão BDI utilizada	Alfa de Cronbach	Demais variáveis / Instrumento
Firth et al. (1986) Firth et al. (1987) Inglaterra	Não especificado	200 profissionais de enfermagem	BDI-I	-	Suporte <i>Perceived Availability of support</i> Ambiguidade
Glass; Mcknight; Valdirmarsdottir, (1993) McKnight and Glass (1995) Estados Unidos	Não especificado Estudo longitudinal	Primeira etapa: 162 enfermeiros Segunda etapa: 100 enfermeiros	BDI-I	-	Controle percebido e controle atual no trabalho Questionário criado por McDermott Ameaças ao controle no trabalho Versão modificada da <i>University of Tulsa Personal Control Survey</i>
Tselebis; Moulou; Ilias (2001) Grécia	Não especificado	17 homens e 62 mulheres enfermeiros	BDI-I	-	<i>Burnout</i> <i>Maslach Burnout Inventory</i> Senso de coerência SOC <i>Antonovsky's SOC questionnaire</i>
Ruggiero (2003) Estados Unidos	Estudo descritivo	142 enfermeiros do gênero feminino	BDI-II	$\alpha = 0.90$	Turno de trabalho
Kerasiotis e Motta (2004) Estados Unidos	Não especificado	125 enfermeiros	BDI-II	-	Setor de atuação Suporte social <i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support</i>
Franco; Barros; Nogueira-Martins (2005) Brasil	Estudo exploratório, descritivo e transversal	68 residentes de enfermagem	BDI-I	-	Qualidade de vida Questionário de qualidade de vida SF-36
Telebis et al. (2006) Grécia	Não especificado	76 profissionais de enfermagem	BDI-I	-	Ansiedade Spielberger State-Trait Anxiety Inventory
Paschoalini et al. (2008) Brasil	Não especificado	66 profissionais de enfermagem	BDI-I	-	Estressores da profissão do enfermeiro Inventário de Estresse em Enfermeiros Funções cognitivas Mini-Exame do Estado Mental Ansiedade Inventário Ansiedade Traço Estado
Bratis et al. (2009) Grécia	Não especificado	95 enfermeiros	BDI-I	-	Alexitimia <i>Toronto Alexithymia Scale</i> <i>Burnout</i> <i>Maslach Burnout Inventory</i> Suporte familiar <i>Julkunen Family Support Scale</i>

Na literatura foi encontrado evidências da aplicação do BDI entre trabalhadores de enfermagem e enfermeiros em nove estudos reportados em 11 publicações. Entretanto estes estudos não reportaram os valores de confiabilidade, exceto por Ruggiero (2003), que utilizou o BDI-II e relatou alfa igual a 0,90. No Brasil, os relatos de coeficientes alfa variam de 0,70 (amostra não-clínicas - CUNHA, 2001) a 0,86 (mulheres diagnosticadas com câncer -

GANDINI et al., 2007). Adotando-se os pressupostos de Landis e Koch (1977), os valores alfas encontrados variam entre substâncias a quase perfeitos.

4.3. Enfoques teórico-metodológicos em psicopatologia

De acordo com Seligmann-Silva (2003), o trabalho é um fator relevante na patogenia, no desencadeamento e na evolução de distúrbios psiquiátricos e existe uma concordância entre cientistas, de diferentes correntes, sobre a importância assumida pelo fator trabalho no desenvolvimento de psicopatologias. Assim, várias propostas de modelos teórico-metodológicos foram elaboradas para o estudo do trabalho e a sua relação com a saúde mental.

Pode-se distinguir que esses modelos, de forma geral, podem ser agrupados em três grandes conjuntos de correntes de pensamento (Psicodinâmica do trabalho, Desgaste Mental e Teorias do Estresse) apresentadas a seguir (ARAÚJO, 1999; SELIGMANN-SILVA, 2003):

- **Psicodinâmica do Trabalho** – corrente que elege como elementos centrais a organização do trabalho e o sofrimento mental e utiliza o referencial psicanalítico. Estuda a subjetividade e as relações interpessoais. Os fenômenos de caráter coletivo têm por cenário os locais de trabalho. Nesta corrente, tem destaque os estudos desenvolvidos por Christophe Dejours, que tem como foco a dinâmica do sofrimento mental relacionado ao trabalho e a análise das estratégias defensivas socialmente articuladas. As estratégias metodológicas comumente adotadas, nesses estudos, são as abordagens qualitativas, privilegiando o relato das vivências dos próprios trabalhadores.
- **Desgaste Mental** – embasado nas ciências sociais, implicam em abordagens que incorporam as relações de poder. O desgaste é visualizado como produto de uma correlação desigual de forças, no processo biopsicossocial saúde-doença. Nas intersecções entre processo saúde-doença e processo de trabalho, determinações de ordem sócio-política e econômica passam a atuar. Este desgaste torna-se tanto mais grave quanto maior a precariedade das condições de vida. Segundo tal corrente, os agravos à saúde mental decorrem de perdas geradas pelo desgaste mental. O modelo central do conceito pode ser tomado como um paradigma integrador, que permite

compreender as interações entre os “fatores” objetivados pelo estudo do *work-stress*, a subjetividade e as diferentes esferas da vida social onde se desenvolve as relações de poder;

- Teorias do Estresse – corrente que tem suas raízes na Teoria do Estresse, formulada por Hans Hugo Selye, na década de 30, utilizando como referencial a fisiologia. Possui perspectiva positivista dominante e visão behaviorista. Dentro dessa corrente destacam-se estudos voltados ao esgotamento profissional (*burnout*), estresse associado ao trabalho ou estresse no trabalho (*work-stress*), carga cognitiva de trabalho (aumento da atividade mental), enfrentamento e apoio social, que se destacam pelo uso de metodologia quantitativa, de onde se origina as principais críticas quanto às conclusões evidenciadas por estas pesquisas. Jacques (2003) relata que os estudos que utilizam o conceito de estresse como seu alicerce metodológico, consideram o trabalho como um fator desencadeante no processo de saúde-doença mental, fundamentam-se no referencial cognitivo-comportamental e se ajustam à realização de pesquisas de metodologia quantitativa.

As teorias do estresse orientaram os estudos pioneiros em saúde e trabalho e permanece como referência importante para os estudos epidemiológicos (ARAÚJO, 1999). Desde a primeira vez que foi descrito, em 1936 por Hans Selye, o estresse ou “síndrome geral de adaptação” é definido como uma reação de adaptação a um ambiente ou situação vivenciada, constituída por três fases (reação de alarme, fase de adaptação, fase de exaustão) e apresenta nítida dimensão biológica, sendo estabelecido sua provável relação com adoecimento e sofrimento (JACQUES, 2003; MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

Lipp (1984) define o estresse psicológico como “uma reação psicológica com componentes emocionais físicos, mentais e químicos a determinados estímulos que irritam, amedrontam, excitam e/ou confundem a pessoa”. Segundo Glina e Rocha (2000) o estresse não deve ser definido como uma doença, mas sim como a tentativa de adaptação do sujeito às situações vivenciadas, pois essas experiências não estão relacionadas apenas ao trabalho, mas ao cotidiano de vida também. Entretanto, ressaltam que o trabalho pode ser considerado um dos principais fatores desencadeante do estresse, devido à sua relevância no cotidiano das pessoas.

A ampliação da perspectiva da teoria do estresse, incorporando novos elementos, promoveu a expansão do conceito, de ambiente físico e microbiológico, para o social. Esse

campo de investigação desenvolveu-se amplamente e forneceu as bases teóricas para investigações sobre as fontes de estresse, a insatisfação e tensão no ambiente de trabalho (ARAÚJO, 1999).

Entre as prováveis patologias desencadeadas pelo estresse estão a depressão, os distúrbios cardiovasculares, as doenças do sistema auto-imune, entre outras. Os sintomas físicos e psíquico-emocionais prevalentes são a fadiga, cefaléia, insônia, dores no corpo, palpitações, alterações intestinais, náusea, tremores, extremidades frias, resfriados constantes, diminuição da concentração e memória, indecisão, confusão, perda de senso de humor, ansiedade, nervosismo, raiva, frustração, preocupação, medo, irritabilidade e impaciência (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

Dentre os modelos mais amplamente utilizados para avaliar aspectos psicossociais no trabalho, pode-se destacar a teoria do Ajustamento Pessoa-Ambiente, o modelo Esforço-Recompensa, o modelo de Enfrentamento e o modelo *Job Strain Model* ou Demanda-Controle-Apoio Social.

Desenvolvido no início da década de 70, segundo a teoria do Ajustamento Pessoa-Ambiente ("*Person-Environment Fit*"), também conhecido como modelo Michigan, o estresse resulta de demandas as quais as pessoas não estão aptas a satisfazer ou não encontram recursos suficientes para satisfazer as necessidades pessoais. O modelo aborda aspectos de sobrecarga e complexidade do trabalho (CAPLAN et al., 1975). Por deter-se na avaliação de aspectos individuais, este modelo foi profundamente criticado. Dentre as críticas, se discute as medidas de prevenção e intervenção tomadas nos ambientes de trabalho voltadas para o gerenciamento individual, incluindo mudanças de aspecto cognitivo-comportamentais, por meio de prática de exercícios físicos e relaxamento, ao mesmo tempo em que mantém intocável o ambiente organizacional (ARAÚJO, 1999; JACQUES, 2003).

O modelo Esforço-Recompensa, proposto por Siegrist em 1982, relaciona esforços e recompensas gerados a partir do trabalho. De acordo com esse modelo, o desequilíbrio entre essas duas dimensões, o esforço despendido e a recompensa recebidas no trabalho, é considerada como determinante fundamental das reações de tensão e de seus efeitos deletérios a saúde. O esforço consiste na resposta individual às demandas extrínsecas (demandas externas ao trabalhador) e intrínsecas (internas ao próprio trabalhador) em relação à sua atuação. A recompensa, por sua vez, refere-se ao retorno que o trabalhador considera receber em termos financeiros, de sua auto-estima e de status social (ALVES, 2004 p.42-43; MARTINS; GUIMARÃES, 2004 p.72-73; SIEGRIST, 2008)

O modelo de Enfrentamento elaborado por Lazarus e Folkman (1984) aborda aspectos de estresse e *coping* e enfatiza a função cognitiva do indivíduo na percepção e interpretação das situações de estresse. Nesta concepção, os eventos não são estressantes e sim a forma como são interpretados e a reação que despertam no indivíduo. Desse modo, enfrentamento refere-se aos processos cognitivos e comportamentais de que a pessoa se vale para administrar exigências externas e/ou internas específicas ao avaliar que um fato ou evento (SCHIMIDT, 2009).

O estresse psicológico, conceito que transpõe a dimensão biológica, é definido por Lazarus e Folkman (1984) como a relação entre uma pessoa e o seu ambiente, a qual é avaliada como prejudicial ao seu bem-estar. Para tais autores se faz necessário à avaliação cognitiva da situação, ou seja, do fator estressor, e do modo de enfrentamento individual, para se determinar por que e quando uma situação pode ser definida como estressora e qual mudança cognitiva e comportamental ela causa no indivíduo.

O modelo Demanda-Controle-Apoio Social ou *Job Strain Model* (JSM), baseado na organização do trabalho, privilegia aspectos ligados ao ambiente psicossocial no trabalho, destacando as dimensões demanda psicológica e o controle sobre o trabalho. Esse modelo tem sido apontado como possibilidade de estrutura integradora para estudo dos diversos elementos do ambiente de trabalho, nas suas inter-relações com a saúde dos trabalhadores. Considerando-se que este modelo foi selecionado para estruturar esta pesquisa, suas aplicações e limites são descritas a seguir.

4.3.1 Modelo teórico *Job Strain Model* de Robert A. Karasek

Nos últimos 30 anos, os fatores psicossociais relacionados ao ambiente de trabalho têm sido estudados, com significantes resultados considerando a demanda e o controle no trabalho e a sua relação com doenças físicas, como as doenças cardiovasculares, e com os sintomas psicológicos (FISCHER et al., 2005).

O *Job Strain Model* (JSM) de Robert A. Karasek (1979) foi selecionado como o referencial teórico que norteou esta investigação científica. Este modelo tem sido amplamente usado na área da saúde para avaliar agravos diversos, tais como doenças cardiovasculares, aborto, DORTs e depressão no trabalho (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

Robert Karasek foi um dos primeiros pesquisadores a procurar no ambiente psicossocial de trabalho fontes geradoras de estresse e suas repercussões sobre a saúde. Na década de 70, Karasek (1979) propôs um modelo teórico bi-dimensional com foco na OT, o Modelo Demanda-Controle (*Demand-Control Model* ou *Job Strain Model*, nomenclatura que tem sido recentemente mais utilizada e será adotada neste estudo).

Comparando com outras teorias de estresse, entre elas Síndrome de Adaptação Geral de Seyle, o modelo proposto não utiliza a manutenção da homeostasia como base para o estudo do estresse ocupacional. Diferentemente, para a explicação desse fenômeno, são construídos dois mecanismos de desequilíbrio, a tensão psicológica residual e a aprendizagem, que combinam dinâmicas da personalidade/comportamento e do ambiente de trabalho, presumindo que ao longo do tempo o ambiente irá influenciar a personalidade/comportamento do trabalhador e vice-versa (KARASEK; THEORELL, 1990, p.102).

O modelo estabelece a possibilidade de dois tipos de dinâmicas de comportamento ao longo do tempo, um positivo e um negativo. O positivo é baseado na inibição da tensão pelo aprendizado, e o negativo, baseado na inibição do aprendizado pela tensão. No comportamento positivo, as oportunidades de aprendizagem no trabalho culminam no aumento dos sentimentos de domínio e confiança, o que resulta na diminuição da tensão residual e aumenta a capacidade de aceitação das situações desafiadoras vivenciadas no trabalho, o que promove maior habilidade para a aprendizagem e mudanças positivas na personalidade e comportamento do sujeito (KARASEK; THEORELL, 1990, p.102-103).

A dinâmica comportamental indesejada tem início quando ambientes de trabalho de alta exigência resultam em altos níveis de ansiedade, ou seja, no acúmulo de tensão residual. Tal tensão restringe a capacidade do indivíduo de aceitar os desafios positivos no trabalho, levando a menor aprendizagem de novas estratégias de enfrentamento e na diminuição do sentimento de domínio perante as situações. A diminuição do sentimento de domínio irá, então, restringir a capacidade de enfrentamento às tensões no trabalho e acarretarão em maiores níveis de acúmulo de tensão residual (KARASEK; THEORELL, 1990, p.103).

Para avaliar essas dinâmicas, o JSM relaciona duas dimensões psicossociais no ambiente de trabalho – demanda psicológica e controle no trabalho - ao risco de adoecimento, pretendendo associar o controle e a demanda imposta no ambiente laboral com as repercussões sobre a estrutura orgânica e psíquica dos trabalhadores (ALVES et al., 2004; REIS et al., 2005). A partir da combinação de níveis alto e baixo dessas duas dimensões, o

Modelo pressupõe situações de trabalho específicas que configuram riscos diferenciados à saúde (MAGNAGO, 2008).

A primeira dimensão do modelo proposto, a demanda psicológica, é definida como pressões e exigências psicológicas, quantitativas ou qualitativas, que o trabalhador enfrenta na realização de suas tarefas. Tal demanda é composta de aspectos do trabalho como: o ritmo, o excesso e a dificuldade do trabalho; a quantidade de conflito existente nas relações de trabalho; a pressão quanto ao tempo, a velocidade e o nível de concentração requerida na execução das tarefas; as interrupções das tarefas; os conflitos entre demandas contraditórias; e a necessidade de esperar pelas atividades realizadas por outros trabalhadores (KARASEK, 1979; KARASEK; THEORELL, 1990, p.63-64; ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; ALVES et al., 2004; REIS et al., 2005).

A segunda dimensão, o controle no trabalho, é definida como a amplitude ou margem de decisão que o trabalhador possui em relação a dois aspectos: a possibilidade de usar habilidades e a autonomia para tomar decisões sobre seu próprio trabalho. O uso de habilidades se refere à possibilidade da utilização das habilidades intelectuais pelo trabalhador na realização de seu trabalho e são determinadas pelo grau de aprendizagem, de repetitividade, de criatividade e de variedade das tarefas e o desenvolvimento de habilidades proporcionado na execução do trabalho. Enquanto que, a autonomia na tomadas de decisão, ou autoridade decisória, compreende a habilidade individual para a tomada de decisão sobre o próprio trabalho e a forma de realizá-lo, incluindo o ritmo em que esse é executado, a influência do grupo de trabalho e a influência na política gerencial do trabalhador (KARASEK; THEORELL, 1990, p. 61; THEORELL, 1996; ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; ALVES et al., 2004; REIS et al., 2005).

Por meio das dimensões apresentadas, o Modelo de Karasek distingue quatro tipos de experiências vivenciadas no trabalho e que são geradas pela interação dicotomizada da demanda psicológica e do controle no trabalho em “alto” e “baixo”. Assim, são elaborados quadrantes definidos em: alta exigência no trabalho (combina alta demanda e baixo controle); trabalho ativo (combina alta demanda e alto controle); trabalho passivo (combina baixa demanda e baixo controle) e baixa exigência no trabalho (combina baixa demanda e alto controle) (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; REIS et al., 2005).

Essas quatro situações, que expressam situações específicas do trabalho, podem ser representadas por quadrantes atravessados por duas diagonais que definem as hipóteses do modelo, Diagonal A e Diagonal B, conforme exemplificado pela Figura 3.

Figura 3 - *Job Strain Model* de Karasek.

Fonte: Adaptado de Karasek & Theorell (1990, p.32).

A Diagonal A assinala o risco de distúrbios de ordem psicológica e de doença física. A principal predição estabelecida aqui é que a maioria das reações adversas à saúde, como o desgaste psicológico e o adoecimento físico, ocorrem em situações de trabalho em alta exigência (quadrante 1). Sendo assim, no outro extremo, o trabalho em baixa exigência (quadrante 3) se configuraria como a condição ideal de trabalho, acarretando em menor comprometimento à saúde (KARASEK; THEÖREL,1990; ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; ARAÚJO et al., 2003; REIS et al., 2005).

Na Diagonal B, registra-se a motivação para desenvolver novos padrões de comportamento. O modelo prediz que o trabalho ativo (quadrante 2), devido aos desafios motivadores e ao alto controle, conduz ao aumento da atividade global do indivíduo e da capacidade de produzir soluções para as atividades e problemas enfrentados. Neste caso o outro extremo, o trabalho passivo (quadrante 4), ao contrário, acarreta em desmotivação e insatisfação, culminando em adoecimento físico-mental (KARASEK; THEÖREL,1990; ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

A seguir são explicitados os quatro tipos de experiências vivenciadas no ambiente de trabalho, alta exigência, trabalho passivo, trabalho ativo e baixa exigência, de acordo com a potencialidade em causar comprometimento à saúde dos indivíduos.

Como ressaltado anteriormente, os indivíduos expostos a trabalhos com alta exigência apresentam mais reações adversas à saúde, como fadiga, ansiedade, depressão e enfermidade

física. Tal comprometimento ocorre quando o indivíduo é submetido a situações repetidas de alta tensão e de pouco controle sobre o evento. Quando as situações desgastantes ocorrem, o estresse provoca a resposta do organismo dos indivíduos ao agente estressor, gerando tensão, que é dissipada em seguida, uma vez que o agente não esteja mais presente. Entretanto, ocorrendo de modo repetitivo, a intensificação do desencadeamento de respostas do organismo impede a dissipação total da tensão, sobrando no organismo uma tensão residual. É o acúmulo da tensão residual, que de acordo com o JSM, irá acarretar em adoecimento físico e/ou psicológico (KARASEK; THEORELL, 1990, p.31-34; ALVES et al., 2004).

A segunda maior fonte de exposição adversa à saúde no JSM é o trabalho passivo. Representado por situações de baixa demanda e baixo controle, essas experiências produzem uma atrofia gradual das habilidades aprendidas pelo indivíduo. O trabalhador sente-se num estado de apatia, seja pela perda de suas habilidades, seja pela ausência de desafios motivadores, ou pelas restrições e rigidez impostas no ambiente de trabalho. Em longo prazo, estes ambientes podem acarretar em queda da produtividade, da motivação e da satisfação no trabalho, podendo ainda ter seus efeitos generalizados para outras esferas da vida dos trabalhadores (KARASEK; THEORELL, 1990, p.36-38; ALVES et al., 2004).

Por outro lado, os trabalhos ativos, embora possuam demandas psicológicas intensas, permitem ao trabalhador o poder de decisão sobre como e quando desenvolver suas tarefas, bem como oferecem liberdade para o uso de suas habilidades disponíveis. Tais trabalhos conseguiriam predizer um conjunto de desfechos psicológicos benéficos, como aprendizado e crescimento, e consequente alta produtividade. Pois, as situações desafiadoras no trabalho converteriam a tensão residual em ação para resolução de problemas (KARASEK; THEORELL, 1990, p.35-36; ALVES et al., 2004).

Por fim, os trabalhos com baixa exigência ofertam poucas demandas psicológicas e muito controle na execução das atividades. Esse trabalho se configura em um estado ideal e altamente desejável ao trabalhador, produzindo uma situação de relaxamento e pouca tensão, diminuindo as possibilidades de adoecimento em relação ao trabalho (KARASEK; THEORELL, 1990, pág.36; ALVES et al., 2004).

Assim, a alta exigência gera alto desgaste no trabalhador, com efeitos nocivos à sua saúde. Também nociva, é a situação de trabalho passivo, na medida em que pode gerar perda de habilidades e desinteresse. Por outro lado, quando os indivíduos experimentam o processo de trabalho de forma ativa (trabalho ativo), ainda que as demandas sejam excessivas, elas são menos prejudiciais, na medida em que o trabalhador pode escolher como planejar suas horas de trabalho de acordo com seu ritmo biológico e criar estratégias para lidar com suas

dificuldades. A situação “ideal”, de baixo desgaste, é conjugada pela baixa exigência no trabalho (ALVES et al., 2004).

De acordo com os pressupostos assumidos no *Job Strain Model* e considerando a exposição ao estresse ocupacional, o trabalho realizado em condições de alta exigência pode ser considerado como a situação de maior exposição. No outro extremo, o trabalho com baixa exigência pode ser definido como o de menor exposição ao indivíduo. As demais combinações (trabalho ativo e trabalho passivo) podem ser consideradas situações de trabalho de exposição intermediária (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006).

Em seus estudos na população americana, Karasek observou que algumas profissões/ocupações estariam mais predispostas a algumas formas de trabalho. Dessa forma, advogados, juizes, médicos, professores, enfermeiros, engenheiros e executivos estariam mais expostos ao trabalho ativo. Os trabalhadores administrativos e de nível operacional, como porteiros, seriam mais expostos ao trabalho passivo. Entre os trabalhadores expostos ao trabalho com alta exigência estariam os operários de fábrica, auxiliares de enfermagem, e trabalhadores de nível operacional, como camareiras, cozinheiros e telefonistas. Os trabalhadores expostos às condições ideais, ou seja, trabalho com baixa exigência, seriam vendedores, eletricitas e profissionais autônomos (KARASEK; THEORELL, 1990, pág.41).

Uma terceira dimensão, o apoio social no ambiente de trabalho, foi acrescentada ao modelo por Johnson, em 1988 e definida por seus autores como os níveis de interação social (apoio social) existentes no trabalho, tanto com os colegas quanto com os superiores, que vão atuar como amortecedor (na maior oferta) ou potencializador (na menor oferta) do efeito da demanda e do controle na ST (KARASEK; THEORELL, 1990, p. 68; ALVES et al., 2004; REIS et al., 2005).

Pelo pressuposto incluído ao JSM, o iso-tensão (*iso-strain*) designaria a experiência laboral de altas demandas psicológicas, de baixo controle e de baixo apoio social no trabalho (JOHNSON, 1988; ALVES et al., 2004), que, segundo Karasek (1998), seriam as situações laborais que apresentam maior risco para o adoecimento dos trabalhadores. O autor ainda considera de fundamental importância que os estudos sobre estresse ocupacional incluam as relações sociais no trabalho como variáveis de investigação.

A partir do JSM, já foram encontradas associações entre estresse no trabalho com distúrbios psiquiátricos menores (STANSFELD et al., 2002), doenças do sistema digestivo (KARASEK; THEORELL, 1990, p. 48; SIEGRIST, 2002), DORTs (KARASEK; THEORELL, 1990, p. 48; SIEGRIST, 2002), auto-avaliação negativa do estado de saúde

(IBRAHIM et al., 2001), absenteísmo no trabalho (NORTH et al., 1993), doenças cardiovasculares (WAMALA et al., 2000; KUPER; MARMOT, 2003) e seus principais fatores de risco tais como hipertensão arterial e hábitos considerados pouco saudáveis como tabagismo, etilismo e consumo de outras drogas (KARASEK; THEORELL, 1990, p. 48; LANDSBERGIS et al. 1994; TSUTSUMI et al., 1999; STANSFELD et al., 2002).

Em pesquisa realizada por Araújo et al. (2003), as dimensões psicossociais analisadas, controle sobre o trabalho e demandas psicológicas, mostraram-se relevantes na ocorrência dos distúrbios psíquicos menores (DPM). A alta exigência do trabalho foi importante preditor do DPM. Trabalhadoras expostas, simultaneamente, a esses dois fatores apresentaram maior prevalência de distúrbios psíquicos menores (2,60 vezes mais elevada), que as não expostas a ambos ou expostas a apenas um desses fatores (alta demanda ou baixo controle). As demandas de trabalho, na população estudada, estavam mais fortemente associadas aos agravos à saúde mental das trabalhadoras que ao controle exercido pelo trabalhador sobre o trabalho. Mausner-Dorsch e Eaton (2000) encontraram associação entre a medida da Escala de Estresse no Trabalho e sintomas de saúde como a depressão.

O Modelo JSM, embora não aborde todos os fatores psicossociais no trabalho, configura-se como um importante instrumento para avaliar a associação entre os aspectos psicossociais no trabalho e os efeitos sobre a saúde dos trabalhadores, apresentando bom desempenho na identificação de diferentes situações de trabalho (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

De acordo com Osório (2008), essa linha teórica tem fundamentado um número crescente de estudos, de caráter epidemiológico, no Brasil. Porém o autor ressalta que, muito embora essas pesquisas possam ser um instrumento importante na gestão da ST, devido a sua contribuição com esclarecimentos acerca do perfil de morbi-mortalidade relacionado ao trabalho, elas não fornecem dispositivos de intervenção com o objetivo de ampliação do poder de ação dos trabalhadores.

Para avaliar as dimensões do Modelo, foi elaborado o instrumento denominado *Job Content Questionnaire* (JCQ) ou Questionário de Conteúdo do Trabalho, em 1985 por Robert Karasek. É um instrumento desenhado para medir aspectos psicossociais no trabalho e, de um modo geral, é concebido como aplicável a todos os tipos de trabalho (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

Existe também uma versão resumida do JCQ, conhecida por “Job Stress Scale” ou Escala de Estresse no Trabalho, elaborada na Suécia, por Tores Theörell, em 1988. Tal versão aborda 17 questões: cinco para avaliar demanda, seis para avaliar controle e seis para o

suporte social, a qual foi traduzida, validada e adaptada para o português, no Brasil, por Alves et al. (2004).

A versão recomendada do JCQ inclui 49 questões que compõe as cinco dimensões apresentadas a seguir (ARAÚJO, 1999; ARAÚJO; KARASEK, 2008):

- Demandas psicológicas do trabalho (nove questões): as questões se referem ao trabalhar rápido, trabalhar arduamente, trabalho excessivo, demandas conflitantes, pressão no tempo, concentração intensa, interrupção durante tarefas e esperar por outros.
- Controle no trabalho (17 questões): inclui o uso de habilidades (seis questões) e a autoridade decisória (11 questões) combinados. As questões sobre uso de habilidade avaliam a oportunidade de aprender coisas novas, a repetitividade no trabalho, a necessidade de habilidades criativas, a variedade de tarefas, o desenvolvimento de habilidades e a compatibilidade entre o nível de ensino exigido pelo trabalho e o do profissional. As questões referentes à autonomia na tomada de decisão analisam a liberdade para a tomada de decisão, possibilidade de tomadas de decisão e de expressão de opinião.
- Apoio social no trabalho (11 questões): inclui o apoio dos colegas de trabalho (seis questões) e o apoio proveniente do supervisor (cinco questões). As questões referentes ao apoio oferecido pelos colegas de trabalho avaliam a competência dos colegas, o interesse dos colegas no trabalhador, a hostilidade dos colegas, se os colegas são amigáveis e se trabalham em equipe. Enquanto que as questões sobre o apoio do supervisor analisam a preocupação do supervisor pelo trabalhador, a atenção prestada pelo supervisor, a hostilidade e a utilidade do supervisor, a organização do supervisor.
- Demanda física (cinco questões): as questões avaliam a exigência de esforço físico no trabalho, o levantamento de cargas pesadas, a rapidez nas atividades físicas realizadas e se o posicionamento do corpo e braço é desconfortável;
- Insegurança no emprego (seis questões): inclui o grau de estabilidade no trabalho, segurança no emprego, recentes demissões, demissões previstas para o futuro, possibilidades de crescimento na carreira e a validade das habilidades do trabalhador.

Para a avaliação das variáveis, as dimensões são dicotomizadas em alto e baixo. Os estudos encontrados têm adotado a mediana como ponto de corte para as variáveis (ALVES, 2004; NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006; SILVA, J.L., 2007; SILVA, 2008; MAGNAGO, 2008). Foram encontrados, também, dicotomizações utilizando a mediana como ponto de corte da demanda e o primeiro quartil como ponto de corte para controle (REIS et

al., 2005), ou a média para as dimensões de interesse (ARAÚJO, 1999; SILVA, A.C.C., 2007).

O JCQ permite a construção dos quadrantes do Modelo JSM para a avaliação do tipo, ou situação, de trabalho vivenciado na prática profissional. O tipo de trabalho é estabelecido baseado em combinações, alto e baixo, das dimensões demanda psicológica e controle no trabalho (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003):

- Trabalho em baixa exigência (combinação de baixa demanda e alto controle),
- Trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle),
- Trabalho ativo (alta demanda e alto controle) e
- Trabalho em alta exigência (alta demanda e baixo controle).

Para avaliar o grau de exposição ao estresse ocupacional, os tipos de trabalho são reagrupados em três categorias (ARAÚJO et al., 2003):

- Grupo de maior exposição – exposto a alta demanda e baixo controle (alta exigência);
- Grupo de exposição intermediária - exposto a alta demanda e alto controle (trabalho ativo) ou a baixo controle e baixa demanda (trabalho passivo);
- Grupo de referência ou menor exposição – exposto ao alto controle e baixa demanda (baixa exigência).

A Tabela 3 apresenta os valores dos coeficientes de alfa da Cronbach obtidos na validação do instrumento no Brasil.

Tabela 3 - Validação do JCQ em sua versão brasileira. (n=1)

Referência	Tipo de estudo	Amostra	Dimensões do JCQ	Alfa de Cronbach
Araújo e Karasek, (2008)	Estudo de corte transversal	1311 trabalhadores formais e informais com idade ≥ 15 anos	Formais e informais	
			Demanda psicológica	0,66 e 0,55
			Controle no trabalho	0,65 e 0,62
			Uso de habilidade	0,65 e 0,60
			Autoridade	0,69 e 0,72
			Demanda física	0,75 e 0,76
			Insegurança	0,36 e 0,55
			Apoio social	0,71 e 0,65
			Apoio do supervisor	0,79 e 0,65
			Apoio dos colegas	0,69 e 0,70

Fonte: Araújo e Karasek (2008).

No Brasil, a versão em português foi traduzida, adaptada e validada pela pesquisadora Tânia Maria Araújo. A validação foi realizada entre 1.311 trabalhadores formais e informais de diversificadas ocupações por Araújo e Karasek (2008). Segundo os autores, as médias

obtidas nas sub-escalas não diferiram substancialmente dos estudos realizados na Europa, Estados Unidos e Japão, ainda que tenham se apresentado ligeiramente inferior. Em geral, os coeficientes de alfa da Cronbach revelaram desempenho semelhante a outros estudos de grande amostra, mostrando consistência interna aceitável, sendo os coeficientes relativamente semelhantes para empregos formais e informais. Relataram, ainda, que a análise fatorial revelou alta consistência com o modelo teórico JSM.

A Tabela 4 apresenta os estudos produzidos no Brasil com aplicação do JCQ entre profissionais de enfermagem.

Tabela 4 - Estudos realizados entre trabalhadores de enfermagem que utilizaram o JCQ no Brasil. (n=03)

Referência	Tipo de estudo	Amostra	Dimensões do JCQ analisadas	Alfa de Cronbach	Variável resposta/instrumento
Araújo (1999)	Estudo tipo censo	502 mulheres	Controle	-	Distúrbios psíquicos
Araújo et al. (2003)		trabalhadoras de enfermagem	Demanda p.* Suporte social	- -	menores SRQ-20*
Pinho e Araújo (2007)	Estudo epidemiológico de corte transversal	80 trabalhadores de enfermagem	Controle Demanda p.*	- -	Transtorno mental comum SRQ-20*
Magnago (2008)	Estudo seccional	491 trabalhadores de enfermagem	Controle Uso de habilidade Autoridade Demanda p.*	Geral e enfermeiro 0,59 e 0,60 0,43 e 0,47 0,47 e 0,43 0,70 e 0,72	Distúrbios musculoesqueléticos <i>Standardised Nordic Questionnaire</i>

*Demanda p.: Demanda psicológica.

**SRQ-20: *Self Reported Questionnaire* – 20 itens.

No Brasil, três estudos provindos de quatro publicações reportaram o uso do JCQ, em sua versão recomendada, entre trabalhadores de enfermagem. Entretanto, os estudos restringiram-se a relatar os achados provenientes das dimensões demanda psicológica, controle no trabalho e apoio social. Apenas um estudo demonstrou os valores de confiabilidade obtidos e, adotando-se os pressupostos de Landis e Koch (1977), os valores das consistências internas obtidos foram considerados moderados (0,41 a 0,60), para o controle no trabalho e suas sub-dimensões, e substancial (0,61 a 0,80), para a demanda psicológica.

Acrescenta-se que o instrumento vem sendo utilizado em diferentes populações de trabalhadores no Brasil, como professores (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; DELCOR et al., 2004; REIS et al., 2005; ARAÚJO et al., 2006; PORTO et al., 2006; REIS et al., 2006; FERNADES; ROCHA, 2009), trabalhadores do ramo de refino de petróleo (DANTAS, 2003),

dentistas (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003), médicos (SOBRINHO et al., 2006) e trabalhadores informais (SILVA, A.C.C., 2007) e entre estudantes (FISHER et al. 2005).

Face às considerações apresentadas, o presente estudo tem por finalidade estudar as implicações dos aspectos profissionais e psicossociais no trabalho em ambiente hospitalar para a saúde mental dos enfermeiros, especialmente no desenvolvimento de depressão.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 Delineamento do estudo

Estudo observacional, descritivo e correlacional, tipo corte transversal, com abordagem quantitativa dos dados. Este delineamento foi selecionado por fornecer informações descritivas sobre a prevalência e descrever as variáveis e seus padrões de distribuição, sendo possível inferir causa e efeito a partir de associações entre as variáveis definidas (MARCONI; LAKATOS, 2002; NEWMAN et al., 2003, p.127).

O delineamento escolhido possui aspectos positivos na sua aplicação como a não necessidade de espera pela ocorrência do desfecho, o que determina estudos rápidos e de baixo custo; a minimização das perdas na população, pois a medição realiza-se em um único momento; a capacidade de definir características demográficas e clínicas do grupo de estudo e a capacidade de revelar associações e de estabelecer prevalência de uma determinada doença ou fator de risco. Entretanto, entre seus pontos negativos estão a dificuldade de estabelecerem-se as relações de causalidade; a inadequação para o estudo de doenças raras em amostras de indivíduos da população geral e a limitação em medir apenas a prevalência e não a incidência, o que restringe sua capacidade de estabelecer prognóstico, história natural e causa da doença (NEWMAN et al., 2003, p127-130).

5.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado na Unidade Campus do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP - USP), que disponibiliza assistência médica de alta complexidade nos atendimentos ambulatorial e hospitalar. Esta assistência abrange os cuidados de prevenção, de tratamento e recuperação, de natureza clínica e/ ou cirúrgica e os serviços complementares de diagnóstico e tratamento (HCFMRP, 2007).

Segundo o Centro de Recursos Humanos (RH) do Hospital, em setembro de 2008, a instituição possuía em seu quadro total de funcionários, 4.348 funcionários com vínculo

empregatício como servidor público e 836 funcionários contratados pela Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência – FAEPA, totalizando 5184 profissionais pertencentes a várias categorias. De acordo com informações colhidas no RH, todos os trabalhadores eram contratados sob o regime de contrato Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) vigente no país. A equipe de enfermagem total correspondia a 30,4% (1.573) dos funcionários da instituição.

5.3 Casuística

A população do estudo compreendeu todos os enfermeiros atuantes na Unidade Campus do HCFMRP-USP.

Segundo as relações de empregados entregues pelo centro de recursos humanos da instituição, 330 enfermeiros possuíam vínculo empregatício com a unidade. Entretanto, apenas 313 enfermeiros constituíram a população alvo deste estudo, pois 17 trabalhadores exerciam sua função em outras localidades, como unidades básicas e distritais de saúde, unidade de ensino, hemocentro, banco de leite e na unidade de emergência, sendo excluídos da população.

A amostra calculada para o estudo, após o pré-teste, foi de 241 enfermeiros, o que representava 77% da população alvo. Assim, visando assegurar que, mesmo após possíveis perdas de sujeitos durante a execução da coleta de dados, a amostra mínima calculada fosse incluída na pesquisa, optou-se por realizar o estudo em todos os enfermeiros atuantes na unidade de interesse. Para tanto, a amostra foi constituída por 313 sujeitos (100% da população).

5.3.1 Critérios de Seleção

Critérios de inclusão: Foram incluídos os enfermeiros de ambos os sexos, que aceitassem participar da pesquisa, assinassem o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE” (APÊNDICE A) e estivessem trabalhando no período de 2 de março a 30 de maio de 2009 estabelecido para a coleta de dados.

Crerérios de exclusão: Foram excluídos os enfermeiros que não aceitassem participar da pesquisa, estivessem de férias ou licença (saúde ou maternidade).

5.4 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi autorizado pela diretora da Divisão de Enfermagem do Hospital onde a pesquisa foi realizada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição, em 31 de julho de 2006 sob o protocolo nº 7593/2006 (ANEXO A).

Na realização da pesquisa foram contempladas as exigências da Resolução n.196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2005).

5.5 Instrumentos de medidas

Três instrumentos foram utilizados nesta pesquisa, o Formulário de Identificação do Trabalhador – FIT, o Questionário de Conteúdo do Trabalho ou *Job Content Questionnaire* (ANEXO B) e o Inventário de Depressão de Beck ou *Beck Depression Inventory*. O tempo gasto para o preenchimento dos instrumentos foi em média de 25 minutos.

5.5.1 Formulário de Identificação do Trabalhador: aspectos sócio-demográficos, aspectos profissionais e aspectos individuais

Para a caracterização dos participantes do estudo, foi elaborado pelo autor o Formulário Identificação do Trabalhador (APÊNDICE B), para a análise das variáveis referentes à:

- Aspectos sócio-demográficos (questões 1 a 7) – idade, sexo, cor referida, estado civil, presença de companheiro, escolaridade e renda familiar;

- Aspectos profissionais (questões 8 a 19) – tempo de trabalho na instituição, vínculo empregatício, cargo ocupado, tempo de trabalho no cargo, setor de atuação, tempo de atuação no setor, turno de trabalho, vínculo extra-instituição, número de empregos, característica da empresa e função desempenhada, carga horária de trabalho semanal total; e
- Aspectos Individuais (questões 20 a 25) – ocorrência de mudanças significativas na vida no último ano e natureza da mudança, presença de distúrbio psiquiátrico prévio na família e no trabalhador.

5.5.2 Instrumentos psicométricos – JCQ e BDI

Os instrumentos psicométricos representam a expressão científica e sofisticada de um procedimento sistemático de avaliação. A medida escalar constitui uma das várias formas que a medida psicométrica pode assumir, sendo representada pelos testes psicológicos, os inventários e escalas (PASQUALI, 1999a; PASQUALI, 1999b).

Esses instrumentos são um dispositivo destinado a atribuir um escore numérico às pessoas, para colocá-las em seqüência em relação aos atributos que, sendo medidos, permitem que os pesquisadores quantifiquem, eficazmente, graduações sutis na força ou na intensidade das características individuais (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Referem-se a algum aspecto da realidade, seja física ou mental ou outra e desejam indicar diferentes magnitudes de uma propriedade ou atributo dessa realidade (PASQUALI, 1999b).

Os instrumentos utilizados no presente estudo, para avaliar os fatores psicossociais no ambiente de trabalho (Questionários do conteúdo do trabalho – JCQ) e depressão (Inventário de Depressão de Beck - I – BDI-I), serão apresentados a seguir. Ressalta-se que uso da forma abreviada da nomenclatura no idioma inglês se deve as recomendações internacionais para a padronização.

5.5.2.1 Questionários do conteúdo do trabalho (JCQ)

Para a mensuração dos fatores psicossociais no trabalho – demanda psicológica, controle no trabalho, apoio social, demanda física e insegurança no trabalho – no ambiente hospitalar dos enfermeiros, foi utilizada a versão recomendada do *Job Content Questionnaire* (JCQ) de Robert A. Karasek (1985) ou Questionário do Conteúdo do Trabalho (ANEXO B). A autorização para o uso do instrumento foi obtida no *JCQ Center*, instituto detentor dos direitos autorais da escala (ANEXO C).

O JCQ no formato recomendado (49 questões) foi traduzido (ARAÚJO, 1999) e validado (ARAÚJO; KARASEK, 2008) no Brasil por Tânia M. Araújo. A tradução para o português da versão brasileira seguiu os procedimentos estabelecidos pelo instituto, incluindo uma versão para o inglês (*back translation*), foi aprovada pelo *JCQ Center* em 2001 e validada em 2008.

A versão brasileira do JCQ em português inclui 49 questões que compõe cinco dimensões: nove sobre demandas psicológicas, 17 sobre controle (seis – uso de habilidades e 11 - autoridade decisória), cinco sobre demandas físicas, seis sobre insegurança no trabalho, 11 sobre apoio social (cinco - do supervisor e seis - dos colegas) e uma sobre nível de qualificação requerido para a atividade de trabalho realizada (ARAÚJO, 1999; ARAÚJO; KARASEK, 2008).

Cada questão recebeu pontuação referente às opções de resposta pré-estabelecidas pelo autor da escala, sendo que a grande maioria varia de discordo fortemente (1 ponto) a concordo fortemente (4 pontos). Algumas afirmativas do instrumento têm sentido reverso (duas no caso da dimensão controle e três no caso da dimensão demandas psicológicas) às outras afirmativas. Para a construção das dimensões, procede-se o somatório das variáveis referentes a cada uma dessas dimensões, considerando-se as ponderações previstas nas fórmulas para o cálculo dos escores apresentadas no guia do JCQ (KARASEK, 1985). Em cada dimensão da escala, quanto maior o escore calculado, mais significante é o fator avaliado pela mesma (FISCHER et al., 2005). Para a avaliação das dimensões e comparação com as demais variáveis do estudo, as dimensões foram dicotomizadas em alto e baixo, adotando-se a mediana como ponto de corte.

A partir das respostas obtidas nas dimensões demanda psicológica e controle no trabalho, as respostas foram atribuídas às quatro categorias do modelo JSM proposto por Karasek: trabalho em baixa exigência (combinação de baixa demanda e alto controle),

trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle) e trabalho em alta exigência (alta demanda e baixo controle). Em seguida, os quatro tipos de trabalho foram reagrupados para fornecer a medida de exposição ao estresse ocupacional de acordo com suas três categorias, maior exposição (alta exigência), exposição intermediária (trabalhos ativo e passivo) e menor exposição ou grupo de referência (baixa exigência).

No Brasil, os dados referentes a confiabilidade do instrumento encontrados para trabalhadores formais e informais, na validação do JCQ, foram, respectivamente, demanda psicológica 0,66 e 0,55, controle 0,65 e 0,62, demanda física 0,75 e 0,76, insegurança 0,36 e 0,55 e apoio social 0,71 e 0,65 (ARAÚJO; KARASEK, 2008). Os resultados de confiabilidade apresentados na aplicação, prévia, para as dimensões avaliadas do JCQ entre profissionais de enfermagem e enfermeiros foram, respectivamente, demanda psicológica 0,70 e 0,72 e controle 0,59 e 0,60 (MAGNAGO, 2008). Adotando-se os pressupostos de Landis e Koch (1977), os valores alfas de Cronbach obtidos podem ser considerados, em geral, moderados (0,41 a 0,60) ou substanciais, com exceção da insegurança que apresentou um resultado de alfa fraco.

5.5.2.2 Inventário de Depressão de Beck - I (BDI-I)

A utilização de medidas quantitativas tem possibilitado realizar estudos investigando a presença de sintomas depressivos em diversas populações. Com o intuito de avaliar a depressão nos enfermeiros, foi utilizado instrumento desenvolvido por Beck et al. (1961) e revisado em 1979, intitulado Inventário de Depressão de Beck - I (BDI-I) (ANEXO D), sendo a tradução e adaptação brasileira sob responsabilidade da Casa do Psicólogo (CUNHA, 2001). A autorização para o uso do instrumento foi obtida na Casa do Psicólogo, detentora dos direitos autorais da escala no Brasil (ANEXO E).

Uma segunda revisão gerou uma segunda versão do instrumento, o BDI-II (Beck et al., 1996), que tem sido utilizado internacionalmente com relatos de melhores propriedades psicométricas quando comparado ao BDI-I. No entanto, como a versão em português encontrava-se em processo de validação no momento do planejamento desta pesquisa, optou-se por utilizar a versão BDI-I. O referido instrumento tem demonstrado adequação em suas propriedades psicométricas, sendo ainda muito utilizado no Brasil e no mundo.

O instrumento de auto-relato possui 21 itens, cada um com quatro afirmações, subentendendo graus crescentes de gravidade de depressão, com escores de zero (0) a três (3). O instrumento permite que seja assinalada mais de uma opção em um mesmo grupo de afirmações. Neste caso se usa a afirmação de mais alto valor para calcular o escore total. O escore total é o resultado da soma dos escores individuais dos itens, sendo que o maior escore possível é 63, permitindo a classificação de níveis de intensidade da depressão (Cunha, 2001).

Não são sugeridos pontos de corte para amostras não-clínicas no manual de uso do instrumento (Cunha, 2001). Portanto, foi obedecida a recomendação de Kendall et al. (1987) para populações não-diagnosticadas: escores ≤ 15 para o subgrupo “sem depressão”, $16 \leq \text{BDI} \leq 20$ para o subgrupo “disforia ou depressão leve” e $21 \leq \text{BDI} \leq 29$ para o subgrupo “depressão moderada” e ≥ 30 “depressão grave”.

O BDI tem sido intensamente validado (GALEGO et al., 2004), havendo dados recentes quanto à sua validação para a utilização no Brasil (GORESTEIN; ANDRADE, 1996; GORESTEIN; ANDRADE, 1998; CUNHA; FLECK, 1998; CUNHA, 2001; HAASE et al., 2004; WANG; ANDRADE; GORENSTEIN, 2005; GANDINI et al., 2007).

No que se refere à consistência interna, os valores dos alfas de Cronbach reportados no manual de uso das escalas de Beck da Casa do Psicólogo, variou de 0,79 e 0,91 para amostras psiquiátricas, de 0,77 a 0,92 em amostras médico-clínicas e de 0,70 a 0,86 em amostras não-clínicas. Outros estudos no Brasil relataram alfas: 0,76 entre estudantes universitários (GORENSTEIN; ANDRADE, 1998), 0,82 entre chineses que vivem no Brasil (WANG; ANDRADE; GORENSTEIN, 2005) e 0,86 entre mulheres com câncer (GANDINI et al., 2007). Adotando-se os pressupostos de Landis e Koch (1977), os valores alfas de Cronbach encontrados variam entre substancias a quase perfeitos.

5.6 Procedimentos para a realização da pesquisa

A referida pesquisa foi realizada em duas etapas distintas: pré-teste e estudo, propriamente dito.

5.6.1 Pré-teste

Em outubro de 2008, após avaliações iniciais de três pesquisadores da Universidade de São Paulo (um docente da Escola de Enfermagem - campus São Paulo e dois docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto) o Formulário de Identificação do Trabalhador foi enviado a uma docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, com vasta experiência em atuação na instituição em investigação, para a avaliação do formulário. Foram sugeridas: alterações relacionadas ao vínculo empregatício e função desempenhada; e inclusão de item relacionado ao tempo de trabalho no setor. Todas as sugestões foram acatadas.

Em fevereiro de 2009, realizou-se o pré-teste com a aplicação do formulário semi-estruturado FIT e dos instrumentos psicométricos, JCQ (ARAÚJO, 2001) e BDI (Cunha, 2001), com o propósito de verificar possíveis dificuldades no preenchimento dos questionários e o tempo gasto para esta tarefa pelos sujeitos. Foi utilizada a amostragem de conveniência, que atende aos critérios de entrada e são de fácil acesso ao investigador (HULLEY; NEWMAN; CUMMINGS, 2003).

Foram convidados a participar da pesquisa 16 enfermeiros atuantes no hospital escolhidos aleatoriamente. Após o aceite, todos assinaram o TCLE e preencheram os instrumentos de coleta de dados, todos de auto-aplicação, no local de trabalho, durante o turno de trabalho e na presença do pesquisador. A coleta foi realizada em quatro dias.

O tempo gasto para o preenchimento dos instrumentos variou entre 25 minutos e uma hora e trinta minutos, sendo essa diferença no tempo de preenchimento devido a interrupções causadas por demandas do trabalho. Cinco enfermeiros solicitaram que o preenchimento fosse realizado no próximo dia devido à intercorrências no plantão. Assim, a solicitação do preenchimento em outra oportunidade e a grande diferença no tempo de preenchimento fez com que a estratégia de coleta fosse alterada no segundo momento do estudo, com uma maior flexibilização das opções de preenchimento e entrega. Inicialmente, aos trabalhadores seria proposto que os instrumentos fossem preenchidos imediatamente, com o aguardo do pesquisador. Acreditava-se que este modo permitiria a conferência do material, evitando-se questões deixadas em branco e a perda de sujeitos.

Os sujeitos do pré-teste não apresentaram dificuldades no preenchimento dos instrumentos. Entretanto, alertaram para modificações em dois itens do que foram acatadas e são apresentadas a seguir.

A primeira modificação referia ao vínculo empregatício com a instituição. Os enfermeiros relataram que, embora oficialmente os servidores públicos do hospital não complementassem a jornada de trabalho, por meio de contrato com uma Fundação de ensino e pesquisa que apóia o hospital, como permitido no passado, alguns trabalhadores ainda possuíam o duplo vínculo. Portanto, foi acrescentada a questão a opção com o duplo vínculo.

A segunda e última modificação correspondeu ao turno de trabalho. Os sujeitos investigados afirmaram que embora a maioria dos enfermeiros trabalhasse nos turnos manhã, tarde, noturno ou rodízio, em alguns setores específicos teriam a opção, também, por vespertino e período integral. Assim, os dois turnos foram incluídos no formulário final.

Os sujeitos que participaram do pré-teste foram incluídos na população em estudo, uma vez que, as alterações indicadas não traziam prejuízos aos instrumentos por eles preenchidos.

Por meio dos dados obtidos nesta etapa da pesquisa, foi realizado o cálculo da estimativa do tamanho ideal da amostra, baseado no erro padrão da média e o no erro tolerável à um intervalo de confiança de 95%.

Após a realização das alterações no FIT e a amostragem, realizou-se a segunda etapa, correspondente à coleta de dados para o estudo.

5.6.2 Coleta de dados

A coleta dos dados ocorreu de março a maio de 2009 e foi realizada pelo próprio pesquisador.

Os enfermeiros foram convidados a participar do estudo. Após a aceitação, foi entregue duas vias do impresso TCLE e o caderno dos instrumentos de medida. Os participantes foram orientados a ler, assinar e reter uma das vias do termo, e a devolver a segunda via ao pesquisador no momento do recolhimento dos instrumentos.

Os sujeitos foram informados da preferência pelo preenchimento e devolução dos instrumentos imediatamente, porém também tiveram a opção da devolução no final do plantão ou em dia oportuno a ser combinado com o pesquisador.

Foi observado que, aproximadamente, um/quarto dos enfermeiros preferiram preencher os instrumentos no momento. Estes sujeitos afirmaram que as outras opções

poderiam acarretar em possível esquecimento ou afirmaram que durante todo e qualquer plantão sempre intercorrências ocorreriam, não fazendo sentido adiar o preenchimento.

Outros um /quarto, aproximadamente, preferiram entregar no final do plantão, alegando que dessa forma poderiam escolher um momento mais calmo do plantão para responder a pesquisa. Muitos desses, no momento da devolução solicitaram o agendamento da entrega.

A maioria dos enfermeiros restantes preferiu devolver o material em dia e horário combinado. Caso o sujeito não tivesse tido a oportunidade de preencher a pesquisa, nova data de entrega era estabelecida.

A amostra final foi composta por 292 (93,3%) enfermeiros dos 313 sujeitos elegíveis que trabalhavam na instituição hospitalar. Sendo a taxa de perda de sujeitos, por conseguinte, igual a 6,7% dos sujeitos. Com os instrumentos recolhidos, deu-se seguimento as etapas de processamento e análise dos dados, elaboração da tese e divulgação dos resultados obtidos.

5.7 Processamento e análise dos dados

Os dados foram organizados e inseridos planilha eletrônica do programa “Excel for Windows”, em forma de banco de dados eletrônico, seguido da digitação dos dados em duas planilhas independentes e a validação do banco. Destaca-se que foi atribuída identificação única para cada resposta dos sujeitos e as respostas foram codificadas em categorias numéricas.

O setor de atuação foi agrupado em seis categorias, de acordo com o tipo de unidade, levando-se em consideração o fluxo de pessoal e de familiares nessas unidades. (MENZANI; FERRAZ BIANCHI, 2005). Deste modo, os setores foram categorizados em: Unidade de Terapia Intensiva: Unidades de Terapia Intensiva e Semi-Intensiva e Unidade de Transplantes; Unidade Clínica: Unidade Especializada no Tratamento de Doenças Infecciosas (UETDI), enfermarias das clínicas médica e cirúrgica, enfermarias da psiquiatria, enfermarias da ortopedia, centro de cirurgia de epilepsia e unidade de diálise; Unidade Cirúrgica: central de material, centro cirúrgico e sala de recuperação pós-anestésica; Unidade Materno-infantil: enfermaria da ginecologia/ obstetrícia e da pediatria; Unidade Ambulatorial: ambulatório, setor de cardiologia, serviço de ambulatório do trabalhador, serviço de reabilitação; Unidade de Administração/coordenação de Enfermagem: unidade de pesquisa, divisão de enfermagem,

administração, captação de órgãos, gerenciamento de risco, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, centro integrado de qualidade e centro de educação continuada em enfermagem.

Com relação à natureza das mudanças ocorridas, além de avaliadas separadamente, as mudanças relatadas foram agrupadas em quatro categorias. Relaciona à vida pessoal (doença, morte, problema financeiro, gestação, separação, mudança de casa pelos filhos ou pelos pais, casamento, saída de casa pelo trabalhador e viagem), relacionada ao trabalho (mudança de cargo, problemas no trabalho, perda de emprego, aposentadoria e primeiro emprego), diversos fatores relatados e não quis relatar.

O banco de dados validado foi transferido para o programa “Statistical Package for the Social Science (SPSS) version 12 for Windows” e para software Statistical Analysis System (SAS) versão 9 para a análise estatística.

As variáveis analisadas no presente estudo, foram categorizadas em:

- Variáveis preditoras: demanda psicológica; controle no trabalho (uso de habilidade e autoridade decisória); demanda física; apoio social (apoio social pelo supervisor e apoio social pelos colegas); insegurança no trabalho; tipo de trabalho (modelo referencial-teórico); exposição ao estresse no trabalho (modelo referencial-teórico); setor de trabalho; turno de trabalho; e CH;
- Variável desfecho: depressão;
- Variável modificadora de efeito: apoio social;
- Variáveis controle: idade; gênero; estado civil; escolaridade; renda familiar; tempo de atuação no hospital; tempo de atuação no cargo; tempo de atuação no setor; mudanças significativas na vida; presença de histórico familiar distúrbio psiquiátrico; e presença de distúrbio psiquiátrico no trabalhador;
- Demais variáveis estudadas: cor referida; com/sem companheiro; categoria profissional; vínculo empregatício; vínculo extra-instituição e função desempenhada no outro trabalho.

Primeiramente, por meio do software SPSS, foram conduzidas as análises univariadas descritivas - exploratórias, sendo as variáveis categóricas submetidas à análise da distribuição de frequência (absoluta e percentual) e as variáveis contínuas submetidas à análise de medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão), visando descrever as variáveis e os sujeitos da pesquisa.

Foram, então, conduzidas análises de associação bivariada, com o objetivo de avaliar a associação entre as variáveis e obter uma compreensão inicial dos dados coletados. Quando teste de Kolmogorov-Smirnov indicou a normalidade da distribuição das medidas, foram utilizados testes paramétricos Teste T de Student, Análise de Variância (ANOVA) e Correlação de Pearson. Quando a normalidade de distribuição não foi confirmada, foram realizados testes não-paramétricos Qui-Quadrado, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis e Teste de Correlação de Spearman. O nível de significância adotado para todo o estudo foi menor ou igual a 0,05.

Em seguida, por meio do software SAS, foi realizada a análise de inferência multivariada, buscando analisar as associações entre as variáveis em estudo. Para estudar as relações entre as variáveis independentes e a variável dependente foram utilizados modelos Tobito (TOBIN, 1958). Essa classe de modelos lineares é utilizada quando a variável resposta em questão é discreta e apenas possui observações dentro de uma faixa de valores. Tal modelo, tem como pressuposto, que o resíduo obtido através da diferença entre os valores preditos pelo modelo e os valores observados tenha distribuição normal com média zero (0) e variância constante. A depressão, variável resposta no estudo, é medida pelo BDI, no qual os escores obtidos podem variar de zero a 63 pontos. Os ajustes foram feitos através da “*procedure QLIM*” do software SAS.

Para a avaliação da consistência interna dos instrumentos e suas sub-escalas foi utilizado o coeficiente Alfa de Chronbach (α). Em geral, escalas com valor do alfa menor do que 0,70 são evitadas. No entanto, ainda que valores altos de alfa sejam necessários, não são suficientes uma vez que é uma estimativa "otimista" da confiabilidade (STREINER, 1993). Nesse sentido, adotaram-se os pontos de corte sugeridos por Landis e Koch (1977): abaixo de 0 = pobre; 0 a 0,20 = fraca; 0,21 a 0,40 = provável; 0,41 a 0,60 = moderada; 0,61 a 0,80 = substancial, e 0,81 a 1,00 = quase perfeita, que têm sido adotado na avaliação do JCQ (MAGNAGO, 2008).

A natureza subjetiva dos construtos avaliados, aspectos psicossociais no trabalho, tipo de trabalho, exposição ao estresse ocupacional e depressão, que não podem ser observados diretamente pelo pesquisador, determinaram a seleção dos propostos de Ajzen e Fishbein (1980) para a classificação da força de correlação entre as variáveis. Os critérios que adotados consideram valores próximos de 0,30 como satisfatórios, entre 0,30 e 0,50 de moderada magnitude, acima de 0,50 de forte magnitude e valores abaixo de 0,30 de pouco valor para a prática, mesmo que estatisticamente significante.

Para a avaliação do modelo preditivo utilizou-se o critério de informação de Akaike (*Akaike Information Criterion* – AIC). O AIC foi desenvolvido por Hirotugu Akaike em 1971 e proposto em Akaike (1974), como uma medida do grau de adequação (*goodness of fit*) entre modelos estatísticos estimados. Desse modo, o AIC não é um teste de hipóteses, mas sim um teste para seleção do modelo mais adequado, revelando sua precisão e a complexidade. Os modelos propostos são classificados por meio de um valor AIC, sendo que o(s) de menor valor é considerado o melhor, ou seja, mais adequado a ser adotado.

Com relação à apresentação dos resultados encontrados, foram utilizadas tabelas para a melhor visualização e síntese dos dados.

Apresentamos a seguir na figura 4, o Modelo Teórico Proposto para investigar a relação entre os aspectos profissionais, psicossociais no trabalho e a depressão em enfermeiros atuantes em instituição hospitalar.

Figura 4 - Modelo teórico proposto para avaliar a relação entre os aspectos profissionais e psicossociais no trabalho e a depressão em enfermeiros atuantes no hospital.

6 RESULTADOS

6 RESULTADOS

6.1 Caracterização da amostra

A população alvo deste estudo foi de 313 enfermeiros e a amostra estudada foi composta por 292 enfermeiros, com taxa de resposta igual a 93,3% e de perda de 6,7% dos sujeitos, uma vez que 21 enfermeiros foram excluídos da pesquisa por não estar trabalhando no período em que os dados foram coletados devido a férias (cinco), licença maternidade (três), licença saúde (seis), recusa em participar do estudo (cinco), não localização do sujeito (um), mesmo após inúmeras tentativas, e um enfermeiro devido ao preenchimento inadequado do instrumento (várias questões sem resposta).

6.1.1 Aspectos sócio-demográficos

A tabela 5 apresenta os aspectos sócio-demográficos dos enfermeiros

Tabela 5 – Distribuição dos enfermeiros participantes do estudo, segundo os aspectos sócio-demográficos. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Variáveis	n	%	Média	DP	Mediana	Min-Máx
Idade	292	-	38,64	9,19	37,21	22,40-58,20
≤ 30 anos	63	21,80				
30 < anos ≤ 45 anos	147	50,87				
> 45 anos	79	27,34				
Dados perdidos	03	1,00				
Gênero						
Feminino	266	91,10				
Masculino	26	8,90				
Cor referida						
Branca	238	81,51				
Parda	26	8,90				
Preta	18	6,16				
Amarela	10	3,42				
Estado civil						
Solteiro	130	44,52				
Casado	144	49,32				
Viúvo	03	1,03				
Separado/divorciado	15	5,14				
Escolaridade						
Graduação	95	32,53				
Especialização	153	52,40				
Mestrado	39	13,36				
Doutorado	5	1,71				
Renda familiar	292	-	4.253,33	2.220,27	4.000,00	1.250,00-16.000,00
≤ 4.000	150	51,37				
> 4.000	109	37,33				
Dados perdidos	33	11,30				

De acordo com os aspectos sócio-demográficos analisados, as características marcantes dos sujeitos verificadas foram: 72,67% possuíam idade inferior a 45 anos, sendo que 50,87% com idades entre 30 e 45 anos, 91,10% do gênero feminino, 49,32% casados, 44,52% solteiros, renda familiar em média quatro mil e duzentos e cinquenta reais (DP±2.220,3 reais), 32,53% possuíam apenas graduação em sua formação de ensino, 52,40% eram especialistas e 13,36% mestres em enfermagem.

6.1.2 Aspectos individuais

A tabela 6 apresenta os aspectos individuais dos enfermeiros.

Tabela 6 – Distribuição dos enfermeiros participantes do estudo, segundo os aspectos individuais. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Variáveis	n	%
Mudanças significativas		
Não	156	53,42
Sim	132	45,21
Dados perdidos	04	1,37
Natureza da mudança (n=132)		
Diversos fatores (2 ou +)	22	17,46
Doença	19	15,08
Mudança de cargo	19	15,08
Morte	14	11,11
Problema financeiro	12	9,52
Gestação	11	8,73
Separação	9	7,14
Não quis relatar	5	3,97
Problemas no trabalho	4	3,17
Perda de emprego	2	1,59
Aposentadoria	2	1,59
Mudança de casa (filhos / dos pais)	2	1,59
Casamento	2	1,59
Primeiro emprego	1	0,79
Saída de casa	1	0,79
Viagem	1	0,79
Natureza categorizada		
Relacionada à vida pessoal	71	56,35
Relacionada ao trabalho	28	22,22
Diversos fatores	22	17,46
Não quis relatar	5	3,97
Histórico familiar de transtorno mental		
Não	227	78,28
Sim	63	21,72
Grau de parentesco (n=63)		
1º grau	17	26,15
3º grau	16	24,62
2º grau	15	23,08
4º grau	04	6,15
Dados perdidos	13	17,5
Transtorno mental na família (n=63)		
Depressão	30	47,62
Não depressão	25	39,68
Dados perdidos	08	12,70
Histórico pessoal de transtorno mental		
Não	250	85,62
Sim	37	12,67
Dados perdidos	5	1,71
Transtorno mental do indivíduo (n=37)		
Depressão	28	75,68
Não depressão	8	21,62
Dados perdidos	1	2,70

Entre os 45,21% dos enfermeiros que referiram alguma mudança de aspecto significativo em sua vida ocorrida no último ano, o fator doença (15,08%) e a mudança no cargo dentro instituição (15,08%) foram os mais citados, seguidos de morte de ente ou

conhecido próximo (11,11%), problemas financeiros (9,52%), gestação (8,73%) e separação do cônjuge ou companheiro (7,14%).

Destaca-se que outros fatores referentes ao trabalho somaram 7,14% das mudanças relatadas (problemas no trabalho – 3,17%, perda de emprego – 1,59%, aposentadoria – 1,59% e primeiro emprego 0,79%). Quando perguntados sobre o histórico familiar de transtorno mental, 21,72% referiram histórico positivo para distúrbios psiquiátricos, sendo a depressão o diagnóstico mais prevalentemente citado (47,62%), acometendo parentes em primeiro grau (26,15%), como pais ou filho, e em segundo grau (23,08%), como avós, irmãos ou netos. Com relação ao histórico pessoal de transtornos mentais, 12,67% relataram histórico positivo e, entre estes, 75,68% relataram depressão.

6.1.3 Aspectos profissionais

Na tabela 7 apresenta-se a distribuição dos participantes segundo os aspectos profissionais.

Tabela 7 – Distribuição dos enfermeiros participantes do estudo, segundo os aspectos profissionais. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Variáveis	n	%	Média	DP	Mediana	Min-Máx
Vínculo empregatício						
Servidor público	237	81,16				
Funcionário FAEPA*	47	16,10				
Duplo vínculo	08	2,74				
Tempo de atuação no hospital	292	-	11,13	8,77	8,75	0,08-34,58
≤ 8,8 anos	144	49,32				
> 8,8 anos	141	48,29				
Dados perdidos	07	2,40				
Cargo ocupado						
Enfermeiro	207	70,89				
Enfermeiro encarregado	33	11,30				
Enfermeiro chefe	40	13,70				
Diretor de serviço	11	3,77				
Dados perdidos	01	0,34				
Tempo de atuação no cargo	292	-	7,17	6,98	4,50	0,08-32,92
≤ 4,5 anos	145	49,66				
> 4,5 anos	143	48,97				
Dados perdidos	04	1,37				
Sector de atuação						
Unidade clínica	115	39,38				
Unidade intensiva	60	20,55				
Unidade ambulatorial	45	15,41				
Unidade materno/infantil	33	11,30				
Unidade cirúrgica	23	7,88				
Unidade de coordenação	16	5,48				
Tempo de atuação no sector	292	-	7,02	6,57	4,42	0,08-31,25
≤ 4,4 anos	140	47,95				
> 4,4 anos	145	49,66				
Dados perdidos	7	2,40				
Turno de trabalho						
Rodízio	94	32,19				
Manhã	67	22,95				
Tarde	43	14,73				
Noturno	38	13,01				
Integral	31	10,62				
Vespertino	06	2,05				
Dados perdidos	13	4,45				
Vínculo extra-instituição						
Não	217	74,32				
Sim	73	25,00				
Dados perdidos	2	0,68				
Função desempenhada						
Enfermeiro	53	72,60				
Docente	16	21,92				
Outro**	03	4,11				
Dados perdidos	01	1,37				
Carga horária	292	-	42,81	13,62	40,00	30,00-90,00
≤ 36h	120	41,10				
36 < h ≤ 48h	80	27,40				
> 48h	73	25,00				
Dados perdidos	19	6,51				

*FAEPA: Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência

**Outro: 02 comerciários e 01 médico veterinário.

De acordo com os dados coletados 81,20% dos enfermeiros possuíam vínculo de trabalho com o próprio hospital, instituição pública vinculado ao Governo do Estado de São Paulo (servidor público), 16,10% dos enfermeiros eram contratados como funcionários pela FAEPA e 2,74% dos enfermeiros possuíam duplo vínculo empregatício (Servidor público e Funcionário FAEPA) e dois contratos de trabalho diferentes.

Os trabalhadores atuavam no hospital, em média, há 11,13 anos ($DP \pm 8,77$ anos), exerciam a função de enfermeiro (70,89%), enfermeiro encarregado do turno (11,30%), enfermeiro chefe (13,70%) e diretor técnico de serviço (3,77%), ocupavam o cargo há 7,17 anos (média; $DP \pm 6,98$ anos) e atuavam no setor há 7,02 anos (média; $DP \pm 6,57$ anos). Os setores com maior número de profissionais foram as unidades Clínicas (39,38%), Intensivas (20,55%) e Ambulatoriais (15,41%) e os esquemas de trabalho mais prevalentes foram o rodízio entre os turnos (32,19%) e o turno da manhã (22,95%). A maioria dos enfermeiros não possuía outro emprego (74,32%), os demais (25,00%) atuavam como enfermeiro (72,60%) ou como docente (21,92%). A carga horária de trabalho semanal mais relatada foi de até 36 horas (41,10%), entretanto 27,40% dos enfermeiros trabalhavam entre 36 e 48 horas semanais e 25,00% trabalhavam mais que 48 horas, sendo que os sujeitos investigados reportaram carga horária média de 42,81 horas ($DP \pm 13,62$ horas).

6.1.4 Aspectos psicossociais no trabalho

A tabela 8 apresenta os valores alfa obtidos para as dimensões e sub-dimensões do JCQ para os enfermeiros estudados.

Tabela 8 – Apresentação dos coeficientes de consistência interna, segundo as dimensões e sub-dimensões do instrumento JCQ na amostra estudada. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Instrumento	Dimensões e sub-dimensões**	Alfa de Chronbach
JCQ (49 itens)*	Demanda psicológica - 5 itens	0,72
	Controle no trabalho - 9 itens	0,76
	Uso de habilidade - 6 itens	0,69
	Autoridade decisória - 3 itens	0,59
	Demanda física - 5 itens	0,81
	Insegurança - 3 itens	0,20
	Apoio social - 8 itens	0,79
	Apoio supervisor - 4 itens	0,82
	Apoio colegas - 4 itens	0,71

*JCQ: Questionário de conteúdo do trabalho – 49 itens (versão recomendada)

**Número de itens que integram o cálculo das dimensões e sub-dimensões.

Para avaliar os aspectos psicossociais no trabalho do ambiente hospitalar foi utilizado o instrumento JCQ em sua versão recomendada com 49 itens. A consistência interna (confiabilidade) das dimensões do questionário foi analisada por meio do valor do coeficiente Alfa de Chronbach obtido e a comparação com os critérios propostos por Landis e Koch (1977). Nesse sentido, a demanda física ($\alpha = 0,81$) e a sub-dimensão apoio social dos supervisores ($\alpha = 0,82$) apresentaram confiabilidade quase perfeita; a demanda psicológica ($\alpha = 0,72$), o controle ($\alpha = 0,76$) e a sub-dimensão uso de habilidades ($\alpha = 0,69$), e o apoio social ($\alpha = 0,79$) e a sub-dimensão apoio social dos colegas ($\alpha = 0,71$) apresentaram consistência substancial; a sub-dimensão autoridade decisória ($\alpha = 0,59$) obteve confiabilidade moderada; e apenas a variável insegurança no trabalho ($\alpha = 0,20$) apresentou consistência fraca.

A distribuição dos aspectos psicossociais no trabalho dos 292 enfermeiros é apresentada na Tabela 9 e na Figura 3.

Tabela 9 – Distribuição dos enfermeiros participantes do estudo, segundo os aspectos psicossociais no trabalho. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Dimensões JCQ* (pontos possíveis)	n	%	Média	DP	Mediana	Min-Máx
Demanda psicológica (12 - 48)	292	-	32,71	5,90	32,00	12,00-48,00
Baixa	147	50,34				
Alta	145	49,66				
Controle no trabalho (24 - 96)	292	-	68,10	10,22	68,00	24,00-96,00
Baixo	147	50,34				
Alto	145	49,66				
Uso de habilidades (12 - 48)	292	-	34,87	5,42	35,00	12,00-48,00
Baixo	146	50,00				
Alto	146	50,00				
Autoridade decisória (12 - 48)	292	-	33,23	6,35	36,00	12,00-48,00
Baixa	240	82,19				
Alta	52	17,81				
Demanda física (5 - 20)	292	-	11,67	2,71	11,00	5,00-20,00
Baixa	149	51,03				
Alta	143	48,97				
Insegurança no trabalho (3 - 12)	292	-	5,05	2,44	5,00	3,00-12,00
Baixa	237	81,16				
Alta	55	18,84				
Apoio social (8 - 32)	292	-	22,41	3,43	23,00	9,00-32,00
Baixo	242	82,88				
Alto	50	17,12				
Apoio do supervisor (4 - 16)	292	-	10,92	2,52	12,00	4,00-16,00
Baixo	258	88,36				
Alto	34	11,64				
Apoio dos colegas (4 - 16)	292	-	11,49	1,58	12,00	5,00-16,00
Baixo	248	84,93				
Alto	44	15,07				

* Ponto de corte igual à mediana da dimensão avaliada.

Os dados da Tabela 9 mostraram que, aproximadamente, metade dos participantes da pesquisa relatou trabalhar sobre alta demanda psicológica (49,66%), baixo controle sobre o

trabalho a ser executado (50,34%), baixo uso de suas habilidades (50,00%) e alta demanda física (48,97%). E, apesar de apresentarem baixa insegurança no trabalho (81,16%), os enfermeiros demonstraram baixo apoio social (82,88%), seja proveniente do supervisor (88,36%) ou dos colegas de trabalho (84,93%).

		Demanda psicológica	
		Baixa	Alta
Controle no Trabalho	Alto	69 (23,6%) Baixa exigência	76 (26,0%) Trabalho ativo
	Baixo	Trabalho passivo 78 (26,7%)	Alta exigência 69 (23,6%)

Figura 5 - Distribuição dos participantes do estudo, segundo a variável tipo de trabalho do *Job Strain Model*.

A Figura 5 ilustra os quatro tipos (situações) de trabalho propostos no modelo JSM, após a combinação das dimensões demanda psicológica e controle no trabalho. Distribuições equivalentes dos profissionais foram observadas, sendo que 23,63% atuavam em alta exigência, 26,03% em trabalho ativo, 26,71% em trabalho passivo e 23,63% em baixa exigência.

A exposição ao estresse ocupacional e sua distribuição na amostra é apresentada na Tabela 10.

Tabela 10 – Distribuição dos enfermeiros do estudo, segundo a exposição ao estresse ocupacional. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Variável	n	%
Exposição ao estresse		
Maior exposição	69	23,63
Exposição intermediária	154	52,74
Sem exposição	69	23,63

A avaliação da intensidade de exposição ao estresse ocupacional em que os enfermeiros estavam submetidos, mostrou a predominância da exposição em 76,37% dos sujeitos, seja exposição intermediária (52,74%) ou maior exposição (23,63%). Ainda assim,

23,63% dos sujeitos apresentaram baixa exposição, sendo alocados no grupo sem exposição (grupo de referência).

6.1.5 Depressão

A presença de depressão nos enfermeiros foi avaliada por meio da aplicação do instrumento BDI, sendo o valor do Alfa de Chronbach obtido na amostra igual a 0,83. Desta forma, a consistência interna do instrumento foi considerada quase perfeita, de acordo com os postulados de Landis e Koch (1977).

A Tabela 11 apresenta a distribuição dos participantes do estudo em relação à variável desfecho de interesse depressão.

Tabela 11 – Distribuição dos enfermeiros do estudo, segundo a intensidade de depressão. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Variável	n	%	Média	DP	Mediana	Min-Máx
Sintomas depressivos*	292	-	7,24	5,77	6,00	0,00-29,00
Sem depressão (0 - 15)	266	91,10				
Depressão leve (16 - 20)	15	5,14				
Depressão moderada (21 - 29)	11	3,77				

*Ponto de cortes recomendados por Kendall et al (1987).

No geral os sujeitos pontuaram, em média, 7,24 (DP±5,77 pontos) variando entre zero e 29 pontos (zero a 63 pontos possíveis). A categorização dos escores dos 292 participantes revelou que 9% da amostra, aproximadamente, apresentavam presença de sintomas depressivos indicativos de depressão e foram classificados como depressão leve (5,14%) e depressão moderada (3,77%). Nenhum enfermeiro apresentou pontuação para depressão grave e 91,10% foram classificados como sem depressão.

A seguir, serão apresentadas as análises de inferência, que foram realizadas com o número de respostas obtidas para cada variável.

6.2 Associação dos aspectos profissionais com os aspectos sócio-demográficos, individuais e profissionais em enfermeiros

6.2.1 Carga horária semanal

A descrição da carga horária segundo os aspectos sócio-demográficos e individuais é apresentada na Tabela 12.

Tabela 12 – Distribuição da carga horária semanal, segundo os aspectos sócio-demográficos e individuais dos enfermeiros estudados. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Tabela 2.2.2)							
Variáveis	n	%	Carga horária semanal				p*
			Média	DP	Mediana	Min-Máx	
Aspectos sócio-demográficos							
Idade							0,53*
≤ 30 anos	63	21,80	44,26	13,73	37,00	30,00-77,00	
30 < anos ≤ 45 anos	147	50,87	42,62	13,98	40,00	30,00-90,00	
> 45 anos	79	27,34	41,84	12,85	40,00	30,00-84,00	
Gênero							0,04*
Feminino	266	91,10	42,25	13,18	40,00	30,00-90,00	
Masculino	26	8,90	48,12	16,64	45,00	30,00-86,00	
Estado civil							0,33***
Solteiro	130	44,52	43,93	13,45	40,00	30,00-78,00	
Casado	144	49,32	40,80	13,23	40,00	30,00-90,00	
Viúvo	3	1,03	59,33	13,01	60,00	46,00-72,00	
Separado /divorciado	15	5,14	49,79	14,61	48,00	30,00-84,00	
Escolaridade							0,69***
Graduação	95	32,53	41,41	13,06	40,00	30,00-78,00	
Especialização	153	52,40	44,35	14,53	41,00	30,00-90,00	
Mestrado	39	13,36	40,38	11,09	37,00	30,00-70,00	
Doutorado	5	1,71	40,00	9,59	42,00	30,00-50,00	
Renda familiar							0,01*
≤ 4.000	150	57,92	41,96	12,78	40,00	30,00-90,00	
> 4.000	109	42,08	43,82	14,23	42,00	30,00-86,00	
Aspectos individuais							
Mudança significativa							0,52**
Não	156	54,17	42,66	13,20	40,00	30,00-90,00	
Sim	132	45,83	43,17	14,16	40,00	30,00-86,00	
Histórico pessoal de TM[#]							0,53**
Não	250	87,11	42,75	14,09	40,00	30,00-90,00	
Sim	37	12,89	42,73	10,37	42,00	30,00-70,00	
TM[#] relatado							0,46**
Depressão	28	77,78	41,77	10,71	40,00	30,00-70,00	
Não depressão	8	22,22	46,29	8,75	50,00	36,00-60,00	

[#]TM: transtorno mental.

*Correlação de Spearman; **Mann-Whitney U; ***Kruskal-Wallis.

O teste de Kolmogorov-Smirnov, demonstrou distribuição não normal da variável carga horária, assim, foram empregados os testes não-paramétricos Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis e Correlação de Spearman.

Entre os aspectos sócio-demográficos e individuais, a carga horária semanal apresentou associação com as variáveis gênero ($p=0,04$) e associação significativa ($p=0,01$), positiva e fraca com a renda familiar ($r_s 0,17$; $p=0,01$), sendo que os trabalhadores do gênero masculino (média=48,12h; DP±16,64h) ou com maior renda familiar (média=43,82h; DP±14,23h) trabalhavam mais horas por semana que os demais trabalhadores. Embora associação não significativa, os profissionais com menos de 30 anos (média=44,26h; DP±13,73h), viúvos (média=59,33h; DP±13,01h), com especialização (média=44,35h; DP±14,53h) relataram mais horas por semana trabalhada que os participantes da pesquisa no geral (média=42,81h; DP±13,62h).

A Tabela 13 apresenta a distribuição da carga horária segundo os aspectos profissionais dos 292 enfermeiros.

Tabela 13 – Distribuição da carga horária semanal, segundo os aspectos profissionais dos enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Variáveis	Carga horária semanal						p*
	n	%	Média	DP	Mediana	Min-Máx	
Vínculo empregatício							0,00*
Servidor público	237	81,16	42,38	13,60	42,00	30,00-90,00	
Funcionário FAEPA [#]	47	16,10	45,23	14,44	36,00	36,00-72,00	
Duplo vínculo	8	2,74	41,25	8,35	40,00	30,00-60,00	
Tempo no hospital							0,91**
≤ 8,8 anos	144	50,53	43,76	14,60	40,00	30,00-86,00	
> 8,8 anos	141	49,47	41,81	12,14	40,00	30,00-90,00	
Cargo na instituição							0,97**
Enfermeiro	207	71,13	43,42	14,75	40,00	30,00-90,00	
Enfermeiro encarregado	33	11,34	40,97	11,04	41,00	30,00-70,00	
Enfermeiro chefe	40	13,75	42,20	10,40	42,00	30,00-70,00	
Diretor de serviço	11	3,78	40,27	7,24	40,00	30,00-57,00	
Tempo no cargo							0,28*
≤ 4,5 anos	145	50,35	44,46	14,95	40,00	30,00-86,00	
> 4,5 anos	143	49,65	41,19	12,07	40,00	30,00-90,00	
Sector de atuação							0,11*
Unidade intensiva	60	20,55	44,17	15,21	38,5	30,00-74,00	
Unidade clínica	115	39,38	45,38	15,83	42,0	30,00-90,00	
Unidade cirúrgica	23	7,88	37,22	7,86	40,0	30,00-60,00	
Unidade materno/infantil	33	11,30	39,68	7,71	40,0	30,00-66,00	
Unidade ambulatorial	45	15,41	40,68	10,69	40,0	30,00-72,00	
Unidade de coordenação	16	5,48	40,38	10,13	40,0	30,00-60,00	
Tempo no sector							0,47**
≤ 4,4 anos	140	49,12	44,05	14,95	38,00	30,00-86,00	
> 4,4 anos	145	50,88	41,70	12,13	41,00	30,00-90,00	
Turno de trabalho							0,71*
Manhã	67	24,01	41,35	13,44	40,00	30,00-78,00	
Tarde	43	15,41	40,79	11,61	37,00	30,00-72,00	
Noturno	38	13,62	50,44	17,58	48,00	30,00-90,00	
Rodízio	94	33,69	41,55	13,65	36,00	30,00-86,00	
Vespertino	6	2,15	42,00	9,80	46,00	30,00-50,00	
Integral	31	11,11	42,57	8,87	40,00	30,00-60,00	
Vínculo extra-instituição							0,00***
Não	217	74,83	37,07	7,55	36,00	30,00-90,00	
Sim	73	25,17	60,01	13,41	60,00	30,00-66,00	
Função desempenhada							0,00*
Enfermeiro	53	73,61	62,73	12,09	66,00	36,00-86,00	
Docente	16	22,22	53,13	9,49	50,00	37,00-70,00	
Outro	3	4,17	60,00	30,00	60,00	30,00-90,00	

[#]FAEPA: Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência.

*Kruskal-Wallis; ** Correlação de Spearman; ***Mann-Whitney U.

Com relação aos aspectos profissionais, apenas o vínculo empregatício (p=0,00), o vínculo extra-instituição (p=0,00) e a função desempenhada no outro emprego (p=0,00) apresentaram associação significativa com a carga horária semanal trabalhada. Os enfermeiros funcionários FAEPA (média=45,23h; DP±14,44h), que relataram possuir vínculo empregatício com outra instituição (média=60,01h; DP±13,41h) e que atuavam também como enfermeiros no segundo emprego (média=62,73h; DP±12,09h) trabalhavam mais horas por semana que os demais enfermeiros. Embora associação não significativa, os trabalhadores

ocupando o cargo de enfermeiros (média=43,42h; DP±14,75h), que atuavam a menos tempo no hospital (média=43,76h; DP±14,60h), a menos tempo no cargo ocupado (média=44,46h; DP±14,95h) ou a menos tempo no setor (média=44,05h; DP±14,95h), nas unidades Clínicas (média=45,38h; DP±15,83h) e Intensivas (média=44,17h; DP±15,21h) e no turno noturno (média=50,44h; DP±17,58h) relataram mais horas por semana trabalhadas que os demais participantes da pesquisa no total (média=42,81h; DP±13,62h).

6.2.2 Setor de atuação

A Tabela 14 apresenta os resultados das distribuições de aspectos sócio-demográficos e individuais dos enfermeiros estudados.

Tabela 14 – Distribuição do setor de atuação, segundo os aspectos sócio-demográficos e individuais dos enfermeiros estudados. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Setor de atuação													
	Intensiva		Clínica		Cirúrgica		Materno - infantil		Ambulatorial		Coordenação		
Variáveis	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	P
Aspectos sócio-demográficos													
Idade													0,00*
≤ 30 anos	24	40,68	25	21,93	1	4,35	9	28,13	4	8,89	-	-	
30<anos ≤ 45 anos	32	54,24	59	51,75	11	47,83	13	40,63	25	55,56	7	43,75	
> 45 anos	3	5,08	30	26,32	11	47,83	10	31,25	16	35,56	9	56,25	
Gênero													0,08**
Feminino	57	95,00	99	86,09	20	86,96	33	100,00	41	91,11	16	100,00	
Masculino	3	5,00	16	13,91	3	13,04	-	-	4	8,89	-	-	
Estado civil													0,03**
Solteiro	36	60,00	60	52,17	7	30,43	14	42,42	10	22,22	3	18,75	
Casado	20	33,33	50	43,48	15	65,22	17	51,52	31	68,89	11	68,75	
Viúvo	1	1,67	1	,87	-	-	-	-	1	2,22	-	-	
Separado/divorciado	3	5,00	4	3,48	1	4,35	2	6,06	3	6,67	2	12,50	
Escolaridade													0,96*
Graduação	15	25,00	40	34,78	14	60,87	9	27,27	14	31,11	3	18,75	
Especialização	35	58,33	61	53,04	8	34,78	15	45,45	25	55,56	9	56,25	
Mestrado	10	16,67	12	10,43	-	-	8	24,24	6	13,33	3	18,75	
Doutorado	-	-	2	1,74	1	4,35	1	3,03	-	-	1	6,25	
Renda familiar													0,81*
≤ 4.000	32	60,38	53	55,21	10	52,63	19	61,29	28	62,22	8	53,33	
> 4.000	21	39,62	43	44,79	9	47,37	12	38,71	17	37,78	7	46,67	
Aspectos individuais													
Mudança significativa													0,96**
Não	32	53,33	59	52,68	14	60,87	19	59,38	24	53,33	8	50,00	
Sim	28	46,67	53	47,32	9	39,13	13	40,63	21	46,67	8	50,00	
Histórico pessoal de TM[#]													0,39**
Não	52	89,66	95	84,82	22	95,65	28	84,85	41	91,11	12	75,00	
Sim	6	10,34	17	15,18	1	4,35	5	15,15	4	8,89	4	25,00	
TM[#] relatado													0,70**
Depressão	4	66,67	13	81,25	1	100,00	3	60,00	4	100,00	3	75,00	
Não depressão	2	33,33	3	18,75	-	-	2	40,00	-	-	1	25,00	

[#]TM: transtorno mental.

*Correlação de Spearman; **Qui-Quadrado.

Na análise da variável estudada, o resultado do teste de Kolmogorov-Smirnov demonstrou distribuição não normal das medidas, assim optou-se pelos testes não-paramétricos Qui-Quadrado e Correlação de Spearman.

O setor de atuação associou-se moderada e significativamente ($p=0,01$) com a idade (r_s 0,38; $p=0,00$) e associou-se com o estado civil ($p=0,03$). Pode se observar na Tabela 14 que as unidades Cirúrgicas (4,35%) possuíam as menores proporções de trabalhadores com até 30 anos, ao passo que as unidades de Administração/coordenação (56,25%) possuíam a maior proporção de funcionários com mais que 45 anos. As unidades Intensivas (60,00%) e Clínicas (52,17%) possuíam maiores percentagens de trabalhadores solteiros, enquanto que as unidades Ambulatoriais (68,89%) e de Administração/coordenação (68,75%) possuíam

maiores percentagens de profissionais casados. Ainda que não estatisticamente significante, a maioria dos participantes (60,87%) que atuavam nas unidades Cirúrgicas possuíam apenas graduação. Em oposto, nas demais unidades prevaleceram a titulação de especialistas.

A Tabela 15 apresenta os resultados das distribuições do setor de atuação segundo os aspectos profissionais dos 292 sujeitos investigados.

Tabela 15 – Distribuição dos participantes no setor de atuação, segundo os aspectos profissionais dos enfermeiros estudados. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Variáveis	Setor de atuação										P	
	Intensiva		Clínica		Cirúrgica		Materno-infantil		Ambulatorial		Coordenação	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Vínculo empregatício												0,15*
Servidor público	48	80,00	89	77,39	22	95,65	30	90,91	36	80,00	12	75,00
Funcionário FAEPA [#]	11	18,33	23	20,00	-	-	3	9,09	8	17,78	2	12,50
Duplo vínculo	1	1,67	3	2,61	1	4,35	-	-	1	2,22	2	12,50
Tempo no hospital												0,00**
≤ 8,8 anos	49	81,67	58	52,25	4	17,39	17	51,52	13	30,95	3	18,75
> 8,8 anos	11	18,33	53	47,75	19	82,61	16	48,48	29	69,05	13	81,25
Cargo na instituição												0,27**
Enfermeiro	45	75,00	82	71,93	15	65,22	21	63,64	33	73,33	11	68,75
Enfermeiro encarregado	7	11,67	15	13,16	4	17,39	5	15,15	1	2,22	1	6,25
Enfermeiro chefe	7	11,67	14	12,28	2	8,70	6	18,18	9	20,00	2	12,50
Diretor de serviço	1	1,67	3	2,63	2	8,70	1	3,03	2	4,44	2	12,50
Tempo no cargo												0,00**
≤ 4,5 anos	46	76,67	58	51,33	5	21,74	17	53,13	12	26,67	7	46,67
> 4,5 anos	14	23,33	55	48,67	18	78,26	15	46,88	33	73,33	8	53,33
Tempo no setor												0,04**
≤ 4,4 anos	42	70,00	53	48,18	6	27,27	10	30,30	21	47,73	8	50,00
> 4,4 anos	18	30,00	57	51,82	16	72,73	23	69,70	23	52,27	8	50,00
Turno de trabalho												0,00*
Manhã	11	19,30	27	24,77	2	10,00	8	25,00	13	28,89	6	37,50
Tarde	6	10,53	17	15,60	5	25,00	7	21,88	6	13,33	2	12,50
Noturno	7	12,28	20	18,35	3	15,00	7	21,88	1	2,22	-	-
Rodízio	32	56,14	41	37,61	2	10,00	6	18,75	10	22,22	3	18,75
Vespertino	-	-	-	-	4	20,00	-	-	2	4,44	-	-
Integral	1	1,75	4	3,67	4	20,00	4	12,50	13	28,89	5	31,25
Vínculo extra-instituição												0,18*
Não	41	68,33	79	69,91	20	86,96	27	81,82	38	84,44	12	75,00
Sim	19	31,67	34	30,09	3	13,04	6	18,18	7	15,56	4	25,00
Carga horária semanal												0,17**
≤ 36h	28	48,28	43	40,95	11	47,83	13	41,94	18	45,00	7	43,75
36 < h ≤ 48h	10	17,24	28	26,67	10	43,48	14	45,16	13	32,50	5	31,25
> 48h	20	34,48	34	32,38	2	8,70	4	12,90	9	22,50	4	25,00

[#]FAEPA: Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência.

*Qui-Quadrado; **Correlação de Spearman.

A variável setor de atuação associou-se moderada e significativamente ($p=0,01$) com as variáveis tempo de atuação no hospital ($r_s=0,38$; $p=0,00$) e no cargo ($r_s=0,30$; $p=0,00$) e, ainda que estatisticamente significativo ($p=0,05$), fracamente com a variável tempo no setor ($r_s=0,12$; $p=0,04$). O setor associou-se, também, com o turno de trabalho ($p=0,00$). Verificou-se

que 81,67% dos profissionais locados nas unidades Intensivas atuavam a menos tempo no hospital. Fenômeno oposto ocorreu nas unidades Cirúrgicas (82,61%) e de Administração/coordenação (81,25%), nas quais prevaleceram profissionais com mais tempo de trabalho na instituição. Fato semelhante ocorreu com relação ao tempo de atuação no setor, no qual os trabalhadores com menos tempo trabalhavam nas unidades Intensivas (70,00%) e os com mais tempo trabalhavam nas unidades Cirúrgicas (72,73%). Com relação ao turno de trabalho, as unidades Cirúrgicas obtiveram distribuições equivalentes de funcionários nos diferentes turnos. Ao contrario, nas unidades Intensivas (56,14%) e Clínicas (37,61%) prevaleceu o rodízio entre turnos.

6.2.3 Turno de trabalho

A Tabela 16 apresenta os resultados das distribuições do esquema de trabalho em turnos segundo os aspectos sócio-demográficos e individuais dos enfermeiros estudados.

Tabela 16 – Distribuição do turno de atuação, segundo os aspectos sócio-demográficos e individuais dos enfermeiros estudados. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Turno de trabalho													
Variáveis	Manhã		Tarde		Noturno		Rodízio		Vespertino		Integral		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Aspectos sócio-demográficos													
Idade													0,33*
≤ 30 anos	8	12,31	11	25,58	5	13,51	35	37,23	-	-	2	6,45	
30 <anos ≤ 45 anos	35	53,85	21	48,84	19	51,35	47	50,00	3	50,00	16	51,61	
> 45 anos	22	33,85	11	25,58	13	35,14	12	12,77	3	50,00	13	41,94	
Gênero													0,81**
Feminino	63	94,03	40	93,02	33	86,84	85	90,43	5	83,33	28	90,32	
Masculino	4	5,97	3	6,98	5	13,16	9	9,57	1	16,67	3	9,68	
Estado civil													0,00**
Solteiro	25	37,31	16	37,21	19	50,00	52	55,32	1	16,67	8	25,81	
Casado	40	59,70	26	60,47	13	34,21	39	41,49	4	66,67	19	61,29	
Viúvo	-	-	-	-	1	2,63	-	-	-	-	2	6,45	
Separado/divorciado	2	2,99	1	2,33	5	13,16	3	3,19	1	16,67	2	6,45	
Escolaridade													0,44*
Graduação	21	31,34	12	27,91	12	31,58	32	34,04	2	33,33	12	38,71	
Especialização	34	50,75	25	58,14	22	57,89	46	48,94	4	66,67	14	45,16	
Mestrado	11	16,42	4	9,30	3	7,89	15	15,96	-	-	5	16,13	
Doutorado	1	1,49	2	4,65	1	2,63	1	1,06	-	-	-	-	
Renda familiar													0,90*
≤ 4.000	40	62,50	21	52,50	14	46,67	46	57,50	2	33,33	20	68,97	
> 4.000	24	37,50	19	47,50	16	53,33	34	42,50	4	66,67	9	31,03	
Aspectos individuais													
Mudança significativa													0,15**
Não	33	49,25	28	65,12	22	57,89	51	56,67	5	83,33	12	38,71	
Sim	34	50,75	15	34,88	16	42,11	39	43,33	1	16,67	19	61,29	
Histórico pessoal de TM[#]													0,55**
Não	61	92,42	35	85,37	33	89,19	78	83,87	6	100,00	26	83,87	
Sim	5	7,58	6	14,63	4	10,81	15	16,13	-	-	5	16,13	
TM[#] relatado													0,97**
Depressão	4	80,00	5	83,33	3	75,00	10	71,43	-	-	4	80,00	
Não depressão	1	20,00	1	16,67	1	25,00	4	28,57	-	-	1	20,00	

[#]TM: transtorno mental.

*Correlação de Spearman; **Qui-Quadrado.

O teste de Kolmogorov-Smirnov evidenciou distribuição não normal das medidas, em decorrência foram utilizados os testes não-paramétricos Qui-Quadrado e Correlação de Spearman.

Entre as variáveis aspectos sócio-demográficas e individuais, apenas o estado civil (p=0,00) apresentou associação significativa com turno de trabalho. Sendo que, no turno noturno (50,00%) e no esquema de rodízio (55,32%) predominaram os enfermeiros solteiros. Nos demais turnos, preponderaram os enfermeiros casados.

A Tabela 17 apresenta dados relativos à distribuição dos enfermeiros nos turnos de trabalho e aos aspectos profissionais.

Tabela 17 – Distribuição do turno de atuação, segundo os aspectos profissionais dos enfermeiros estudados. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Enfermeiros estaduais: Ribeirão Preto - SP, 2009. (n = 292)													
Variáveis	Manhã		Tarde		Turno de trabalho				Vespertino		Integral		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Vínculo empregatício													0,00*
Servidor público	57	85,07	36	83,72	30	78,95	77	81,91	6	100,00	22	70,97	
Funcionário FAEPA [#]	10	14,93	7	16,28	7	18,42	17	18,09	-	-	3	9,68	
Duplo vínculo	-	-	-	-	1	2,63	-	-	-	-	6	19,35	
Tempo no hospital													0,62**
≤ 8,8 anos	28	42,42	20	47,62	16	43,24	67	73,63	1	16,67	5	16,13	
> 8,8 anos	38	57,58	22	52,38	21	56,76	24	26,37	5	83,33	26	83,87	
Cargo na instituição													0,06**
Enfermeiro	32	47,76	35	81,40	34	89,47	77	81,91	5	83,33	16	51,61	
Enfermeiro encarregado	10	14,93	4	9,30	4	10,53	11	11,70	1	16,67	2	6,45	
Enfermeiros chefe	24	35,82	3	6,98	-	-	6	6,38	-	-	5	16,13	
Diretor de serviço	1	1,49	1	2,33	-	-	-	-	-	-	8	25,81	
Tempo no cargo													0,94**
≤ 4,5 anos	30	45,45	20	48,78	15	39,47	63	67,74	2	33,33	10	32,26	
> 4,5 anos	36	54,55	21	51,22	23	60,53	30	32,26	4	66,67	21	67,74	
Setor de atuação^{&}													0,00*
Un. intensiva	11	16,42	6	13,95	7	18,42	32	34,04	-	-	1	3,23	
Un. clínica	27	40,30	17	39,53	20	52,63	41	43,62	-	-	4	12,90	
Un. cirúrgica	2	2,99	5	11,63	3	7,89	2	2,13	4	66,67	4	12,90	
Un. materno/infantil	8	11,94	7	16,28	7	18,42	6	6,38	-	-	4	12,90	
Un. ambulatorial	13	19,40	6	13,95	1	2,63	10	10,64	2	33,33	13	41,94	
Un. de coordenação	6	8,96	2	4,65	-	-	3	3,19	-	-	5	16,13	
Tempo no setor													0,42**
≤ 4,4 anos	23	35,38	24	58,54	14	38,89	63	67,74	2	33,33	8	25,81	
> 4,4 anos	42	64,62	17	41,46	22	61,11	30	32,26	4	66,67	23	74,19	
Vínculo extra-instituição													0,00*
Não	53	79,10	28	66,67	21	55,26	75	80,65	2	33,33	29	93,55	
Sim	14	20,90	14	33,33	17	44,74	18	19,35	4	66,67	2	6,45	
Carga horária semanal													0,36**
≤ 36h	32	49,23	19	50,00	12	35,29	45	51,14	2	33,33	6	20,00	
36 < h ≤ 48h	18	27,69	9	23,68	7	20,59	24	27,27	1	16,67	18	60,00	
> 48h	15	23,08	10	26,32	15	44,12	19	21,59	3	50,00	6	20,00	

[#] FAEPA: Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência.[&]Un.: Unidade.

*Qui-Quadrado; **Correlação de Spearman.

A variável turno de trabalho apresentou associação significativa com o vínculo empregatício (p=0,00), setor de atuação no hospital (p=0,00) e vínculo extra-instituição (p=0,00). Foi observada predominância de enfermeiros com um segundo emprego atuando no turno vespertino (66,67%) e no noturno (44,74%) em comparação com os outros turnos. E, embora estatisticamente não significante, a porcentagem de sujeitos com carga horária de trabalho semanal maior que 48 horas foi, também, maior para estes profissionais (50,00% e 44,12%, respectivamente).

6.3 Associação dos aspectos psicossociais no trabalho com os aspectos sócio-demográficos, profissionais e individuais em enfermeiros

6.3.1 Demanda psicológica no trabalho

A seguir, na Tabela 18 são apresentadas as distribuições da demanda psicológica segundo os aspectos sócio-demográficos e individuais dos participantes.

Tabela 18 – Distribuição da demanda psicológica, segundo os aspectos sócio-demográficos e individuais dos enfermeiros estudados. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Variáveis	n	%	Demanda psicológica				p*
			Média	DP	Mediana	Min-Máx	
Aspectos sócio-demográficos							
Idade							0,00*
≤ 30 anos	63	21,80	33,97	5,32	34,00	22,00-48,00	
30 < anos ≤ 45 anos	147	50,87	33,61	5,92	34,00	18,00-48,00	
> 45 anos	79	27,34	30,13	5,63	30,00	12,00-48,00	
Gênero							0,18**
Feminino	266	91,10	32,79	5,93	33,00	12,00-48,00	
Masculino	26	8,90	31,88	5,72	31,00	19,00-44,00	
Estado civil							0,02***
Solteiro	130	44,52	33,85	6,13	34,00	18,00-48,00	
Casado	144	49,32	31,97	5,50	32,00	12,00-45,00	
Viúvo	3	1,03	32,67	9,87	28,00	26,00-44,00	
Separado /divorciado	15	5,14	30,00	5,49	31,00	19,00-40,00	
Escolaridade							0,55*
Graduação	95	32,53	33,04	5,60	33,00	18,00-48,00	
Especialização	153	52,40	32,63	6,02	32,00	19,00-48,00	
Mestrado	39	13,36	32,08	6,13	33,00	12,00-41,00	
Doutorado	5	1,71	34,00	7,52	38,00	24,00-41,00	
Renda familiar							0,16*
≤ 4.000	150	57,92	33,20	5,65	33,00	20,00-48,00	
> 4.000	109	42,08	32,24	5,72	32,00	18,00-45,00	
Aspectos individuais							
Mudança significativa							0,04**
Não	156	54,17	31,94	5,89	31,00	18,00-48,00	
Sim	132	45,83	33,58	5,84	33,50	12,00-48,00	
Natureza da mudança							0,86***
Relacionada a vida pessoal	71	56,35	33,55	6,08	33,00	12,00-48,00	
Relacionada ao trabalho	28	22,22	33,32	5,50	32,50	25,00-44,00	
Diversos fatores	22	17,46	34,18	6,25	34,00	24,00-48,00	
Não quis relatar	5	3,97	31,80	6,57	33,00	22,00-40,00	
Histórico pessoal de TM[#]							0,33**
Não	250	87,11	32,59	5,97	32,00	12,00-48,00	
Sim	37	12,89	33,27	5,80	34,00	22,00-48,00	
TM[#] relatado							0,19**
Depressão	28	77,78	34,11	5,87	34,00	22,00-36,00	
Não depressão	8	22,22	30,25	5,15	31,00	23,00-48,00	

[#]TM: transtorno mental.

*Correlação de Pearson; **Teste t; ***ANOVA.

Na análise dos resultados foram utilizados os testes paramétricos t de Student, ANOVA e correlação de Pearson, uma vez que o teste de Kolmogorov-Smirnov demonstrou distribuição normal das medidas.

A demanda psicológica no trabalho demonstrou associação significativa ($p=0,01$), negativa e satisfatória com idade ($r=-0,25$; $p=0,00$) e associação significativa com o estado civil ($p=0,02$) e mudança significativa na vida ($p=0,04$). Nesse sentido, verificou-se que os profissionais com idade inferior a 30 anos (média=33,97; DP±5,32) ou entre 30 e 45 anos (média=33,61; DP±5,92), solteiros (média=33,85; DP±6,13) ou que passaram por alguma mudança em sua vida (média=33,58; DP±5,84), apresentaram maior demanda psicológica que os demais. Embora estatisticamente não significante, os profissionais com doutorado (média=34,00; DP±7,52) apresentaram maior demanda psicológica quando comparados à amostra total (média=32,71; DP±5,90).

A Tabela 19 apresenta as distribuições da demanda psicológica segundo os aspectos profissionais dos participantes.

Tabela 19 – Distribuição da demanda psicológica, segundo aspectos profissionais entre os enfermeiros estudados. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Variáveis	Demanda psicológica						p
	n	%	Média	DP	Mediana	Min-Máx	
Vínculo empregatício							0,96*
Servidor público	237	81,16	32,71	5,95	32,00	12,00-48,00	
Funcionário FAEPA [#]	47	16,10	32,81	5,61	32,00	22,00-48,00	
Duplo vínculo	8	2,74	32,13	6,92	33,50	19,00-42,00	
Tempo no hospital							0,17**
≤ 8,8 anos	144	50,53	33,26	5,89	34,00	18,00-48,00	
> 8,8 anos	141	49,47	32,14	6,00	32,00	12,00-48,00	
Cargo na instituição							0,23**
Enfermeiro	207	71,13	32,36	6,00	32,00	12,00-48,00	
Enfermeiro encarregado	33	11,34	34,06	5,41	36,00	23,00-44,00	
Enfermeiro chefe	40	13,75	33,25	5,88	32,50	25,00-48,00	
Diretor de serviço	11	3,78	33,18	5,76	33,00	26,00-44,00	
Tempo no cargo							0,02**
≤ 4,5 anos	145	50,35	33,65	5,35	34,00	25,00-48,00	
> 4,5 anos	143	49,65	31,82	6,10	31,00	18,00-48,00	
Sector de atuação							0,02*
Unidade intensiva	60	20,55	34,38	5,51	34,00	24,00-46,00	
Unidade clínica	115	39,38	31,90	5,75	31,00	18,00-48,00	
Unidade cirúrgica	23	7,88	33,65	5,67	32,00	26,00-45,00	
Unidade materno/infantil	33	11,30	34,12	5,64	34,00	22,00-44,00	
Unidade ambulatorial	45	15,41	31,93	6,02	30,00	22,00-48,00	
Unidade de coordenação	16	5,48	30,19	7,32	30,00	12,00-40,00	
Tempo no sector							0,16**
≤ 4,4 anos	140	49,12	33,33	5,44	32,50	24,00-48,00	
> 4,4 anos	145	50,88	32,08	6,31	32,00	12,00-48,00	
Turno de trabalho							0,06*
Manhã	67	24,01	31,61	6,06	31,00	12,00-48,00	
Tarde	43	15,41	31,53	5,59	31,00	22,00-48,00	
Noturno	38	13,62	32,03	5,95	32,00	19,00-45,00	
Rodízio	94	33,69	34,20	5,95	34,00	18,00-48,00	
Vespertino	6	2,15	32,67	6,89	32,00	26,00-44,00	
Integral	31	11,11	32,42	5,11	31,00	26,00-44,00	
Vínculo extra-instituição							0,01***
Não	217	74,83	33,10	5,94	33,00	18,00-44,00	
Sim	73	25,17	31,45	5,70	31,00	12,00-48,00	
Função desempenhada							0,02*
Enfermeiro	53	73,61	32,25	5,57	31,00	23,00-44,00	
Docente	16	22,22	29,69	5,90	30,00	18,00-38,00	
Outro	3	4,17	25,67	1,53	26,00	24,00-27,00	
Carga horária semanal							0,35**
≤ 36h	120	43,96	32,78	6,17	32,00	12,00-48,00	
36 < h ≤ 48h	80	29,30	33,29	5,29	33,50	18,00-45,00	
> 48h	73	26,74	31,49	5,94	30,00	18,00-44,00	

[#]FAEPA: Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência.

*ANOVA; **Correlação de Pearson; ***Teste t.

A demanda psicológica no trabalho apresentou associação significativa ($p=0,01$), negativa e fraca com o tempo de atuação no cargo ($r=0,14$; $p=0,02$) e associação significativa com as variáveis sector de atuação ($p=0,02$), vínculo extra-instituição ($p=0,01$) e a função desempenhada no outro emprego ($p=0,02$). Desse modo, os profissionais que trabalhavam a menos tempo no cargo ocupado (média=33,65; $DP\pm 5,35$), na unidade Intensiva

(média=34,38; DP±5,51), Cirúrgica (média=33,65; DP±5,67) e Materno/infantil (média=34,12; DP±5,64) e que não possuíam outro vínculo de trabalho (média=33,10; DP±5,94) apresentavam maior demanda psicológica que os demais. Com relação a função desempenhada no outro emprego, constatou-se que os enfermeiros que no outro emprego atuavam em áreas diferentes a enfermagem assistencial, seja no ensino (docente) ou em outras funções (comércio e medicina veterinária), apresentaram menor demanda psicológica. Embora estatisticamente não significante, os profissionais com cargo de enfermeiro encarregado (média=34,06; DP±5,41), enfermeiro chefe (média=33,25; DP±5,88) e diretor de serviço (média=33,18; DP±5,76), que trabalhavam no turno rodízio (média=34,20; DP±5,95) e entre 36 a 48 horas semanais (média=33,29; DP±5,29) apresentaram maior demanda psicológica quando comparados à amostra total (média=32,71; DP±5,90).

6.3.2 Controle no Trabalho

Após a realização do teste de Kolmogorov-Smirnov foram selecionados os testes não-paramétricos Mann-Whitney U, Kruskal Wallis e Correlação de Spearman para avaliação da dimensão controle no trabalho e suas sub-dimensões, uso de habilidades e autoridade decisória, em decorrência da não observação de distribuição normal das medidas.

A seguir, a Tabela 20 apresenta as distribuições da variável controle no trabalho, segundo aspectos sócio-demográficos e individuais dos enfermeiros estudados.

Tabela 20 – Distribuição do controle no trabalho, segundo aspectos sócio-demográficos e individuais entre os enfermeiros estudados. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Indivíduos entre os enfermeiros estaduais: Risco de Peto - DP, 2009. (n=252)							
Variáveis	n	%	Controle no trabalho				p*
			Média	DP	Mediana	Min-Máx	
Aspectos sócio-demográficos							
Idade							0,73*
≤ 30 anos	63	21,80	67,62	11,44	70,00	30,00-86,00	
30 < anos ≤ 45 anos	147	50,87	67,74	10,10	68,00	24,00-96,00	
> 45 anos	79	27,34	69,01	9,48	70,00	30,00-96,00	
Gênero							0,11**
Feminino	266	91,10	68,23	10,31	70,00	24,00-96,00	
Masculino	26	8,90	66,77	9,30	66,00	46,00-90,00	
Estado civil							0,41***
Solteiro	130	44,52	67,05	11,52	68,00	24,00-90,00	
Casado	144	49,32	69,10	9,04	70,00	42,00-96,00	
Viúvo	3	1,03	74,67	4,16	76,00	70,00-78,00	
Separado /divorciado	15	5,14	66,40	8,82	64,00	52,00-86,00	
Escolaridade							0,97*
Graduação	95	32,53	67,56	10,00	68,00	30,00-90,00	
Especialização	153	52,40	68,94	9,55	70,00	24,00-96,00	
Mestrado	39	13,36	65,28	11,83	66,00	30,00-84,00	
Doutorado	5	1,71	74,80	16,95	72,00	52,00-96,00	
Renda familiar							0,36*
≤ 4.000	150	57,92	68,12	10,72	70,00	24,00-90,00	
> 4.000	109	42,08	69,52	9,39	70,00	42,00-96,00	
Aspectos individuais							
Mudança significativa							0,90**
Não	156	54,17	68,86	10,18	69,00	30,00-96,00	
Sim	132	45,83	67,20	10,30	68,00	24,00-86,00	
Histórico pessoal de TM[#]							0,95**
Não	250	87,11	68,31	9,96	68,00	24,00-96,00	
Sim	37	12,89	66,16	12,27	68,00	30,00-86,00	
TM[#] relatado							0,75**
Depressão	28	77,78	67,57	11,17	69,00	30,00-86,00	
Não depressão	8	22,22	60,75	15,78	64,00	30,00-76,00	

[#]TM: transtorno mental.

*Correlação de Spearman; **Mann-Whitney U; ***Kruskal-Wallis.

Pode ser observado que nenhuma das características sócio-demográficas e individuais avaliadas apresentou associação com a variável controle no trabalho. Entretanto, ao se comparar a média dos valores obtidos com a amostra total (média=68,10; DP±10,22), ainda que estatisticamente não significativa, os homens (média=66,77; DP±9,30), os sujeitos separados/divorciados (média=66,40; DP±8,82), com mestrado (média=65,28; DP±11,83) e que referiram outros transtornos mentais (média=60,75; DP±15,78) reportaram menor controle sobre o trabalho executado.

A Tabela 21 apresenta o controle no trabalho dos participantes, de acordo com os aspectos profissionais dos enfermeiros estudados.

Tabela 21 – Distribuição do controle no trabalho, segundo aspectos profissionais entre os enfermeiros estudados. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Variáveis	Controle no trabalho						p
	n	%	Média	DP	Mediana	Min-Máx	
Vínculo empregatício							0,21*
Servidor público	237	81,16	68,10	10,37	68,00	24,00-96,00	
Funcionário FAEPA [#]	47	16,10	67,02	9,33	70,00	40,00-84,00	
Duplo vínculo	8	2,74	74,50	9,37	75,00	62,00-90,00	
Tempo no hospital							0,17**
≤ 8,8 anos	144	50,53	66,99	10,23	68,00	30,00-86,00	
> 8,8 anos	141	49,47	69,30	10,22	70,00	24,00-96,00	
Cargo na instituição							0,00**
Enfermeiro	207	71,13	66,10	10,00	66,00	24,00-96,00	
Enfermeiro encarregado	33	11,34	71,15	6,78	72,00	58,00-88,00	
Enfermeiros chefe	40	13,75	72,70	10,45	72,00	30,00-90,00	
Diretor de serviço	11	3,78	79,09	8,02	78,00	70,00-96,00	
Tempo no cargo							0,09**
≤ 4,5 anos	145	50,35	68,94	9,54	70,00	30,00-96,00	
> 4,5 anos	143	49,65	67,27	10,92	68,00	24,00-96,00	
Setor de atuação							0,66*
Unidade intensiva	60	20,55	68,87	11,01	70,00	30,00-90,00	
Unidade clínica	115	39,38	66,97	9,94	66,00	30,00-90,00	
Unidade cirúrgica	23	7,88	69,91	10,31	68,00	48,00-88,00	
Unidade materno/infantil	33	11,30	68,91	5,98	70,00	54,00-84,00	
Unidade ambulatorial	45	15,41	67,16	12,24	68,00	24,00-96,00	
Unidade de coordenação	16	5,48	71,75	9,52	70,00	52,00-96,00	
Tempo no setor							0,06**
≤ 4,4 anos	140	49,12	66,73	10,45	68,00	24,00-86,00	
> 4,4 anos	145	50,88	69,16	9,87	70,00	30,00-96,00	
Turno de trabalho							0,61*
Manhã	67	24,01	69,34	10,37	70,00	24,00-90,00	
Tarde	43	15,41	66,98	10,35	66,00	30,00-96,00	
Noturno	38	13,62	66,58	9,02	67,00	48,00-88,00	
Rodízio	94	33,69	67,34	10,54	68,00	30,00-86,00	
Vespertino	6	2,15	63,00	4,69	63,00	56,00-68,00	
Integral	31	11,11	70,26	11,58	70,00	48,00-96,00	
Vínculo extra-instituição							0,54***
Não	217	74,83	68,43	10,23	70,00	24,00-96,00	
Sim	73	25,17	67,01	10,27	68,00	30,00-96,00	
Carga horária semanal							0,12**
≤ 36h	120	43,96	66,68	9,94	68,00	24,00-90,00	
36 < h ≤ 48h	80	29,30	70,13	10,00	72,00	40,00-90,00	
> 48h	73	26,74	68,93	9,87	70,00	30,00-96,00	

[#]FAEPA: Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência.

*Kruskal-Wallis; **Correlação de Spearman; ***Mann-Whitney U

Entre os aspectos profissionais, apenas o cargo ocupado apresentou associação ($p=0,01$) moderada e positiva ($r_s0,35$; $p=0,00$) com o controle na execução do trabalho, sendo que os enfermeiros (média=66,10; DP±10,00) reportaram menor controle e os diretores técnicos (média=79,09; DP±8,02) maior controle. Embora associação não relevante, funcionários com duplo vínculo na instituição (média=74,50; DP±9,37), que trabalhavam a mais tempo no hospital (média=69,30; DP±10,22) e setor (média=69,16; DP±9,87), atuavam nas unidades Cirúrgicas (média=69,91; DP±10,31) ou de Administração/coordenação

(média=71,75; DP±9,52), nos turnos manhã (média=69,34; DP±10,37) ou integral (média=70,26; DP±11,58) e trabalhavam entre 36 a 48 horas (média=70,13; DP±10,00) apresentaram maior controle.

6.3.2.1 Uso de habilidades

A Tabela 22 apresenta os dados relativos ao uso de habilidades segundo as variáveis sócio-demográficas e individuais dos sujeitos.

Tabela 22 – Distribuição do uso de habilidades, segundo aspectos sócio-demográficos e individuais entre os enfermeiros estudados. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Indivíduos entre os enfermeiros estaduais, Ribeirão Preto, SP, 2007. (n=252)							
Variáveis	n	%	Média	DP	Mediana	Min-Máx	p*
Aspectos sócio-demográficos							
Idade							0,35*
≤ 30 anos	63	21,80	34,92	5,76	36,00	12,00-44,00	
30 < anos ≤ 45 anos	147	50,87	34,95	5,17	34,00	12,00-48,00	
> 45 anos	79	27,34	34,68	5,68	34,00	12,00-48,00	
Gênero							0,04**
Feminino	266	91,10	35,02	5,45	36,00	26,00-46,00	
Masculino	26	8,90	33,38	5,02	32,00	12,00-48,00	
Estado civil							0,20***
Solteiro	130	44,52	34,65	6,25	34,00	12,00-46,00	
Casado	144	49,32	35,07	4,66	36,00	22,00-48,00	
Viúvo	3	1,03	37,33	4,16	36,00	34,00-42,00	
Separado /divorciado	15	5,14	34,40	4,91	34,00	24,00-42,00	
Escolaridade							0,19*
Graduação	95	32,53	34,04	5,38	34,00	12,00-44,00	
Especialização	153	52,40	35,56	4,90	36,00	12,00-48,00	
Mestrado	39	13,36	34,00	6,63	34,00	12,00-44,00	
Doutorado	5	1,71	36,40	9,21	36,00	24,00-48,00	
Renda familiar							0,12*
≤ 4.000	150	57,92	34,65	5,86	34,00	12,00-46,00	
> 4.000	109	42,08	35,61	4,88	36,00	22,00-48,00	
Aspectos individuais							
Mudança significativa							0,35**
Não	156	54,17	34,78	5,65	34,00	12,00-48,00	
Sim	132	45,83	34,98	5,15	36,00	12,00-44,00	
Histórico pessoal de TM[#]							0,65**
Não	250	87,11	35,03	5,11	35,00	12,00-48,00	
Sim	37	12,89	33,30	7,20	34,00	12,00-42,00	
TM[#] relatado							0,96**
Depressão	28	77,78	34,00	6,39	34,00	12,00-42,00	
Não depressão	8	22,22	30,75	9,97	34,00	12,00-40,00	

[#] TM: transtorno mental.

*Correlação de Spearman; **Mann-Whitney U; ***Kruskal-Wallis.

Entre os aspectos sócio-demográficos e individuais, o uso de habilidade demonstrou associação significativa apenas com o gênero ($p=0,04$) dos enfermeiros, sendo que os homens (média=33,38; $DP\pm 5,02$) reportaram menor uso de habilidades em seu trabalho.

A Tabela 23 demonstra os dados relativos ao uso de habilidades segundo os aspectos profissionais dos enfermeiros do hospital estudado.

Tabela 23 – Distribuição do uso de habilidades, segundo aspectos profissionais entre os enfermeiros estudados. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Variáveis	N	%	Uso de habilidades				p
			Média	DP	Mediana	Min-Máx	
Vínculo empregatício							0,37*
Servidor público	237	81,16	34,85	5,57	36,00	12,00-48,00	
Funcionário FAEPA [#]	47	16,10	34,51	4,71	34,00	24,00-44,00	
Duplo vínculo	8	2,74	37,50	4,87	37,00	30,00-46,00	
Tempo no hospital							0,90**
≤ 8,8 anos	144	50,53	34,93	5,13	34,00	12,00-44,00	
> 8,8 anos	141	49,47	34,92	5,82	36,00	12,00-48,00	
Cargo na instituição							0,00**
Enfermeiro	207	71,13	33,98	5,25	34,00	12,00-48,00	
Enfermeiro encarregado	33	11,34	37,09	3,74	36,00	30,00-48,00	
Enfermeiros chefe	40	13,75	36,30	6,32	36,00	12,00-44,00	
Diretor de serviço	11	3,78	39,82	4,33	38,00	34,00-48,00	
Tempo no cargo							0,00**
≤ 4,5 anos	145	50,35	35,64	5,01	36,00	12,00-48,00	
> 4,5 anos	143	49,65	34,01	5,75	34,00	12,00-48,00	
Setor de atuação							0,04*
Unidade intensiva	60	20,55	36,07	5,90	38,00	12,00-46,00	
Unidade clínica	115	39,38	34,00	4,91	34,00	12,00-44,00	
Unidade cirúrgica	23	7,88	36,35	5,74	36,00	26,00-48,00	
Unidade materno/infantil	33	11,30	35,33	3,76	36,00	26,00-44,00	
Unidade ambulatorial	45	15,41	33,20	6,36	34,00	12,00-48,00	
Unidade de coordenação	16	5,48	38,25	4,12	38,00	32,00-48,00	
Tempo no setor							0,39**
≤ 4,4 anos	140	49,12	34,53	5,45	34,00	12,00-44,00	
> 4,4 anos	145	50,88	35,09	5,39	36,00	12,00-48,00	
Turno de trabalho							0,60*
Manhã	67	24,01	35,19	5,67	36,00	12,00-44,00	
Tarde	43	15,41	33,77	5,81	34,00	10,00-48,00	
Noturno	38	13,62	33,84	5,21	34,00	20,00-48,00	
Rodízio	94	33,69	34,96	5,41	35,00	12,00-44,00	
Vespertino	6	2,15	33,00	3,03	33,00	28,00-36,00	
Integral	31	11,11	36,06	5,23	36,00	24,00-48,00	
Vínculo extra-instituição							0,38***
Não	217	74,83	34,85	5,48	36,00	12,00-48,00	
Sim	73	25,17	34,79	5,31	34,00	12,00-48,00	
Carga horária semanal							0,12**
≤ 36h	120	43,96	34,42	5,31	34,00	12,00-48,00	
36 < h ≤ 48h	80	29,30	35,52	5,09	36,00	20,00-44,00	
> 48h	73	26,74	35,51	5,17	36,00	12,00-48,00	

[#]FAEPA: Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência.

*Kruskal-Wallis; **Correlação de Spearman; ***Mann-Whitney U.

Entre os aspectos profissionais, o uso de habilidades apresentou associação ($p=0,00$) moderada e positiva com o cargo ocupado ($r_s=0,31$; $p=0,00$) e associação fraca e negativa com o tempo no cargo ($r_s=-0,20$; $p=0,00$). O setor de atuação ($p=0,04$) também se associou à variável. Nesse sentido, os diretores técnicos de serviço (média=39,82; $DP\pm 4,33$), trabalhadores com menor tempo no cargo (média=35,64; $DP\pm 5,01$) ou que atuavam nas unidades de Coordenação (média=38,25; $DP\pm 4,12$) apresentaram maior uso de habilidades. Cabe ressaltar, que os trabalhadores do turno vespertino (média=33,00; $DP\pm 3,03$) reportaram menor uso de habilidades, embora não significativo, quando comparados à amostra geral (média=34,87; $DP\pm 5,42$).

6.3.2.2 Autoridade decisória

A seguir, a Tabela 24 apresenta a distribuição da autoridade decisória de acordo com os aspectos sócio-demográficos e individuais dos enfermeiros.

Tabela 24 – Distribuição da autoridade decisória, segundo aspectos sócio-demográficos e individuais entre os enfermeiros. Ribeirão Preto – SP, 2009. (n=292)

Autoridade decisória							
Variáveis	n	%	Média	DP	Mediana	Min-Máx	p*
Aspectos sócio-demográficos							
Idade							0,06*
≤ 30 anos	63	21,80	32,70	6,80	32,00	12,00-44,00	
30 < anos ≤ 45 anos	147	50,87	32,79	6,45	32,00	12,00-48,00	
> 45 anos	79	27,34	34,33	5,68	36,00	20,00-48,00	
Gênero							0,38**
Feminino	266	91,10	33,22	6,45	36,00	12,00-48,00	
Masculino	26	8,90	33,38	5,30	32,00	20,00-44,00	
Estado civil							0,69***
Solteiro	130	44,52	32,40	6,72	32,00	12,00-48,00	
Casado	144	49,32	34,03	5,89	36,00	12,00-48,00	
Viúvo	3	1,03	37,33	2,31	36,00	36,00-40,00	
Separado /divorciado	15	5,14	32,00	6,93	32,00	20,00-44,00	
Escolaridade							0,36*
Graduação	95	32,53	33,52	6,26	36,00	16,00-48,00	
Especialização	153	52,40	33,39	6,21	36,00	12,00-48,00	
Mestrado	39	13,36	31,28	6,55	32,00	16,00-44,00	
Doutorado	5	1,71	38,40	7,80	36,00	28,00-48,00	
Renda familiar							0,70*
≤ 4.000	150	57,92	33,47	6,48	36,00	12,00-44,00	
> 4.000	109	42,08	33,91	5,88	36,00	12,00-48,00	
Aspectos individuais							
Mudança significativa							0,14**
Não	156	54,17	34,08	6,09	36,00	12,00-48,00	
Sim	132	45,83	32,21	6,60	32,00	12,00-44,00	
Histórico pessoal de TM[#]							0,75**
Não	250	87,11	33,28	6,42	34,00	12,00-48,00	
Sim	37	12,89	32,86	6,19	36,00	20,00-44,00	
TM[#] relatado							0,57**
Depressão	28	77,78	33,57	6,00	36,00	20,00-44,00	
Não depressão	8	22,22	30,00	6,76	28,00	20,00-40,00	

[#] TM: transtorno mental.

*Correlação de Spearman; **Mann-Whitney U; ***Kruskal-Wallis

Como observado na Tabela 24, nenhuma das variáveis dos aspectos sócio-demográficos e individuais associaram-se a autoridade decisória, ou seja, à capacidade de tomada de decisão no trabalho. Entretanto, os trabalhadores com mais de 45 anos (média=34,33; DP±5,68), casados (média=34,03; DP±5,89) ou viúvos (média=37,33; DP±2,31), com doutorado (média=38,40; DP±7,80) referiram maior autonomia quando comparados à amostra total (média=33,23; DP±6,35).

A Tabela 25 demonstra a distribuição da autoridade decisória de acordo com os aspectos profissionais dos sujeitos.

Tabela 25 – Distribuição da autoridade decisória, segundo aspectos profissionais entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Variáveis	Autoridade decisória						p
	n	%	Média	DP	Mediana	Min-Máx	
Vínculo empregatício							0,79*
Servidor público	237	81,16	33,25	6,37	32,00	12,00-48,00	
Funcionário FAEPA #	47	16,10	32,51	6,28	36,00	12,00-44,00	
Duplo vínculo	8	2,74	37,00	5,13	38,00	28,00-44,00	
Tempo no hospital							0,01**
≤ 8,8 anos	144	50,53	32,06	6,43	32,00	12,00-44,00	
> 8,8 anos	141	49,47	34,38	6,03	36,00	12,00-48,00	
Cargo na instituição							0,00**
Enfermeiro	207	71,13	32,12	6,38	32,00	12,00-48,00	
Enfermeiro encarregado	33	11,34	34,06	4,60	36,00	28,00-44,00	
Enfermeiros chefe	40	13,75	36,40	5,71	36,00	20,00-48,00	
Diretor de serviço	11	3,78	39,27	4,31	36,00	36,00-48,00	
Tempo no cargo							0,70**
≤ 4,5 anos	145	50,35	33,30	5,94	36,00	12,00-48,00	
> 4,5 anos	143	49,65	33,26	6,77	36,00	12,00-48,00	
Setor de atuação							0,81*
Unidade intensiva	60	20,55	32,80	6,24	32,00	12,00-44,00	
Unidade clínica	115	39,38	32,97	6,39	32,00	12,00-48,00	
Unidade cirúrgica	23	7,88	33,57	7,11	36,00	16,00-44,00	
Unidade materno/infantil	33	11,30	33,58	3,46	36,00	28,00-40,00	
Unidade ambulatorial	45	15,41	33,96	7,37	36,00	12,00-48,00	
Unidade de coordenação	16	5,48	33,50	7,43	36,00	20,00-48,00	
Tempo no setor							0,01**
≤ 4,4 anos	140	49,12	32,20	6,48	32,00	12,00-44,00	
> 4,4 anos	145	50,88	34,07	6,11	36,00	16,00-48,00	
Turno de trabalho							0,33*
Manhã	67	24,01	34,15	6,16	36,00	12,00-48,00	
Tarde	43	15,41	33,21	5,89	36,00	20,00-48,00	
Noturno	38	13,62	32,74	5,72	32,00	20,00-44,00	
Rodízio	94	33,69	32,38	6,37	32,00	12,00-44,00	
Vespertino	6	2,15	30,00	6,07	30,00	20,00-36,00	
Integral	31	11,11	34,19	7,85	36,00	16,00-48,00	
Vínculo extra-instituição							0,28***
Não	217	74,83	33,59	6,21	36,00	12,00-48,00	
Sim	73	25,17	32,22	6,73	32,00	16,00-48,00	
Carga horária semanal							0,19**
≤ 36h	120	43,96	32,27	6,22	32,00	12,00-44,00	
36 < h ≤ 48h	80	29,30	34,60	6,49	36,00	16,00-48,00	
> 48h	73	26,74	33,42	6,23	36,00	20,00-48,00	

FAEPA: Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência.

*Kruskal-Wallis; **Correlação de Spearman; ***Mann-Whitney U

Ao se analisar os aspectos profissionais de acordo com a autoridade decisória reportada, obteve-se associação fraca e significativa ($p=0,01$ e $p=0,05$, respectivamente) com as variáveis tempo no hospital ($r_s0,16$; $p=0,01$) e no setor ($r_s0,15$; $p=0,01$). Ressalta-se a associação significativa ($p=0,05$), positiva e satisfatória com o cargo ocupado ($r_s0,29$; $p=0,00$). Assim, quanto mais tempo no hospital e no setor e quanto maior o cargo dos trabalhadores, maiores níveis de autonomia na tomada de decisão foram encontrados. Ainda que associações não tenham sido encontradas, os trabalhadores que atuavam em unidades

Intensivas (média=32,80; DP±6,24) e Clínicas (média=32,97; DP±6,39), no turno vespertino (média=30,00; DP±6,07), rodízio (média=32,38; DP±6,37) ou noturno (média=32,74; DP±5,72) e com carga horária menor que 36h (média=32,27; DP±6,22), reportaram menor autonomia que a amostra geral (média=33,23; DP±6,35).

6.3.3 Demanda Física no trabalho

Os resultados da distribuição da demanda física de acordo com os aspectos sócio-demográficos e individuais dos enfermeiros são apresentados na Tabela 26.

Tabela 26 – Distribuição da demanda física, segundo aspectos sócio-demográficos e individuais entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Indivíduos entre os enfermeiros: Riscos e Fatores de Proteção (n = 252)							
Variáveis	n	%	Média	DP	Mediana	Min-Máx	p*
Aspectos sócio-demográficos							
Idade							0,01*
≤ 30 anos	63	21,80	12,00	2,30	12,00	7,00-18,00	
30 < anos ≤ 45 anos	147	50,87	11,97	2,88	12,00	5,00-20,00	
> 45 anos	79	27,34	10,89	2,63	11,00	5,00-18,00	
Gênero							0,08**
Feminino	266	91,10	11,63	2,78	11,00	5,00-20,00	
Masculino	26	8,90	12,08	1,85	12,00	10,00-16,00	
Estado civil							0,50***
Solteiro	130	44,52	12,12	2,90	12,00	5,00-20,00	
Casado	144	49,32	11,30	2,57	11,00	5,00-18,00	
Viúvo	3	1,03	12,33	1,53	12,00	11,00-14,00	
Separado /divorciado	15	5,14	11,20	2,18	10,00	8,00-16,00	
Escolaridade							0,46*
Graduação	95	32,53	11,82	2,54	12,00	6,00-18,00	
Especialização	153	52,40	11,73	2,83	11,00	5,00-20,00	
Mestrado	39	13,36	11,03	2,48	11,00	5,00-15,00	
Doutorado	5	1,71	11,80	4,15	13,00	5,00-15,00	
Renda familiar							0,28*
≤ 4.000	150	57,92	11,88	2,61	12,00	6,00-20,00	
> 4.000	109	42,08	11,39	2,70	11,00	5,00-19,00	
Aspectos individuais							
Mudança significativa							0,20**
Não	156	54,17	11,30	2,71	11,00	5,00-18,00	
Sim	132	45,83	12,10	2,68	12,00	5,00-20,00	
Histórico pessoal de TM[#]							0,46**
Não	250	87,11	11,57	2,67	11,00	5,00-20,00	
Sim	37	12,89	12,11	3,01	12,00	8,00-19,00	
TM[#] relatado							0,26**
Depressão	28	77,78	12,36	3,28	12,00	8,00-19,00	
Não depressão	8	22,22	11,62	1,77	11,50	10,00-15,00	

[#] TM: transtorno mental.

*Correlação de Spearman; **Mann-Whitney U; ***Kruskal-Wallis

A seguir, a Tabela 27 demonstra a distribuição da demanda física de acordo com os aspectos profissionais analisados entre os enfermeiros.

Tabela 27 – Distribuição da demanda física, segundo aspectos profissionais entre os enfermeiros estudados. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Variáveis	N	%	Média	Demanda Física			p*
				DP	Mediana	Min-Máx	
Vínculo empregatício							0,81*
Servidor público	237	81,16	11,75	2,75	11,00	5,00-20,00	
Funcionário FAEPA [#]	47	16,10	11,51	2,59	11,00	6,00-18,00	
Duplo vínculo	8	2,74	10,25	2,19	10,50	8,00-13,00	
Tempo no hospital							0,25**
≤ 8,8 anos	144	50,53	11,66	2,56	11,00	5,00-19,00	
> 8,8 anos	141	49,47	11,72	2,92	11,00	5,00-20,00	
Cargo na instituição							0,58**
Enfermeiro	207	71,13	11,69	2,74	12,00	5,00-20,00	
Enfermeiro encarregado	33	11,34	12,03	2,63	11,00	8,00-19,00	
Enfermeiro chefe	40	13,75	11,78	2,61	11,00	6,00-18,00	
Diretor de serviço	11	3,78	9,91	2,66	12,00	6,00-13,00	
Tempo no cargo							0,86**
≤ 4,5 anos	145	50,35	11,72	2,36	12,00	7,00-19,00	
> 4,5 anos	143	49,65	11,66	3,02	11,00	5,00-20,00	
Sector de atuação							0,34*
Unidade intensiva	60	20,55	11,80	2,68	11,50	6,00-19,00	
Unidade clínica	115	39,38	11,79	2,57	12,00	5,00-18,00	
Unidade cirúrgica	23	7,88	13,09	2,59	12,00	9,00-18,00	
Unidade materno/infantil	33	11,30	11,67	2,16	11,00	7,00-16,00	
Unidade ambulatorial	45	15,41	11,24	3,13	10,00	5,00-20,00	
Unidade de coordenação	16	5,48	9,44	2,61	10,00	5,00-13,00	
Tempo no sector							1,00**
≤ 4,4 anos	140	49,12	11,69	2,56	11,50	5,00-20,00	
> 4,4 anos	145	50,88	11,66	2,87	11,00	5,00-18,00	
Turno de trabalho							0,49*
Manhã	67	24,01	11,60	2,77	11,00	5,00-20,00	
Tarde	43	15,41	10,74	2,75	11,00	5,00-18,00	
Noturno	38	13,62	12,00	2,66	12,00	5,00-18,00	
Rodízio	94	33,69	12,05	2,38	12,00	6,00-18,00	
Vespertino	6	2,15	13,50	2,81	14,50	10,00-16,00	
Integral	31	11,11	10,90	2,91	11,00	6,00-17,00	
Vínculo extra-instituição							0,04** *
Não	217	74,83	11,82	2,71	12,00	5,00-20,00	
Sim	73	25,17	11,18	2,71	11,00	5,00-18,00	
Função desempenhada							0,62*
Enfermeiro	53	73,61	11,25	2,83	11,00	5,00-18,00	
Docente	16	22,22	11,00	2,63	11,50	5,00-15,00	
Outro	3	4,17	11,00	1,73	10,00	10,00-13,00	
Carga horária semanal							0,70**
≤ 36h	120	43,96	11,63	2,64	11,00	5,00-20,00	
36 < h ≤ 48h	80	29,30	11,71	2,51	12,00	6,00-18,00	
> 48h	73	26,74	11,55	2,85	11,00	5,00-19,00	

[#] FAEPA: Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência.

*Kruskal-Wallis; **Correlação de Spearman; ***Mann-Whitney U.

Após a realização do teste de Kolmogorov-Smirnov foram selecionados os testes não-paramétricos Mann-Whitney, Kruskal Wallis e Correlação de Spearman para avaliação da demanda física, em decorrência da não observação de distribuição normal das medidas.

Entre as variáveis que compunham os aspectos sócio-demográficos e individuais analisados, apenas a idade ($r_s=-0,16$; $p=0,01$) apresentou associação significativa ($p=0,01$) e negativa, embora fraca, com a demanda física no trabalho. Assim, a relação se mostrou inversa, ou seja, quanto maior a idade dos profissionais, menor foi a demanda física reportada por eles. Ao se comparar os resultados encontrados entre as categorias observou-se pouca variabilidade.

Constatou-se que, entre os aspectos profissionais, apenas o vínculo extra-instituição ($p=0,04$) apresentou associação à demanda física no trabalho, sendo que os funcionários com outro emprego apresentaram menor demanda. Ainda que a associação não tenha sido significativa, os funcionários duplo vínculo (média=10,25; DP $\pm$ 2,19), que ocupavam o cargo de diretor de serviço (média=9,91; DP $\pm$ 2,66), atuavam na unidade de Administração/coordenação (média=9,44; DP $\pm$ 2,61) e nos turnos da tarde (média=10,74; DP $\pm$ 2,75) ou integral (média=10,90; DP $\pm$ 2,91) apresentaram menor demanda quando comparados a amostra total (média=11,67; DP $\pm$ 2,71).

6.3.4 Insegurança no trabalho

A Tabela 28 apresenta a distribuição dos dados da variável insegurança no trabalho segundo aspectos sócio-demográficos e individuais dos enfermeiros.

Tabela 28 – Distribuição da insegurança no trabalho, segundo aspectos sócio-demográficos e individuais entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

demográficos e individuais entre os enfermeiros: Risco de Pico de ST, 2009. (n=252)							
Variáveis	n	%	Insegurança no trabalho				p*
			Média	DP	Mediana	Min-Máx	
Aspectos sócio-demográficos							
Idade							0,27*
≤ 30 anos	63	21,80	4,86	1,79	5,00	3,00-12,00	
30 < anos ≤ 45 anos	147	50,87	5,03	2,58	4,00	3,00-12,00	
> 45 anos	79	27,34	5,27	2,67	4,00	3,00-12,00	
Gênero							0,32**
Feminino	266	91,10	5,05	2,48	4,00	3,00-12,00	
Masculino	26	8,90	5,12	2,01	5,00	3,00-12,00	
Estado civil							0,15***
Solteiro	130	44,52	5,20	2,59	5,00	3,00-12,00	
Casado	144	49,32	4,99	2,32	4,00	3,00-12,00	
Viúvo	3	1,03	4,00	1,00	4,00	3,00-5,00	
Separado /divorciado	15	5,14	4,60	2,50	4,00	3,00-12,00	
Escolaridade							0,04*
Graduação	95	32,53	5,31	2,74	5,00	3,00-12,00	
Especialização	153	52,40	5,14	2,45	5,00	3,00-12,00	
Mestrado	39	13,36	4,23	1,35	4,00	3,00-10,00	
Doutorado	5	1,71	4,00	1,73	3,00	3,00-7,00	
Renda familiar							0,07*
≤ 4.000	150	57,92	5,13	2,39	5,00	3,00-12,00	
> 4.000	109	42,08	4,72	2,03	4,00	3,00-12,00	
Aspectos individuais							
Mudança significativa							0,26**
Não	156	54,17	4,97	2,33	4,50	3,00-12,00	
Sim	132	45,83	5,16	2,60	5,00	3,00-12,00	
Histórico pessoal de TM[#]							0,94**
Não	250	87,11	5,08	2,47	5,00	3,00-12,00	
Sim	37	12,89	4,73	2,24	4,00	3,00-12,00	
TM[#] relatado							0,62**
Depressão	28	77,78	5,00	2,48	4,00	3,00-12,00	
Não depressão	8	22,22	4,00	0,93	4,00	3,00-5,00	

[#] TM: transtorno mental.

*Correlação de Spearman; **Mann-Whitney U; ***Kruskal-Wallis.

Foram selecionados os testes não-paramétricos Mann-Whitney, Kruskal Wallis e Correlação de Spearman para as análises da insegurança no trabalho, uma vez que no teste de Kolmogorov-Smirnov não foi observada a normalidade de distribuição das medidas.

Nas análises realizadas entre os aspectos sócio-demográficos e individuais, a insegurança apresentou associação significativa ($p=0,05$), negativa e fraca com a escolaridade ($r_s-0,12$; $p=0,04$). Assim, quanto maior nível de titulação, menor foi a insegurança no trabalho reportada. Não foram encontradas outras associações significativas e os resultados apresentaram pequena diferença entre as categorias, entretanto os profissionais viúvos (média=4,00; DP±1,00) e separados/divorciados (média=4,60; DP±2,50), com maior renda (média=4,72; DP±2,03), que reportaram histórico positivo para transtorno mental (média=4,73; DP±2,24), sendo este não depressivo (média=4,00; DP±0,93) apresentaram menor insegurança no trabalho.

A distribuição da insegurança no trabalho entre os funcionários, de acordo com os aspectos profissionais, é apresentada na Tabela 29 a seguir.

Tabela 29 – Distribuição da insegurança no trabalho, segundo aspectos profissionais entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Variáveis	n	%	Insegurança no trabalho				p*
			Média	DP	Mediana	Min-Máx	
Vínculo empregatício							0,01*
Servidor público	237	81,16	4,94	2,35	4,00	3,00-12,00	
Funcionário FAEPA [#]	47	16,10	5,77	2,92	5,00	3,00-12,00	
Duplo vínculo	8	2,74	4,25	0,89	4,50	3,00-5,00	
Tempo no hospital							0,01**
≤ 8,8 anos	144	50,53	5,06	2,28	5,00	3,00-12,00	
> 8,8 anos	141	49,47	5,01	2,56	4,00	3,00-12,00	
Cargo na instituição							0,00**
Enfermeiro	207	71,13	5,14	2,39	5,00	3,00-12,00	
Enfermeiro encarregado	33	11,34	5,58	3,31	4,00	3,00-12,00	
Enfermeiro chefe	40	13,75	4,43	2,05	4,00	3,00-12,00	
Diretor de serviço	11	3,78	4,00	0,77	4,00	3,00-5,00	
Tempo no cargo							0,11**
≤ 4,5 anos	145	50,35	5,12	2,31	5,00	3,00-12,00	
> 4,5 anos	143	49,65	4,97	2,55	4,00	3,00-12,00	
Setor de atuação							0,56*
Unidade intensiva	60	20,55	5,07	2,60	4,50	3,00-12,00	
Unidade clínica	115	39,38	5,34	2,50	5,00	3,00-12,00	
Unidade cirúrgica	23	7,88	4,57	2,06	4,00	3,00-12,00	
Unidade materno/infantil	33	11,30	4,67	2,19	4,00	3,00-12,00	
Unidade ambulatorial	45	15,41	4,89	2,66	4,00	3,00-12,00	
Unidade de coordenação	16	5,48	4,88	1,75	4,50	3,00-9,00	
Tempo no setor							0,17**
≤ 4,4 anos	140	49,12	5,12	2,39	5,00	3,00-12,00	
> 4,4 anos	145	50,88	4,99	2,55	4,00	3,00-12,00	
Turno de trabalho							0,10*
Manhã	67	24,01	5,55	3,08	4,00	3,00-12,00	
Tarde	43	15,41	4,72	2,23	4,00	3,00-12,00	
Noturno	38	13,62	5,63	2,95	5,00	3,00-12,00	
Rodízio	94	33,69	4,91	2,04	5,00	3,00-12,00	
Vespertino	6	2,15	4,17	0,41	4,00	4,00-5,00	
Integral	31	11,11	4,42	1,34	4,00	3,00-9,00	
Vínculo extra-instituição							0,89***
Não	217	74,83	4,99	2,41	4,00	3,00-12,00	
Sim	73	25,17	5,16	2,48	5,00	3,00-12,00	
Carga horária semanal							0,45**
≤ 36h	120	43,96	5,02	2,36	4,00	3,00-12,00	
36 < h ≤ 48h	80	29,30	4,96	2,47	4,50	3,00-12,00	
> 48h	73	26,74	5,11	2,33	5,00	3,00-12,00	

[#]FAEPA: Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência.

*Kruskal-Wallis; **Correlação de Spearman; ***Mann-Whitney U.

Entre os aspectos profissionais, a variável apresentou associação com o vínculo empregatício (p=0,01), associação significativa (p=0,05), negativa e fraca com o tempo de atuação no hospital (r_s -0,15; p=0,01) e associação significativa (p=0,01), negativa e fraca com o cargo ocupado (r_s -0,18; p=0,00) pelos trabalhadores. Nesse sentido, os funcionários com

vínculo FAEPA (média=5,77; DP±2,92), que trabalhavam a menos tempo no hospital (média=5,06; DP±2,28) e possuíam cargos inferiores (enfermeiros – média=5,14; DP±2,39 e enfermeiros encarregados – média=5,58; DP±3,31) apresentaram maior insegurança no trabalho.

6.3.5 Apoio social no trabalho

Após a realização do teste de Kolmogorov-Smirnov foram selecionados os testes não-paramétricos Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e Correlação de Spearman para avaliação da dimensão apoio social no trabalho e suas sub-dimensões, apoio dos supervisores e apoio dos colegas, em decorrência da não observação de distribuição normal das medidas.

A Tabela 30 apresenta a distribuição do apoio social no trabalho segundo os aspectos sócio-demográficos e individuais dos 292 enfermeiros investigados.

Tabela 30 – Distribuição do apoio social no trabalho, segundo aspectos sócio-demográficos entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Apoio social no trabalho							
Variáveis	n	%	Média	DP	Mediana	Min-Máx	P
Aspectos sócio-demográficos							
Idade							0,79*
≤ 30 anos	63	21,80	22,43	2,94	23,00	13,00-31,00	
30 < anos ≤ 45 anos	147	50,87	22,48	3,76	23,00	10,00-32,00	
> 45 anos	79	27,34	22,24	3,25	23,00	9,00-32,00	
Gênero							0,18**
Feminino	266	91,10	22,40	3,55	23,00	9,00-32,00	
Masculino	26	8,90	22,50	1,96	23,00	19,00-26,00	
Estado civil							0,27***
Solteiro	130	44,52	21,69	3,29	22,00	10,00-31,00	
Casado	144	49,32	23,01	3,50	23,50	9,00-32,00	
Viúvo	3	1,03	23,33	1,15	24,00	22,00-24,00	
Separado /divorciado	15	5,14	22,60	3,31	22,00	17,00-31,00	
Escolaridade							0,43*
Graduação	95	32,53	22,45	3,41	23,00	9,00-31,00	
Especialização	153	52,40	22,27	3,49	23,00	10,00-32,00	
Mestrado	39	13,36	22,62	2,65	23,00	17,00-32,00	
Doutorado	5	1,71	24,20	7,01	23,00	18,00-32,00	
Renda familiar							0,13*
≤ 4.000	150	57,92	22,31	3,17	23,00	12,00-31,00	
> 4.000	109	42,08	22,91	3,26	23,00	15,00-32,00	
Aspectos individuais							
Mudança significativa							0,78**
Não	156	54,17	22,59	3,65	23,00	9,00-32,00	
Sim	132	45,83	22,28	3,09	23,00	12,00-32,00	
Histórico pessoal de TM [#]							0,12**
Não	250	87,11	22,57	3,38	23,00	9,00-32,00	
Sim	37	12,89	21,62	3,34	22,00	14,00-31,00	
TM [#] relatado							0,16**
Depressão	28	77,78	21,54	3,71	22,00	18,00-24,00	
Não depressão	8	22,22	21,75	1,98	22,50	14,00-31,00	

[#] TM: transtorno mental.

*Kruskal-Wallis; **Correlação de Spearman; ***Mann-Whitney U.

Como pode ser observado na Tabela 30, nenhum aspecto sócio-demográfico e individual apresentou associação significativa com a dimensão apoio social. Pouca diferença entre os grupos e categorias foi observada, sendo que os profissionais solteiros (média=21,69; DP±3,29), que possuíam histórico positivo de TM (média=21,62; DP±3,34) e depressão prévia diagnosticada (média=21,54; DP±3,71) relataram menor apoio no trabalho quando comparados com a amostra total (média=22,41; DP±3,43).

A Tabela 31 apresenta os dados relativos à variável apoio social no trabalho segundo os aspectos profissionais.

Tabela 31 – Distribuição do apoio social no trabalho, segundo aspectos profissionais e individuais entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Variáveis	Apoio social no trabalho						p
	N	%	Média	DP	Mediana	Min-Máx	
Vínculo empregatício							0,74*
Servidor público	237	81,16	22,29	3,38	23,00	9,00-32,00	
Funcionário FAEPA #	47	16,10	23,02	3,74	23,00	15,00-32,00	
Duplo vínculo	8	2,74	22,25	3,15	23,50	16,00-26,00	
Tempo no hospital							0,14**
≤ 8,8 anos	144	50,53	22,07	3,49	23,00	9,00-31,00	
> 8,8 anos	141	49,47	22,78	3,41	23,00	14,00-32,00	
Cargo na instituição							0,01**
Enfermeiro	207	71,13	22,11	3,36	23,00	9,00-32,00	
Enfermeiro encarregado	33	11,34	22,88	2,55	24,00	17,00-27,00	
Enfermeiro chefe	40	13,75	23,40	4,27	23,00	14,00-32,00	
Diretor de serviço	11	3,78	23,36	3,20	24,00	16,00-28,00	
Tempo no cargo							0,88**
≤ 4,5 anos	145	50,35	22,48	3,00	23,00	13,00-31,00	
> 4,5 anos	143	49,65	22,31	3,75	23,00	9,00-32,00	
Sector de atuação							0,05*
Unidade intensiva	60	20,55	22,92	3,62	24,00	12,00-31,00	
Unidade clínica	115	39,38	21,45	3,29	22,00	9,00-28,00	
Unidade cirúrgica	23	7,88	22,22	2,89	23,00	16,00-27,00	
Unidade materno/infantil	33	11,30	22,67	2,35	23,00	14,00-26,00	
Unidade ambulatorial	45	15,41	23,13	3,53	23,00	17,00-32,00	
Unidade de coordenação	16	5,48	25,06	4,07	24,00	19,00-32,00	
Tempo no sector							0,22**
≤ 4,4 anos	140	49,12	22,25	3,08	23,00	13,00-31,00	
> 4,4 anos	145	50,88	22,50	3,80	23,00	9,00-32,00	
Turno de trabalho							0,60*
Manhã	67	24,01	22,81	3,14	24,00	12,00-32,00	
Tarde	43	15,41	22,26	3,40	22,00	14,00-32,00	
Noturno	38	13,62	21,95	3,06	22,50	10,00-28,00	
Rodízio	94	33,69	22,14	3,64	23,00	9,00-31,00	
Vespertino	6	2,15	21,00	3,10	23,00	17,00-23,00	
Integral	31	11,11	24,03	3,77	24,00	16,00-32,00	
Vínculo extra-instituição							0,10***
Não	217	74,83	22,45	3,46	23,00	9,00-32,00	
Sim	73	25,17	22,48	3,18	23,00	10,00-32,00	
Carga horária semanal							0,83**
≤ 36h	120	43,96	22,35	3,16	23,00	12,00-32,00	
36 < h ≤ 48h	80	29,30	22,80	3,82	23,00	9,00-32,00	
> 48h	73	26,74	22,56	3,17	23,00	10,00-32,00	

#FAEPA: Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência.

*Kruskal-Wallis; **Correlação de Spearman; ***Mann-Whitney U.

Com relação aos aspectos profissionais, o apoio social apresentou associação significativa ($p=0,01$) e fraca com o cargo ocupado ($r_s0,16$; $p=0,01$) pelos sujeitos. Na amostra avaliada, os enfermeiros chefes (média=23,40; DP±4,27) e diretores de serviço (média=23,36; DP±3,20) relataram maior apoio que as demais categorias. O sector de atuação ($p=0,05$) também se associou ao apoio social, sendo que os profissionais que trabalhavam nas unidades Clínicas (média=21,45; DP±3,29) demonstraram menor apoio e os que atuavam nas unidades de Administração/coordenação (média=25,06; DP±4,07) relataram maior apoio social no

trabalho. As demais variáveis não apresentaram associação significativa. No entanto, os profissionais do turno vespertino (média=21,00; DP±3,10) reportaram menor apoio e os do turno integral (média=24,03; DP±3,77), maior apoio. Nenhuma outra diferença relevante com a amostra total (média=22,41; DP±3,43) foi detectada.

6.3.5 Apoio social do supervisor no trabalho

A distribuição do apoio do supervisor segundo os aspectos sócio-demográficos e individuais dos 292 enfermeiros é apresentada na Tabela 32.

Tabela 32 – Distribuição do apoio social do supervisor, segundo aspectos sócio-demográficos e individuais entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Apoio social do supervisor							
Variáveis	n	%	Média	DP	Mediana	Min-Máx	P
Aspectos sócio-demográficos							
Idade							0,35*
≤ 30 anos	63	21,80	10,89	2,16	11,00	6,00-16,00	
30 < anos ≤ 45 anos	147	50,87	10,99	2,86	12,00	4,00-16,00	
> 45 anos	79	27,34	10,81	2,13	12,00	4,00-16,00	
Gênero							0,51**
Feminino	266	91,10	10,94	2,58	12,00	4,00-16,00	
Masculino	26	8,90	10,73	1,73	11,00	7,00-14,00	
Estado civil							0,34***
Solteiro	130	44,52	10,28	2,53	11,00	4,00-16,00	
Casado	144	49,32	11,46	2,46	12,00	4,00-16,00	
Viúvo	3	1,03	11,33	1,15	12,00	10,00-12,00	
Separado /divorciado	15	5,14	11,20	2,01	11,00	8,00-16,00	
Escolaridade							0,84*
Graduação	95	32,53	10,87	2,36	12,00	4,00-16,00	
Especialização	153	52,40	10,90	2,66	12,00	4,00-16,00	
Mestrado	39	13,36	10,92	1,98	12,00	7,00-16,00	
Doutorado	5	1,71	12,40	4,72	12,00	7,00-16,00	
Renda familiar							0,05*
≤ 4.000	150	57,92	10,86	2,23	11,00	4,00-16,00	
> 4.000	109	42,08	11,30	2,52	12,00	6,00-16,00	
Aspectos individuais							
Mudança significativa							0,56**
Não	156	54,17	11,12	2,66	12,00	4,00-16,00	
Sim	132	45,83	10,72	2,32	11,00	4,00-16,00	
Histórico pessoal de TM [#]							0,20**
Não	250	87,11	11,04	2,52	12,00	4,00-16,00	
Sim	37	12,89	10,41	2,25	11,00	6,00-16,00	
TM [#] relatado							0,15**
Depressão	28	77,78	10,43	2,49	11,00	6,00-16,00	
Não depressão	8	22,22	10,25	1,49	10,50	8,00-12,00	

[#] TM: transtorno mental.

*Correlação de Spearman; **Mann-Whitney U; ***Kruskal-Wallis.

Entre as variáveis sócio-demográficas e individuais, apenas a renda familiar ($r_s 0,12$; $p=0,05$) apresentou associação significativa ($p=0,05$), embora fraca, e positiva com o apoio do supervisor. Assinalando que, quanto maior o apoio reportado, maior a renda. Ainda que, não significativo, os profissionais com doutorado (média=12,40; $DP \pm 4,72$) relataram maior apoio de seus supervisores se comparados com a amostra total (média=10,92; $DP \pm 2,52$).

A Tabela 33 apresenta os resultados encontrados para a distribuição do apoio social do supervisor, segundo aspectos profissionais entre os trabalhadores estudados.

Tabela 33 – Distribuição do apoio social do supervisor, segundo aspectos profissionais entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Variáveis	n	%	Apoio social do supervisor				p*
			Média	DP	Mediana	Min-Máx	
Vínculo empregatício							0,35*
Servidor público	237	81,16	10,84	2,34	12,00	4,00-16,00	
Funcionário FAEPA [#]	47	16,10	11,32	3,32	12,00	4,00-16,00	
Duplo vínculo	8	2,74	11,00	2,14	11,50	8,00-14,00	
Tempo no hospital							0,32**
≤ 8,8 anos	144	50,53	10,65	2,56	11,00	4,00-16,00	
> 8,8 anos	141	49,47	11,22	2,49	12,00	4,00-16,00	
Cargo na instituição							0,01**
Enfermeiro	207	71,13	10,72	2,38	11,00	4,00-16,00	
Enfermeiro encarregado	33	11,34	11,09	1,91	12,00	5,00-15,00	
Enfermeiro chefe	40	13,75	11,65	3,48	12,00	4,00-16,00	
Diretor de serviço	11	3,78	11,82	1,99	12,00	8,00-15,00	
Tempo no cargo							0,31**
≤ 4,5 anos	145	50,35	11,04	2,25	12,00	4,00-16,00	
> 4,5 anos	143	49,65	10,80	2,70	11,00	4,00-16,00	
Sector de atuação							0,26*
Unidade intensiva	60	20,55	11,23	2,52	12,00	4,00-16,00	
Unidade clínica	115	39,38	10,23	2,47	11,00	4,00-14,00	
Unidade cirúrgica	23	7,88	11,17	1,80	12,00	8,00-15,00	
Unidade materno/infantil	33	11,30	11,09	1,76	12,00	5,00-14,00	
Unidade ambulatorial	45	15,41	11,60	2,94	11,00	6,00-16,00	
Unidade de coordenação	16	5,48	12,13	2,78	12,00	7,00-16,00	
Tempo no sector							0,89**
≤ 4,4 anos	140	49,12	10,88	2,25	12,00	4,00-16,00	
> 4,4 anos	145	50,88	10,94	2,80	11,00	4,00-16,00	
Turno de trabalho							0,79*
Manhã	67	24,01	11,21	2,23	12,00	4,00-16,00	
Tarde	43	15,41	10,93	2,42	12,00	5,00-16,00	
Noturno	38	13,62	10,24	2,76	11,00	4,00-14,00	
Rodízio	94	33,69	10,76	2,42	11,00	4,00-16,00	
Vespertino	6	2,15	10,50	1,64	11,00	8,00-12,00	
Integral	31	11,11	12,10	3,11	12,00	8,00-16,00	
Vínculo extra-instituição							0,28***
Não	217	74,83	11,01	2,44	12,00	4,00-16,00	
Sim	73	25,17	10,79	2,64	11,00	4,00-16,00	
Carga horária semanal							0,81*
≤ 36h	120	43,96	10,94	2,22	12,00	4,00-16,00	
36 < h ≤ 48h	80	29,30	11,20	2,83	12,00	4,00-16,00	
> 48h	73	26,74	10,93	2,52	12,00	4,00-16,00	

[#]FAEPA: Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência.

*Kruskal-Wallis; **Correlação de Spearman; ***Mann-Whitney U.

Os dados da Tabela 33 revelaram que apenas o cargo ocupado ($r_s 0,15$; $p=0,01$) apresentava associação significativa ($p=0,05$), embora fraca, com o apoio do supervisor. Nesse sentido, os enfermeiros (média=10,72; DP±2,38) relataram menor apoio provido pelo supervisor que as demais categorias. Observou-se que os trabalhadores das unidades de Administração/coordenação (média=12,13; DP±2,78) ou que atuavam em turno integral (média=12,10; DP±3,11) relataram maior apoio e que os funcionários das unidades Clínicas (média=10,23 DP±2,47) apresentaram menores índices ao serem comparados com a amostra total (média=10,92; DP±2,52).

6.3.5.1 Apoio social dos colegas no trabalho

Nenhuma das variáveis dos aspectos sócio-demográficos e individuais apresentou associação significativa com a sub-dimensão apoio social dos colegas no trabalho e, também, não foi observada diferenças relevantes entre as categorias e a amostra total (média=11,49; DP±1,58). Do mesmo modo, nenhum dos aspectos profissionais analisados associou-se ao apoio social provido dos colegas de trabalho. Verificou-se que os trabalhadores das unidades de Administração/coordenação (média=12,94; DP±1,65) reportaram maior apoio dos colegas que a amostra total (média=11,49; DP±1,58). Outras diferenças relevantes entre as demais variáveis não foram observadas conforme mostram os dados apresentados nas Tabelas 34 e 35

Tabela 34 – Distribuição do apoio social dos colegas, segundo aspectos sócio-demográficos e individuais entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

			Apoio social dos colegas				
Variáveis	n	%	Média	DP	Mediana	Min-Máx	P*
Aspectos sócio-demográficos							
Idade							0,92*
≤ 30 anos	63	21,80	11,54	1,68	12,00	6,00-15,00	
30 < anos ≤ 45 anos	147	50,87	11,50	1,56	12,00	6,00-16,00	
> 45 anos	79	27,34	11,43	1,59	12,00	5,00-16,00	
Gênero							0,10*
Feminino	266	91,10	11,46	1,65	12,00	5,00-16,00	
Masculino	26	8,90	11,77	0,59	12,00	10,00-13,00	
Estado civil							0,89***
Solteiro	130	44,52	11,41	1,48	12,00	7,00-15,00	
Casado	144	49,32	11,56	1,68	12,00	5,00-16,00	
Viúvo	3	1,03	12,00	0,00	12,00	12,00-12,00	
Separado /divorciado	15	5,14	11,40	1,72	12,00	9,00-15,00	
Escolaridade							0,74*
Graduação	95	32,53	11,58	1,57	12,00	5,00-15,00	
Especialização	153	52,40	11,37	1,56	12,00	6,00-15,00	
Mestrado	39	13,36	11,69	1,52	12,00	8,00-16,00	
Doutorado	5	1,71	11,80	2,86	12,00	8,00-16,00	
Renda familiar							0,19*
≤ 4.000	150	57,92	11,45	1,52	12,00	6,00-15,00	
> 4.000	109	42,08	11,61	1,57	12,00	6,00-16,00	
Aspectos individuais							
Mudança significativa							0,21**
Não	156	54,17	11,47	1,60	12,00	5,00-16,00	
Sim	132	45,83	11,56	1,50	12,00	6,00-16,00	
Histórico pessoal de TM[#]							0,79**
Não	250	87,11	11,53	1,49	12,00	5,00-16,00	
Sim	37	12,89	11,22	1,90	12,00	7,00-15,00	
TM[#] relatado							0,88**
Depressão	28	77,78	11,11	2,10	12,00	7,00-15,00	
Não depressão	8	22,22	11,50	1,20	12,00	9,00-13,00	

[#] TM: transtorno mental.

*Correlação de Spearman; **Mann-Whitney U; ***Kruskal-Wallis.

Tabela 35 – Distribuição do apoio social dos colegas, segundo aspectos profissionais entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Variáveis	Apoio social dos colegas						p*
	n	%	Média	DP	Mediana	Min-Máx	
Vínculo empregatício							0,63*
Servidor público	237	81,16	11,45	1,66	12,00	5,00-16,00	
Funcionário FAEPA [#]	47	16,10	11,70	1,18	12,00	9,00-14,00	
Duplo vínculo	8	2,74	11,25	1,39	12,00	8,00-12,00	
Tempo no hospital							0,49*
≤ 8,8 anos	144	50,53	11,42	1,68	12,00	5,00-15,00	
> 8,8 anos	141	49,47	11,56	1,50	12,00	6,00-16,00	
Cargo na instituição							0,06*
Enfermeiro	207	71,13	11,39	1,62	12,00	5,00-16,00	
Enfermeiro encarregado	33	11,34	11,79	1,54	12,00	7,00-15,00	
Enfermeiro chefe	40	13,75	11,75	1,37	12,00	7,00-15,00	
Diretor de serviço	11	3,78	11,55	1,69	12,00	8,00-14,00	
Tempo no cargo							0,87*
≤ 4,5 anos	145	50,35	11,43	1,54	12,00	6,00-15,00	
> 4,5 anos	143	49,65	11,51	1,60	12,00	5,00-16,00	
Sector de atuação							0,26*
Unidade intensiva	60	20,55	11,68	1,70	12,00	7,00-15,00	
Unidade clínica	115	39,38	11,23	1,55	12,00	5,00-14,00	
Unidade cirúrgica	23	7,88	11,04	1,49	12,00	8,00-13,00	
Unidade materno/infantil	33	11,30	11,58	1,15	12,00	8,00-14,00	
Unidade ambulatorial	45	15,41	11,53	1,55	12,00	6,00-14,00	
Unidade de coordenação	16	5,48	12,94	1,65	12,00	11,00-16,00	
Tempo no sector							0,15*
≤ 4,4 anos	140	49,12	11,37	1,63	12,00	6,00-15,00	
> 4,4 anos	145	50,88	11,56	1,55	12,00	5,00-16,00	
Turno de trabalho							0,72*
Manhã	67	24,01	11,60	1,47	12,00	6,00-16,00	
Tarde	43	15,41	11,33	1,48	12,00	7,00-16,00	
Noturno	38	13,62	11,71	1,21	12,00	8,00-14,00	
Rodízio	94	33,69	11,38	1,87	12,00	5,00-15,00	
Vespertino	6	2,15	10,50	1,64	11,00	8,00-12,00	
Integral	31	11,11	11,94	1,29	12,00	8,00-14,00	
Vínculo extra-instituição							0,69***
Não	217	74,83	11,44	1,66	12,00	5,00-16,00	
Sim	73	25,17	11,68	1,18	12,00	9,00-16,00	
Carga horária semanal							0,17*
≤ 36h	120	43,96	11,41	1,50	12,00	6,00-16,00	
36 < h ≤ 48h	80	29,30	11,60	1,83	12,00	5,00-15,00	
> 48h	73	26,74	11,63	1,25	12,00	7,00-16,00	

[#] FAEPA: Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência.

*Kruskal-Wallis; **Correlação de Spearman; ***Mann-Whitney U.

6.4 Associação do tipo de trabalho com os aspectos sócio-demográficos e individuais, profissionais e depressão em enfermeiros

A Tabela 36 apresenta a distribuição do tipo de trabalho de acordo com os aspectos sócio-demográficos dos trabalhadores.

Tabela 36 – Distribuição do tipo de trabalho, segundo aspectos sócio-demográficos e individuais entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Tipologia dos trabalhadores: Trabalhadores ativos (TA), passivos (TP) e em baixa exigência (TBE) (n=292)									
Variáveis	Alta exigência		Trabalho ativo		Trabalho passivo		Baixa exigência		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Aspectos sócio-demográficos									
Idade									0,00*
≤ 30 anos	17	26,98	20	31,75	12	19,05	14	22,22	
30 < anos ≤ 45 anos	41	27,89	41	27,89	38	25,85	27	18,37	
> 45 anos	10	12,66	15	18,99	28	35,44	26	32,91	
Gênero									0,25**
Feminino	63	23,68	72	27,07	67	25,19	64	24,06	
Masculino	6	23,08	4	15,38	11	42,31	5	19,23	
Estado civil									0,18**
Solteiro	37	28,46	35	26,92	29	22,31	29	22,31	
Casado	30	20,83	37	25,69	41	28,47	36	25,00	
Viúvo	-	-	1	33,33	-	-	2	66,67	
Separado /divorciado	2	13,33	3	20,00	8	53,33	2	13,33	
Escolaridade									0,58*
Graduação	22	23,16	29	30,53	27	28,42	17	17,89	
Especialização	34	22,22	37	24,18	41	26,80	41	26,80	
Mestrado	11	28,21	9	23,08	10	25,64	9	23,08	
Doutorado	2	40,00	1	20,00	-	-	2	40,00	
Renda familiar									0,48*
≤ 4.000	35	23,33	42	28,00	37	24,67	36	24,00	
> 4.000	24	22,02	29	26,61	28	25,69	28	25,69	
Aspectos individuais									
Mudança significativa									0,21**
Não	32	20,51	36	23,08	46	29,49	42	26,92	
Sim	36	27,27	38	28,79	31	23,48	27	20,45	
Histórico pessoal de TM [#]									0,24**
Não	55	22,00	64	25,60	72	28,80	59	23,60	
Sim	13	35,14	9	24,32	6	16,22	9	24,32	
TM [#] relatado									0,17**
Depressão	11	39,29	7	25,00	3	10,71	7	25,00	
Não depressão	2	25,00	1	12,50	3	37,50	2	25,00	

[#] TM: transtorno mental.

*Correlação de Spearman; **Qui-quadrado.

Testes não-paramétricos Qui-quadrado e Correlação de Spearman foram selecionados para a análise do tipo (situação) de trabalho, uma vez que o teste de Kolmogorov-Smirnov não revelou distribuição normal das medidas.

Apenas a idade ($r_s=0,17$; $p=0,00$) apresentou associação significativa ($p=0,01$), negativa, porém fraca, com o tipo de trabalho dos profissionais. A distribuição das faixas etárias demonstrou predomínio dos profissionais com menos de 45 anos (≤ 30 anos e $30 < \text{anos} \leq 45$ anos) nas situações de trabalho em alta exigência (26,98% e 27,89%, respectivamente) e trabalho ativo (31,75% e 27,89%, respectivamente), que têm a alta demanda psicológica no trabalho como fator comum. Ao contrário, os profissionais com mais 45 anos prevaleceram nos tipos trabalho passivo (35,44%) e baixa exigência (32,91%). Ainda que estatisticamente não significante, a análise das distribuições de frequências demonstrou

que a maior parte dos homens (42,31%) reportou trabalho passivo (demanda e controle baixos no trabalho). Entre os aspectos individuais, a maior parte dos funcionários que relataram ter histórico positivo para depressão (39,29%) atuava sob alta exigência no trabalho (alta demanda x baixo controle).

A Tabela 37 apresenta a distribuição do tipo de trabalho segundo os aspectos profissionais avaliados.

Tabela 37 – Distribuição do tipo de trabalho, segundo aspectos profissionais entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Variáveis	Tipo de trabalho								p
	Alta exigência		Trabalho ativo		Trabalho passivo		Baixa exigência		
	n	%	n	%	n	%	N	%	
Vínculo empregatício									0,73*
Servidor público	59	24,89	59	24,89	64	27,00	55	23,21	
Funcionário FAEPA [#]	9	19,15	13	27,66	13	27,66	12	25,53	
Duplo vínculo	1	12,50	4	50,00	1	12,50	2	25,00	
Tempo no hospital									0,06**
≤ 8,8 anos	40	27,78	36	25,00	36	25,00	32	22,22	
> 8,8 anos	27	19,15	38	26,95	40	28,37	36	25,53	
Cargo na instituição									0,46**
Enfermeiro	54	26,09	42	20,29	67	32,37	44	21,26	
Enfermeiro encarregado	8	24,24	14	42,42	6	18,18	5	15,15	
Enfermeiro chefe	7	17,50	13	32,50	5	12,50	15	37,50	
Diretor de serviço	-	-	6	54,55	-	-	5	45,45	
Tempo no cargo									0,36**
≤ 4,5 anos	37	25,52	43	29,66	30	20,69	35	24,14	
> 4,5 anos	30	20,98	32	22,38	47	32,87	34	23,78	
Setor de atuação									0,03*
Unidade intensiva	18	30,00	19	31,67	6	10,00	17	28,33	
Unidade clínica	27	23,48	23	20,00	37	32,17	28	24,35	
Unidade cirúrgica	4	17,39	7	30,43	8	34,78	4	17,39	
Unidade materno/infantil	10	30,30	14	42,42	6	18,18	3	9,09	
Unidade ambulatorial	9	20,00	8	17,78	16	35,56	12	26,67	
Unidade de coordenação	1	6,25	5	31,25	5	31,25	5	31,25	
Tempo no setor									0,66**
≤ 4,4 anos	37	26,43	33	23,57	38	27,14	32	22,86	
> 4,4 anos	31	21,38	40	27,59	38	26,21	36	24,83	
Turno de trabalho									0,02*
Manhã	9	13,43	18	26,87	18	26,87	22	32,84	
Tarde	9	20,93	6	13,95	16	37,21	12	27,91	
Noturno	10	26,32	7	18,42	14	36,84	7	18,42	
Rodízio	31	32,98	30	31,91	17	18,09	16	17,02	
Vespertino	3	50,00	-	-	3	50,00	-	-	
Integral	6	19,35	9	29,03	8	25,81	8	25,81	
Vínculo extra-instituição									0,10*
Não	54	24,88	62	28,57	53	24,42	48	22,12	
Sim	14	19,18	13	17,81	25	34,25	21	28,77	
Carga horária semanal									0,09**
≤ 36h	31	25,83	28	23,33	38	31,67	23	19,17	
36 < h ≤ 48h	16	20,00	29	36,25	16	20,00	19	23,75	
> 48h	16	21,92	12	16,44	19	26,03	26	35,62	

[#] FAEPA: Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência.

*Qui-quadrado; **Correlação de Spearman.

As análises estatísticas revelaram estar associados ao tipo de trabalho, entre os aspectos profissionais, apenas o setor de atuação ($p=0,03$) e o turno de trabalho ($p=0,02$). Nesse sentido, ao observar a distribuição de frequências dessas duas variáveis, verificou-se que nas unidades Intensivas prevaleceram o trabalho em alta exigência (30,00%) e trabalho ativo (31,67%), nas unidades Clínicas, Cirúrgicas e Ambulatoriais prevaleceu o trabalho passivo (32,17%; 34,78%; e 35,56%, respectivamente), na unidade Materno/infantil embora tenha prevalecido o trabalho ativo (42,42%), 30,30% dos profissionais reportaram trabalho em alta exigência. A unidade de Administração/coordenação demonstrou distribuições semelhantes para o trabalho ativo, passivo e em baixa exigência (31,25%).

Com relação ao turno, nos turnos tarde e noturno prevaleceram o trabalho passivo (37,21% e 36,84%, respectivamente) e no rodízio observou-se distribuição semelhantes entre alta exigência (32,98%) e trabalho ativo (31,91%). Destaca-se que o turno da manhã foi o que teve menor prevalência de alta exigência (13,43%). Embora a associação não tenha sido estatisticamente significativa, ao se analisar o cargo ocupado pelos profissionais de enfermagem, os enfermeiros apresentaram distribuição semelhante nos quatro tipos de trabalho, sobressaindo o trabalho passivo (32,3). Os enfermeiros encarregados pelo turno, predominantemente, reportaram trabalho ativo (42,42%). Enquanto que, com distribuição equivalente, os enfermeiros chefes reportaram baixa exigência no trabalho (37,50%) e trabalho ativo (32,50%) e os diretos técnicos relataram trabalho ativo (54,55%) e baixa exigência no trabalho (45,45%).

Na Tabela 38 é apresentada a distribuição do tipo de trabalho segundo a depressão dos enfermeiros.

Tabela 38 – Distribuição do tipo de trabalho, segundo a intensidade de depressão entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Tabela 1. Associação entre o tipo de trabalho e a intensidade da depressão em trabalhadores de uma indústria de calçados, 1998-2004 (n = 232)									
Variáveis	Alta exigência		Trabalho ativo		Trabalho passivo		Baixa exigência		P*
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Intensidade de depressão									0,00
Sem depressão	51	19,17	74	27,82	74	27,82	67	25,19	
Depressão leve	10	66,67	1	6,67	3	20,00	1	6,67	
Depressão moderada	8	72,73	1	9,09	1	9,09	1	9,09	

*Correlação de Spearman.

O tipo de trabalho apresentou associação significativa, positiva e fraca com a depressão ($r_s 0,21$; $p=0,00$). Observou-se que os enfermeiros que tiveram pontuação compatível com depressão leve e moderada, reportaram condições de trabalho em alta

exigência (66,67% e 72,73%, respectivamente) e trabalho passivo (20,00% e 9,09%, respectivamente).

6.5 Associação da exposição ao estresse ocupacional com os aspectos sócio-demográficos e individuais, profissionais e depressão em enfermeiros

A Tabela 39 apresenta a distribuição da exposição ao estresse ocupacional, segundo aspectos sócio-demográficos e individuais entre os trabalhadores estudados.

Tabela 39 – Distribuição da exposição ao estresse ocupacional, segundo aspectos sócio-demográficos e individuais entre os enfermeiros. Ribeirão Preto – SP, 2009. (n=292)

Variáveis	Maior exposição		Exposição intermediária		Sem exposição		p
	n	%	n	%	n	%	
Aspectos sócio-demográficos							
Idade							0,03*
≤ 30 anos	17	26,98	32	50,79	14	22,22	
30 < anos ≤ 45 anos	41	27,89	79	53,74	27	18,37	
> 45 anos	10	12,66	43	54,43	26	32,91	
Gênero							0,83**
Feminino	63	23,68	139	52,26	64	24,06	
Masculino	6	23,08	15	57,69	5	19,23	
Estado civil							0,16***
Solteiro	37	28,46	64	49,23	29	22,31	
Casado	30	20,83	78	54,17	36	25,00	
Viúvo	-	-	1	33,33	2	66,67	
Separado /divorciado	2	13,33	11	73,33	2	13,33	
Escolaridade							0,63*
Graduação	22	23,16	56	58,95	17	17,89	
Especialização	34	22,22	78	50,98	41	26,80	
Mestrado	11	28,21	19	48,72	9	23,08	
Doutorado	2	40,00	1	20,00	2	40,00	
Renda familiar							0,45*
≤ 4.000	35	23,33	79	52,67	36	24,00	
> 4.000	24	22,02	57	52,29	28	25,69	
Aspectos individuais							
Mudança significativa							0,27**
Não	32	20,51	82	52,56	42	26,92	
Sim	36	27,27	69	52,27	27	20,45	
Histórico pessoal de TM [#]							0,17**
Não	55	22,00	136	54,40	59	23,60	
Sim	13	35,14	15	40,54	9	24,32	
TM [#] relatado							0,50**
Depressão	11	39,29	10	35,71	7	25,00	
Não depressão	2	25,00	4	50,00	2	25,00	

[#] TM: transtorno mental.

*Correlação de Spearman; **Qui-quadrado; ***Kruskal-Wallis.

Os testes não-paramétricos Qui-quadrado, Kruskal-Wallis e Correlação de Spearman foram selecionados para a análise da exposição ao estresse ocupacional, uma vez que o teste de Kolmogorov-Smirnov não evidenciou distribuição normal das medidas.

Entre os aspectos sócio-demográficos, a exposição ao estresse demonstrou associação significativa ($p=0,05$) e negativa com a variável idade ($r_s-0,12$; $p=0,03$), sendo considerada fraca, indicando que a exposição ao estresse diminui conforme aumenta a idade. Não houve associação significativa entre os aspectos individuais e a exposição estresse, no entanto, 35,14% dos profissionais com história prévia de transtorno mental e 39,29% dos sujeitos que relataram depressão se encontravam em situação de maior exposição.

Os resultados encontrados para a relação entre a exposição ao estresse ocupacional e os aspectos profissionais são apresentados na Tabela 40.

Tabela 40 – Distribuição da exposição ao estresse ocupacional, segundo aspectos profissionais entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Variáveis	Exposição ao estresse ocupacional						p
	Maior exposição		Exposição intermediária		Sem exposição		
	n	%	n	%	n	%	
Vínculo empregatício							0,56*
Servidor público	59	24,89	123	51,90	55	23,21	
Funcionário FAEPA [#]	09	19,15	26	55,32	12	25,53	
Duplo vínculo	01	12,50	05	62,50	02	25,00	
Tempo no hospital							0,08**
≤ 8,8 anos	40	27,78	72	50,00	32	22,22	
> 8,8 anos	27	19,15	78	55,32	36	25,53	
Cargo na instituição							0,02**
Enfermeiro	54	26,09	109	52,66	44	21,26	
Enfermeiro encarregado	08	24,24	20	60,61	05	15,15	
Enfermeiro chefe	07	17,50	18	45,00	15	37,50	
Diretor de serviço	-	-	06	54,55	05	45,45	
Tempo no cargo							0,95**
≤ 4,5 anos	37	25,52	73	50,34	35	24,14	
> 4,5 anos	30	20,98	79	55,24	34	23,78	
Setor de atuação							0,14*
Unidade intensiva	18	30,00	25	41,67	17	28,33	
Unidade clínica	27	23,48	60	52,17	28	24,35	
Unidade cirúrgica	4	17,39	15	65,22	04	17,39	
Unidade materno/infantil	10	30,30	20	60,61	03	9,09	
Unidade ambulatorial	9	20,00	24	53,33	12	26,67	
Unidade de coordenação	1	6,25	10	62,50	05	31,25	
Tempo no setor							0,57**
≤ 4,4 anos	37	26,43	71	50,71	32	22,86	
> 4,4 anos	31	21,38	78	53,79	36	24,83	
Turno de trabalho							0,03*
Manhã	9	13,43	36	53,73	22	32,84	
Tarde	9	20,93	22	51,16	12	27,91	
Noturno	10	26,32	21	55,26	07	18,42	
Rodízio	31	32,98	47	50,00	16	17,02	
Vespertino	03	50,00	03	50,00	-	-	
Integral	06	19,35	17	54,84	08	25,81	
Vínculo extra-instituição							0,41***
Não	54	24,88	115	53,00	48	22,12	
Sim	14	19,18	38	52,05	21	28,77	
Carga horária semanal							0,05**
≤ 36h	31	25,83	66	55,00	23	19,17	
36 < h ≤ 48h	16	20,00	45	56,25	19	23,75	
> 48h	16	21,92	31	42,47	26	35,62	

[#] FAEPA: Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência.

*Kruskal Wallis; **Correlação de Spearman; ***Qui-quadrado.

Dentre os aspectos profissionais, a exposição ao estresse obteve associação significativa ($p=0,05$), negativa e fraca com o cargo ocupado ($r_s=0,13$; $p=0,02$) e com carga horária de trabalho semanal ($r_s=0,12$; $p=0,05$) e associação significativa com o turno de trabalho. Nesse sentido, 26,09% dos enfermeiros e 24,24% dos enfermeiros encarregados relataram maior exposição ao estresse, enquanto que 37,50% dos enfermeiros chefes e 45,45% dos diretores de serviços reportaram menor exposição e foram enquadrados no grupo sem exposição. Observou-se que a exposição ao estresse diminuiu conforme aumentou a

carga de trabalho semanal, por exemplo, 19,17% dos profissionais que trabalhavam menos que 36h/semanais foram alocados no grupo sem exposição, enquanto que os que trabalhavam mais que 48h/semanais representavam 35,62%. Ainda, foi observado que 32,84% dos trabalhadores que atuam no turno da manhã foram alocados no grupo sem exposição e que 26,32% dos trabalhadores do noturno e 32,98% dos que atuam no rodízio entre os turnos pertenciam ao grupo de maior exposição ao estresse.

Embora estatisticamente não significante, os resultados encontrados apontaram que os trabalhadores que atuavam a mais tempo no hospital (> 8,8 anos), foram mais prevalentes no grupo sem exposição (25,53%) e menos prevalentes no de maior exposição (19,15%) quando comparados aos trabalhadores que atuavam na instituição a menos tempo. Fato este que se repete para a variável tempo no setor. Com relação ao setor de atuação, destaca-se que os profissionais da unidade Materno/infantil foram os mais frequentes (30,30%) no grupo de maior exposição ao estresse e o menos frequentes (9,09%) do grupo sem exposição. Oposto aconteceu com os funcionários da unidade de Administração/coordenação, com apenas 6,25% no grupo de maior exposição e 31,25% no grupo sem exposição.

A distribuição da exposição ao estresse ocupacional, segundo a depressão dos enfermeiros, é apresentada na Tabela 41.

Tabela 41 – Distribuição da exposição ao estresse ocupacional, segundo a intensidade de depressão dos enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Exposição ao estresse ocupacional							
Variáveis	Maior exposição		Exposição intermediária		Sem exposição		p
	n	%	n	%	n	%	
Depressão							0,00
Sem depressão	51	19,17	148	55,64	67	25,19	
Depressão leve	10	66,67	4	26,67	1	6,67	
Depressão moderada	8	72,73	2	18,18	1	9,09	

*Correlação de Spearman.

A exposição ao estresse ocupacional apresentou associação significativa, positiva e fraca com a depressão ($r_s 0,22$; $p=0,00$). Nesse sentido, os enfermeiros que tiveram escores compatíveis com depressão leve e moderada, vivenciavam maior exposição (66,67% e 72,73%, respectivamente) e exposição intermediária (26,67% e 18,18%, respectivamente) ao estresse ocupacional.

6.6 Associação da depressão com os aspectos sócio-demográficos e individuais e profissionais em enfermeiros

Os resultados da depressão para os aspectos sócio-demográficos são apresentados na Tabela 42.

Tabela 42 – Distribuição da depressão, segundo aspectos sócio-demográficos entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Variáveis	n	%	Depressão				p
			Média	DP	Mediana	Min-Máx	
Idade							0,05*
≤ 30 anos	63	21,80	8,08	6,32	6,00	0,00-29,00	
30 < anos ≤ 45 anos	147	50,87	7,49	5,90	6,00	0,00-25,00	
> 45 anos	79	27,34	5,97	4,91	5,00	0,00-19,00	
Gênero							0,62**
Feminino	266	91,10	7,38	5,78	6,00	0,00-29,00	
Masculino	26	8,90	5,88	5,62	4,50	0,00-17,00	
Estado civil							0,72***
Solteiro	130	44,52	8,02	6,42	6,00	0,00-29,00	
Casado	144	49,32	6,51	5,23	6,00	0,00-23,00	
Viúvo	3	1,03	7,67	5,51	5,00	4,00-14,00	
Separado /divorciado	15	5,14	7,47	4,00	8,00	2,00-14,00	
Escolaridade							0,92*
Graduação	95	32,53	7,15	5,38	6,00	0,00-21,00	
Especialização	153	52,40	7,01	5,50	6,00	0,00-25,00	
Mestrado	39	13,36	8,46	7,10	6,00	0,00-29,00	
Doutorado	5	1,71	6,80	9,78	3,00	0,00-24,00	
Renda familiar							0,48*
≤ 4.000	150	57,92	7,70	5,95	6,00	0,00-24,00	
> 4.000	109	42,08	6,78	5,77	6,00	0,00-29,00	

* Correlação de Spearman; **Mann-Whitney U; ***Kruskal Wallis.

Para a análise dos sintomas depressivos foram selecionados os testes não-paramétricos Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis e Correlação de Spearman, uma vez que o teste de Kolmogorov-Smirnov não apontou distribuição normal das medidas.

Entre os aspectos sócio-demográficos analisados, somente a idade ($r_s = -0,12$; $p = 0,05$) apresentou associação significativa ($p = 0,05$), sendo fraca e negativa, revelando uma relação inversa na amostra estudada, em que quanto menor a idade, mais sintomas depressivos foram relatados. Os sujeitos com menos de 30 anos (média=8,08; DP±6,32) reportaram mais sintomas depressivos do que os indivíduos com mais de 45 anos (média=5,97; DP±4,91). Mesmo que não estatisticamente relevante, que os homens (média=5,88; DP±5,62) e os indivíduos casados (média=6,51; DP±5,23) assinalaram menor presença de depressão do que os demais trabalhadores (média=7,24; DP±5,77).

A Tabela 43, a seguir, apresenta a distribuição da depressão de acordo com as variáveis individuais analisadas.

Tabela 43 – Distribuição da depressão, segundo aspectos individuais entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Variáveis	n	%	Depressão				p
			Média	DP	Mediana	Min-Máx	
Mudança significativa							0,01*
Não	156	54,17	5,92	4,91	5,00	0,00-23,00	
Sim	132	45,83	8,82	6,28	8,00	0,00-29,00	
Natureza da mudança							0,14**
Diversos fatores (2 ou +)	22	17,46	9,91	7,20	8,50	0,00-24,00	
Doença	19	15,08	7,47	5,43	7,00	0,00-20,00	
Mudança de cargo	19	15,08	9,11	7,53	6,00	1,00-29,00	
Morte	14	11,11	5,71	6,24	4,00	0,00-19,00	
Problema financeiro	12	9,52	10,83	4,49	10,50	3,00-19,00	
Gestação	11	8,73	6,18	3,52	5,00	2,00-14,00	
Separação	9	7,14	10,22	5,49	8,00	3,00-18,00	
Não quis relatar	5	3,97	8,80	4,60	9,00	3,00-15,00	
Problemas no trabalho	4	3,17	16,50	8,85	17,00	7,00-25,00	
Perda de emprego	2	1,59	11,50	2,12	11,50	10,00-13,00	
Aposentadoria	2	1,59	12,50	2,12	12,50	11,00-14,00	
Mudança de casa (filhos/dos pais)	2	1,59	6,50	9,19	6,50	0,00-13,00	
Casamento	2	1,59	13,50	12,02	13,50	5,00-22,00	
Primeiro emprego	1	0,79	13,00	-	13,00	13,00-13,00	
Saída de casa	1	0,79	2,00	-	2,00	2,00-2,00	
Viagem	1	0,79	2,00	-	2,00	2,00-2,00	
Natureza categorizada							0,08*
Relacionada à vida pessoal	71	56,35	7,83	5,66	6,00	0,00-22,00	
Relacionada ao trabalho	28	22,22	10,71	7,35	10,00	1,00-29,00	
Diversos fatores	22	17,46	9,91	7,20	8,50	0,00-24,00	
Não quis relatar	5	3,97	8,80	4,60	9,00	3,00-15,00	
Histórico familiar de TM[#]							0,10*
Não	227	78,28	6,78	5,32	6,00	0,00-24,00	
Sim	63	21,72	8,94	7,02	8,00	0,00-29,00	
Grau do parentesco							0,06**
1º grau	17	32,69	9,00	8,50	8,00	0,00-29,00	
2º grau	15	28,85	6,47	6,16	6,00	0,00-25,00	
3º grau	16	30,77	8,62	5,45	8,50	0,00-22,00	
4º grau	4	7,69	11,00	8,12	8,00	5,00-23,00	
TM[#] dos familiares							0,14*
Depressão	30	54,55	8,50	5,86	7,50	0,00-22,00	
Não depressão	25	45,45	10,72	8,07	9,00	0,00-29,00	
Histórico pessoal de TM[#]							0,00*
Não	250	87,11	6,72	5,35	6,00	0,00-29,00	
Sim	37	12,89	10,97	7,08	10,00	0,00-25,00	
TM[#] relatado							0,00*
Depressão	28	77,78	11,89	7,18	11,00	1,00-25,00	
Não depressão	8	22,22	8,88	6,24	9,00	0,00-18,00	

[#] TM: transtorno mental.

*Mann-Whitney U; **Kruskal-Wallis.

Os aspectos individuais associados aos sintomas depressivos foram a mudança significativa na vida (p=0,01), histórico pessoal de transtorno mental (p=0,00) e transtorno mental relatado (p=0,00). Sendo observado que os indivíduos que relataram mudanças

significativas em suas vidas no último ano (média=8,82; DP±6,28), reportaram história prévia positiva para transtorno mental (média=10,97; DP±7,08) ou que referiram já terem sido diagnosticados para depressão (média=11,89; DP±7,18), apresentaram maior presença de sintomas depressivos. Embora estatisticamente não relevante, os trabalhadores que relataram terem tido mudança relacionadas ao trabalho (média=10,71; DP±7,35) apresentaram maior presença de sintomas depressivos do que os demais trabalhadores no total (média=7,24; DP±5,77).

A Tabela 44 apresenta os resultados da distribuição da depressão segundo os aspectos profissionais da amostra investigada.

Tabela 44 – Distribuição da depressão, segundo aspectos profissionais entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Variáveis	Depressão						p
	n	%	Média	DP	Mediana	Min-Máx	
Vínculo empregatício							0,70*
Servidor público	237	81,16	7,34	5,89	6,00	0,00-29,00	
Funcionário FAEPA [#]	47	16,10	6,98	5,36	6,00	0,00-25,00	
Duplo vínculo	08	2,74	5,88	4,64	6,00	0,00-14,00	
Tempo no hospital							0,28**
≤ 8,8 anos	144	50,53	7,67	5,95	6,00	0,00-29,00	
> 8,8 anos	141	49,47	6,89	5,52	6,00	0,00-24,00	
Cargo na instituição							0,47**
Enfermeiro	207	71,13	7,52	6,08	6,00	0,00-29,00	
Enfermeiro encarregado	33	11,34	5,94	4,85	5,00	0,00-18,00	
Enfermeiro chefe	40	13,75	7,63	5,01	6,00	0,00-21,00	
Diretor de serviço	11	3,78	5,09	4,25	4,00	0,00-14,00	
Tempo no cargo							0,99**
≤ 4,5 anos	145	50,35	7,30	5,74	6,00	0,00-29,00	
> 4,5 anos	143	49,65	7,27	5,83	6,00	0,00-24,00	
Sector de atuação							0,69*
Unidade intensiva	60	20,55	7,68	5,84	6,00	0,00-22,00	
Unidade clínica	115	39,38	7,24	5,87	6,00	0,00-29,00	
Unidade cirúrgica	23	7,88	7,96	4,59	7,00	0,00-18,00	
Unidade materno/infantil	33	11,30	6,06	4,22	6,00	0,00-18,00	
Unidade ambulatorial	45	15,41	7,58	6,90	6,00	0,00-24,00	
Unidade de coordenação	16	5,48	6,06	5,87	4,50	0,00-18,00	
Tempo no sector							0,42**
≤ 4,4 anos	140	49,12	7,59	6,22	6,00	0,00-29,00	
> 4,4 anos	145	50,88	6,94	5,30	6,00	0,00-24,00	
Turno de trabalho							0,16*
Manhã	67	24,01	6,15	4,75	6,00	0,00-24,00	
Tarde	43	15,41	5,72	4,75	5,00	0,00-20,00	
Noturno	38	13,62	6,79	5,85	5,00	0,00-25,00	
Rodízio	94	33,69	8,74	6,67	7,00	0,00-29,00	
Vespertino	6	2,15	7,83	5,81	7,50	0,00-18,00	
Integral	31	11,11	7,68	6,00	7,00	0,00-21,00	
Vínculo extra-instituição							0,47***
Não	217	74,83	7,06	5,83	6,00	0,00-25,00	
Sim	73	25,17	7,84	5,60	7,00	0,00-29,00	
Carga horária semanal							0,05**
≤ 36h	120	43,96	6,48	5,64	6,00	0,00-24,00	
36 < h ≤ 48h	80	29,30	7,61	5,97	6,00	0,00-25,00	
> 48h	73	26,74	7,85	5,66	8,00	0,00-29,00	

[#] FAEPA: Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência.

*Kruskal-Wallis; **Correlação de Spearman; ***Mann-Whitney U.

Com relação aos aspectos profissionais, a carga horária semanal ($r_s=0,12$; $p=0,05$) foi a única variável associada aos sintomas depressivos, sendo a associação significativa ($p=0,05$), positiva e fraca. Desta forma, observou-se que maior a quantidade de horas trabalhadas, implicava em mais sintomas depressivos reportados, sendo que os sujeitos que trabalhavam mais que 48 horas semanais relataram maior presença de sintomas depressivos (média=7,85; DP±5,66).

Ainda que estatisticamente não significante, os indivíduos que ocupavam cargo de enfermeiro encarregado (média=5,94; DP±4,85) e diretor de serviço (média=5,09; DP±4,25) apresentaram menor presença de sintomas depressivos. O mesmo se repetiu para o setor de atuação unidade de Administração/coordenação (média=6,06; DP±5,87) e Materno-infantil (média=6,06; DP±4,22). Em contrapartida, os profissionais das unidades Cirúrgicas (média=7,96; DP±4,59) apresentaram maior presença de sintomas depressivos.

6.7 Associação entre os aspectos psicossociais no trabalho e a depressão em enfermeiros

A Tabela 45 apresenta as correlações encontradas entre os aspectos psicossociais no trabalho e a depressão, reportados pelos 292 enfermeiros analisados.

Tabela 45 – Correlação de Spearman entre os aspectos psicossociais no trabalho e a depressão nos enfermeiros estudados. Ribeirão Preto – SP, 2009. (n=292)

	Demanda psicológica	Controle	Demanda física	Insegurança no trabalho	Apoio social	Tipo de trabalho	Exposição ao estresse	Depressão
Demanda psicológica	1,00							
Controle no trabalho	0,09	1,00						
Demanda física	0,56(**)	0,01	1,00					
Insegurança no trabalho	0,00	-0,15(**)	0,05	1,00				
Apoio social	-0,18(**)	0,43(**)	-0,21(**)	-0,22(**)	1,00			
Tipo de trabalho	0,78(**)	-0,28(**)	0,45(**)	0,04	-0,30(**)	1,00		
Exposição ao estresse	0,60(**)	-0,55(**)	0,37(**)	0,08	-0,38(**)	0,94(**)	1,00	
Depressão	0,21(**)	-0,18(**)	0,27(**)	0,13(*)	-0,24(**)	0,21(**)	0,22(**)	1,00

*Correlação significativa p=0,05 (2-tailed); ** Correlação significativa p=0,01 (2-tailed).

A análise das relações entre as variáveis psicossociais no trabalho evidenciou associação significativa (p=0,01) e positiva e forte entre a demanda psicológica e a demanda física (r_s 0,56; p=0,00), o tipo de trabalho (r_s 0,78; p=0,00) e a exposição ao estresse (r_s 0,60; p=0,00). Essas associações indicam que a alta demanda psicológica no trabalho acarreta em maior demanda física, em piores situações de trabalho e maior exposição ao estresse e vice-versa. A demanda física apresentou, também, associação significativa (p=0,01), positiva e moderada com o tipo de trabalho (r_s 0,45; p=0,00) e a exposição ao estresse ocupacional

($r_s 0,37$; $p=0,00$). O controle no trabalho associou-se de modo negativo e forte com a exposição ao estresse ($r_s 0,55$; $p=0,00$) e satisfatório o tipo de trabalho ($r_s -0,28$; $p=0,00$), e associou-se de modo positivo e forte com o apoio social ($r_s 0,43$; $p=0,00$). Dessa forma, o alto controle no trabalho acarreta em menor exposição ao estresse e melhores situações de trabalho e na maior percepção de apoio social no ambiente laboral. O apoio social, ainda, associou-se de modo significativo, moderado e negativo com o tipo de trabalho ($r_s -0,30$; $p=0,00$) e a exposição ao estresse ocupacional ($r_s -0,38$; $p=0,00$). Deste modo, o sentido inverso desta relação indica que o aumento de uma das variáveis acarreta na diminuição da outra, ou seja, quanto maior o apoio social no trabalho, mais adequado será o tipo de trabalho e menor será a exposição ao estresse. As demais associações encontradas foram consideradas fracas.

Como observado na Tabela 45, a depressão se associou significativamente com todas as variáveis psicossociais estudadas. Entretanto, todas as associações, independente do sentido, apresentaram coeficientes considerados fracos, exceto a demanda física que apresentou associação positiva e satisfatória ($r_s 0,27$; $p=0,00$). Nesse sentido, elaborou-se a Tabela 46, apresentada a seguir, que visa elucidar as associações encontradas por meio da análise da distribuição dos sintomas depressivos, de acordo com os aspectos psicossociais do trabalho.

Tabela 46 – Distribuição da depressão, segundo aspectos psicossociais no trabalho entre os enfermeiros. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Variáveis	Depressão						p [#]
	n	%	Média	DP	Mediana	Min-Máx	
Demanda psicológica							0,00*
Baixo	147	50,34	6,19	4,99	6,00	0,00-25,00	
Alto	145	49,66	8,31	6,30	7,00	0,00-29,00	
Controle no trabalho							0,00*
Baixo	147	50,34	8,24	6,46	7,00	0,00-29,00	
Alto	145	49,66	6,23	4,78	5,00	0,00-25,00	
Uso de habilidades							0,03*
Baixo	146	50,00	7,86	6,24	7,00	0,00-29,00	
Alto	146	50,00	6,63	5,21	5,50	0,00-23,00	
Autoridade decisória							0,00*
Baixo	240	82,19	7,58	5,96	6,00	0,00-29,00	
Alto	52	17,81	5,71	4,55	5,00	0,00-21,00	
Demanda física							0,00*
Baixo	149	51,03	5,90	5,05	5,00	0,00-23,00	
Alto	143	48,97	8,64	6,15	7,00	0,00-29,00	
Insegurança no trabalho							0,02*
Baixo	237	81,16	7,05	5,52	6,00	0,00-24,00	
Alto	55	18,84	8,09	6,74	6,00	0,00-29,00	
Apoio social							0,00*
Baixo	242	82,88	7,50	5,95	6,00	0,00-29,00	
Alto	50	17,12	5,98	4,66	5,00	0,00-20,00	
Apoio do supervisor							0,00*
Baixo	258	88,36	7,46	5,85	6,00	0,00-29,00	
Alto	34	11,64	5,59	4,86	4,50	0,00-23,00	
Apoio dos colegas							0,00*
Baixo	248	84,93	7,25	5,74	6,00	0,00-29,00	
Alto	44	15,07	7,18	5,98	6,00	0,00-23,00	
Tipo de trabalho							0,00**
Alta exigência	69	23,63	10,14	7,32	8,00	0,00-29,00	
Trabalho ativo	76	26,03	6,64	4,66	6,00	0,00-21,00	
Trabalho passivo	78	26,71	6,55	5,08	6,00	0,00-23,00	
Baixa exigência	69	23,63	5,78	4,90	5,00	0,00-25,00	
Exposição ao estresse							0,00**
Maior exposição	69	23,63	10,14	7,32	8,00	0,00-29,00	
Exposição intermediária	154	52,74	6,60	4,86	6,00	0,00-23,00	
Sem exposição	69	23,63	5,78	4,90	5,00	0,00-25,00	

[#]Correlação de Spearman.

*Correlação significativa p=0,05 (2-tailed); **Correlação significativa p=0,01 (2-tailed).

A associação com os sintomas depressivos foi positiva e significativa ($p=0,01$) para as variáveis demanda psicológica ($r_s0,21$; $p=0,00$), demanda física ($r_s0,27$; $p=0,00$), tipo de trabalho ($r_s0,20$; $p=0,00$) e exposição ao estresse ($r_s0,22$; $p=0,00$) e positiva e significativa ($p=0,05$) para insegurança no trabalho ($r_s0,13$; $p=0,02$). Os resultados encontrados indicam que quanto maior a demanda psicológica e a física, mais inadequada a situação de trabalho e maior a exposição ao estresse ocupacional e a insegurança no trabalho, maiores são os índices de sintomas depressivos nos profissionais. Com relação as demais variáveis, a associação foi negativa e significativa ($p=0,01$) para controle no trabalho ($r_s-0,18$; $p=0,00$) e sua subdimensão autoridade decisória ($r_s-0,20$; $p=0,00$), e apoio social ($r_s-0,24$; $p=0,00$) e suas sub-

dimensões apoio do supervisor ($r_s=0,24$; $p=0,00$) e apoio dos colegas ($r_s=0,17$; $p=0,00$). Foi também negativa e significativa ($p=0,05$) para uso de habilidades ($r_s=0,17$; $p=0,03$), subdimensão do controle. A relação entre as variáveis preditoras e desfecho aqui se dão de modo inverso, ou seja, quanto maior o controle do trabalhador sobre o próprio trabalho, ou seja, maior for a possibilidade de desenvolver suas habilidades e de tomar decisões no e sobre seu trabalho, e quanto maior o apoio recebido no trabalho, por supervisores e colegas, menores são os índices de presença de sintomas depressivos encontrados.

6.8 Teste do modelo teórico proposto de explicação para a depressão relacionada ao trabalho em enfermeiros

A despeito das premissas de utilização da análise multivariada não serem integralmente atendidas, por todas as variáveis neste estudo, tais técnicas foram utilizadas a fim de identificar as relações existentes entre as variáveis de interesse. A realização de regressão, com modelo Tobito, teve o objetivo de testar as hipóteses: H1 – Os aspectos profissionais (carga horária, setor e turno de atuação) e psicossociais do ambiente laboral, o tipo de trabalho e a exposição ao estresse ocupacional estão associados ao aumento da medida de sintomas depressivos nos enfermeiros, após o controle das demais variáveis e H2 – A adição do apoio social influencia a relação entre demanda psicológica e controle no trabalho e a depressão nos enfermeiros, após o controle das demais variáveis.

Para a realização do modelo de regressão, foram inseridas como controle aquelas variáveis que compunham os aspectos sócio-demográficos (idade) e individuais (mudança significativa na vida, histórico pessoal de TM e diagnóstico prévio de depressão) e que apresentaram associação estatisticamente significativa com a variável de desfecho (sintomas depressivos). Foram inseridas, ainda, as variáveis que têm sido apontadas na literatura como fatores de risco para o desenvolvimento de depressão (sexo, estado civil, escolaridade e renda familiar) e como potenciais confundidores para a relação aspectos psicossociais laborais e depressão (tempo de atuação no hospital, no cargo e no setor). A utilização destes dados visou o fornecimento de resultados fidedignos.

Os resultados do modelo preditivo 1, são apresentados na Tabela 47. Neste primeiro modelo não foram inseridos controles e confundidores, para possibilitar a comparação entre

os modelos resultantes com e sem as variáveis, e permitir a adoção do modelo final mais adequado.

Tabela 47 – Análise da regressão Tobito utilizando a medida de depressão como variável desfecho (resultado) (Modelo para hipótese 1) nos enfermeiros estudados.. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Modelo preditivo 1 (sem variáveis controle)						
Variáveis preditoras	Estimativa (Beta - β)	Erro padrão	IC 95%		p	AIC*
<i>Aspectos profissionais do trabalho</i>						
Carga horária semanal	0,05	0,03	-0,01	0,10	0,08	1663,00
Setor de atuação (ref [#] Unidade de Coordenação)						1713,00
Unidade intensiva	2,06	1,78	-1,50	5,63	0,25	
Unidade clínica	1,53	1,69	-1,86	4,91	0,37	
Unidade cirúrgica	2,41	2,05	-1,70	6,52	0,24	
Unidade materno/infantil	0,34	1,93	-3,52	4,19	0,86	
Unidade ambulatorial	1,75	1,84	-1,94	5,44	0,34	
Turno de trabalho (ref turno integral)						1791,00
Manhã	-1,63	1,36	-4,36	1,09	0,23	
Tarde	-2,31	1,49	-5,28	0,66	0,12	
Noturno	-0,76	1,52	-3,79	2,27	0,62	
Rodízio	1,18	1,30	-1,41	3,78	0,36	
Vespertino	-0,06	2,81	-5,68	5,56	0,98	
<i>Aspectos psicossociais do trabalho</i>						
Demanda psicológica	0,27	0,06	0,15	0,39	< 0,01	1767,00
Controle no trabalho	-0,15	0,04	-0,22	-0,08	< 0,01	1769,00
Uso de habilidades	-0,19	0,07	-0,32	-0,05	0,01	1778,00
Autoridade decisória	-0,24	0,06	-0,36	-0,13	< 0,01	1768,00
Demanda física	0,64	0,13	0,38	0,90	< 0,01	1763,00
Insegurança	0,16	0,15	-0,14	0,46	0,29	1785,00
Apoio social	-0,44	0,11	-0,65	-0,23	< 0,01	1769,00
Apoio do supervisor	-0,57	0,14	-0,86	-0,29	< 0,01	1770,00
Apoio dos colegas	-0,62	0,23	-1,08	-0,15	0,01	1779,00
Tipo de trabalho (ref baixa exigência)						1767,00
Alta exigência	4,57	1,03	2,51	6,63	< 0,01	
Trabalho ativo	1,17	1,01	-0,84	3,18	0,24	
Trabalho passivo	0,80	1,00	-1,21	2,80	0,43	
Exposição ao estresse ocupacional (Sem exposição)						1705,00
Maior exposição	4,57	1,03	2,51	6,63	< 0,01	
Exposição intermediária	0,98	0,88	-0,78	2,74	0,26	

*AIC: Critério de informação de Akaike.

Ref: referência.

De acordo com o observado na Tabela 47, nenhum dos aspectos profissionais mostrou-se significativo ao modelo. A demanda psicológica, o controle no trabalho (uso de habilidades e autoridade decisória), a demanda física, o apoio social (apoio do supervisor e dos colegas), a alta exigência no trabalho e a, consequente, maior exposição ao estresse ocupacional foram significantes no modelo preditivo 1. Entretanto, os altos valores obtidos pelo critério de informação de Akaike – AIC indicaram um modelo menos adequado a

adoção, sugerindo que outras variáveis possam estar relacionadas com o desfecho, sintomas depressivos, estudado.

As análises foram, então, repetidas tendo controles e confundidores inseridas no modelo como variáveis controle e são apresentadas na Tabela 48 a seguir.

Tabela 48 – Análise da regressão Tobito utilizando a medida de depressão como variável desfecho (resultado) (Modelo para hipótese 1) nos enfermeiros estudados. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Modelo preditivo 2 (com variáveis controle)						
Variáveis predictoras	Estimativa (Beta - β)	Erro padrão	IC 95%		p	AIC*
Aspectos profissionais do trabalho						
Carga horária semanal	0,05	0,03	0,00	0,10	0,05	232,90
Setor de atuação (ref Unidade de Coordenação)	-0,41	3,39	-7,18	6,36	0,90	258,50
Unidade intensiva	3,16	1,68	-0,20	6,52	0,06	
Unidade clínica	3,19	1,60	-0,02	6,40	0,05	
Unidade cirúrgica	5,30	1,94	1,42	9,17	0,01	
Unidade materno/infantil	1,88	1,79	-1,71	5,46	0,29	
Unidade ambulatorial	3,49	1,70	0,09	6,89	0,04	
Turno de trabalho (ref turno integral)	2,21	3,29	-4,37	8,79	0,50	239,70
Manhã	-1,06	1,24	-3,55	1,43	0,40	
Tarde	-0,75	1,37	-3,49	1,99	0,58	
Noturno	0,00	1,40	-2,79	2,80	1,00	
Rodízio	1,81	1,21	-0,61	4,24	0,13	
Vespertino	2,72	2,51	-2,30	7,73	0,28	
Aspectos psicossociais do trabalho						
Demanda psicológica	0,21	0,06	0,09	0,32	< 0,01	253,30
Controle no trabalho	-0,13	0,03	-0,19	-0,06	< 0,01	249,60
Uso de habilidades	-0,17	0,07	-0,31	-0,03	0,01	210,30
Autoridade decisória	-0,19	0,05	-0,30	-0,08	< 0,01	249,30
Demanda física	0,50	0,13	0,25	0,75	< 0,01	252,80
Insegurança	0,18	0,14	-0,10	0,45	0,21	253,30
Apoio social	-0,36	0,10	-0,56	-0,16	< 0,01	253,80
Apoio do supervisor	-0,46	0,14	-0,73	-0,18	< 0,01	252,30
Apoio dos colegas	-0,50	0,22	-0,94	-0,06	0,02	250,70
Tipo de trabalho (ref baixa exigência)						254,40
Alta exigência	3,67	0,96	1,75	5,60	< 0,01	
Trabalho ativo	1,04	0,94	-0,85	2,93	0,27	
Trabalho passivo	1,25	0,95	-0,64	3,15	0,19	
Exposição ao estresse ocupacional (Sem exposição)						255,70
Maior exposição	3,67	0,96	1,75	5,60	< 0,01	
Exposição intermediária	1,15	0,83	-0,50	2,80	0,16	

*AIC: Critério de informação de Akaike.

Ref: referência.

Constatou-se que não houve alterações quanto às dimensões psicossociais no trabalho significantes. No entanto, a carga horária de trabalho semanal e os setores de atuação unidade Clínica, Cirúrgica e Ambulatorial revelaram-se significantes. Além disso, os menores valores AIC obtidos indicaram melhor adequação do segundo modelo preditivo ao primeiro, sendo este adotado como modelo final.

Ao se analisar o modelo final, de acordo com o JSM (*Job Strain Model*), referencial teórico adotado, observou-se que os resultados encontrados demonstraram concordância parcial os seus pressupostos. Neste sentido, a demanda psicológica e o controle no trabalho apresentaram relação significativa com o desenvolvimento de sintomas depressivos. O mesmo foi verdadeiro para a situação de alta exigência no trabalho e a maior exposição ao estresse ocupacional. Entretanto, o trabalho passivo e exposição intermediária ao estresse não foram significativos na amostra estudada.

A inserção da dimensão apoio social no trabalho no modelo JSM tem sido apontada como relevante. Segundo os pressupostos, a dimensão teria efeito moderador nos desgastes provocados pelas inadequações do ambiente de trabalho.

Neste sentido, visando testar a hipótese 2, o apoio social no trabalho foi inserido como controle no modelo final, para avaliar seu efeito nas dimensões do modelo JSM (demanda psicológica e controle no trabalho). Como pode ser observado na Tabela 49, apresentada a seguir, o efeito moderador da dimensão foi parcial, quando analisado a relação com a depressão, uma vez que demonstrou influenciar a demanda psicológica e a sub-dimensão uso de habilidades, que deixaram de ser estatisticamente significantes, mas não demonstrou efeito sob o controle no trabalho ou sua sub-dimensão autoridade decisória.

Tabela 49 – Análise da regressão Tobito utilizando a medida de depressão como variável desfecho (resultado) (Modelo para hipótese 2) nos enfermeiros estudados. Ribeirão Preto - SP, 2009. (n=292)

Modelo final + apoio social	Estimativa (Beta - β)	Erro padrão	IC 95%		<i>p</i>	AIC*
			LI	LS		
Demanda psicológica	0,18	0,25	-0,31	0,66	0,47	255,20
Controle no trabalho	-0,27	0,11	-0,49	-0,06	0,01	250,00
Uso de habilidades	-0,08	0,17	-0,41	0,25	0,64	211,10
Autoridade decisória	-0,54	0,23	-0,99	-0,09	0,02	250,50

*AIC: Critério de informação de Akaike

Desta forma, o modelo proposto e apresentado inicialmente para avaliar a relação entre os aspectos profissionais e psicossociais no trabalho e a presença de sintomas indicativos de depressão em enfermeiros atuantes no hospital, estruturado no referencial de teórico proposto por Akaike (1974) referente ao grau de adequação entre modelos estatísticos estimados, foi reformulado e é apresentado a seguir na Figura 6.

Figura 6 - Modelo teórico reformulado para avaliação da relação entre os aspectos profissionais e psicossociais no trabalho e a depressão em enfermeiros atuantes no hospital.

7 DISCUSSÃO

7 DISCUSSÃO

7.1 Considerações acerca do desempenho psicométrico dos instrumentos no contexto do estudo

Para avaliar a confiabilidade dos instrumentos psicométricos utilizados foi estimado o coeficiente alfa de Cronbach (α), que avalia a consistência interna ou homogeneidade das perguntas que objetivam medir um mesmo construto. Esse coeficiente foi estimado para cada dimensão (demanda psicológica e física, controle sobre o trabalho, insegurança, apoio social no trabalho e depressão) e sub-dimensões (uso de habilidades e autoridade decisória; apoio do supervisor e apoio dos colegas de trabalho, respectivamente) analisadas no estudo, de acordo com os parâmetros propostos por Landis e Koch (1977).

A dimensão demanda psicológica (0,72) teve consistência considerada substancial. Foram encontrados valores superiores em pesquisas realizadas entre enfermeiros, desenvolvidas por Trinkoff et al. (2006), Peter, Rijk e Boumans (2009) e Rodwell et al. (2009) 0,76, 0,90 e 0,89 respectivamente; e valores inferiores Chiu et al. (2009), 0,65. No Brasil, Magnago (2008) encontrou alfa idêntico (0,72) entre enfermeiros e Araújo e Karasek (2008) ao avaliarem o desempenho psicométrico da escala reportaram valores inferiores entre trabalhadores formais (0,66) e informais (0,56).

Com relação à dimensão controle, o coeficiente calculado (0,76) mostrou-se substancial e superior ao evidenciado entre enfermeiros por Chiu et al. (2009), 0,65, e inferior ao reportado por Rodwell et al. (2009), 0,77. No Brasil, foram relatados coeficientes inferiores por Magnago (2008) entre enfermeiros (0,60) e Araújo e Karasek (2008) na validação da escala entre trabalhadores formais (0,65) e informais (0,62). A dimensão pode ser dividida em duas sub-dimensões uso de habilidades e autoridade decisória. O coeficiente para a sub-dimensão uso de habilidades (0,69) foi considerado substancial e mostrou-se, entre trabalhadores de enfermagem, superior ao relatado por Magnago (2008) entre enfermeiros (0,47) e entre trabalhadores formais e informais por Araújo e Karasek (2008) (0,65 e 0,60, respectivamente). Para a sub-dimensão autoridade decisória (0,59) o coeficiente obtido foi considerado moderado e mostrou-se superior ao valor encontrado em enfermeiros (0,48) por Magnago (2008) e entre trabalhadores formais (0,69) e informais (0,72) por Araújo e Karasek (2008).

Avaliado como quase perfeito, o valor da consistência interna para a demanda física (0,81) mostrou-se inferior ao reportado por Trinkoff et al. (2006) em enfermeiros (0,85) e por Karasek et al. (1998) entre trabalhadores homens de cinco países (0,86); e superior aos valores relatados por Karasek et al. (1998) entre trabalhadores mulheres de cinco países (0,79), por Mausner-Dorsch e Eaton (2000) entre trabalhadores no geral (0,71) e na validação do instrumento (ARAÚJO; KARASEK, 2008) entre trabalhadores formais (0,76) e informais (0,76).

O pior resultado de confiabilidade, entre as dimensões, diz respeito à insegurança no trabalho (0,20) que foi considerado fraco. Nesse sentido, a consistência mostrou-se inferior ao evidenciado por Araújo e Karasek (2008) na validação do instrumento entre trabalhadores formais (0,36) e informais (0,55), por Lee et al. (2007) entre comissários de bordo (0,46) e por Karasek et al. (1998) entre trabalhadores de cinco países respectivamente homens (0,61) e mulheres (0,58). Entretanto observa-se que as pesquisas também encontraram valores de coeficientes considerados fracos, o que permite o questionamento quanto à validade do instrumento para a dimensão e os resultados obtidos neste e demais estudos referentes à mesma.

O coeficiente calculado para a dimensão o apoio social (0,79) foi avaliado como substancial. Em enfermeiros, mostrou-se superior ao relatado por Chiu et al. (2009) e Peters, Rijk e Boumans (2009) respectivamente, 0,85 e 0,82. Foi, também, superior aos valores calculados entre trabalhadores formais (0,71) e informais (0,66) por Araújo e Karasek (2008). Composta por duas sub-dimensões, o coeficiente do apoio social dos supervisores (0,82) considerado quase perfeito, mostrou-se inferior ao reportado por Rodwell et al. (2009) entre enfermeiros (0,90) e superior aos coeficientes encontrados na validação do instrumento (ARAÚJO; KARASEK, 2008) entre trabalhadores formais (0,79) e informais (0,65). E para a sub-dimensão apoio social dos colegas (0,71) considerada substancial, mostrou-se inferior ao reportado por Rodwell et al. (2009) entre enfermeiros (0,80) e superior na validação do instrumento (ARAÚJO; KARASEK, 2008) entre trabalhadores formais (0,69) e informais (0,70).

Os valores encontrados neste estudo demonstram que a escala teve, no geral, valores de consistência considerados quase perfeitos e substanciais, exceto a sub-dimensão autoridade decisória (moderada) e a insegurança no trabalho (fraca). Segundo Santos (2006), o bom desempenho encontrado do JCQ-49 ao serem avaliados trabalhadores de cinco diferentes ocupações (professores, cirurgiões-dentistas, médicos, trabalhadores formais e informais) de

uma localidade do nordeste do Brasil, sustenta a validade da utilização desse instrumento na realidade brasileira.

Com relação à depressão, a consistência interna do BDI obteve alfa igual a 0,83, considerado quase perfeito. O valor obtido foi menor que o valor reportado por Ruggiero (2003) entre enfermeiros (0,90), mas confirmou a o bom desempenho do instrumento em medir os sintomas depressivos.

7.2 Considerações acerca dos resultados encontrados

Por terem sido incluídos todos os enfermeiros atuantes no hospital, o estudo confirmou a prevalência de profissionais do gênero feminino na Enfermagem, como já apontado por diversos trabalhos científicos (JOSEPHSON et al., 1997; BOTHA e BRIDGER, 1998; BIANCHI, 2000; BARBOSA; SOLER, 2003; MUROFUSE; MARZIALE, 2005; ERIKSEN; TAMBS; KNARDAHL, 2006; PINHO; ARAÚJO, 2007; MAGNAGO, 2008).

No estudo, as mulheres representaram 91,10% dos sujeitos. Semelhante às prevalências entre enfermeiros encontradas nos estudos de Trinkoff et al. (2006) e Boya et al. (2008), que obtiveram, respectivamente, 95,0% e 93,1%. Embora em proporção bastante inferior, os profissionais masculinos foram inseridos com o objetivo de se verificar possíveis discrepâncias entre gênero e as variáveis de interesse, ainda que essas inferências devam ser consideradas com cautela.

Com relação à idade, a média encontrada no estudo foi de 38,64 anos (DP±9,19) com prevalência de profissionais entre 30 e 45 anos (50,87%). Ao se comparar os resultados para idade com outros estudos realizados entre enfermeiros e que utilizaram mesmo referencial teórico (JSM), observou-se que idade média foi semelhante ao reportado por Brown, Zijlstra e Lyons (2006), que no Reino Unido reportou média de 38,55 anos; superior à média encontrada por Kawano (2008), que no Japão obteve média de 31,4 anos (DP±8,9) e Chiu et al. (2009), que em Taiwan reportaram média de 30,44 anos; e inferior aos resultados de Trinkoff et al. (2006), que nos Estados Unidos obteve média de 45 anos. A faixa etária prevalente divergiu dos resultados apresentados por Peter, Rijk e Boumans (2009), que na Holanda obtiveram 84,60% dos enfermeiros com 35 anos ou mais e por Rodwel et al. (2009) que na Austrália ressaltaram 80,3% com 40 ou mais anos.

Os enfermeiros investigados apresentaram distribuição equivalente entre casados (49,32%) e solteiros (44,52%). Fato semelhante foi reportado, na Turquia por Boya et al. (2008) que obteve entre os participantes 53,9% solteiros e 46,1% casados. Entretanto, a distribuição do estado civil foi inferior à reportada, nos Estados Unidos, por Cheng et al. (2000) que obtiveram 81,7% de sujeitos casados; e superior à distribuição apresentada, no Japão, por Kawano (2008), no qual as enfermeiras casadas eram 32,9% da amostra.

Entre as variáveis sócio-demográficas, a escolaridade mereceu atenção especial. Embora tenham sido positivos os índices encontrados de enfermeiros especialistas (52,40%) e pós-graduados tipo *Stricto sensu* (15,00%, aproximadamente), principalmente ao se comparar com estudos realizados em outros países, considera-se relevante que 32,53% destes profissionais possuam apenas graduação, sendo que na unidade cirúrgica essa prevalência aumenta para 60,87%. A porcentagem de enfermeiros apenas graduados parece divergir das necessidades institucionais e dos clientes do hospital. A instituição investigada atende diversas especialidades com alto grau de complexidade de assistência. Embora não tenha sido objetivo deste estudo, acredita-se que o nível de escolaridade interfira diretamente na qualidade da assistência prestada aos clientes.

Ainda assim, os resultados encontrados foram superiores aos encontrados por Juarez-Garcia (2007), que no México observou 43% dos enfermeiros com apenas graduação e somente 3% com pós-graduação tipo *Stricto sensu*; por Boya et al. (2008), que na Turquia verificaram 52,2% dos enfermeiros tinham somente graduação; por Rodwell et al. (2009), que na Austrália, relataram que 38,3% dos sujeitos tinham curso pós-graduação; e por Chiu et al. (2009), que em Taiwan constataram apenas 1,88% das enfermeiras pesquisadas com mestrado. Ressalta-se que, embora os enfermeiros contratados pela fundação FAEPA fossem minoria na instituição, ao se considerar os percentuais dos profissionais, 72,34% dos funcionários FAEPA possuíam algum tipo de pós-graduação, percentual superior aos enfermeiros contratados pelo hospital (servidores públicos), igual a 65,82%.

A renda familiar apresentou grande intervalo de dados, variando entre 1.250,0 e 16.000,0 reais, com média de 4.253,3 reais ($DP \pm 2.220,3$), sendo que 51,4% dos enfermeiros possuíam renda de até 4.000 reais. Convertendo-se as rendas encontradas pelo valor do salário mínimo (SM) vigente para todo o país de R\$465,00 (BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego, 2009), verifica-se que a amostra estudada possuía renda entre 2,7 a 34,4 SM, sendo que em média a renda familiar correspondia a 9,1 SM e 51,37% dos enfermeiros possuía renda de até 8,6 SM. Estudando a qualidade de vida no trabalho dos profissionais de

enfermagem do bloco cirúrgico, Schmidt e Dantas (2006) obtiveram que os baixos salários foram uma das causas de maior insatisfação no trabalho entre os enfermeiros investigados.

Tokuyama et al. (2003) afirmam que uma das principais limitações dos estudos produzidos sobre a relação trabalho e depressão é a falta observada da inserção de variáveis relacionadas à influência genética (histórico familiar, por exemplo) no desenvolvimento das psicopatologias entre os profissionais investigados. Nesse sentido, na pesquisa foram inseridos aspectos individuais relacionados à mudança significativa ocorrida no último ano, e sua natureza, e histórico familiar e pessoal de transtornos mentais prévios, que poderiam se relacionar à presença de episódios depressivos e influenciar as associações e resultados encontrados.

Ao serem perguntados sobre a ocorrência e natureza de mudanças significativas em suas vidas no último ano, quase metade dos profissionais referiram ter ocorrido algum fato marcante e, dentre as referidas mudanças, 22,22% puderam ser agrupadas em relativas ao trabalho, caracterizadas por mudança no cargo, problemas no trabalho, perda de emprego, aposentadoria e primeiro emprego. O evento de mudanças significativas no último ano se relacionou à demanda psicológica no trabalho ($p=0,04$) e à presença de depressão ($p=0,01$). A natureza da mudança, no entanto, não se associou a nenhuma variável desse estudo.

Os resultados encontrados estão em acordo com Tokuyama et al. (2003), que ao pesquisar sobre fatores preditores presentes no ano anterior à ocorrência de episódio depressivo dos trabalhadores administrativos de uma empresa japonesa, encontrou associação entre mudanças, como separação conjugal e perda de propriedade, e desenvolvimento do transtorno. Entretanto, no modelo final, após a inserção das variáveis controle, essas mudanças deixaram de ser significativas. E estão em concordância com Wang (2005), que ao estudar o estresse no trabalho como fator de risco para depressão, entre a população canadense, observou que os eventos negativos e recentes não estavam associados à depressão. Segundo o autor, os resultados encontrados, relacionados aos aspectos sócio-demográficos, clínicos e psicológicos não evidenciaram atuação dessas variáveis como confundidores da relação estresse no trabalho e depressão, afirmando ser o estresse ocupacional um fator de risco independente para a população trabalhadora.

Para identificar possíveis influências da predisposição hereditárias, foram incluídas as variáveis auto-relatadas referentes ao histórico familiar e pessoal de transtornos mentais. 21,72% dos entrevistados possuíam histórico familiar positivo. Dentre eles, em 26,15% o grau de parentesco era de primeiro grau e em 47,62% o transtorno apresentado era a depressão. O histórico familiar não se associou a nenhuma das variáveis analisadas neste estudo. Com

relação ao histórico pessoal, 12,67% referiram ter ou terem tido algum transtorno mental diagnosticado durante sua vida, sendo a depressão citada por 75,68% como o referido transtorno.

Não obstante a instituição hospitalar investigada faça parte da rede pública de saúde, a presença de uma fundação privada no hospital possibilitava outra via de contratação de profissionais. Desta forma, observou-se que a instituição contava com, majoritariamente, servidores públicos (81,16%), seguido de funcionários com vínculo com a fundação FAEPA (16,10%) e funcionários com duplo vínculo com o hospital (2,74%), servidores públicos com jornada complementar por meio de contrato com a FAEPA.

Ao se comparar as listas das atividades típicas da descrição dos cargos ocupados pelos profissionais enfermeiros, disponibilizada pelo centro de recursos humanos do hospital, se observou que as diferenças mais discrepantes nas atividades realizadas se referiam ao cargo diretor técnico de serviço de saúde. Estes profissionais, no que se refere à área de atuação sob sua responsabilidade, devem: planejar, organizar, dirigir, controlar e avaliar as atividades técnicas, científicas e administrativas; participar da elaboração do diagnóstico das necessidades da área; participar da elaboração e execução dos programas de desenvolvimento do pessoal e de pesquisa; elaborar e atualizar, juntamente com sua equipe de trabalho, rotinas específicas; manter entrosamento e colaboração com os demais membros da equipe multiprofissional do Hospital; supervisionar e estabelecer efetivo controle da frequência mensal dos servidores de sua área; planejar os recursos materiais utilizados, bem como promover a realização de testes com os mesmos e elaborar parecer técnico; promover reuniões periódicas com seu grupo de trabalho, para análise de situações do serviço relacionado a pacientes, pessoal, material e outros assuntos administrativos; e entrevistar os servidores recém admitidos na área, a fim de proceder à orientação e avaliação dos mesmos.

Entre os enfermeiros, enfermeiros encarregados e enfermeiros chefes, o que se nota é o aumento gradativo das responsabilidades de gerenciamento dos recursos humanos e materiais, relacionados à assistência de enfermagem, em detrimento, relativo, de atividades assistenciais. Ao se comparar as listas, são atividades específicas dos enfermeiros: requisitar medicamentos, materiais, reposição de roupas e consertos de materiais; realizar reuniões de orientação para assegurar o desempenho adequado dos servidores; realizar cuidados com o corpo pós-morte; transportar pacientes em macas e/ou cadeiras de rodas; realizar escala diária; e colaborar com os enfermeiros chefes no desenvolvimento do pessoal de enfermagem. Entre as suas atividades específicas dos enfermeiros encarregados estão: manter controle de medicamentos, materiais e reposição de roupas; realizar reuniões de avaliação da equipe de enfermagem, para

assegurar o desempenho adequado no trabalho; orientar a realização dos cuidados com o corpo pós-morte; auxiliar na confecção de escalas de férias, mensal e de atribuições diárias; orientar a elaboração dos planos de cuidados de enfermagem e verificar a aplicação dos mesmos; colaborar com os enfermeiros do serviço no desenvolvimento de pessoal; e participar de comissões de estudo de normas e rotinas do serviço.

Enquanto que entre as atividades específicas dos enfermeiros chefes estão: providenciar consertos e/ou reposição de materiais; testar novos materiais; realizar reuniões de orientação e avaliação da equipe de enfermagem, para assegurar o desempenho adequado no trabalho; orientar a realização dos cuidados com o corpo pós-morte; atender pacientes em situações de emergência; verificar constantemente os locais de trabalho de sua área, observando a ordem e limpeza das dependências, uso e conservação do material, equipamentos, instrumentais e aparelhos, discutindo os detalhes com os enfermeiros sob sua supervisão; controlar frequência, férias e informativos, via computador; e participar de comissões que envolvam ações do serviço.

Na distribuição de cargos ocupados, observou-se o predomínio do enfermeiro (70,89%), seguido do enfermeiro encarregado do turno (11,30%), enfermeiro chefe (13,70%) e diretor técnico de serviço (3,77%). Mesmo com menor número de categorias na distribuição, no Brasil, Bianchi (2000) verificou que os enfermeiros assistenciais representavam 83,1% da amostra estudada, seguido dos enfermeiros chefes (10,1%) e supervisores (6,8%). E em discordância parcial, em Taiwan prevaleceram os enfermeiros encarregados (50,94%) e assistenciais (41,29%), seguido do enfermeiro chefe (7,77%) (CHIU et al., 2009). Contudo, verifica-se a preponderância do enfermeiro de nível hierárquico inferior.

O tempo de atuação dos enfermeiros no hospital foi, em média, aproximadamente 11 anos ($DP \pm 8,77$; intervalo $\pm$ entre 1 mês e 35 anos), superior ao reportado por Chiu et al. (2009) no qual os enfermeiros tinham tempo de atuação médio de 1,97 anos e próximo a Rodwell et al. (2009), que observaram 75,6% atuando a 9 anos na instituição investigada. No Brasil, Magnago (2008) relatou tempo médio no setor de 8,2anos ($DP \pm 6,6$ anos) entre profissionais de enfermagem. No presente estudo, os tempos médios aproximados de atuação dos enfermeiros no cargo ocupado e no setor de atuação foram de sete anos ($DP \pm 6,98$; $DP \pm 6,57$, respectivamente). Pode-se observar pouca diferença nas médias obtidas e grande variação dos dados coletados. Este fato pode decorrer da pouca mobilidade na carreira, típica da profissão, que pode levar a desmotivação do trabalhador e ao aumento da rotatividade na instituição.

As causas de rotatividade dos profissionais de enfermagem se relacionam à inexperiência profissional, inadequação do treinamento na admissão, prolongadas jornadas de trabalho, baixos salários e número insuficiente de membros na equipe de trabalho. Em estudo sobre a rotatividade dos trabalhadores de enfermagem na instituição pesquisada (ANSELM; DUARTE; ANGERAMI, 2001), durante período de cinco anos (de 01/01/1990 a 31/12/1994), os autores verificaram que a probabilidade do grupo permanecer no emprego após cinco anos foi de apenas 26,17% e que apenas 27,8% dos 225 enfermeiros seguidos possuía probabilidade de permanecer no emprego. Os autores apontam para uma forte renovação da força de trabalho na instituição ao longo do período de estudo.

A alta rotatividade entre os profissionais foi creditada a reorganização dos serviços municipais de saúde ocorrida e a ampliação no quantitativo de trabalhadores de enfermagem subsequente, supondo que esta tenha se dado à custa da migração dos trabalhadores da rede hospitalar para os serviços de saúde do Município; e ao processo de implantação do plano de carreira, cargos e salários no Município, que fez com que a remuneração dos trabalhadores de enfermagem na rede municipal tenha se mantido superior à da rede hospitalar pública (e privada também) (ANSELM; DUARTE; ANGERAMI, 2001).

Ainda que seja comum a profissão do enfermeiro o vínculo a mais de um trabalho, a maioria dos enfermeiros do hospital não possuía outro emprego (74,32%). Entretanto, um quarto dos enfermeiros relatou possuir outro emprego e desempenhavam a função de enfermeiro (72,60%) ou docente (21,92%). De modo similar, entre profissionais de enfermagem, Magnago (2008) observou que 26,3% possuíam outro vínculo empregatício. Em contrapartida, nos Estados Unidos, apenas 10,2% das enfermeiras referiram ter outro emprego (ZAPKA et al., 2009). Schmidt e Dantas (2006) destacaram que a profissão ainda é mal remunerada no país e que por isso a maioria dos trabalhadores é obrigada a optar por mais de um emprego, o que acarreta na permanência do trabalhador no ambiente de serviço de saúde a maior parte do tempo de suas vidas produtivas, aumentando a exposição aos riscos ocupacionais.

A carga horária de trabalho semanal tem sido apontada como variável preditora de diversos desfechos relacionados ao trabalho de enfermagem. No Brasil, Canini et al. (2008) ao estudar na instituição hospitalar investigada os acidentes percutâneos entre trabalhadores de enfermagem, observou que o aumento das horas trabalhadas, 50 ou mais h/semana, aumentava as chances de ocorrência do acidente com agulha. A relação entre a carga horária e o acidente não foi investigada, mais os autores acreditavam que mais horas trabalhadas refletia em maior tempo de exposição a situações de risco. Nos Estados Unidos dados

similares foram encontrados, sendo que os enfermeiros com maior risco de acidentes trabalhavam mais de 60 h/semana (DEMBE; DELBOS; ERICKSON, 2009). Os autores destacaram, ainda, que no estudo o risco relacionava-se a carga semanal de trabalho, ou seja, com o acúmulo de horas trabalhadas no decorrer da semana, mas não se relacionou com trabalho igual ou maior que 12h/dia ou com o turno noturno e rodízio.

Na Holanda, um estudo entre enfermeiras de unidades clínicas revelou que a frequência do absenteísmo por doença aumentava, significativamente, com o aumento do número de horas trabalhadas (SCHREUDER et al., 2009). Nesse sentido, Trinkoff et al. (2006) demonstrou que os distúrbios osteomusculares em enfermeiras, tão comuns nos trabalhadores de enfermagem, estavam correlacionados a trabalhar mais que 13h/dia. E Kroenke et al. (2007) relatou que as enfermeiras que trabalhavam mais que 40 ou mais horas por semana tinham risco aumentado para o desenvolvimento do diabetes tipo 2.

No presente estudo, os sujeitos investigados reportaram trabalhar, em média, 42,81 horas ($DP \pm 13,62$ h) e a carga semanal trabalhada variou entre 30 e 90 horas. No Brasil, Silva (2008) observou, entre trabalhadores de enfermagem, média de 47,6 horas ($DP \pm 19,3$ h) de trabalho por semana, sendo que aproximadamente 15% trabalhavam até 30h e 32% de 31h à 40h por semana. Neste estudo, a faixa de carga horária mais relatada foi de até 36 horas (41,10%). Embora a prevalência de até 36 horas trabalhadas tenha sido também comprovada em outros estudos, ela foi inferior aos dados reportados no Brasil e nos Estados Unidos (MAGNAGO, 2008 - 53,0% dos profissionais de enfermagem e ZAPKA et al., 2009 - 57,4% em enfermeiras, respectivamente). Mesmo com menor prevalência, ressalta-se que 27,40% dos enfermeiros trabalhavam entre 36 e 48 horas semanais e 25,00% trabalhavam mais que 48 horas. No Brasil, os trabalhadores de enfermagem compreendem uma categoria profissional peculiar quando se trata de carga horária, uma vez que o duplo vínculo empregatício é comum e a opção por um segundo emprego é estimulada em decorrência dos baixos salários e facilitada pela flexibilidade nos horários laborais (ROTEMBERG et al., 2008).

Diversas variáveis estudadas apresentaram associação com a carga horária de trabalho. A associação com o gênero ($p=0,04$) demonstrou que os homens trabalhavam, em média, mais horas por semana que as mulheres (48,1h versus 42,2h, respectivamente). Resultados semelhantes foram relatados por Rotemberg et al. (2008), entre trabalhadores de enfermagem no Brasil, no qual as horas de trabalho foram significativamente maiores entre os homens (51,9h versus 46,7h das mulheres). Não foram observadas associações com idade ou estado civil. Diferentemente, Kroenke et al. (2007) verificaram que as enfermeiras que trabalhavam

40 ou mais horas por semana, eram mais velhas e tinham menor probabilidade de serem casadas.

Foi observada, também, associação com a renda familiar ($p=0,01$), embora considerada fraca, com o vínculo empregatício ($p=0,00$), o vínculo extra-instituição ($p=0,00$) e a função desempenhada ($p=0,00$). De acordo com as associações observadas, a renda aumentou com o incremento de horas trabalhadas; a média de horas trabalhadas foi maior para os funcionários FAEPA que para os servidores públicos (45,2h versus 42,4h, respectivamente); maior para os sujeitos que referiram ter outro emprego do que os demais funcionários (60h versus 37,1h, respectivamente); e para os funcionários que atuavam no segundo emprego também como enfermeiros do que os que atuavam como docentes (62,73h versus 53,13h, respectivamente). Os resultados encontrados reiteram a opção por mais de um emprego ou, mesmo, o aumento da carga horária de trabalho entre os enfermeiros a fim de gerar aumento de renda, como sugerido pelas autoras Schmidt e Dantas (2006).

Embora o setor de atuação não tenha apresentado associação significativa com a carga horária neste estudo, Kroenke et al. (2007) verificaram que as enfermeiras que trabalhavam menos que 40 horas por semana atuavam em setores de emergência ou ambulatório, enquanto que as que referiram trabalhar mais de 40 horas por semana atuavam no centro cirúrgico, em áreas de administração/coordenação ou como educadoras. Os autores destacaram, ainda, que as altas cargas de horas trabalhadas pelas enfermeiras poderiam ser consideradas estressantes por si só, ou, poderiam levar à longos períodos de exposição a condições de trabalho estressantes. Nesse sentido, no presente estudo a variável associou-se de modo fraco com a exposição ao estresse ocupacional (associação inversa; $p=0,05$) e com a depressão (modelo final $p=0,05$).

A relação entre a saúde e a unidade de trabalho dos enfermeiros, dentro do ambiente hospitalar, tem sido alvo constante de investigações científicas, com resultados contraditórios sobre a existência, ou não, dessa relação. Barbosa e Soler (2003), ao estudar os afastamentos dos trabalhadores de enfermagem de uma instituição privada de saúde, verificaram a predominância de afastamentos entre os enfermeiros (54,5%) e técnicos de enfermagem (57,1%) que atuavam em unidade de internação. Ao estudar a qualidade do ambiente de trabalho dos enfermeiros em unidades intensivas de diferentes especialidades, Schmalenberg e Kramer (2007) evidenciaram que os enfermeiros da UTIs pediátricas tinham escores mais altos relacionados ao ambiente saudável, quando comparados aos enfermeiros de todos os outros tipos de UTIs, particularmente no que se referia a fatores relacionados a relação

médico-enfermeiro, controle sobre o trabalho, adequação dos recursos humanos e dos valores centrados no paciente.

Assim, visando viabilizar a comparação dos resultados encontrados na instituição hospitalar estudada, os diversos setores de atuação foram categorizados em seis unidades. Desta forma, pode-se observar que os profissionais se distribuíram, principalmente, nas unidades Clínica (39,38%), Intensiva (20,55%) e Ambulatorial (15,41%), seguidas da Materno-infantil (11,30%), Cirúrgica (7,88%) e Administração/coordenação de Enfermagem (5,48%). No Brasil, seguindo mesma categorização dos setores utilizada neste estudo, com acréscimo de unidade de Emergência, Magnago (2008) observou que os trabalhadores de enfermagem se distribuíram entre as unidades Clínica (32,6%), Intensiva (19,1%), Materno-infantil (14,1%), Cirúrgica (11,8%), Urgência e Emergência (11,4%), Ambulatorial (8,1%) e Direção e coordenação de Enfermagem (2,9%). As distribuições reportadas são similares as deste estudo, principalmente em unidades Clínicas e Intensivas. No Japão, Kawano (2008) reportou distribuição parcialmente parecida entre enfermeiras atuando em hospitais, sendo que 65,5% enfermarias (divididas em enfermarias médicas, cirúrgicas e em médico - cirúrgicas); 14,4% em unidades de tratamento intensivo (UTI), 5,9% em centro cirúrgico e 14,2% em ambulatório. Ressalta-se que a divisão de setores e mesmo de profissionais dentro do hospital esta diretamente relacionada à especialização e nível de atendimento do cuidado prestado.

O setor de atuação do enfermeiro associou-se com a idade ($p=0,00$) e estado civil ($p=0,03$), entre as variáveis sócio-demográficas levantadas. Foi verificado que as unidades de Administração/coordenação, Cirúrgicas e Ambulatoriais possuíam as menores proporções de trabalhadores mais jovens (menor que 30 anos) e maior proporção de funcionários com idade mais avançada (mais que 45 anos). Nas unidades Intensivas, Clínicas e Materno-infantis prevaleceu à faixa de 30 a 45 anos. Observou-se também, que os sujeitos casados foram mais prevalentes nas unidades Ambulatoriais, Administração/coordenação, Cirúrgicas e Materno-infantis e que os profissionais solteiros prevaleceram nas unidades Intensivas e Clínicas.

Entre as variáveis profissionais, o setor de atuação apresentou associação com o turno de trabalho ($p=0,00$) e associação moderada com o tempo de atuação no hospital ($p=0,00$) e no cargo ($p=0,00$) e fraco com o tempo no setor ($p=0,04$). Verificou-se que os profissionais atuavam a menos tempo no hospital e no setor estavam locados na unidade Intensiva. Em contrapartida, os profissionais há mais tempo na instituição e no setor prevaleceram na unidade Cirúrgica. Com relação ao turno de trabalho relatado, diferenças significativas foram encontradas para as unidades Intensivas e Clínicas, nas quais prevaleceu o rodízio entre

turnos, em comparação com as demais unidades que obtiveram distribuições mais equivalentes nos diferentes turnos.

Associações significativas foram ainda encontradas com as variáveis a demanda psicológica ($p=0,02$), a sub-dimensão uso de habilidades ($p=0,04$), o apoio social ($p=0,05$), o tipo de trabalho ($p=0,03$) e a depressão no modelo final (apenas algumas unidades; $p=0,01$ a $p=0,05$). Essas interações serão apresentadas quando as referidas variáveis forem discutidas.

No ambiente hospitalar a assistência de enfermagem é ofertada 24 horas por dia, sete dias por semana, se fazendo imperativo o trabalho em turnos. Em decorrência, a influência do turno de trabalho na saúde e na qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem tem sido pesquisada, com demonstrações da relação com bem-estar (TEPAS et al., 2004) e problemas de saúde como doenças osteomusculares (TRINKOFF et al., 2006), diabetes mellitus tipo 2 (KROENKE et al., 2007), sonolência no trânsito (SCOTT et al., 2007), obesidade (ZAPKA et al., 2009), entre outros. Estudo realizado com profissionais da saúde de cinco países, entre eles o Brasil, demonstrou que o turno noturno teve implicações para o bem-estar destes profissionais, já que quando comparados com os trabalhadores de outros turnos, ao final do plantão, os profissionais que atuavam no noturno reportaram-se mais cansados físico e mentalmente do que os demais trabalhadores, não sendo essa relação influenciada pela idade, quantidade de tempo que vinham trabalhando no turno ou carga semanal de trabalho (TEPAS et al., 2004). Em divergência, no estudo de Eriksen, Tambs e Knardahl (2006) a frequência de turnos noturnos não foi preditiva de sofrimento psicológico entre os auxiliares de enfermagem.

Na distribuição dos enfermeiros nos turnos de trabalho, no hospital investigado, houve predomínio do esquema de rodízio (32,19%), seguido dos turnos manhã (22,95%), tarde (14,73%), noturno (13,01%), integral (10,62) e vespertino (2,05%). As distribuições encontradas divergem de Belancieri e Bianco (2004) que, entre os trabalhadores de enfermagem de um hospital de ensino do interior de São Paulo pesquisados, relataram que 52% trabalhavam em sistema de turno (alternados ou fixos), 40% no período diurno, 7,33% no matutino e somente 0,67% no noturno. A diferença das distribuições reportadas pelas autoras e as apresentadas neste estudo podem ser atribuídas à exclusão dos trabalhadores fixos em turnos noturnos da pesquisa referida. Entretanto, ressalta-se que a maior prevalência de profissionais sob escala de trabalho em rodízio, pode ser prejudicial à saúde e qualidade de vida desses indivíduos, por dificultar a programação de suas atividades diárias, ainda que uma maior flexibilização de horários seja disponibilizada.

No presente estudo, ao se analisar as associações encontradas com o estado civil ($p=0,00$), vínculo empregatício ($p=0,00$) e extra-instituição ($p=0,00$), e com o setor de atuação ($p=0,00$), foi constatado que o turno da manhã era composto por maiores proporções de sujeitos casados, com vínculo como servidor público, atuando em unidade clínica e ambulatorial e que não possuíam outro emprego. Enquanto que o turno noturno e o rodízio se caracterizavam pela prevalência de trabalhadores solteiros, com vínculo de trabalho com a fundação e que atuavam em unidade intensiva ou clínica. No turno vespertino e noturno estavam alocados a maior proporção de funcionários com vínculo de trabalho com outra instituição.

Foi apontado por Yeh (1990) e Ruggiero (2003) que os enfermeiros que trabalham em turno noturno e rotativo, respectivamente, apresentavam maiores prevalências de depressão. Em oposição, os resultados encontrados por Skipper et al. (1990), Schaefer e Moss (1996) e Zafke (1997), que reportaram que após a inserção das variáveis controle e de ajustamentos, a associação entre turno em relação à depressão deixou de ser significativa. No presente estudo, o turno de trabalho associou-se ao tipo de trabalho ($p=0,02$) e a exposição ao estresse ocupacional ($p=0,03$) e não a presença de depressão. Nesse sentido, os profissionais do turno rodízio foram mais prevalentes no trabalho em alta exigência e trabalho ativo. Ainda, os profissionais que atuavam no noturno reportaram tiveram prevalência significativa na maior e em exposição intermediária ao estresse.

No entanto, reitera-se que sempre haverá requisição do trabalho em turnos na enfermagem e, portanto, se faz necessário implementar medidas para aliviar a tensão resultante dele. Desse modo, deve ser promovida satisfação dos enfermeiros com suas horas de trabalho, por exemplo, ofertando um maior controle sobre suas escalas de trabalho e demonstrando como aproveitar as possíveis vantagens de se trabalhar em horas flexíveis, visando, assim, diminuir a evasão na profissão, que vem sendo relatada em todo o mundo. (PETERS; RIJK; BOUMANS, 2009).

O modelo demanda-controle ou *Job Strain Model* (JSM), como nomeado atualmente, tem contribuído para o estudo do estresse ocupacional, proporcionando um quadro teórico para explicar a relação entre as características psicossociais do ambiente de trabalho e as consequências para a saúde dos trabalhadores (KARASEK, 1979; KARASEK; THEORELL, 1990). As inadequadas condições de trabalho podem ser um importante precursor do estresse e podem contribuir para o desenvolvimento de depressão ou ansiedade (PLAISIER et al., 2007). De acordo com Mausner-Dorsch e Eaton (2000), estudando a relação entre o estresse no trabalho e a depressão, baseado em dados da população geral estadunidense, confirmaram

a importância do modelo para a depressão. Nesse sentido, Sanne et al. (2005) demonstraram que a demanda, o controle e o apoio social no trabalho eram independentemente associados à ansiedade e depressão. Os autores supracitados corroboraram com o efeito prejudicial dos aspectos profissionais e psicossociais no trabalho na saúde mental dos trabalhadores, no sentido de depressão. Acrescenta-se que outros fatores de risco, como genético, individuais e sócio-demográficos, podem agregar-se aos fatores do trabalho e contribuir para o surgimento e agravamento do quadro depressivo.

De acordo com Karasek e Thorell (1990), a demanda psicológica se refere às exigências psicológicas enfrentadas pelo trabalhador durante a execução das suas tarefas, que envolve a pressão do tempo, nível de concentração requerida, interrupção das tarefas e necessidade de se esperar pelas atividades realizadas por outros trabalhadores. A demanda psicológica mensurada pelo JCQ possui escores possíveis que variam de 12 a 48 pontos.

Ao avaliar a demanda psicológica no trabalho, Plaisier et al. (2007) reportaram que a variável previa a incidência de distúrbios depressivos e ansiedade entre trabalhadores de ambos os gêneros. No presente estudo, 49,66% dos enfermeiros relatou alta demanda psicológica no trabalho, sendo média encontrada 32,71 (DP $\pm$ 5,90), valor ligeiramente superior a média reportada entre enfermeiras no Brasil por Magnago (2008), 31,9 (DP $\pm$ 5,19) e nos Estados Unidos por Cheng et al. (2000), 31,6 (DP $\pm$ 6,1); e inferior ao relatado em Taiwan por Chiu et al. (2009), 35,71 (DP $\pm$ 4,89), e na Austrália por Rodwell et al. (2009), 41,61 (DP $\pm$ 7,64). Considera-se assim, que os enfermeiros observados estavam expostos a demandas do trabalho, podendo estar, portanto, suscetíveis a seus efeitos deletérios.

Na amostra a variável apresentou associação inversa e satisfatória com idade ($p=0,00$) e associação com o estado civil ($p=0,02$), verificando-se que quanto menor a idade dos enfermeiros, maior foi a demanda psicológica relatada e que os sujeitos solteiros apresentaram maior demanda. Também se obteve associação com o relato de mudança significativa na vida ($p=0,04$). Nesse sentido, verificou-se que os profissionais que relataram terem tido alguma mudança em sua vida no último ano apresentaram maiores escores da medida demanda psicológica que os demais. Entretanto, não se constatou associação com a natureza da mudança.

A demanda psicológica no trabalho apresentou associação inversa e fraca com o tempo de atuação no cargo ($p=0,02$), ou seja, para a amostra estudada, quanto maior o tempo em que o enfermeiro ocupava o cargo, menor era a demanda psicológica por ele reportada. Esse efeito foi semelhante ao ocorrido para a variável idade, sugerindo que a maior adaptação do indivíduo ao transcorrer dos anos poderia diminuir a quantidade de demandas psicológicas

percebidas/sofridas. Ou ainda, poderia refletir a despersonalização do trabalhador perante a atividade profissional. A despersonalização, na qual o profissional passa a tratar clientes, colegas e a organização como objetos, de maneira a desenvolver padrão de insensibilidade emocional (cinismo), é característica do *Burnout* ou “esgotamento profissional”, que tem sido descrito, principalmente, entre profissionais que apresentam contato diário com pessoas para realização de suas atividades profissionais, como os enfermeiros (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005), podendo estar também presente em episódios depressivos, no sentido de um desânimo em relação ao trabalho.

Associação significativa foi observada entre a demanda psicológica e o vínculo extra-instituição ($p=0,01$) e a função desempenhada no outro emprego ($p=0,02$). Nesse sentido, verificou-se que os enfermeiros que não possuíam outro vínculo de trabalho apresentaram maior demanda psicológica e que aqueles que no outro emprego atuavam em áreas diferentes a enfermagem assistencial, sejam no ensino (docente) ou em outras funções (comércio e medicina veterinária), apresentaram menor demanda psicológica.

De acordo com os resultados obtidos na associação com o setor de atuação ($p=0,02$), os profissionais que trabalhavam nas unidades Intensivas, Materno/infantis e Cirúrgicas apresentaram maior demanda psicológica enquanto que os enfermeiros das unidades de Administração/coordenação, ambulatoriais e clínicas relataram menor demanda. Os achados apresentados estiveram de acordo com Kawano (2008), que também reportou maior demanda entre enfermeiras de unidade intensiva e menor entre as trabalhadoras do ambulatório; e com Chiu et al. (2009), que observaram que as enfermeiras unidades de internação gerais apresentavam menor demanda que as profissionais de unidades especiais, como unidades intensivas.

A demanda não se associou a carga horária de trabalho semanal neste estudo. Divergindo de Kroenke et al. (2007) que reportaram que as enfermeiras que trabalhavam 40 ou mais horas por semana estavam mais propensas a ter altas demandas no trabalho. Porém, os resultados para controle e apoio social estiveram em acordo ao reportado por Cheng et al. (2000). No presente estudo a demanda associou-se de modo inverso e fraco com o apoio social ($p=0,00$) e não apresentou correlação significativa com o controle ($p=0,11$). Os autores citados consideraram que a não correlação entre demanda e controle demonstra a capacidade de efeito independente das variáveis na saúde dos enfermeiros.

Foi encontrada, ainda, associação forte com a demanda física no trabalho ($p=0,00$), indicando que o aumento de uma das dimensões, ocasiona o aumento da outra. Peters; Rijk; Boumans (2009), estudando a satisfação das enfermeiras com as horas trabalhadas (escala de

trabalho versus trabalho doméstico), verificaram que a demanda psicológica foi o fator mais importante na redução da saúde desses profissionais. Em concordância com os autores, considera-se que os empregadores devem ponderar a distribuição das demandas nos ambientes laborais, a fim de assegurar a melhor relação entre as demandas e os trabalhadores.

Rusli, Edimansyah e Naing (2008) observaram, entre homens trabalhadores de uma montadora de automóveis na Malásia, que inicialmente a demanda se correlacionava, inversamente, com o apoio social e, diretamente, com depressão. Mas que no modelo final, ajustado para variáveis sócio-demográficas, estava diretamente relacionada apenas ao estresse dos indivíduos. Fato semelhante ocorreu no presente estudo. A demanda psicológica apresentou associação fraca e positiva com a depressão ($p=0,00$), demonstrando que quanto maior a demanda relatada maior a intensidade de depressão averiguada. A associação esteve presente tanto no modelo 1 ($p<0,01$) e no modelo final ($p<0,01$) que foi proposto de explicação da relação trabalho-saúde. Entretanto, no teste da hipótese 2, referente a avaliação da influência do apoio social no modelo JSM, a demanda não se mostrou significativamente associada ao transtorno ($p=0,47$).

Para Kawano (2008), entretanto, a demanda psicológica no trabalho acarreta em depressão, independentemente da idade, estado civil, turno, setor e apoio da família. Segundo o autor, as enfermeiras que atuam nos hospitais estão expostas à carga de trabalho excessiva, sob pressão de prazos e dificuldades na assistência a pacientes com diversas complicações, estando mais propensas a sentir-se exaustas, física e mentalmente. Nesse sentido, o autor propõe, seguindo os pressupostos do JSM, que em situações de alta demanda é essencial aumentar o controle no trabalho para garantir o funcionamento mais eficaz das enfermeiras.

A dimensão controle no trabalho, referente ao controle exercido pelo trabalhador na execução do seu trabalho, é formada por duas sub-dimensões, o uso de habilidades, relacionada ao grau pelo qual o trabalho envolve aprendizagem de coisas novas, repetitividade, criatividade, tarefas variadas e o desenvolvimento de habilidades especiais individuais; e autoridade decisória, que inclui a habilidade individual para a tomada de decisões sobre o próprio trabalho, a influência do grupo de trabalho e a influência na política gerencial (KARASEK; THEORELL, 1990). O controle no trabalho mensurado pelo JCQ possui escores possíveis que variam de 24 a 96 pontos, sendo que cada sub-dimensão varia de 12 a 48 pontos.

Na literatura, foram reportados valores mais baixos para a dimensão entre técnicos e auxiliares de enfermagem (FENG; CHEN; MAO, 2007 – média 62,5; $DP\pm 6,3$; MAGNAGO, 2008 – média 48,1 $DP\pm 4,19$). Possivelmente, os menores índices ocorram em decorrência da

divisão do trabalho da enfermagem, nos quais os enfermeiros apresentam maior controle sobre o trabalho que os auxiliares/técnicos de enfermagem.

O baixo controle sobre o trabalho foi reportado por 50,34% dos enfermeiros, sendo a média encontrada igual a 68,10 ($DP \pm 10,22$), superior à média obtida entre enfermeiros por Magnago (2008), 52,6 ($DP \pm 4,56$), Chiun et al. (2009) em Taiwan, 62,12 ($DP \pm 8,41$), e Rodwell et al. (2009) na Austrália, 30,6 ($DP \pm 5,05$); e inferior aos dados apresentados por Cheng et al. (2000) nos Estados Unidos, 73,1 ($DP \pm 10,8$). Ainda que, a média encontrada para os trabalhadores seja superior a de outros estudos, ao se analisar o intervalo de escores possíveis, considera-se que os enfermeiros apresentaram, em média, baixo valor para a medida, indicando baixo controle sobre o trabalho executado na instituição.

De acordo com o modelo demanda-controle, ao se considerar uma determinada profissão, era esperado que as categorias hierarquicamente superiores tivessem maior controle no trabalho (SILVA, 2008). De fato, o cargo ocupado ($p=0,00$) apresentou associação moderada e positiva com o controle, demonstrando que o controle sobre o trabalho aumentava de acordo com o avanço na hierarquia dentro da instituição. Desse modo, os profissionais com cargo de enfermeiro reportaram o menor controle (média 66,10; $DP \pm 10,00$) e os diretores técnicos maior a controle (média 79,09; $DP \pm 8,02$). Embora se concorde que os papéis funcionais do enfermeiro se diferem do auxiliar e técnico, o que lhes confere maior poder de decisão, controle de suas tarefas e possibilidade para exercitar habilidades e criatividade, discorda-se de Silva (2008), uma vez que o presente estudo não foi caracterizado pela junção entre os papéis profissionais e as condições de trabalho, visto que os enfermeiros investigados apresentaram baixo controle sobre as atividades executadas.

Nenhum outro aspecto profissional associou-se ao controle. Entretanto, Kawano (2008) verificou que as enfermeiras do centro-cirúrgico apresentaram menor controle quando comparadas às trabalhadoras dos demais setores e Kroenke et al. (2007) reportaram que as enfermeiras que trabalhavam 40 ou mais horas por semana estavam mais propensas a reportarem alto controle no trabalho. No Brasil, pesquisando entre trabalhadores de enfermagem no bloco cirúrgico, Schmidt et al. (2009) observaram que os profissionais que apresentaram melhor valor para o controle foram os que atuavam em instituições públicas ou filantrópicas, da categoria enfermeiros e aqueles com menor carga horária semanal.

Entre os aspectos psicossociais no trabalho, o controle apresentou associação positiva e moderada ao apoio social ($p=0,00$), confirmando resultados similares publicados (Cheng et al.; 2000); associação inversa com a insegurança no trabalho ($p=0,01$; fraca), com a exposição ao estresse ($p=0,00$; forte); e com o tipo de trabalho ($p=0,00$; satisfatória). A associação

($p=0,00$; fraca) inversa com a depressão foi também observada por Kawano (2008) e, no presente estudo, se manteve nos modelos 1 ($p<0,01$) e final ($p<0,01$) e, mesmo, depois da inserção do apoio social como controle para teste do referencial teórico JSM ($p=0,01$), em oposto a demanda psicológica, sugerindo que o controle no trabalho desempenha um importante papel na ocorrência de depressão entre os enfermeiros. Os resultados encontrados para o controle confirmam os achados de Cheng et al. (2000) que, por meio de um estudo prospectivo entre 21.290 enfermeiras, verificou o baixo controle no ambiente de trabalho desses profissionais predizia um significativo declínio no funcionamento físico e na saúde mental.

Ao se analisar a sub-dimensão uso de habilidades separadamente, verificou-se que 50,00% dos profissionais relataram baixo uso de suas habilidades. Obteve-se média (34,87; $DP\pm 5,42$) equivalente à encontrada por Magnago (2008) entre os enfermeiros (35,0; $DP\pm 3,37$) e superior à reportada entre auxiliares/ técnicos de enfermagem por Feng; Chen e Mao (2007) e Magnago (2008), respectivamente 32,4 ($DP\pm 3,4$) e 32,7 ($DP\pm 2,91$). Novamente, se observa a reflexão da divisão hierarquizada do trabalho de enfermagem no sentido de conferir aos enfermeiros mais tarefas variadas, oportunidade de aprendizagem e de desenvolvimento de suas habilidades, do que aos trabalhadores designados a sua supervisão.

Ressalta-se a associação significativa encontrada entre o uso de habilidades no trabalho e o gênero ($p=0,04$) dos enfermeiros investigados. Os homens representaram apenas 9% da amostra estudada, ainda assim, todas as medidas estatísticas apresentadas por esse grupo foram inferiores quando comparadas às mesmas medidas no grupo de mulheres, no sentido de um menor uso de habilidades. Nessa perspectiva, obteve-se menor média (33,38; $DP\pm 5,02$), menor mediana (32,00) e maior intervalo entre os dados obtidos (10,00-48,00) do que as mulheres (média 35,02; $DP\pm 5,45$; mediana 36,00; intervalo 26,00-46,00), concluindo-se que os homens vivenciavam situações laborais mais restritivas em relação ao uso de suas habilidades no trabalho, que se referem à realização de tarefas variadas, uso da criatividade, aprendizagem de coisas novas e desenvolvimento de habilidades especiais. Esses resultados sugerem a maior requisição para que os homens executem atividades que exijam, talvez, um maior preparo físico na assistência aos clientes, em detrimento de tarefas que promovam o desenvolvimento da intelectualidade e criatividade. Segundo Lopes e Leal (2005), a prática da enfermagem evidencia uma seletividade baseada no tipo de necessidades assistenciais e pelo aparato técnico e tecnológico empregado na terapêutica. Para as autoras, existem áreas que tradicionalmente concentram maior número de homens, em decorrência de práticas

assistenciais vinculadas ao uso da força física e baseadas na noção de risco técnico, como a psiquiatria, a ortopedia e os serviços radiológicos.

Observou-se, também, associação moderada e positiva com o cargo ocupado ($p=0,00$), fraca e negativa com o tempo no cargo ($p=0,00$) e significativa com o setor de atuação ($p=0,04$). Os dados encontrados parecem confirmar o poder sobre o controle exercido pela hierarquização dos cargos entre os trabalhadores de enfermagem, uma vez que, ao se observar as diferenças obtidas, os diretores técnicos de serviço, com menos tempo no cargo ou que atuavam nas unidades de Administração/coordenação relataram maior uso de habilidades enquanto que os enfermeiros, atuando a mais tempo no cargo e nas unidades Ambulatoriais e Clínicas reportaram os menores índices. Embora neste estudo os enfermeiros das unidades Intensivas reportaram apenas a terceira maior média de uso de habilidades, em acordo com os achados de Kawano (2008), observou-se o maior uso de habilidades por eles em comparação ao ambulatório.

A sub-dimensão uso de habilidade apresentou relação fraca e inversa com a depressão ($p=0,03$), porém ao contrário do observado para a dimensão controle, ainda que a associação fosse mantida no modelo final ($p=0,01$) proposto a sub-dimensão sofreu influência do apoio social, durante o teste do modelo JSM, e deixou de ser significativa para a depressão na ocasião ($p<0,64$).

Um dos aspectos mais importantes na amostra estudada foi a autoridade decisória, também chamada de autonomia na tomada de decisão. Com relação à sub-dimensão, 82,19% dos enfermeiros relataram baixa autoridade, entretanto a média observada (33,23; $DP\pm 6,35$) foi superior à relatada no Brasil por Magnago (2008), que reportou média de 17,6 ($DP\pm 2,39$) entre os enfermeiros. E superior à reportada entre auxiliares/ técnicos de enfermagem por Feng; Chen e Mao (2007) e Magnago (2008), 30,1 ($DP\pm 4,8$) e 15,3 ($DP\pm 2,59$), respectivamente. Ressalta-se que as pesquisas encontradas demonstraram o valor total para o controle em detrimento do valor de suas sub-dimensões, o que dificulta a comparação entre as médias das mesmas. Entretanto a comparação das médias totais da dimensão de outras pesquisas (CHENG et al., 2000; FENG; CHEN; MAO, 2007; CHIU et al., 2009 – médias 73,1, 62,5, 62,12, respectivamente) com o valor da média (52,6) relatado por Magnago (2008) indica que o valor por ela encontrado foi consideravelmente menor que o habitual entre os enfermeiros.

A sub-dimensão obteve associação, ainda que fraca, com cargo ocupado ($p=0,00$) e com tempo no hospital ($p=0,01$). E apresentou associação satisfatória com o tempo de atuação no setor. Mais uma vez, quanto maior o cargo ocupado, maior o controle no trabalho, nesse

caso condizente a autonomia para a tomada de decisão. Observou-se também que quanto maior o de tempo trabalho no hospital ou no setor, maior a autoridade decisória relatada. E associação fraca e inversa com a depressão ($p=0,00$), porém ao contrário do fenômeno observado para a sub-dimensão uso de habilidade, a associação foi mantida no modelo final ($p<0,01$) e não apresentou influência do apoio social durante o teste do referencial teórico adotado (JSM) ($p=0,02$).

A demanda proveniente da atividade laboral não se restringe apenas a carga mental, mas também a carga física do trabalho. Nesse sentido, estudos têm apontado para a influência de ambas as demandas (físicas e mentais) para os efeitos fisiológicos do estresse, como em doenças cardiovascular, rebaixamento do funcionamento mental e fadiga (KARASEK et al., 1998). Em contraposição, Eriksen, Tambs e Knardahl (2006) concluíram que a demanda quantitativa do trabalho não foi preditiva ao sofrimento psicológico em seu estudo. Enquanto que, Trinkoff et al. (2006) observaram que embora a demanda psicológica não tenha explicado o risco de desenvolvimento de doenças osteomusculares na enfermagem, as demandas físicas demonstraram influenciar algumas características da escala de trabalho.

Neste estudo a demanda física foi mensurada utilizando o JCQ (5 a 20 pontos possíveis). Foi observado que 48,97% dos enfermeiros referiram ter alta demanda física em seu trabalho. A média encontrada (11,67; $DP\pm 2,71$) foi inferior à reportada por Araújo e Karasek (2008) na validação do instrumento JCQ entre trabalhadores formais (média 12,30; $DP\pm 2,14$) e associou-se com as variáveis a idade ($p=0,01$) e vínculo extra-instituição ($p=0,04$). Com a idade apresentou associação inversa e fraca, demonstrando que quanto maior a idade dos profissionais, menor foi a demanda física reportada por eles. Constatou-se ainda associação com o vínculo extra-instituição ($p=0,05$), sendo que os funcionários com outro emprego apresentaram menor demanda. Embora significativa, a associação deve ser analisada com cautela, uma vez que, não foram observadas diferenças expressivas nas médias produzidas.

Deve-se considerar também, que: as demandas físicas investigadas se referiam a exigência de esforço físico no trabalho, o levantamento de cargas pesadas, a rapidez nas atividades físicas realizadas e no conforto do posicionamento do corpo e braço. No estudo, os enfermeiros acima de 45 anos apresentavam prevalência maior nos setores de Administração/coordenação e Ambulatoriais e, mesmo que não tenha sido observada associação significativa da demanda física com o setor de atuação, verificou-se que a média para dimensão entre os enfermeiros que atuavam na unidade de coordenação foi menor que as médias apresentadas pelos demais trabalhadores, tanto ao se considerar a média geral quanto

ao se considerar a média de cada setor. Nesse sentido, sugere-se que os enfermeiros de maior idade estariam alocados em unidades que requerem maior desempenho do profissional em atividades gerenciais, em detrimento de atividades assistenciais, o que ocasionaria uma menor exposição às demandas físicas analisadas neste estudo.

A demanda física apresentou associação positiva e forte com a demanda psicológica ($p=0,00$) e moderada com o tipo de trabalho ($p=0,00$) e a exposição ao estresse ocupacional ($p=0,00$) e satisfatória com a depressão ($p=0,00$). Dessa forma, os enfermeiros que reportaram maior demanda física no trabalho, vivenciavam situações de trabalho em alta exigência, que expõem os trabalhadores ao maior estresse ocupacional. Em acordo com os achados de Trinkoff et al. (2000), a demanda física foi a única variável a apresentar associação satisfatória com a depressão neste estudo, sendo que a associação foi mantida significativa no modelo final proposto ($p<0,01$).

De acordo com Boya et al. (2008), estresse no trabalho e insegurança no emprego são conceitos diferentes e tem efeitos negativos e independentes sobre a saúde mental dos enfermeiros. A insegurança no trabalho analisada correspondeu ao grau de estabilidade e segurança no emprego, recentes demissões e demissões previstas para o futuro, possibilidades de crescimento na carreira e a validade das habilidades do trabalhador e foi medida utilizando-se o JCQ (3 a 12 pontos possíveis). Os resultados obtidos para a dimensão devem ser analisados com cautela, uma vez que a confiabilidade calculada foi fraca e, também, ao fato de a insegurança ser frequentemente mais vinculada aos trabalhadores do setor privado, do que entre trabalhadores do setor público (MAUNO; KINNUNEN, 2002) que eram maioria neste estudo (81,16%).

Em relação à insegurança no trabalho, 81,16% dos enfermeiros reportaram baixa insegurança e média de 5,05 ($DP\pm 2,44$), superior aos valores encontrados por Juárez-García (2007) entre enfermeiras no México (média 4,72; $DP\pm 1,22$) e Estados Unidos (média 4,91; $DP\pm 1,97$); e considerada inferior ao se comparar com a média relatada por Lee et al. (2007) entre comissários de bordo (7,9; $DP\pm 1,76$) e por Araújo e Karasek (2008) na validação do instrumento JCQ entre trabalhadores formais (média 5,25; $DP\pm 1,15$) e informais (média 5,90; $DP\pm 1,83$). A variável associou-se fraca e inversamente a escolaridade ($p=0,04$) dos enfermeiros, sendo que quanto menor o grau de ensino do indivíduo, maior foi a insegurança reportada. E associou-se ao vínculo empregatício ($p=0,1$; fraca) demonstrando que os enfermeiros contratados pela fundação FAEPA, relacionada ao setor privado, apresentaram maior nível de insegurança no trabalho quando comparados aos servidores públicos na

instituição hospitalar. Desse modo, os resultados encontrados parecem sustentar a noção de maior insegurança no trabalho entre trabalhadores do setor privado.

Foram também encontradas associações negativas e fracas com o tempo de atuação no hospital ($p=0,01$) e com o cargo ocupado ($p=0,00$) pelos trabalhadores. Nesse sentido, observou-se que os funcionários que trabalhavam há menos tempo no hospital e, segundo a hierarquia da instituição, ocupavam cargos inferiores, apresentaram maior insegurança no trabalho.

A insegurança associou-se, fraca e inversamente, ao controle ($p=0,01$) e o apoio social ($p=0,00$). Desta forma, foi observado que quanto maior o controle dos enfermeiros e maior o apoio social no trabalho, menor a insegurança relatada. A associação com a depressão ($p=0,02$) demonstrou-se fraca e deixou de ser significativa no modelo final ($p<0,21$) apresentado neste estudo. Divergindo de Boya et al. (2008), que demonstraram que a percepção quantitativa e qualitativa da insegurança no emprego estava associada à ansiedade e depressão nos enfermeiros, de ambos os sexos, de instituições hospitalares privadas na Turquia.

O efeito do apoio social no trabalho na saúde, física e mental, e na qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem tem se mostrado relevante. Cheng et al. (2000), ao estudar o estado de saúde de enfermeiras hospitalares, relataram que ao estratificar os escores obtidos pelas enfermeiras de acordo com o apoio social no trabalho relatado, observaram que as profissionais que reportavam menor apoio apresentavam menores níveis de saúde, quando comparadas às enfermeiras com maior apoio social relatado.

Considerou-se, assim, imperativo a avaliação do efeito da dimensão nos enfermeiros investigados. O apoio social no trabalho refere-se ao nível global de interação social positiva e disponível no trabalho por colegas e supervisores (KARASEK; THEORELL, 1990, p.69). Assim, a sub-dimensão apoio do supervisor analisou a preocupação deste com o trabalhador, a atenção prestada, a hostilidade, a organização e a utilidade do supervisor. No que se refere ao apoio oferecido pelos colegas de trabalho foi avaliada a competência, o interesse no trabalhador, a hostilidade, a amabilidade e o trabalho em equipe com os colegas. O apoio social mensurado pelo JCQ possui escores possíveis que variam de 8 a 32 pontos, sendo que cada sub-dimensão varia de 4 a 16 pontos.

Entre os enfermeiros investigados 82,88% reportaram baixo apoio social no trabalho, com média igual a 22,41 ($DP\pm 3,43$), inferior ao observado entre enfermeiros por Cheng et al. (2000), nos Estados Unidos (24,00; $DP\pm 3,70$) e ao relatado por Feng, Chen e Mao (2007)

entre auxiliares de enfermagem (23,7; DP $\pm$ 2,6) em Taiwan. Mas similar ao apresentado por Chiu et al. (2009) entre enfermeiras (22,61; DP $\pm$ 3,40) também em Taiwan.

No presente estudo a dimensão foi associada ao cargo ocupado ($p=0,01$) e ao setor de atuação ($p=0,05$) dos enfermeiros. A associação com o cargo mostrou-se fraca e os enfermeiros chefes e diretores de serviço apresentaram maiores medidas de apoio social. Referente ao setor de atuação observou-se que os profissionais que trabalhavam nas unidades Clínicas e Cirúrgicas demonstraram menor apoio e os que atuavam nas unidades de Administração/coordenação e Ambulatoriais relataram maior apoio social no trabalho.

Como já explicitado, o apoio social demonstrou associação fraca e inversa com as dimensões demanda psicológica ($p=0,00$), demanda física ($p=0,00$) e insegurança no trabalho ($p=0,00$) e associação moderada e positiva com o controle ($p=0,01$). Foi observada ainda associação moderada e inversa com o tipo de trabalho ($p=0,00$) e com a exposição ao estresse ($p=0,00$) e fraca com a depressão ($p=0,00$). A associação com a depressão manteve-se significativa no modelo final proposto ($p<0,01$), sendo que o apoio social demonstrou influenciar as medidas de demanda psicológica e a sub-dimensão uso de habilidades. Pesquisando relação da ansiedade e depressão com o JSM, Sanne et al. (2005) reportaram o apoio social como a dimensão mais fortemente associada aos transtornos entre as mulheres investigadas.

Quando analisada a sub-dimensão apoio social do supervisor, verificou-se que ela se associava a medida da renda familiar ($p=0,05$) e do cargo ocupado ($p=0,01$), assinalando que quanto maior o apoio do supervisor no trabalho relatado, maior a renda familiar declarada pelas enfermeiras. Evidenciou-se que os profissionais ocupando cargo de enfermeiro relataram o menor apoio provido pelo supervisor, enquanto que os diretores de serviço relataram maior apoio social recebido. Na amostra estudada a média reportada pelos enfermeiros foi de 10,92 (DP $\pm$ 2,52), igual à média calculada por Rodwell et al. (2009), entre enfermeiros na Austrália (10,90; DP $\pm$ 3,73), e inferior à média obtida entre auxiliares de enfermagem (11,3; DP $\pm$ 1,8) obtida por Feng, Chen e Mao (2007) em Taiwan.

Ao avaliar a medida, Kawano (2008) relatou ter encontrado diferenças significativas no apoio do supervisor reportado pelas enfermeiras que atuavam em enfermarias cirúrgicas (maior apoio) quando comparadas as profissionais das enfermarias médicas (menor apoio). Em comparação, no presente estudo não foi obtido diferenças significativas relacionadas aos setores de atuação, entretanto, conforme o reportado pelo autor supracitado, o apoio do supervisor associou-se com a depressão ($p=0,00$), em sentido inverso e fraco, e se manteve no modelo final proposto ($p<0,01$).

Com relação apoio dos colegas, 84,93% relataram ter baixo apoio, com média de 11,49 ($DP \pm 1,58$). A média encontrada foi inferior a reportada por Rodwell et al. (2009), entre enfermeiros na Austrália (12,10; $DP \pm 2,57$), e por Feng, Chen e Mao (2007), entre auxiliares de enfermagem (12,4; $DP \pm 1,5$) em Taiwan. A sub-dimensão se associou apenas à depressão ($p=0,00$), de forma inversa e fraca, mas que se manteve no modelo final ($p=0,02$) após os devidos ajustamentos.

O *Job Strain Model* (JSM) ou Modelo Demanda-Controle e Apoio Social, possui três principais componentes que descrevem qualidades do ambiente de trabalho: demanda (psicológica), controle (poder de decisão) e apoio (social). De acordo com a hipótese da tensão, altas demandas combinadas com alto controle (trabalho ativo) acarretam em desgaste psicológico devido à exposição à alta demanda, mas devido ao alto controle exercido, o nível de tensão dos trabalhadores “ativos” é previsto como intermediário. Do mesmo modo, em trabalhos passivos (baixa demanda e baixo controle) apresentam escores intermediários de tensão. Enquanto que, os trabalhadores submetidos a trabalhos em alta exigência (alta demanda e baixo controle) vivenciam as reações mais adversas relativas à tensão psicológica, exemplificadas por fadiga, ansiedade, depressão e doenças físicas. Em contraponto, trabalhadores em baixa exigência (baixa demanda e alto controle) são mais felizes e mais saudáveis, com níveis mais baixos de tensão no trabalho (KARASEK; THEORELL, 1990, p.31-36).

Uma das questões mais controversas referente ao modelo é pautada na hipótese de tensão no trabalho e diz respeito se a associação entre demanda e controle retrata um efeito aditivo ou uma interação. Ainda com relação à interação, alguns estudos pressupõem um efeito sinérgico (concomitante) e outros um efeito protetor. Segundo a hipótese do efeito protetor, um nível elevado de controle impediria que a demanda aumentasse o risco de adoecimento (KRISTENSEN, 1995; KASL, 1996; VAN DER DOEF; MAES, 1999; SANNE et al., 2005). Sanne et al. (2005) relataram ter encontrado interação significativa entre demanda e controle, em relação aos níveis de depressão nos homens, e que esta relação representava uma sinergia e não um efeito protetor entre as dimensões.

No levantamento das situações (tipos) de trabalho dos enfermeiros brasileiros, reportadas por pesquisas que utilizaram o JSM, verificou-se que:

- a) Na Bahia, entre 94 enfermeiras de um hospital estadual, não foram apresentadas as prevalências separadas para as enfermeiras, ainda assim, observou-se em comparação a distribuição total, que as enfermeiras tiveram menor distribuição no trabalho passivo e a maior no trabalho ativo (ARAÚJO, 1999);

- b) Igualmente, no Rio de Janeiro, entre 328 enfermeiros de três hospitais públicos, embora, as prevalências não tenham sido apresentadas separadamente para os enfermeiros, verificou-se em comparação a distribuição total, que os enfermeiros tiveram menor distribuição no trabalho passivo e a maior no trabalho ativo (SILVA J.L., 2007);
- c) No Rio Grande do Sul, entre 22 enfermeiros de unidades críticas de um hospital regional, observou-se distribuição igual a: 19,1% sob alta exigência, 57,1% sob trabalho ativo, 9,5% sob trabalho passivo e 14,3% sob baixa exigência (AMARAL, 2006);
- d) Também no Rio Grande do Sul, entre 146 enfermeiros de um hospital universitário, verificou-se distribuição igual a: 11,0% sob alta exigência, 50,7% sob trabalho ativo, 13,7% sob trabalho passivo e 24,7% sob baixa exigência (MAGNAGO, 2008); e
- e) Em São Paulo, entre 156 enfermeiros de um hospital universitário, verificou-se distribuição igual a: 11,5% sob alta exigência, 43,6% sob trabalho ativo, 10,3% sob trabalho passivo e 34,6% sob baixa exigência (SILVA, 2008).

No presente estudo, após a combinação das dimensões demanda psicológica e controle no trabalho, que tiveram a mediana como ponto de corte, os enfermeiros foram distribuídos: 23,63% sob alta exigência, 26,03% sob trabalho ativo, 26,71% sob trabalho passivo e 23,63% sob baixa exigência.

Diferentemente do observado por Araújo (1999) e Silva, J.L. (2007), no presente estudo a distribuição para o tipo de trabalho passivo e trabalho ativo foi equivalente e as mais prevalentes. Com relação às demais pesquisas, principalmente no que tange aos resultados apresentados por Magnago (2008) e Silva (2008) que abordaram amostras e hospitais de características aparentemente similares, observou-se que as pesquisas demonstraram prevalência considerável e maior de enfermeiros no trabalho ativo (segunda melhor situação de trabalho), maior prevalência na baixa exigência (situação ideal de trabalho) e prevalências menores na alta exigência e no trabalho passivo (piores condições de trabalho). Foi constatado que as referidas pesquisas sustentaram a predisposição da profissão (enfermeiro) em apresentar a situação de trabalho ativo, como assinalado por Karasek e Theorell (1990, pág.41).

Em oposição aos demais estudos, os enfermeiros desta pesquisa estiveram expostos de modo equivalente às situações de trabalho, sobressaindo o trabalho passivo. Como observado por Araújo et al. (2003), que também reportaram maior prevalência de enfermeiras

no trabalho passivo. Considera-se, assim, que piores situações de trabalho foram reportadas pelos enfermeiros analisados nesta investigação.

Com relação às associações observadas para tipo de trabalho dos profissionais, a idade ($p=0,00$) apresentou associação negativa e fraca. Na distribuição das faixas etárias, verificou-se que os profissionais com menos de 45 anos prevaleceram na situação de alta exigência (≤ 30 anos = 26,98% e $30 < \text{anos} \leq 45 = 27,89\%$) e que, ao contrário, os profissionais com mais 45 anos prevaleceram na baixa exigência (32,91%).

O setor de atuação ($p=0,03$) e o turno de trabalho ($p=0,02$) também se associaram ao tipo de trabalho. Nesse sentido, para as unidades verificou-se que na Intensiva prevaleceram o trabalho ativo (31,67%) e a alta exigência (30,00%); na Materno/infantil prevaleceu o trabalho ativo (42,42%); na Clínica e Ambulatorial prevaleceu o trabalho passivo (32,17% e 35,56%, respectivamente); na Cirúrgica prevaleceram o trabalho passivo (34,78%) e o ativo (30,43%); e a Administração/coordenação ressaltou-se pela menor prevalência na alta exigência (6,25%).

Para o turno de trabalho, observou-se que no turno manhã prevaleceu à baixa exigência (32,84%); no turno tarde prevaleceu o trabalho passivo (37,21%); no turno tarde e noturno prevaleceu o trabalho passivo (36,84%) e alta exigência (26,32%); no rodízio prevaleceram alta exigência (32,98%) e trabalho ativo (31,91%); no vespertino prevaleceram alta exigência (50,00%) e trabalho passivo (50,00%); e o integral ressaltou-se pela menor prevalência na alta exigência (19,35%). Em relação ao trabalho noturno, os resultados encontrados foram semelhantes ao reportado por Araújo et al. (2003), que obtiveram 37,2% no trabalho passivo e 37,3% sob alta exigência.

O tipo de trabalho apresentou associação moderada com a demanda psicológica ($p=0,00$), fraca com a demanda física ($p=0,00$), moderada e inversa com o apoio social ($p=0,00$), forte e inversa com o controle e fraca com a depressão. Na enfermagem são comuns os problemas de gerenciamento do tempo e de recursos humanos insuficientes, requisição a fazer muitas tarefas não relacionadas ao trabalho de enfermagem e quantidades reduzidas de funcionários nas unidades (WELSH, 2009). Observa-se que os enfermeiros que apresentaram escores condizentes com depressão, distribuíam-se nas condições de trabalho em alta exigência e trabalho passivo. Entretanto, no modelo final, apenas a alta exigência ($p<0,01$) apresentou influência significativa na medida de depressão.

Ao estudar o estado de saúde de enfermeiras hospitalares, Cheng et al. (2000) relataram que os efeitos da alta exigência no trabalho foram independentes as variáveis de confundimento e que, os resultados encontrados, apoiavam a hipótese de que medidas

cumulativas (efeito aditivo), de demanda e controle no trabalho, forneceriam uma avaliação mais estável das associações, do que medidas simultâneas (efeito sinérgico). Em divergência, estudando o diabetes tipo II relacionado ao trabalho em enfermeiros, Kroenke et al., (2007) não verificaram a relação do modelo de Karasek com o diabetes, mas observou a relação entre a carga horária com a doença. Desse modo, o autor refere crer na existência de outros fatores no trabalho, que não demanda, controle e apoio, que expliquem essa relação. Estudando a relação dos indicadores de sintomas cardiovasculares com as situações de trabalho e insegurança entre enfermeiras no México e Estados Unidos, Juárez-García (2007) reportou que os resultados demonstraram a validade da relação entre a alta exigência no trabalho e os sintomas cardiovasculares.

Seguindo dos pressupostos do modelo de Karasek sobre o grau de risco de cada tipo de trabalho, Araújo (1999) propôs a reclassificação dos quatro tipos de trabalho com relação ao potencial de exposição ao estresse proporcionado. Desta forma, os trabalhadores em alta exigência são considerados o grupo de maior exposição. Os trabalhadores em trabalho ativo e trabalho passivo são considerados como grupo de exposição intermediária. Por fim, os trabalhadores em baixa exigência são classificados como sem exposição. A reclassificação permite a avaliação do risco de exposição ao estresse ocupacional enfrentado pelo trabalhador. Segundo Boya et al. (2008), o alto estresse no trabalho apresenta associação independente com a depressão e ansiedade entre os enfermeiros.

Ao se avaliar a intensidade de exposição ao estresse ocupacional, que os enfermeiros estiveram submetidos neste estudo, verificou-se que a maior parte dos trabalhadores estava exposta ao estresse, com prevalência da exposição intermediária (52,74%), seguida da maior exposição (23,63%). De modo semelhante, Schmidt (2008) reportou, entre trabalhadores de enfermagem do bloco cirúrgico, a prevalência da exposição intermediária (54,5%), seguida da maior exposição (25,6%). Entretanto, observa-se que a distribuição do grupo sem exposição foi maior para os enfermeiros desta pesquisa (23,63%) do que aos trabalhadores de enfermagem por ela estudados (17,1%).

Era esperado que o tipo de trabalho e a intensidade de exposição ao estresse associassem-se às mesmas variáveis, uma vez que a segunda diz respeito ao agrupamento da primeira. Entretanto, algumas alterações no padrão de associação foram percebidas. Enquanto, ambas variáveis se associaram à idade, turno trabalhado, demanda psicológica, controle, demanda física, apoio social e depressão; o tipo de trabalho associou-se ao setor de atuação, enquanto que a exposição ao estresse se associou ao cargo ocupado e à carga horária de trabalho semanal.

Nesse sentido, a associação com a idade ($p=0,03$) apresentou-se inversa e fraca, indicando que a exposição ao estresse diminui conforme aumenta a idade. Foi inversa e fraca, também, com o cargo ocupado ($p=0,02$) e com carga horária de trabalho semanal ($p=0,05$). Nesse sentido, os enfermeiros e enfermeiros encarregados e os profissionais com menor carga horária, relataram maior exposição ao estresse; enquanto que os enfermeiros chefes e os diretores de serviços e os profissionais com maior carga horária, reportaram menor exposição. Divergindo, Eriksen, Tambs e Knardahl (2006) que não observaram, em 15 meses de avaliação, nenhuma diferença no nível de sofrimento psicológico entre os sujeitos que possuíam carga de 19–36 h/semana e os com mais de 36 h/semana de trabalho. Os autores, no entanto, discutem a validade dos dados encontrados, uma vez que, segundo eles, a literatura tem apontado diferenças significativas em trabalhadores com carga horária maior que 60h/semana. Ainda, nesta pesquisa os profissionais do turno da manhã foram mais prevalentes no grupo sem exposição, enquanto que os trabalhadores do noturno e do rodízio prevaleceram no grupo de maior exposição.

A exposição ao estresse associou-se com a demanda psicológica ($p=0,00$) e física ($p=0,00$), com o controle ($p=0,00$) e o com apoio social ($p=0,00$) e com a depressão ($p=0,00$). Observou-se quanto maior a exposição ao estresse retratada, maior era a intensidade de depressão observada. Nesse sentido, os enfermeiros que tiveram escores compatíveis com depressão leve e moderada, vivenciavam maior exposição e exposição intermediária ao estresse ocupacional, sendo que no modelo final, apenas a maior exposição ($p<0,01$) manteve-se significativa.

Ao estudar os estressores presentes no ambiente hospitalar e o risco para a depressão entre enfermeiros, Welsh (2009) verificou que os estressores presentes aumentaram significativamente o risco do desenvolvimento da depressão. Entre os principais estressores relatados, pela autora, foram o número reduzido de profissionais no hospital, tempo insuficiente para fornecer apoio emocional para os clientes, incapacidade para concluir as atividades (tarefas) de enfermagem e o envolvimento em muitas atividades não relacionadas a enfermagem. Para a pesquisadora, uma avaliação minuciosa das horas trabalhadas, dos índices de pessoal e das características da carga de trabalho dos enfermeiros e a implementação de ações para lidar com as condições menos satisfatórias no trabalho são passos importantes no fornecimento de um programa abrangente para melhorar a saúde mental dos enfermeiros.

Cabe ressaltar, que os resultados obtidos por meio de auto-relato para demanda, controle e apoio social podem ter sido enviesados, no sentido negativo (superestimados) em

enfermeiros com pobre bem-estar psicológico, particularmente em deprimidos. Enquanto que nos enfermeiros com boa saúde mental os estressores podem ter sido subestimados (MORGADO et al. 1991; KRISTENSEN, 1995).

Welsh (2009), ao avaliar os sintomas depressivos encontrados entre os enfermeiros pesquisados, realçou a presença de fadiga e a redução na acuidade mental, sendo observado em 20% o relato de dificuldades em se concentrar três ou mais dias por semana, sendo a fadiga um sintoma freqüente. A presença desses sintomas foi considerada potenciais de risco a realização da prática de enfermagem em segurança. Desta forma, segundo a autora, programas de bem-estar que promovam a saúde física e psicológica devem fazer parte de qualquer pacote de benefícios oferecido aos enfermeiros no hospital. Medidas para reduzir os sintomas de depressão entre enfermeiros devem incluir as intervenções que diminuam os seus níveis de sintomas somáticos, de estresse pessoal e de estresse ocupacional.

Com relação aos resultados da medida de depressão entre os enfermeiros, obteve-se média de 7,24 ($DP \pm 5,77$) na aplicação do BDI (0-63 pontos) e os escores variaram de zero a 29 pontos. Foi constatada a prevalência de 9% dos profissionais com presença de sintomas depressivos indicativos de depressão, sendo classificados como depressão leve (5,14%) e depressão moderada (3,77%). Também utilizando o BDI, no Brasil, Franco, Barro e Nogueira-Martins (2005) pesquisando a qualidade de vida de 68 residentes de enfermagem, relataram que 8,8% deles apresentaram critérios para depressão leve e 19,1% apresentaram critérios para depressão moderada; e Paschoalini et al. (2008) verificou entre 5 enfermeiros média 16,40 ($DP \pm 6,46$), entretanto ressalta-se que embora a média reportada seja alta, a amostra reduzida não permite generalizações. Na Grécia, Tselebis et al. (2001) entre 79 enfermeiros encontraram média igual 7,34 ($DP \pm 6,50$); e Bratis et al. (2009) pesquisando 94 enfermeiros obteve média de 8,47 ($DP \pm 6,57$), sendo que 16,8% dos sujeitos tinham sintomas depressivos de moderada a severa gravidade. Ao se comparar os dados observados com os encontrados na literatura, percebe-se que os enfermeiros investigados apresentaram média semelhante às demais pesquisas, embora um pouco inferior, e menores prevalências de depressão. Entretanto, a prevalência encontrada é condizente ao encontrado na população geral, em torno de 5 a 10% (NUNES; BUENO; NARDI, 2001).

A idade ($p=0,05$) apresentou associação inversa e fraca com a depressão, sendo que os sujeitos com menos de 30 anos (média=8,08; $DP \pm 6,32$) reportaram mais sintomas depressivos do que os indivíduos com mais de 45 anos (média=5,97; $DP \pm 4,91$). Não foi encontrada relação entre gênero e a depressão na amostra associada. Entretanto, Niedhammer et al. (1998) enfatizam as diferenças entre homens e mulheres no que se refere aos efeitos de

estresse ocupacional sobre saúde mental. Em acordo com os resultados deste estudo, apesar dos elevados níveis de demanda no trabalho, baixos níveis de controle e baixos níveis de apoio social no trabalho ter sido todos precursores significativos dos sintomas de depressão entre os homens e as mulheres, os autores citados encontraram associações mais fortes da demanda psicológica e do apoio social no trabalho para os homens.

Ter apresentado alguma mudança significativa no último ano ($p=0,01$) associou-se com maior depressão nos trabalhadores. Os resultados estão de acordo com Niedhammer et al. (1998), que ao analisar uma amostra de homens e mulheres de diversas profissões, verificaram que a presença de eventos pessoais estressantes nos 12 meses anteriores aumentou acentuadamente a prevalência de sintomas de depressão. Em pesquisa realizada entre enfermeiros, Welsh (2009) verificou que eventos estressantes na vida pessoal, entre eles empréstimos e morte de familiar, não resultaram em depressão diretamente, mas aumentaram o risco de adoecimento físico e mental na amostra estudada.

O histórico pessoal ($p=0,00$) e o transtorno mental relatado ($p=0,00$) apresentaram associação apenas com a variável depressão, sendo as maiores médias de depressão apresentadas pelos profissionais com histórico positivo e que relataram depressão. Ainda que, outras associações relevantes não tenham sido reveladas, a inserção da mudança significativa e histórico familiar e pessoal como variável controle, no modelo estatístico, resultou em melhora significativa na adequação do modelo final.

A associação com a carga horária ($p=0,05$) revelou que quanto maior a quantidade de horas trabalhadas, mais os sintomas depressivos foram reportados, sendo que os sujeitos que trabalhavam até 36h (média 6,5; $DP\pm 5,6$) apresentaram média significativamente menor para a medida de depressão, do que os enfermeiros que trabalhavam mais de 48h (média=7,8; $DP\pm 5,7$). Segundo Pinho e Araújo (2007), a sobrecarga de trabalho, o rodízio entre os turnos, sistema de plantão e o prolongamento da jornada de trabalho são fontes de pressão para os profissionais e culminam na intensificação do desgaste físico e psicológico do trabalhador, resultando em fator desencadeante de estresse e sofrimento mental (PINHO; ARAUJO, 2007).

A revisão da literatura científica acerca da relação unidade de trabalho e depressão, para a Enfermagem, evidenciou quatro estudos com associações significativas (DEMASO et al., 1990; YEH, 1990; KERASIoTIS; MOTTA, 2004; CHEN et al., 2005) e dois com associações não significativas (MOTOVIDO et al., SU et al. 2007). DeMaso et al. (1990) verificaram que as enfermeiras das unidades intensivas pediátricas diferiam significativamente das enfermeiras não-intensivistas, com maiores níveis de depressão. Enquanto que, Kerasiotis and Motta (2004) elucidaram que enfermeiras de unidades de

emergência e clínicas eram mais deprimidas que enfermeiras intensivistas. Entretanto, embora inicialmente associada, Su et al. (2007) verificou que após um mês, nenhuma diferença entre as unidades podia ser diagnosticada para a depressão.

A princípio, não foi observada associação do setor de atuação dos profissionais estudados com a depressão nos enfermeiros neste estudo. Entretanto, no modelo final, após o controle das variáveis, algumas Unidades apresentaram associação com a depressão nos profissionais investigados. Essas unidades foram a as unidades Clínicas ($p=0,05$), Cirúrgicas ($p=0,01$) e Ambulatoriais ($p=0,04$). De acordo com Kawano (2008), trabalhar em alguns setores afeta a saúde mental dos enfermeiros, independentemente de aspectos demográficos e fatores psicossociais no trabalho. Assim, os aspectos psicossociais devem ser minimizados para se incrementar a saúde física e mental das enfermeiras de acordo com as tarefas e procedimentos dos setores.

A depressão apresentou, ainda, correlação significativa com a demanda psicológica ($p=0,00$) e a física ($p=0,00$), o controle no trabalho ($p=0,00$), insegurança ($p=0,02$), apoio social ($p=0,00$), tipo de trabalho ($p=0,00$) e a exposição ao estresse ocupacional ($p=0,00$). Assim, os estressores psicossociais no trabalho estão relacionados a um risco elevado de estabelecimento de sintomas depressivos ou de ocorrência de depressão (BONDE, 2008). Mausner-Dorsch e Eaton (2000) testando novas interações das dimensões do JSM observaram que a tensão no trabalho definido pela combinação demanda psicológica e autoridade decisória acarreta em depressão mais do que a tensão definida pela combinação demanda física e autoridade decisória no trabalho. Divergindo, Michélsen e Bildt (2003) afirmaram que condições de trabalho, tais como os níveis de demanda e controle, não parecem suficientes para explicar o acometimento da saúde mental. Entretanto, Sanne et al. (2005) constataram que os níveis de ansiedade e depressão aumentam com o aumento da demanda, da alta exigência e da iso-tensão e com a diminuição do controle e do apoio social, sendo que as dimensões demandas, controle e apoio se associaram à ansiedade e depressão de forma independente.

Ainda que, o estado civil não tenha se associado ao tipo de trabalho, a exposição ao estresse e a depressão neste estudo, ressalta-se que os trabalhadores solteiros, desta investigação, estiveram mais expostos a condições de trabalho hostis, atuando em setores com maior carga e intensidade de trabalho e nos turnos mais prejudiciais a saúde do trabalhador.

A hipótese 1 deste estudo afirmava que os aspectos profissionais (carga horária, setor e turno de atuação) e psicossociais do ambiente laboral, o tipo de trabalho e a exposição ao

estresse ocupacional estariam associados ao aumento da medida de depressão nos enfermeiros, após o controle das demais variáveis.

No primeiro modelo preditivo para a depressão (modelo 1), não foram inseridos controles e confundidores e demonstraram-se significantes a demanda psicológica ($p<0,01$), o controle no trabalho ($p<0,01$) – uso de habilidades ($p=0,01$) e autoridade decisória ($p<0,01$), a demanda física ($p<0,01$), o apoio social ($p<0,01$) – apoio do supervisor ($p<0,01$) e dos colegas ($p=0,01$), a alta exigência no trabalho ($p<0,01$) e a maior exposição ao estresse ocupacional ($p<0,01$). Nenhum dos aspectos profissionais mostrou-se significativo no modelo. Entretanto, foram obtidos altos valores pelo critério de informação de Akaike, o que indicou um modelo de explicação menos adequado, sugerindo que outras variáveis estariam influenciando a medida de depressão.

Sendo assim, ao modelo foram inseridas variáveis controle (idade, sexo, estado civil, escolaridade e renda familiar mudança significativa na vida, histórico pessoal de TM, diagnóstico prévio de depressão) e confundidores (tempo de atuação no hospital, no cargo e no setor). Não houve alterações significantes quanto às dimensões psicossociais no trabalho, ao tipo de trabalho e a exposição ao estresse, sendo preservadas suas relações significativas com a medida depressão. No entanto, a carga horária de trabalho semanal ($p=0,05$) e os específicos setores unidade clínica ($p=0,05$), cirúrgica ($p=0,01$) e ambulatorial ($p=0,04$) apresentaram-se significantes. Além disso, os menores valores AIC obtidos indicaram melhor adequação do segundo modelo preditivo ao primeiro, sendo esse adotado como modelo final.

Ao se analisar o modelo final proposto na Tabela 48, pode-se constatar que os resultados encontrados demonstraram concordância com os pressupostos do JSM (*Job Strain Model*), para o estudo da variável desfecho. A demanda psicológica e o controle no trabalho apresentaram relação significativa com o desenvolvimento de depressão. Na análise dos quadrantes do modelo teórico, apenas a situação de alta exigência no trabalho apresentou relação com a depressão na amostra estudada, confirmando ser esta situação a de maior exposição do trabalhador ao estresse ocupacional. Entretanto, era esperado que o trabalho passivo, situação de exposição intermediária ao estresse, também demonstrasse relação com a depressão. Essa segunda situação não foi confirmada na amostra estudada.

Na década de 1980, foi adicionado ao modelo JSM o apoio social, resultando no modelo Demanda-Controle e Apoio Social no trabalho. (JOHNSON; HALL, 1988). Desta forma, a hipótese de tensão no trabalho, já apresentada, foi expandida para a hipótese de iso-tensão (*iso-strain*), que presume que os resultados mais negativos decorrentes do trabalho são caracterizados pela alta exigência no trabalho combinado com baixo apoio social, ou

isolamento social. A hipótese do efeito protetor, correspondente, afirma que um nível elevado de apoio social confere proteção contra o impacto negativo da alta exigência no trabalho sobre o trabalhador (PELFRENE et al., 2002).

Averiguando a adequação do modelo ampliado, Cheng et al. (2000) verificaram que as enfermeiras com altas demandas, baixo controle e baixo apoio social (iso-tensão) demonstraram os maiores declínios nos estados de saúde avaliados. Com relação à saúde mental, Sanne et al. (2005) observaram que o efeito da alta exigência e do iso-tensão como fator de risco para a ansiedade e depressão era mais forte entre enfermeiros homens, sem perder a importância entre as mulheres; e Boya et al. (2008) constataram que ansiedade e depressão eram mais comuns em enfermeiras com alto iso-tensão.

Assim, a hipótese 2 desse estudo afirmava que a adição do apoio social influencia a relação entre demanda psicológica e controle no trabalho e a depressão nos enfermeiros, após o controle das demais variáveis. Não foi objetivo do estudo a análise do modelo de iso-tensão (*iso-strain model*), mas avaliar o resultado do efeito da interação do apoio social com a demanda e o controle (e sub-dimensões) para a explicação da depressão. Foi observado que o apoio influenciou a medida de demanda e da sub-dimensão uso de habilidades, que ao terem sido controladas para o apoio, perderam poder de associação e não se mostraram significativas para a depressão. Para o controle e a sub-dimensão autoridade decisória, não foram observadas mudanças no modelo gerado.

Desta forma, considera-se que os resultados obtidos no estudo e nos modelos de regressão confirmam parcialmente a hipótese 1 (Tabela 48) e a hipótese 2 (Tabela 49) e demonstram o efeito desgastante provocado pelos aspectos profissionais e psicossociais no trabalho nos enfermeiros, acarretando no desenvolvimento de depressão.

8 CONCLUSÃO

8 CONCLUSÃO

Os instrumentos psicométricos utilizados na coleta dos dados tiveram bom desempenho entre os enfermeiros pesquisados, evidenciado pelos valores de consistência interna obtidos. O Inventário de Depressão de Beck obteve coeficiente alfa de Cronbach quase perfeito (0,83). Com ressalva, no Questionário de Conteúdo do Trabalho os valores dos coeficientes obtidos foram considerados substanciais ou quase perfeitos para a maior parte das dimensões e sub-dimensões. Porém, a sub-dimensão autoridade decisória teve consistência moderada (0,59) e a insegurança no trabalho consistência fraca (0,20). Valores discrepantes do coeficiente alfa foram encontrados para a demanda psicológica e o controle nas pesquisas levantadas e discute-se a validade semântica de algumas questões, que têm sido relatadas como de difícil entendimento aos sujeitos investigados (por exemplo, a tradução de *work hard* como trabalho duro). Diferentemente, na literatura as dimensões apoio social e demanda física apresentaram valores alfas mais homogêneos. Com relação à medida de insegurança no trabalho, foram encontrados relatos de baixo desempenho da sub-escala e considera-se que os resultados dela originados devam ser considerados com cautela.

No estudo, prevaleceu o gênero feminino representado por 91,10% dos enfermeiros. A idade média obtida de 38,6 anos correspondeu, aproximadamente, a média de idade apresentada em outros estudos entre enfermeiros, prevalecendo à faixa etária de 30 a 45 anos. Chama a atenção a menor prevalência (21,80%) de profissionais mais jovens (até 30 anos). Eventos como o envelhecimento na profissão e o déficit de pessoal (*shortage*) são considerados preocupantes em pesquisas internacionais e começam a ser evidenciados também no Brasil.

Os enfermeiros deste estudo se dividiram entre casados (44,52%) e solteiros (49,32%). Foi observada grande dispersão de dados referentes a renda familiar, com valor médio de quatro mil e duzentos e cinquenta reais ($DP \pm 2.220,3$ reais). Com relação à escolaridade, se evidenciou a prevalência de indivíduos com algum nível de pós-graduação (67,47%). Uma das possíveis explicações para o maior aprimoramento profissional dos enfermeiros investigados talvez seja o fato da instituição ser um hospital universitário e manter vínculo com universidade de excelência no país.

Metade dos enfermeiros revelou ter apresentado mudança significativa em sua vida no último ano e as mudanças relacionadas ao trabalho representaram somente 22,22%. Porém, se considerou relevante a percepção dos próprios indivíduos de que o trabalho afetou sua vida.

Em relação à saúde mental, a prevalência de história prévia de transtorno mental (13%) e de depressão (9,6%) condiz ao esperado para a população geral.

Os trabalhadores investigados trabalhavam em média há 11,13 ($DP \pm 8,77$) anos no hospital e eram, predominantemente, servidores público (81,16%) ou funcionários com vínculo com o setor privado (16,10%). Como esperado, os trabalhadores ocupavam predominantemente o cargo de enfermeiro (70,89%), seguido de enfermeiro encarregado do turno (11,30%), enfermeiro chefe (13,70%) e diretor técnico de serviço (3,77%). Um quarto dos profissionais possuía outro emprego e desempenhava a função de enfermeiro (72,60%) ou docente (21,92%).

Os sujeitos investigados trabalhavam aproximadamente 43h por semana ($DP \pm 13,62h$) e 41,10% trabalhavam até 36 horas. A carga horária de trabalho apresentou resultados estatisticamente significantes para as variáveis gênero ($p=0,04$), vínculo empregatício ($p=0,00$) e depressão no modelo final ($p=0,05$). Nesse sentido, os homens e os funcionários do setor privado trabalhavam mais horas e a maior a carga horária trabalhada repercutiu em maior presença de sintomas de depressivos.

Os profissionais se distribuíram, principalmente, nas unidades Clínica (39,38%), Intensiva (20,55%) e Ambulatorial (15,41%), seguidas da Materno-infantil (11,30%), Cirúrgica (7,88%) e Administração/coordenação de Enfermagem (5,48%). Foi significativa a relação entre o setor de atuação e a idade ($r=0,38$; $p=0,00$), o turno de trabalho ($p=0,00$) e a presença de depressão no modelo final ($p=0,01$ a $0,05$). Com relação aos turnos de trabalho, os enfermeiros se distribuíam no esquema de rodízio (32,19%), seguido dos turnos manhã (22,95%), tarde (14,73%), noturno (13,01%), integral (10,62) e vespertino (2,05%) e apenas demonstrou relevância estatística para a variável turno, a relação com o setor de atuação.

No modelo final foram significantes para a medida de depressão as unidades clínica ($p=0,05$), cirúrgica ($p=0,01$) e ambulatorial ($p=0,04$). As associações dessas unidades às demais variáveis mencionadas acima mostraram que os enfermeiros na unidade clínica tinham entre 30 e 45 anos e trabalhavam no turno da manhã e rodízio; na unidade ambulatorial os profissionais tinham mais de 45 anos e trabalhavam no turno da manhã e integral; e na unidade cirúrgica os enfermeiros tinham mais de 45 anos e distribuíam-se equivalentemente entre os turnos.

Os enfermeiros estavam expostos a alta demanda psicológica no trabalho, relatada por 49,66%, sendo média da amostra igual a 32,71 ($DP \pm 5,90$). Entre os resultados encontrados foi significativa a relação inversa com a idade ($r=-0,25$; $p=0,00$), a associação com as mudanças significativas na vida ($p=0,04$) e com o setor de atuação ($p=0,02$). Surpreendeu que os

enfermeiros que não possuíam outro vínculo de trabalho apresentaram maior demanda psicológica ($p=0,01$). A associação com a função desempenhada no outro emprego ($p=0,02$) demonstrou resultar na diminuição da demanda psicológica no trabalho. Nesse sentido, acredita-se que a atividade profissional realizada em área diferente a enfermagem assistencial, que no estudo foram ensino (docente) e outras funções (comércio e medicina veterinária), atue contribuindo para a dissipação da tensão residual, decorrente das altas demandas, favorecendo ao menor desgaste físico e psicológico do trabalhador. Constatou-se a forte associação entre a alta demanda e a maior demanda física ($r=0,56$; $p=0,00$), as piores situações de trabalho ($r=0,78$; $p=0,00$) e o maior estresse ocupacional ($r=0,60$; $p=0,00$).

O baixo controle sobre o trabalho foi evidenciado e reportado por 50,34% dos enfermeiros, com média de 68,10 ($DP\pm 10,22$). As análises demonstraram que o controle sobre o trabalho aumentava de acordo com o cargo ocupado na instituição ($r_s=0,35$; $p=0,00$) e com o apoio social no trabalho ($r_s=0,43$; $p=0,00$). O baixo controle se relacionou às piores condições de trabalho ($r_s=-0,28$; $p=0,00$) e a maior exposição ao estresse ($r_s=-0,55$; $p=0,00$). Verificou-se que 50,00% dos profissionais relataram baixo uso de habilidades no trabalho e média de 34,87 ($DP\pm 5,42$) pontos. Destacou-se a relação com o gênero ($p=0,04$) e com o cargo ocupado ($r_s=0,31$; $p=0,00$) que evidenciou o menor uso de habilidades por homens e por profissionais que ocupavam cargos inferiores na instituição. Ainda, 82,19% dos enfermeiros relataram baixa autoridade decisória, com média de 33,23 ($DP\pm 6,35$), com relação direta com o cargo ocupado ($r_s=0,29$; $p=0,00$), evidenciando que os profissionais que ocupam posição inferior tem menor autonomia na tomada de decisão no ambiente laboral.

A demanda física no trabalho foi considerada alta, média de 11,67 ($DP\pm 2,71$), sendo reportada por 48,97% dos enfermeiros. Observou-se a alta demanda física fortemente relacionada à alta demanda psicológica ($r=0,56$; $p=0,00$), ao tipo de trabalho vivenciado ($r=0,45$; $p=0,00$) e à maior exposição ao estresse ($r=0,37$; $p=0,00$) e satisfatoriamente relacionada à depressão ($r=0,27$; $p=0,00$). Para a insegurança no trabalho, a média observada foi 5,05 ($DP\pm 2,44$), sendo considerada baixa, evidenciando que 81,16% dos enfermeiros tinham baixa insegurança, o que pode ser atribuído à reduzida proporção de trabalhadores vinculados ao setor privado na instituição.

Assim como a baixa autoridade decisória, o apoio social no trabalho destacou-se como um dos principais problemas do trabalho dos enfermeiros investigados. 82,88% reportaram baixo apoio social no trabalho, com média igual a 22,41 ($DP\pm 3,43$) e trabalhavam principalmente nos setores ($p=0,05$) unidades clínica e cirúrgica. Foi verificado ainda baixo apoio provido pelo supervisor para 88,36% dos enfermeiros (média=10,92; $DP\pm 2,52$) e baixo

apoio dos colegas para 84,93% dos enfermeiros (média=11,49; DP±1,58). O baixo apoio social no trabalho resultou, na amostra investigada, em situações inadequadas de trabalho (r_s -0,30; $p=0,00$) e em maior exposição ao estresse ocupacional (r_s -0,38; $p=0,00$).

Ao se distinguir os quatro tipos de trabalho do ambiente laboral dos enfermeiros, proposto pelo modelo JSM, observou-se que trabalhadores vivenciavam no trabalho: a alta exigência (23,63%), o trabalho ativo (26,03%), o trabalho passivo (26,71%) e a baixa exigência (23,63%). As distribuições mostraram que os enfermeiros estavam expostos ao trabalho passivo e à alta exigência, situações que oferecem maior potencial para o comprometimento da saúde física e mental. O tipo de trabalho se relacionou ao setor de atuação ($p=0,03$) e ao turno trabalhado ($p=0,02$). Nesse sentido, os profissionais que trabalhavam em alta exigência atuavam na unidade intensiva ou materno-infantil e sob o esquema de rodízio, vespertino ou noturno. No trabalho passivo, os enfermeiros atuavam nas unidades clínica, ambulatorial e cirúrgica, nos turnos tarde, noturno ou vespertino. Embora a correlação tenha demonstrado associação fraca com a depressão, pode-se observar maior prevalência dos enfermeiros com sintomas depressivos nas situações de trabalho de alta exigência e trabalho passivo.

Os enfermeiros estavam mais expostos ao estresse intermediário no trabalho (52,74%), seguido da maior exposição (23,63%) na instituição hospitalar investigada. O turno de trabalho mostrou influenciar a exposição ao estresse, sendo o turno noturno, rodízio e vespertino relacionado ao maior estresse. Apesar de o teste de correlação ter demonstrado associação fraca com a depressão, pode-se observar maior prevalência dos enfermeiros com sintomas depressivos na maior e na exposição intermediária.

Entre os 292 enfermeiros estudados, 9% apresentaram presença de sintomas indicativos de depressão, sendo classificados como depressão leve (5,14%) e depressão moderada (3,77%), com escore médio de 7,24 (DP±5,77). Constatou-se relação entre a depressão com a ocorrência de mudança significativa ($p=0,01$), com história prévia de transtorno mental ($p=0,00$) e de diagnóstico de depressão ($p=0,00$) e com a demanda física no trabalho (r_s 0,27; $p=0,00$).

Entre os fatores de risco internos ao indivíduo para o desenvolvimento dos episódios depressivos, comumente citados, estão idade (crianças e idosos), gênero (feminino), estado civil (separado, divorciado, viúvo, solteiro), escolaridade (menor), status econômico (menor), história familiar (familiar com grau de parentesco próximo ou convívio com familiares depressivos), história pessoal (episódio anterior), mudanças e perdas na vida, tabagismo, doenças graves, transtorno de ansiedade e distúrbios do sono ou insônia. No presente estudo,

entre os fatores abordados, demonstrou-se relacionadas à depressão apenas a idade (menor), as mudanças na vida e a história prévia de transtorno mental e de depressão. Os fatores gênero, estado civil, escolaridade, renda e história familiar de transtorno mental e de depressão não foram relevantes.

Embora não fosse objetivo da pesquisa, evidenciou-se que os trabalhadores com vínculo com o serviço público e com o setor privado apresentaram diferenças significativas nas condições de trabalho, sendo que os funcionários do setor privado possuíam maior carga horária de trabalho ($p=0,00$), eram distribuídos no turno de trabalho ($p=0,00$) tipo rodízio e apresentavam maior insegurança no trabalho ($p=0,01$).

Os resultados referentes ao cargo ocupado na instituição destacaram diferenças relevantes e significativas. Ainda que, a maior parte das associações encontradas tenham sido fracas, a posição ocupada na hierarquia impactou nos trabalhadores em diversos aspectos. Nesse sentido, verificou-se que quanto menor o nível do cargo ocupado, pior ou mais inadequado os resultados encontrados relativos ao controle ($r_s 0,35; p=0,00$) e sub-dimensões uso de habilidade ($r_s 0,31; p=0,01$) e autoridade decisória ($r_s 0,29; p=0,00$), a insegurança ($r_s -0,18; p=0,00$), ao apoio social ($r_s 0,16; p=0,05$) e a sub-dimensão apoio do supervisor ($r_s 0,15; p=0,01$), e a exposição ao estresse ocupacional ($r_s -0,13; p=0,02$). O tempo de atuação no cargo influenciou ainda a demanda psicológica ($r_s -0,16; p=0,02$) e a sub-dimensão uso de habilidades ($r_s -0,20; p=0,00$).

A realização de teste do modelo preditivo foi importante para estabelecer as relações entre as variáveis preditoras e a desfecho deste estudo, uma vez que se averiguou que outras interações estavam influenciando a medida de depressão. Desta forma o ajustamento do modelo a variáveis controle e de confundimento, demonstrou que os aspectos psicossociais no trabalho são importantes determinantes da saúde mental dos enfermeiros. Os aspectos associados à depressão estabelecidos pelo modelo final proposto e que confirmaram parcialmente a hipótese 1 foram: demanda psicológica, controle no trabalho, apoio social no trabalho, demanda física, trabalho em alta exigência, maior exposição ao estresse ocupacional, carga horária de trabalho e atuação em unidade clínica, cirúrgica e ambulatorial.

A hipótese 2 foi parcialmente confirmada, e, em conjunto com outros pesquisadores, demonstrou que o apoio social pode influenciar positiva ou negativamente os efeitos do trabalho na saúde dos trabalhadores. Neste estudo, o apoio influenciou a medida de demanda e da sub-dimensão uso de habilidades.

A presença da demanda psicológica, do controle e da alta exigência no modelo final confirmam os pressupostos do *Job Strain Model*, de que a exposição à alta demanda

psicológica, ao baixo controle no trabalho e a alta exigência no trabalho acarretam em adoecimento físico e mental, e demonstram a relevância do modelo na predição de depressão nos enfermeiros. Nesse sentido, o controle mostrou-se importante precursor de depressão nos enfermeiros, sendo que seu efeito independe do apoio social no trabalho. Também foram relevantes a demanda física e psicológica, o apoio social, a alta exigência e a maior exposição ao estresse no trabalho.

As limitações deste estudo incluem: a natureza transversal, que restringe sua capacidade de estabelecer prognóstico, história natural e causa da doença, e o estudo ter sido realizado em uma amostra a partir de um único hospital, limitando as generalizações dos resultados encontrados. Estudos futuros utilizando cortes longitudinais, em instituições de saúde públicas e privadas diversas, poderiam ser favoráveis para determinar se as conclusões do presente estudo se mantêm ao longo do tempo e em outras instituições hospitalares.

Entretanto, ressalta-se que os resultados encontrados para os aspectos psicossociais (demanda psicológica, demanda física, controle e apoio social no trabalho), o tipo de trabalho (alta exigência) e a exposição ao estresse ocupacional (maior exposição) foram acentuados, quando comparados a outros estudos, e expõem os enfermeiros ao risco de desgaste psicológico e adoecimento físico e à redução da motivação profissional. Ainda que, a proporção de depressão tenha se apresentado em acordo com o padrão esperado para a população geral, comprovou-se a relação desta com o trabalho desempenhado. Dessa forma, as precárias condições de trabalho vivenciadas pelos enfermeiros no ambiente hospitalar implicam em depressão e, possivelmente, em outras consequências para a saúde desses profissionais.

Nesse sentido, novos estudos, que aprofundem a relação entre os aspectos de controle e apoio social no trabalho e a motivação e insatisfação do trabalhador, bem como visem outras formas de desgaste psicológico e/ou adoecimento físico na população investigada, são sugeridos em decorrência dos resultados desfavoráveis relacionados às condições de trabalho encontradas, entre a amostra avaliada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS³

ABRAMIDES, M.B.; CABRAL, C.M.S.R. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. **São Paulo em Perspectiva**, v.17, n.1, p.3-10, 2003.

AGNST, J. Epidemiology of depression. **Psychopharmacology**, v.106, p.71-74. 1992. suplie
AJZEN, I.; FISHBEIN, M. **Understanding attitudes and predicting social behavior**.
PrinceHall, Englewood Cliffs, NJ, 1980.

AKAIKE, H. A new look at the statistical model identification. **IEEE Transactions on Automatic Control**, v.19, 6, p.716-723, 1974.

ALEXANDRE, N.M.C. Ergonomia e as atividades ocupacionais da equipe de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.32, n.1, p.84-90, abril. 1998.

ALVES, M.G.M. et al. Versão resumida da "Job Stress Scale": adaptação para o português. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.2, p.164-71, abril. 2004.

AMARAL, T.R. **Dimensões psicossociais do trabalho da enfermagem e os distúrbios psíquicos menores em unidades críticas**. 2006. 127f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatry Association; 1994.

ANDRADE, L. et al. Psychometric properties of the portuguese version of the State-Trait Anxiety Inventory applied to college Students: factor analysis and relation to the Deck Depression Inventory. **Brazilian Journal of Medical and Biology Research**, Ribeirão Preto, v.34, n.3, p.367-374, março. 2001.

ANSELM, M.L.; DUARTE, G.G.; ANGERAMI, E.L.S. "Sobrevivência" no emprego dos trabalhadores de enfermagem em uma instituição hospitalar pública. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.4, 2001. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Dec. 2009. doi: 10.1590/S0104-11692001000400003

ANTUNES, R. Os caminhos da liofilização organizacional: as formas diferenciadas da reestruturação produtiva no Brasil. **Idéias**, n.9/10, p.13-24, 2002/2003.

ARAÚJO, T. M. et al Diferenciais de gênero no trabalho docente e repercussões sobre a saúde **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.4, p.1117-1129, 2006.

³ ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS E TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

ARAÚJO, T.M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.4, p.424-33, agosto. 2003.

ARAÚJO, T.M. **Trabalho e distúrbios psíquicos em mulheres trabalhadoras de enfermagem**. 1999. 210f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), 1999.

ARAÚJO, T.M. **Tradução e Adaptação do Job Content Questionnaire** – recommended format: 49 questions. Aprovação em: dez. 2001. Material cedido pelo *JCQ center*.

ARAÚJO, T.M.; GRAÇA, C.C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Control. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.4, p.991-1003. 2003.

ARAÚJO, T.M.; KARASEK, R.A. Validity and reliability of the job content questionnaire informal and informal jobs in Brazil. **Scandinavian Journal of Work Environment and Health**, n.6, p.52-9, 2008. supplie.

BABA, V.; GALPERIN, B.L.; LITUCHY, T.R. Occupational mental health: a study of work-related depression among nurses in the Caribbean. **International Journal of Nursing Studies**, v.36, p.163-169, april. 1999.

BARBOSA, A. Hospitais: fontes de saúde ou de riscos. **Revista de Saúde do Distrito Federal**, Brasília, v.6, n.1 e 2, janeiro/junho. 1995.

BARBOZA, D.B.; SOLER, Z.A.S.G. Afastamento do trabalho de enfermagem: ocorrência com trabalhadores de um hospital de ensino. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.2, p.177-183, março. 2003.

BATISTA, K.M.; BIANCHI, E.R.F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v.14, n.4, p.534-9, jul-ago, 2006.

BECK, A.T. **Beck Depression Inventory**. San Antonio, Texas: Hacourt Brace, The Psychology Corporation, 1993.

BECK, A.T., STEER, R.A., BROWN, G.K. **Manual for the Beck Depression Inventory – II**. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1996.

BECK, AT.; WARD, C.H. et al. An Inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**, USA, v.4, p.561-571, june. 1961.

BEDRIKOW, B. Doenças relacionadas ao trabalho. **São Paulo: Saúde e Trabalho**, v.1, p.101-7. 1987.

BELANCIERI, M. F. ; BIANCO, M. H. B. C. . Estresse e repercussões psicossomaticas em trabalhadores da area da enfermagem de um hospital universitário. **Revista Texto e Contexto de Enfermagem**, Santa Catarina, v.13, n.1, p.124-131, 2004.

BIANCHI, E.R.F. Enfermeiro hospitalar e o stress. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.34, n.4, p.390-4, dez. 2000.

BOEY, K.W. et al. Work stress and psychological well-being among the nursing profession in Singapore. **Singapore Medical Journal**, Malaya, v.38, n.6, p.256-260, june. 1997.

BONDE, J.P.E. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. **Occupational and Environmental Medicine**; v.65, p. 438-445, 2008. doi:10.1136/oem.2007.038430

BOTHA, W.E.; BRIDGE, R.S. Anthropometric variability, equipment usability and musculoskeletal pain in a group of nurses in the Western Cape. **Applied Ergonomics**, Great Britain, v.29, n.6, p.481-490, december. 1998.

BOURBONNAIS, R. et al. Job strain, psychological distress, and burnout in nurses. **American Journal of Industrial Medicine**, v.34, p.20-28. 1998.

BOYA, F.Ö. et al. Effects of Perceived Job Insecurity on Perceived Anxiety and Depression in Nurses. **Industrial Health**, v.46, p.613–619, 2008.

BRASIL. **Congresso Nacional**. Lei Orgânica da Saúde. Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Ministério da Casa Civil. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm>

BRASIL. INSS. Instrução Normativa INSS/DC Nº 98 - de 05 de dezembro de 2003 – DOU de 10/12/2003. **Norma Técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos - LER ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT**. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/38/INSS-DC/2003/98.htm>. Acesso em: 20/09/2009.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Acompanhamento Mensal dos Benefícios Auxílios-Doença Acidentários Concedidos segundo os Códigos da CID-10 – Janeiro a Dezembro de 2008**. Ministério da Previdência Social, 42p., jan. 2009. Disponível em: http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_081014-103851-326.pdf Acesso em: 10 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil e Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; organizado por Elizabeth Costa Dias ; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al. – Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, Série A. Normas e Manuais Técnicos, n.114, 580 p., 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. www.conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc. Acesso em: 20 jun. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do trabalhador**. Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador, 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30427&ejanela=1. Acesso em: 24 nov. 2009.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego [et al.]. **Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho - AEAT 2007**. v. 1 (2007) – Brasília : MTE : MPS, 718 p., 2008.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Emprego e renda. **Salário Mínimo**. Ministério do Trabalho e Emprego, 2009. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/sal_min/default.asp> Acesso em: 29 nov. 2009.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 800 de 3 de maio de 2005. Dispõe sobre Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho. **Ministério da Saúde**, 16p. dez. 2004. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/insumos_portaria_interministerial_800.pdf. Acesso em: 15 jul. 2008.

BRATIS, D. et al. Alexithymia and its association with burnout, depression and family support among Greek nursing staff. **Human Resources for Health**, v.7, p.72. 2009.

BUDGE, C.; CARRYER, J.; WOOD, S. Health correlates of autonomy, control and professional relationships in the nursing work environment. **Journal of Advanced Nursing**, England, v.42, n.3, p.260-268, may. 2003.

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. Rio de Janeiro, 1994.

CALIL, H.M.; PIRES, M.L.N. Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 240-244, set./out. 1998.

CAMAROTTI, H.; TEIXEIRA, H.A. Saúde mental e trabalho: estudo da Regional Norte de Saúde do DF. **Revista de Saúde do Distrito Federal**, Brasília, v.7, n.1, p.29-40, janeiro/março. 1996.

CANINI, S.R.M.S. et al. Percutaneous injuries correlates in the nursing team of a brazilian tertiary-care university hospital. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.5, p.818-23. setembro-outubro. 2008.

CAPLAN, R.D. et al. Job demands and worker health. Cincinnati, OH: **National Institute for Occupational Safety and Health**, n.75-168, 1975.

CHENG, Y. et al. Association between psychosocial work characteristics and health functioning in American women: prospective study. **British Medical Journal**, v.320, n.27, p.1432-1436. may. 2000.

CHIU, Y.L. et al. The effects of job demands, control, and social support on hospital clinical nurses' intention to turn over **Applied Nursing Research**, v.22, p.258–263. 2009.

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS. **Como adaptares a los câmbios em la sociedade y em el mundo de trabajo: una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad** (2002-2006). [citado 17 dezembro 2004] Disponible en http://europe.osha.in/systems/strategies/future/com2002_es.pdf,

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – COREN-SP. Legislações: **Lei de regulamentação do exercício profissional nº7498/86**. São Paulo: Coren-SP; [acesso em 20 de junho de 2007]. Disponível em: <http://corensp.org.br>

COSTA, T.F.; FELLI, V.E.A. Exposição dos trabalhadores de enfermagem às cargas químicas em um hospital público universitário da cidade de São Paulo. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, ago. 2005.

CRUZ, R.M. Medidas da carga mental de trabalho. In: Cruz RM, Alchieri JC, Sarda JJ (orgs). **Avaliação e medidas psicológicas: produção do conhecimento e da intervenção profissional**. São Paulo: Casa do Psicólogo; p.183-99. 2002.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 71p., 2001.

CUNHA, J.A.; FLECK, M.P.A. Estudo de validade convergente do Inventário de Depressão de Beck com medidas de depressão baseadas na avaliação clínica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 25-31, 1998.

DANTAS, J. **Hipertensão arterial e fatores psicossociais no trabalho em uma refinaria de petróleo**. 2003. 149p. Dissertação. (Mestrado). Saúde Pública. Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, 2003.

DEL PORTO, J.A. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.21, maio. 1999.

DELCOR, N.S. et al. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.20, n.1, p.187-96, 2004.

DEMASO, D.R. et al. Depression in a pediatric intensive care unit nursing staff. **Critical Care Medicine**, v.18, n.6, p.669-672, 1990.

DEMBE, A.E.; DELBOS, R.; ERICKSON, J.B. Estimates of injury risks for healthcare personnel working night shifts and long hours. **Quality and Safety in Health Care**, v.18, n.5, p.336-40. Oct 2009.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS – DIEESE. **Mercado de trabalho no Brasil**. São Paulo. 2001.

DIAS, E.C. A organização da atenção à saúde do trabalhador. In: FERREIRA JUNIOR, M. (Org.). **Saúde no trabalho**. São Paulo:Rocca, 2000.

DIAS, E.C.; HOEFEL, M.G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, Dec. 2005 .

DOLLARD, M.F.; WINEFIELD, H.R. A test of the Demand-Control/Support Model of work stress in Correctional Officers. **Journal of Occupational Health Psychology**, v.3, n.3, p.243-264.1998.

ELIAS, M.A.; NAVARRO, V.L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.14, n.4, p.517-25. julho/agosto. 2006

ERIKSEN, W.; TAMBS, K.; KNARDAHL, S. Work factors and psychological distress in nurses ' aides: a prospective cohort study. **BMC Public Health**, v.6, n.290, 11 p., Nov. 2006.

FACCHINI, L.A. Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: ROCHA, L.E.; RIGOTO, R.M.; BUSCHINELLI, J.T.P. (org.) **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. Petrópolis, Vozes, 1994a. p.33-55.

FACCHINI, L.A. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador. **Isto é Trabalho de Gente? Vida doença e trabalho no Brasil**. São Paulo, 1994b.

FACCHINI, L.A.; WEIDERPASS, E.; TOMASI, E. Modelo operário e percepção de riscos ocupacionais e ambientais: o uso exemplar de estudo descritivo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.25, n.5, p.394-400, 1991.

FENG, C.-K.; CHEN, M.-L.; MAO, I.-F. Prevalence of risk factors for different measures of low back pain among female nursing aides in Taiwanese nursing homes. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v.25, n.8, p.52, jun. 2007. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-274/8/52>>. Acesso em: junho 2008.

FERNANDES, M.H.; ROCHA, V.M. Impact of the psychosocial aspects of work on the quality of life of teachers. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.31, n.1, p.15-20, 2009.

FIRTH, H. et al. Burnout and professional depression: related concepts? **Journal of Advanced Nursing**, v.11, p.633-641, 1986.

FIRTH, H. et al. Professional depression, 'burnout' and personality in longstay nursing. **International Journal of Nursing Studies**, v.24, n.3, p.222-23, 1987.

FISCHER, F.M. et al. Job control, job demands, social suport at work and health among adolescent workers. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.2, p. 245-53, abril. 2005.

FLECK, M.P.A. et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.4, p.431-8, agosto. 2002.

- FONSECA, R.M.G.S. da F.; BERTOLOZZI, M. R. A epidemiologia social e a assistência à saúde da população. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **A classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva e o uso da epidemiologia social**. Brasília, p.1-59 (Série Didática: Enfermagem no SUS). 1997.
- FRANCO, G.P.; BARROS, A.L.B.L.; NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.13, n.2, p.139-44. março-abril. 2005.
- FRUTUOSO, J.T.; CRUZ, R.M. Mensuração da carga de trabalho e sua relação com a saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Belo Horizonte, v.3, n.1, p.29-36, jan-jul, 2005.
- GALEGO, J.C.B. et al. Depression and migraine. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v.62, n.3-b, p.774-777, setembro. 2004.
- GANDINI, R.C. et al. Inventário de Depressão de Beck – BDI: validação fatorial para mulheres com câncer. **Psico-USF**, v. 12, n. 1, p. 23-31, jan./jun. 2007
- GASPAR, P.J.S. Enfermagem profissão de risco e de desgaste: perspectivas do enfermeiro do serviço de urgência. **Nursing - Revista Técnica Enfermagem**, São Paulo, v.10, n.109, p.23-24, março. 1997.
- GEIGER-BROWN, J. et al. Nurses' perception of their work environment, health, and wellbeing. **American Association of Occupational Health Nurses Journal**, USA, v.52, n.1, p.16-22, January. 2004.
- GIR, E.; COSTA, F.P.P.; SILVA, M.A.A. A enfermagem frente a acidentes de trabalho com material potencialmente contaminado na era do HIV. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.32, n.3, p.262-272, outubro. 1998.
- GLASS, D.C., MCKNIGHT, J.D., VALDIMARSDOTTIR, H. Depression, Burnout, and Perceptions of Control in Hospital Nurses. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.61, n.1, p.147-155, 1993.
- GLINA, D.; ROCHA, L. Prevenção para a saúde mental no trabalho. In: GLINA, D.; ROCHA, L. (Orgs.) **Saúde mental no trabalho: desafios e soluções**. S.P.: VK, p.53-82. 2000.
- GLINA, D.M.R. et al. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexo com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.607-616, maio/junho. 2001.
- GOLDBERG, R.J.; STEURY, M.D. Depression in the workplace: costs and barrier to treatment. **Psychiatric Services**, USA, v.52, n.12, december. 2001.
- GOMEZ, C.M.; CARVALHO, S.M.T.M. Social inequalities, labor, and health. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.4, p.498-503, outubro/dezembro. 1993.

GOMEZ, C.M.; LACAZ, F.A.C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4. Dec. 2005. Disponível em: www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400002&lng=en&nrm=iso. access on 22 Sept. 2009. doi:10.1590/S1413-81232005000400002.

GORENDER, J. Globalização, tecnologia e relações de trabalho. **Estudos Avançados**. São Paulo, v. 11, n. 29, p.311-361. abril. 1997.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, Ribeirão Preto, v.29, n.4, p. 453-457, april. 1996.

_____. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.25, p.245-250. 1998.

GRIEP, R.H. et al. The psychometric properties of demand-control and effort-reward imbalance scales among Brazilian nurses. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, v.82, p.1163-1172. 2009

GUEDES, E.M.; MAURO, M.Y.C. (Re) Visando os fatores de risco e as condições de trabalho da enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.144-151, maio/agosto. 2001.

HAASE, V.G. et al. Avaliação do funcionamento psicossocial na esclerose múltipla: características psicométricas de quatro medidas de auto-relato. **Arquivos Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v.62, n.2a, junho. 2004.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**. São Paulo: Edições Loyola; 2001.

HO, W-H. et al. Effects of job rotation and role stress among nurses on job satisfaction and organizational commitment **BMC Health Services Research**, v.9, p.8, 2009.

HOEFEL, M.G.; DIAS, E.C.; SILVA, J.M. A atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST. Brasília, **Ministério da Saúde**. 2005. Disponível em 3cnst@saude.gov.br

HORWATH, E. et al. Depressive symptoms as relative and attribute risk factors for first-onset major depression. **Archives of General Psychiatry**, USA, v.49, n.10, p.817-823, october.1992.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - **HCFMRP-USP**. Disponível em www.hcrp.fmrp.usp.br Acesso em: 29 jul. 2007.

HULLEY, S.B.; NEWMAN, T.B.; CUMMINGS, S.T. Escolhendo os sujeitos do estudo: especificação, amostragem e recrutamento, cap.3, p.48-49 in HULLEY, S.B. ET AL. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**, trad. Michael Schmidt Duncan e Ana Rita Peres, 2ed., Porto Alegre: Artmed, 2003.

- IBRAHIM, A.S. et al. Job strain and self-reported health among working women and men: an analysis of the 1994/5 Canadian National Population Health Survey. **Women Health**, v.33, n.1-2, p.105-24. 2001.
- JACQUES, M.G.C. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. **Psicologia e Sociedade**, v.15, n.1, p.97-116. janeiro. 2003.
- JOHNSON, J.V.; HALL, E.M. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. **American Journal of Public Health**. v.78, p.1336–1342. 1988.
- JOSEPHSON, M. et al. Musculoskeletal symptoms and job strain among nursing personnel: a study over a three years period. **Occupational and Environmental Medicine**, Solna, v. 54, p. 681-685, Mar.1997.
- JUÁREZ-GARCÍA, A. Factores psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería en México. **Salud Pública de México**, v.49, p.109-117, 2007.
- KARASEK, R.A. et al. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. **Journal of Occupational Health Psychology**, v.3, p.322–355. 1998.
- KARASEK, R.A. **Job Content Questionnaire and user's guide, revision 1.1**. Lowell, M.A. University of Massachusets, Department of work environment Massachusets. 1985.
- KARASEK, R.A. Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. **Administrative Science Quartely**, v.24, n.2, p.285-308. 1979.
- KARASEK, R.A.; THEORELL, T. **Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life**. New York: Basic Books Inc., 1990.
- KASL, S. The influence of the work environment on cardiovascular health: a historical, conceptual and methodological perspective. **Journal of Occupational Health Psychology**, v.1, p.42–56, 1996.
- KAWANO, Y. Association of job-related stress factors with psychological and somatic symptoms among Japanese hospital nurses: effect of departmental environment in acute care hospitals. **Journal of Occupational Health**, v.50, n.1, p.79-85. Jan. 2008.
- KENDALL, P.C. et al. Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. **Cognitive therapy and research**, USA, v.11, p.289-99. 1987.
- KERASIOTIS, B., MOTTA, R.W. Assessment of PTSD symptoms in emergency room, intensive care unit, and general floor nurses. **International Journal of Emergency Mental Health**, v.6, n.3, p.121-133, 2004.
- KESSLER, R.C. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. **Archives of General Psychiatry**, v.51, p.8–19, 1994.

KESSLER, R.C. et al. Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Co-morbidity Survey. **Journal of affective disorders**, Netherlands, v.45, n.1-2, p.19-30, aug.1997.

KRISTENSEN, T.S. The demand-control-support model: methodological challenges for further research. **Stress Medicine**, v.11, p.17-26, 1995.

KROENKE, C.H. et al. Work Characteristics and Incidence of Type 2 Diabetes in Women **American Journal of Epidemiology**, v.165, p.175-183, 2007.

KUPER, H.; MARMOT, M. Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v.57, n.2, p.147-53, Feb, 2003.

LANDIS, J.R., KOCH, G.G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v.33, p.159-174, 1977.

LANDSBERGIS, P.A. et al. Association between ambulatory blood pressure and alternative formulations of job strain. **Scandinavian Journal of Work Environment and Health**, v.20; n.5, p.349-63. Oct 1994.

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

LAURELL, AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED, organizador. **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo (SP): Global; p.133-58. 1993.

LAZARUS, R.; FOLKMAN, S. **Stress appraisal and coping**. N.T.: Spring Publishing Company. 1984.

LECRUBIER, Y. Depressive illness and disability. **European Neuropsychopharmacology**, Netherlands, v.10, p.439-443, December. 2000. supplie 4.

LEE H. et al. Psychosocial risk factors for work-related musculoskeletal disorders of the lower-back among long-haul international female flight attendants. **Journal of Advanced Nursing**, v.61, n.5, p.492-502, 2008. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04511.x

LIMA, D. Depressão infantil, transtorno afetivo, mania, transtorno bipolar. **Journal de Pediatria (Rio de Janeiro)**, v.80, n.2, 2004. p.S11-S20. Suplemento.

LIPP, M.E. Stress e suas implicações. **Estudos de Psicologia**, v.1, n.3 e 4, p.5-19, 1984.

LIPSCOMB, J. et al. Health care system changes and reported musculoskeletal disorders among registered nurses. **American Journal of Public Health**, v.94, n.8, p.1431-5. aug. 2004.

- LOPES, M.J.M.; LEAL, S.M.C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, Campinas, n.24. June. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332005000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Dec. 2009. doi: 10.1590/S0104-83332005000100006.
- MACEDO, L.E.T.; et al. Estresse no trabalho e interrupção de atividades habituais, por problemas de saúde, no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.10, p. 2327-36, out. 2007.
- MAGNAGO, T.S.B.S. **Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio músculo-esquelético em trabalhador de enfermagem**. 2008. 200f [Tese], Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Rio de Janeiro, Dezembro, 2008.
- MANETTI, M.L., MARZIALE, M.H.P. Aspects associated to work-related depression on nursing staff **Estudos de Psicologia (Natal)**, v.12, n.1, p.79-85, 2007.
- MANUAL Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV. Transtornos do Humor . 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 1995. p. 303-373.
- MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**, 5ª ed., São Paulo, Atlas, 2002.
- MARTINEZ, M.C.; PARAGUAY, A.I.B.B.; LATORRE, M.R.D.O. Relação entre a satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores, **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.1, p.55-61, fevereiro. 2004.
- MARTIN-FERNANDEZ, J. et al. Professional quality of life and organizational changes: a five-year observational study in Primary Care. **BMC Health Services Research**, v.7:101. 2007.
- MARTINS, D.A.; GUIMARÃES, L.A.M. O modelo de estresse ocupacional demanda controle (“job strain model”). In: GUIMARÃES, L.A.M. e GRUBITS, S. (Orgs). **Saúde mental e trabalho**. Vol. 2. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- MARZIALE, M.H.P. **Abordagem ergonômica do trabalho de enfermagem**, 1999. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- MARZIALE, M.H.P.; ROZESTRATEN, R.J.A. Turnos alternantes: fadiga mental de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, jan. 1995. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691995000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 out. 2009. doi: 10.1590/S0104-11691995000100006.
- MAUNO, S.; KINNUNEN, U.; Perceived job insecurity among dual-earner couples: do its antecedents vary according to gender, economic sector and the measure used? **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, v.75, p.295–314, 2002.

- MAURO, M.Y.C. et al. Riscos Ocupacionais em saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.12, p.338-45, 2004.
- MAUSNER-DORSCH, H.; EATON, W.W. Psychosocial work environment and depression epidemiologic assessment of the Demand-Control Model. **American Journal of Public Health**, USA, v.90, n.11, p.1765-1770, november. 2000.
- MCKNIGHT, J.D.; GLASS, D.C. Perceptions of control, burnout, and depressive symptomology: A replication and extension. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.63, n.3, p.490-494, 1995.
- MENDES, R.; DIAS, E. C. Saúde dos trabalhadores. In: ROUQUAYROL M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Eds.). **Epidemiologia e Saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: Medsi, p.431-456, 1999.
- MENDES, R.; WAISSANN, W. Aspectos Históricos da Patologia do Trabalho. In **Patologia do trabalho: atualizada e ampliada**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.
- MENZANI, G.; BIANCHI, E. R. F. Determinação dos estressores dos enfermeiros atuantes em unidade de internação. **Enfermería Global**, Espanha, n. 7, 2005.
- MERLO, Á.R.C.; LAPIS, N.L. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. **Psicologia e Sociedade**, v.19, n.1, p.61-68. Abr. 2007.
- MICHÉLSEN, H.; BILDT, C. Psychosocial conditions on and off the job and psychological ill health: depressive symptoms, impaired psychological wellbeing, heavy consumption of alcohol. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v.60, p.489-496, 2003.
- MINAYO-GOMEZ, C.; LACAZ, F.A.C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, out./dez. 2005.
- MORGADO, A. Depressed subjects unwittingly overreport poor social adjustment which they reappraise when recovered. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v.179, p.614-619. 1991.
- MOTOWIDLO, S.J.; PACKARD, J.S.; MANNING, M.R. Occupational stress: its causes and consequences for job performance. **Journal of Applied Psychology**, v.71, n.4, p.618-629. 1986.
- MUROFUSE, N.T. **O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais: reflexo das mudanças no mundo do trabalho**. Ribeirão Preto, 2004. 298p. Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.
- MUROFUSE, N.T.; ABRANCHES, S.S.; NAPOLEÃO, AA. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.2, p.255-261, março/abril. 2005.
- MURRAY, C.J.; LOPES, A.D. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: global burden of disease study. **Lancet**, England, v.349, n.9064, p.1498-1504, may. 1997.

- NASCIMENTO SOBRINHO, C.L. et al. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, Jan. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 maio. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2006000100014.
- NAVARRO, V. L.; ELIAS, M.A. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital público. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 517-525, 2006.
- NAVARRO, V.L. O Trabalho e a saúde do trabalhador na indústria de calçados. **São Paulo em Perspectiva**, v.17, n.2, p.32-41. 2003.
- NAVARRO, V.L.; PADILHA, V. Dilemas do Trabalho no Capitalismo Contemporâneo. **Psicologia e Sociedade**, v.19, p.14-20, 2007. Edição Especial 1.
- NEWMAN, T.B. et al. Delineando um estudo observacional: Estudos transversais e de caso-controle, cap.8, p.127-145 in HULLEY, S.B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**, trad. Michael Schmidt Duncan e Ana Rita Peres, 2ed., Porto Alegre: Artmed, 2003.
- NIEDHAMMER, I. et al. Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. **Scandinavian Journal of Work, Environment and Health**, v.24, p.197-205, 1998.
- NIEDHAMMER, I. et al. Psychosocial work environment and mental health: Job-strain and effort-reward imbalance models in a context of major organizational changes. **International Journal of Occupational and Environmental Health**, v.12, n.2, p.111-119. 2006.
- NIEDHAMMER, I. Psychometric properties of the French version of the Karasek Job Content Questionnaire: a study of the scales of decision latitude, psychological demands, social support, and physical demands in the GAZEL cohort. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, v.75, p.129-44, 2002.
- NORTH, F. et al. Explaining socioeconomic differences in sickness absence: The Whitehall II study. **British Medical Journal**, v.306, p.361-6, 1993.
- NUNES, E.P.; FILHO BUENO. J.R.; NARDI, A.E. **Psiquiatria e Saúde Mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais**. São Paulo: Atheneu; 2001.
- ODDONE, I. et al. **Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde**. São Paulo: HUCITEC; 1986.
- OLIVEIRA, B.R.G. de; MUROFUSE, N.T. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.1, p.109-115, janeiro. 2001.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO – OIT. **Psychosocial factors at work: recognition and control**. Report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health – Ninth Session. Geneva: International Labour Office. 1984.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Tradução Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997.

OSÓRIO, C. ACAT: o trabalhador como protagonista da análise de acidentes de trabalho **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, 2008, vol. 11, n. 1, p.111-120.

OSÓRIO, C.; HUET, J.M.; MINAYO-GOMEZ, M.C. Proposição de um método de análise coletiva dos acidentes de trabalho no hospital **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.517-524, mar-abr, 2005.

PARK, S.; LAKE, E.T. Multilevel modeling of a clustered continuous outcomes: nurse's work hours and Burnout. **Nursing Research**, New York, v.54, n.6, p.406- 413, Nov./Dec. 2005.

PASCHOALINI, B. et al Efeitos cognitivos e emocionais do estresse ocupacional em profissionais de enfermagem **Acta Paulista de Enfermagem**, v.1, n.3, p.487-92, 2008.

PASQUALI, L. Histórico dos instrumentos psicológicos. In_____. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: LabPAM/IBAPP, 1999a. p.13-25.

_____. Escalas psicométricas. In_____. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: LabPAM/IBAPP, 1999b. p.105-127.

PELFRENE, E. et al. Psychological work environment and psychological well-being: assessment of the buffering effects in the job demand–control (–support) model in BELSTRESS. **Stress Health**, v.18, p.43–56, 2002.

PELFRENE, E. et al. The Job Content Questionnaire: methodological considerations and challenges for future research. **Archives of Public Health**, v.61, p.53–74, 2003.

PEREIRA, M.E.R. **O lazer como aspecto alternativo de alívio de tensão, para a equipe de enfermagem**, em CTI. Ribeirão Preto, 1997. Dissertação (mestrado) apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

PETERS V.P.J.M.; RIJK A.E.; BOUMANS, N.P.G. Nurses' satisfaction with shiftwork and associations with work, home and health characteristics: a survey in the Netherlands. **Journal of Advanced Nursing**, v.65, n.12, p.2689–2700, 2009.

PIKHART, H. et al. Psychosocial factors at work and depression in three countries of Central and Eastern Europe. **Social Science and Medicine**, v.58, n.8, p.1475-1482, 2004.

PINHO, P.S.; ARAÚJO, T.M. Trabalho de Enfermagem em uma unidade hospitalar e transtornos mentais. **Revista de Enfermagem da UERJ** , Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.329-336, jul./set. 2007.

- PLAISIER, I. et al. The contribution of working conditions and social support to the onset of depressive and anxiety disorders among male and female employees. **Social Science and Medicine**, v.64, p.401-410, 2007.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Trad. Ana Thorrel, 5ª ed, Porto Alegre, Artmed, 2004.
- PORTO, L.A. et al. Association between mental disorders and work-related psychosocial factors in teachers. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.5, p.818-26, 2006.
- RATNER, P.A.; SAWATZKY, R. Health status, preventive behaviour and risk factors among **Canadian Nurses Health Reports**, v.20, n.3. Sept. 2009.
- REIS, E.J.F.B. et al. Docência e exaustão emocional. **Educação e Sociedade Campinas**, v.27, n.94, p. 229-253, jan./abr. 2006.
- REIS, E.J.F.B. et al. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p.1480-1490, setembro/outubro. 2005.
- REIS, R.J. et al. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.5, p.616-623, out. 2003.
- REZENDE, M.P. **Agravos à saúde de auxiliares de enfermagem resultantes da exposição ocupacional aos riscos físicos**. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2003.
- RIGOTTO, R.M. Caiu na rede, é peixe: a industrialização tardia e suas implicações sobre o trabalho, o ambiente e a saúde no Estado do Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001600020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Set. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2007001600020.
- ROBINSON, J.R.; CLEMENTS, K.; LAND, C. Workplace stress among psychiatric nurses: prevalence, distribution, correlates and predictors. **Journal of Psychosocial Nursing**, v. 41, n.4, p.33-41, abril. 2003.
- ROCHA, S.S.L.; FELLI, V.E.A. Qualidade de vida no trabalho docente em enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.12, n.1, p.28-35. Jan/fev. 2004.
- RODWELL, et al. Supervisors are Central to Work Characteristics Affecting Nurse Outcomes. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 41, n.3, p.310–319, 2009.
- ROTENBERG, L. et al A gender approach to work ability and its relationship to professional and domestic work hours among nursing personnel. **Applied Ergonomics**, v.39, p.646–652, 2008.
- RUGGIERO, J.S. Correlates of Fatigue in Critical Care Nurses. **Research in Nursing and Health**, v.26, p.434-444, 2003.

- RUSLI, B.N.; EDIMANSYAH, B.A.; NAING, L. Working conditions, self-perceived stress, anxiety, depression and quality of life: A structural equation modeling approach. **BMC Public Health**, v.8, n.48, 12p. Feb. 2008.
- SANNE, B. et al. Testing the JobDemand-Control-Support model with anxiety and depression as outcomes: the Hordaland Health Study. **Occupational Medicine (London)**, v.55 n.6, p.463-473, 2005.
- SANTOS, K.O. **Estresse ocupacional e saúde mental: desempenho de instrumentos de avaliação em populações de trabalhadores na Bahia**, Brasil [dissertação]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2006.
- SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Processo de implantação da saúde do trabalhador no SUS/SP. **Revista de saúde Pública**, v.38, n.3, p.471-4, 2004.
- SARQUIS, L.M.M.; FELLI, V.E.A. Os sentimentos vivenciados após exposição ocupacional entre trabalhadores de saúde: fulcro para repensar o trabalho em instituições de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.5, out. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 nov. 2009. doi: 10.1590/S0034-71672009000500008
- SCHAEFER, J.A.; MOOS, R.H. Effects of work stressors and work climate on long-term care staff's job morale and functioning. **Research in Nursing and Health**, v.19, p.63-73. 1996.
- SCHILLING, R.S.F. More effective prevention in occupational health practice. **Journal of the Society of Occupational Medicine**, n.39, p. 71-79. 1984.
- SCHMALENBERG ,C.; KRAMER, M. Types of Intensive Care Units With the Healthiest, Most Productive Work Environments. **American Journal of Critical Care (AJCC)**, v.16, n.5, p. 458-468. Sept. 2007.
- SCHMIDT, D.R.C. et al Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. **Revista Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.2, p.330-7. Abr-Jun. 2009.
- SCHMIDT, D.R.C. **Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em unidades do bloco cirúrgico**. 2004. 185 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- SCHMIDT, D.R.C. **Qualidade de vida no trabalho e sua associação com o estresse ocupacional, a saúde física e mental e o senso de coerência entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico**. 2009. 243f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.
- SCHMIDT, D.R.C.; DANTAS, R.A.S. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.14, n.1, p.54-60. janeiro-fevereiro, 2006.

SCHREUDER, J.A.H. et al., Effort–reward imbalance is associated with the frequency of sickness absence among female hospital nurses: A cross-sectional study. **International Journal of Nursing Studies**. 2009. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.10.002

SCOTT, L.D. et al. The relationship between nurse work schedules, sleep duration, and drowsy driving. **Sleep**, v.30, n.12, p.1801-7. Dec. 2007.

SÊCCO, I.A.O. **Acidentes e cargas de trabalho dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do Norte do Paraná**. 2006. 291f. [doutorado] Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e saúde mental no trabalho in MENDES, R. **Patologia do trabalho**. 2ed. atualizada e ampliada. Editora Atheneu, São Paulo, 2003. Cap.25, p.1141-1182.

SELLIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e psicodinâmica no trabalho. In MENDES, R. **Patologia do Trabalho**. Rio de Janeiro, editora Atheneu, 1995, p.287-310.

SIEGRIST, J. Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, v.258, p.115–119, 2008. Suppl 5.

SILVA, A.A. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde: percepção sobre as condições de trabalho e de vida entre profissionais de enfermagem, de hospital universitário no município de São Paulo**. 2008. 181f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

SILVA, A.C.C. **Aspectos psicossociais do trabalho e Transtornos Mentais Comuns entre trabalhadores informais**. 2007. 142f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2008.

SILVA, D.M.P.P.; MARZIALE, M.H.P. Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v.25, n.2, p.191-197. 2003.

SILVA, E.S. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 1994.
SILVA, J.L.L. **Estresse e transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem**. 2007. 182f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, L.S.; PINHEIRO, T.M.M.; SAKURAI, E. Reestruturação produtiva, impactos na saúde e sofrimento mental: o caso de um banco estatal em Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.12, Dec. 2007. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001200016&lng=en&nrm=iso Avesso em: 22 Sept. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2007001200016.

SILVA, M.A.; GIUNTINI, P.B.; MENEGUIN, S.H. A percepção dos profissionais da saúde frente à exposição a riscos químicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.50, n.4, p.591-598, out./dez. 1997.

- SILVA, Z.P.; BARRETO JUNIOR, I.F.; SANT'ANA, M.C. Saúde do trabalhador no âmbito municipal. **São Paulo em Perspectiva**. v.17, n.1, p.47-57. mar. 2003.
- SKIPPER, J.R.J.K.; JUNG, F.D.; COFFEY, L.C. Nurses and shiftwork: effects on physical health and mental depression. **Journal of Advanced Nursing**, v.15, p.835-842, 1990.
- STACCIARINI, J.M.R.; TRÓCCOLI, B.T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.2, p.17-25. mar. 2001.
- STANSFELD, S.A. et al. Work characteristics and psychiatric disorder in civil servants in London. **Journal of epidemiology and community health**, England, v.49, n.48, p.48-53. feb. 1995.
- STANSFELD, S.A., et al. Psychological distress as a risk factor for coronary heart disease in the Whitehall II Study. **International Journal of Epidemiology**, v.31, n.1, p.248-55. feb. 2002.
- STATISTICAL ANALYSIS SYSTEM - SAS / STAT® **User's Guide**, Version 9, Cary, NC, USA: SAS Institute Inc., 2002-2003.
- STONE, P.W. et al. Nurses' working conditions: implications for infectious disease. **Emerging Infectious Diseases**, USA, v.10, n.11. nov. 2004. Disponível em: www.cdc.gov/eid
- STREINER, D.L. A Checklist for Evaluating the Usefulness of Rating Scales. **Canadian Journal of Psychiatry**, v.38, p.140-148, 1993.
- SU, T.P. et al. Prevalence of psychiatric morbidity and psychological adaptation of the nurses in a structured SARS caring unit during outbreak: a prospective and periodic assessment study in Taiwan. **Journal of Psychiatric Research**, v.41, p.119-130, 2007.
- TEPAS, D.L. et al The impact of night work on subjective reports of well-being: an exploratory study of health care workers from five nations. **Revista de Saúde Pública**, v.38, p.26-31. 2004. suplie.
- TIPPLE, A.F.V. et al. O uso de glutaraldeído em serviços de saúde e a segurança do trabalhador. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.12, p.186-91. 2004.
- TOBIN, J. Estimation for relationships with limited dependent variables. **Econometrica**, v.26, n.1, p.24-36, 1958. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/1907382> Acesso em: 1 jul. 2009.
- TOKUYAMA, M. et al Predictors of first-onset major depressive episodes among white-collar workers. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v.57, p.523-531, 2003.
- TRINKOFF, A.M. et al. Longitudinal Relationship of Work Hours, Mandatory Overtime, and On-call to Musculoskeletal Problems in Nurses. **American Journal of Industrial Medicine**, v.49, p.964-971. 2006.

TRINKOFF, A.M. et al. Workplace access, negative proscriptions, job strain, and substance use in registered nurses. **Nursing research**, v.49, n.2, p.83-90, 2000.

TSELEBIS, A. et al. Anxiety and depression in Greek nursing and medical personnel. **Psychological Reports**, v.99, n.1, p.93-6. Aug. 2006.

TSELEBIS, A.; MOULOU, A.; ILIAS, I. Burnout versus depression and sense of coherence: study of Greek nursing staff. **Nursing and Health Sciences**, Carlton, v.3, n.2, p.69-71, Jun. 2001.

TSUTSUMI, A. et al. Association between job strain and prevalence of hypertension: a cross sectional analysis in a Japanese working population with a wide range of occupations: the Jichi Medical School cohort study. **Occupational and Environmental Medicine**, v.58, p.367-373, 2001.

TUMOLO, P.S. Metamorfoses no mundo do trabalho: revisão de algumas linhas de análise. **Educação e Sociedade**, Campinas, v.18, n.59, p.333-350, Ago. 1997.

TUMOLO, P.S. Reestruturação produtiva no Brasil: um balanço crítico introdutório da produção bibliográfica. **Educação e Sociedade**, Campinas, v.22, n.77, p.1-20, dez. 2001.

VAN DER DOE, M.; MAES, S. The Job Demand-Control (-Support) Model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. **Work Stress**, v.13, p.87-114, 1999.

WAMALA, S.P. et al. Job stress and the occupational gradient in coronary heart disease risk in women: The Stockholm Female Coronary Health Study. **Social Science and Medicine**, v. 51, n. 6, p. 481-489, Mar. 2000.

WANG, J. Work stress as a risk factor for major depressive episode(s). **Psychological Medicine**, v.35, p.865-871, 2005.

WANG, J.; PATTEN, S.B. Perceived work stress and major depression in the Canadian employed population, 20-49 years old. **Journal of Occupational Health Psychology**, v.6, n.4, p.283-289, 2001.

WANG, Y.P.; ANDRADE, L.H.; GORENSTEIN, C. Validation of the Beck Depression Inventory for Portuguese-speaking Chinese community in Brazil, **Brazilian journal of medical and biological research**, Ribeirão Preto, v.38, n.3, p.399-408, março. 2005.

WELLS, K.B. et al. The functioning and well-being of depressed patients. **The journal of the American Medical Association**, USA, v.267, n.7, p.914-919, august. 1989.

WELSH, D. Predictors of Depressive Symptoms in Female Medical-Surgical Hospital Nurses. **Issues in Mental Health Nursing**, v.30, p.320-326, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**, versão 10 (CID-10). Geneva, World Health Organization, 1998. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/download.htm>>. Acesso em: jun. 2007.

WÜNSCH FILHO, V. Perfil Epidemiológico dos Trabalhadores. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Belo Horizonte, v.2, n.2, p.103-117, abr-jun, 2004.

WÜNSCH FILHO, V. Variações e tendências na morbimortalidade dos trabalhadores. In: Monteiro CA, organizador. **Velhos e novos males da saúde no Brasil**: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Hucitec/ Nupens, p.289-330, 1995.

XELEGATI, R.; ROBAZZI, M.L.C.C. Riscos químicos a que estão submetidos os trabalhadores de enfermagem: uma revisão de literatura. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.3, maio-junho. 2003.

YEH, M.C. **The impact of job characteristics, work-family conflict, and coping on anxiety and depression in employed women**. 1991. 195f. (Dissertation) - Boston University, Boston, 1991.

YLIPAAVALNEIMI, J. et al. Psychosocial work environment characteristics and incidence of newly diagnosed depression: a prospective cohort study of three different models. **Social Science and Medicine**, England, v.61, p.111-122, jan. 2005.

ZAFFKEN, A.E. **Psychological and menstrual health of women on permanent and rotating shiftwork schedules**. 1997. 108f. (Dissertation) - University of California, San Francisco, 1997.

ZANON, E.; MARZIALE, M.H.P. Avaliação da postura corporal dos trabalhadores de enfermagem na movimentação de pacientes acamados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n.1, mar. 2000. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 out. 2009. doi: 10.1590/S0080-62342000000100004.

ZAPKA, J.M. et al. Lifestyle behaviours and weight among hospital-based nurses. **Journal of Nursing Management**, v.17, p.853-860, 2009.

ZAPPAROLI, A.S.; MARZIALE, M.H.P. Risco ocupacional em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.59, n.1, p. 41-46, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Esclarecimentos ao sujeito da pesquisa e Termo de Consentimento Livre-Esclarecido**ESCLARECIMENTOS AOS SUJEITOS DA PESQUISA E****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE-ESCLARECIDO**

NOME DA PESQUISA:

A INFLUÊNCIA DOS ESTRESSORES PSICOSSOCIAIS DO AMBIENTE HOSPITALAR E A OCORRÊNCIA DE DEPRESSÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: *Enfermeira Marcela Luísa Manetti*

ORIENTADOR: *Profª Titular Maria Helena Palucci Marziale*

PROMOTOR DA PESQUISA: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Nós desejamos saber mais sobre a influência dos estressores psicossociais do ambiente de trabalho e a ocorrência de depressão entre os enfermeiros atuantes em instituição hospitalar. Para tanto, viemos, através deste, convidá-lo a participar de nossa pesquisa. Abaixo disponibilizamos explicações sobre o estudo e como será desenvolvido, bem como o termo de consentimento livre-esclarecido que deve ser assinado caso você aceite participar do projeto.

Vários são os estressores psicossociais do trabalho e podem ser subdivididos em relacionados à Organização do Trabalho, dentre os quais observamos a divisão de tarefas; o ritmo de trabalho; as pausas, jornadas, horários e turnos de trabalho; férias e horas extras; números de funcionários; a qualificação e aspectos da carreira; e os estressores relacionados às Relações Sociais de Trabalho, entre os quais encontramos o estilo de gerenciamento; a estrutura hierárquica; a composição da equipe; o apoio social; a autonomia no trabalho; o reconhecimento do trabalho; e a rede de comunicações. Por isso, desejamos conhecer como os estressores influenciam sua saúde mental quando avaliada a ocorrência de sintomas depressivos.

Estas informações são importantes para nós, profissionais da saúde, pois auxiliarão a compreender melhor as questões relacionadas ao trabalho dos profissionais de enfermagem, contribuindo para avanços no conhecimento científico da Saúde do Trabalhador. A sua participação neste estudo é voluntária e consiste em responder a três questionários, o primeiro relacionado à caracterização sócio-demográfica, o segundo relacionados aos estressores psicossociais do trabalho e o terceiro diz respeito a presença de sintomas depressivos.

Você devesse ler e preencher o questionário sozinho e entregá-los ao pesquisador. Através de sua colaboração poderemos contribuir para a saúde dos trabalhadores de enfermagem, não só desta instituição, mas de todo o Brasil, beneficiando assim, todos os trabalhadores de enfermagem.

Este estudo não oferece qualquer prejuízo ou desconforto para você e asseguramos que você não será identificado após responder às nossas perguntas.

Caso necessite de maiores informações, mesmo após a conclusão da sua participação, você poderá entrar em contato conosco.

Caso aceite ser sujeito em nossa pesquisa, segue abaixo o termo de consentimento livre-esclarecido que deve ser lido e assinado por você.

EU, _____, abaixo assinado, tendo sido claramente esclarecido sobre todas as condições que constam no documento, “ESCLARECIMENTOS AOS SUJEITOS DA PESQUISA”. De que se trata o Projeto de Pesquisa intitulado “**A influência dos estressores psicossociais do ambiente hospitalar e a ocorrência de depressão entre os profissionais de enfermagem**” que tem como pesquisador responsável a enfermeira Marcela Luísa Manetti, aluna do curso de Pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, sob orientação da Prof^a Titular Maria Helena Palucci Marziale, especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos riscos e benefícios, declaro que tenho conhecimento dos direitos e das condições que me foram assegurados, a seguir relacionados:

1. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar o meu consentimento e deixar de participar do estudo, a qualquer momento, sem que isso me traga prejuízo no meu ambiente de trabalho;
3. A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada a minha privacidade;
4. O compromisso de que será prestada informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade de continuar dele participando;

Declaro, ainda, que concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas e que, livremente, manifesto a minha vontade de participar do referido projeto.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de ____.

Marcela Luísa Manetti
Pesquisador responsável pelo projeto
Av. Bandeirantes, 3900
Tel: (16)3602-3430
e-mail: marcelamanetti@yahoo.com.br

Assinatura do Enfermeiro

APÊNDICE B – Formulário de Identificação do trabalhador**FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR****ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS** (questões 1 a 7)

1. Data de nascimento: ____/____/____

2. Sexo:

☐ Masculino	☐ Feminino
------------------------------------	-----------------------------------

3. Cor ou raça:

☐ Amarela	☐ Branca	☐ Indígena	☐ Parda	☐ Preta
----------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

4. Estado civil:

☐ Solteiro	☐ Casado	☐ Viúvo	☐ separado/divorciado
-----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	--

5. Mora com um companheiro (a)?

☐ Sim	☐ Não
------------------------------	------------------------------

6. O seu maior nível de escolaridade completo é:

☐ Graduação ☐ Especialização ☐ Mestrado ☐ Doutorado ☐ Pós-doutorado

7. Sua renda familiar (total) é: _____

ASPECTOS PROFISSIONAIS (questões 8 a 20)**As questões de 8 a 14 referem-se apenas ao trabalho exercido no HC.**

8. Tempo em que você atua nesta instituição: ____ anos ____ meses

9. Cargo ocupado dentro desta instituição:

☐ Enfermeiro	☐ Enfermeiro encarregado do turno	☐ Enfermeiro chefe	☐ Diretor técnico de serviço de saúde
-------------------------------------	--	---	--

10. Tempo em que você atua neste cargo: ____ anos ____ meses

11. Você é contratado como:

☐ Funcionário HC	☐ Funcionário FAEPA	☐ Funcionário HC + FAEPA
---	--	---

12. Considerando os últimos 12 meses de seu trabalho no HC, indique o turno trabalhado com maior frequência:

☐ Manhã	☐ Tarde	☐ Noturno
☐ Vespertino	☐ Integral	☐ Rodízio entre turnos

13. Indique o setor no qual você costuma trabalhar a maior parte do tempo:

☐ Ambulatório	☐ Ortopedia
☐ Central de material	☐ Sala de recuperação pós-anestésica
☐ Centro cirúrgico	☐ Terapia intensiva e semi-intensiva
☐ Clínica médica/cirúrgica	☐ Unidade de transplantes
☐ Ginecologia/ obstetrícia	☐ UETDI
☐ Pediatria	☐ Outro: _____
☐ Psiquiatria	

14. Tempo em que você trabalha no setor indicado acima: _____ anos _____ meses

15. Você possui outro emprego?

☐ Sim ☐ Não

16. Se sim, quantos? _____

17. Caso possua outro(s) emprego(s), qual o tipo de empresa?

- ☐ instituição privada de saúde
☐ instituição pública de saúde
☐ instituição privada, não relacionada à área da saúde
☐ instituição pública, não relacionada à área da saúde

18. Caso possua outro(s) emprego(s), qual a função/cargo desempenhada?

- ☐ Enfermeiro
☐ Auxiliar ou técnico de enfermagem
☐ Docente: _____
☐ Não relacionada a Enfermagem. Função ou cargo: _____

19. Qual é a sua carga horária (CH) de trabalho semanal total? (considere a semana de trabalho com CH mais longa e some com a CH de todos os empregos, caso possua mais que um): _____

ASPECTOS INDIVIDUAIS (questões 20 a 25)

20. Ocorreu algum fato marcante ou mudança significativa em sua vida neste último ano?

☐ Sim ☐ Não

21. Se sim, indicar a natureza deste fato/ mudança:

- ☐ doença grave: _____
☐ morte de familiar/ pessoa próxima: _____
☐ perda de emprego: _____
☐ problemas financeiros: _____
☐ separação/ divórcio: _____
☐ outro: _____

22. Em sua família existe histórico de transtornos ou distúrbios psiquiátricos?

☐ Sim ☐ Não

23. Se sim, especificar qual transtorno e qual membro de sua família: _____

24. Você apresenta ou já apresentou diagnóstico de transtornos ou distúrbios psiquiátricos durante sua vida?

☐ Sim ☐ Não

25. Se sim, especificar qual e quando: _____

ANEXOS

ANEXO A – Folha de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br

Ribeirão Preto, 02 de agosto de 2006

Ofício nº 2142/2006
CEP/MGV

Prezada Senhora,

O trabalho intitulado “**A INFLUÊNCIA DOS ESTRESSORES PSICOSSOCIAIS DO AMBIENTE HOSPITALAR E A OCORRÊNCIA DE DEPRESSÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**”, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 230ª Reunião Ordinária realizada em 31/07/2006, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 7593/2006.

Atenciosamente.

DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Secretária do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
MARCELA LUÍSA MANETTI
PROFª. DRª. MARIA HELENA PALUCCI MARZIALE (Orientadora)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

ANEXO B – Questionário de Conteúdo do trabalho (JCQ)

"JOB CONTENT QUESTIONNAIRE " - JCQ

(Recommended format: 49 questions)

Elaborado por: Robert Karasek (University of Massachusetts, Lowell)

Tradução e adaptação: Tânia Araújo - Núcleo de Epidemiologia da Universidade Estadual de Feira de Santana (Epidemiology Group - State University of Feira de Santana, Bahia, Brazil) - E-mail:araujotania@hotmail.com

Final data of approval (JCQ Center):12/18/2001

Para as questões abaixo assinale a resposta que melhor corresponda a sua situação de trabalho. Às vezes nenhuma das opções de resposta corresponde exatamente a sua situação; neste caso escolha aquela que mais se aproxima de sua realidade.

1. Meu trabalho requer que eu aprenda coisas novas.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

2. Meu trabalho envolve muita repetitividade.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

3. Meu trabalho requer que eu seja criativo.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

4. Meu trabalho permite que eu tome muitas decisões por minha própria conta.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

5. Meu trabalho exige um alto nível de habilidade.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

6. Em meu trabalho, eu tenho pouca liberdade para decidir como eu devo fazê-lo.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

7. Em meu trabalho, posso fazer muitas coisas diferentes.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

8. O que tenho a dizer sobre o que acontece no meu trabalho é considerado.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

9. No meu trabalho, eu tenho oportunidade de desenvolver minhas habilidades especiais.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

10. Quantas pessoas estão em seu grupo de trabalho ou unidade/setor ?

1() Trabalho sozinho 3() 2-5 pessoas 8() 6-10 pessoas 15() 10-20 pessoas
30() 20 ou mais pessoas

11A. Eu tenho influência significativa sobre as decisões em meu grupo de trabalho/unidade

8() Trabalho sozinho 1() Discordo fortemente 2() Discordo
3() Concordo 4() Concordo fortemente

11B. Meu grupo de trabalho ou unidade toma decisões democraticamente.

8() Trabalho sozinho 1() Discordo fortemente 2() Discordo
3() Concordo 4() Concordo fortemente

12. Eu tenho, pelo menos, alguma possibilidade de que minhas idéias sejam consideradas em relação às políticas da empresa (ex.: demissão, contratação, nível salarial, fechamento de setores, compra de novos equipamentos etc.)

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

13. Eu supervisiono outras pessoas como parte do meu trabalho.

1() Não 2() Sim, de 1-4 pessoas 3() Sim, de 5-10 pessoas
3() Sim, de 11-20 pessoas 5() Sim, 20 pessoas ou mais

14. Eu sou um membro do sindicato ou da associação de empregados.

2() Sim 1() Não

15. Meu sindicato ou associação de empregados tem influência sobre as políticas adotadas pela empresa.

- 8() Não sou um membro 1() Discordo fortemente 2() Discordo
3() Concordo 4() Concordo fortemente

16. Eu tenho influência sobre as políticas do sindicato ou associação de empregados.

- 8() Não sou um membro 1() Discordo fortemente 2() Discordo
3() Concordo 4() Concordo fortemente

17. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito rapidamente.

- 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

18. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito duro.

- 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

19. Meu trabalho exige muito esforço físico.

- 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

20. Eu não sou solicitado para realizar um volume excessivo de trabalho.

- 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

21. O tempo para realização das minhas tarefas é suficiente.

- 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

22. Sou freqüentemente solicitado a mover ou levantar cargas pesadas no meu trabalho.

- 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

23. Meu trabalho exige atividade física rápida e contínua.

- 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

24. Eu estou livre de demandas conflitantes feitas por outros.

- 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

25. Meu trabalho exige longos períodos de intensa concentração nas tarefas.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

26. Minhas tarefas, muitas vezes, são interrompidas antes que eu possa concluí-las, adiando para mais tarde a sua continuidade.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

27. Meu trabalho é desenvolvido de modo frenético.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

28. Frequentemente, meu trabalho exige que eu mantenha meu corpo, por longos períodos, em posições fisicamente incômodas.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

29. Meu trabalho exige, por longos períodos, que eu mantenha minha cabeça ou meus braços em posições fisicamente incômodas.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

30. Esperar pelo trabalho de outras pessoas ou departamentos/setores, muitas vezes, torna meu trabalho mais lento.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

31. Seu trabalho é (escolha uma alternativa):

1() Regular e estável 4() Sazonal 4() Temporário 4() Temporário e Sazonal
9() outro

32. Minha estabilidade no emprego é boa.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

33. Durante o ano passado, você esteve desempregado ou em trabalho temporário?

() não () apenas uma vez () mais de uma vez () constantemente
() está sem emprego

34. Algumas pessoas perdem permanentemente os empregos que gostariam de manter.

Qual a possibilidade de, nos próximos 2 anos, você vir a perder seu emprego atual?

1() muito improvável 2() pouco provável 3() provável 4() muito provável

35. Minhas possibilidades de desenvolvimento na carreira e de promoções são boas.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

36. Em 5 anos, minhas qualificações ainda continuarão válidas.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

38. Meu supervisor preocupa-se com o bem-estar de seus subordinados.

8() não tenho supervisor 1() Discordo fortemente 2() Discordo
3() Concordo 4() Concordo fortemente

38. Meu supervisor presta atenção às coisas que eu falo.

8() não tenho supervisor 1() Discordo fortemente 2() Discordo
3() Concordo 4() Concordo fortemente

39. Eu estou exposto(a) a conflito ou hostilidade por parte de meu supervisor.

8() não tenho supervisor 1() Discordo fortemente 2() Discordo
3() Concordo 4() Concordo fortemente

40. Meu supervisor me ajuda a fazer meu trabalho.

8() não tenho supervisor 1() Discordo fortemente 2() Discordo
3() Concordo 4() Concordo fortemente

41. Meu supervisor é bem sucedido em promover o trabalho em equipe.

8() não tenho supervisor 1() Discordo fortemente 2() Discordo
3() Concordo 4() Concordo fortemente

42. As pessoas com quem eu trabalho são competentes na realização de suas atividades.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

43. As pessoas com quem eu trabalho interessam-se pelo que acontece comigo.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

44. Eu estou exposto(a) a conflitos ou hostilidade por parte das pessoas com quem trabalho.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

45. As pessoas no meu trabalho são amigáveis.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

46. As pessoas com quem trabalho encorajam uma a outra a trabalharem juntas.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

47. As pessoas com quem trabalho são colaborativas na realização das atividades.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

48. Qual o nível de qualificação requirido para seu trabalho em termos de treinamento formal (não equivale necessariamente ao nível educacional adquirido)

6() Ensino Fundamental I (até o primário)

9() Ensino Fundamental II (até a oitava série)

12() Ensino médio (segundo grau, escola técnica ou profissionalizante)

14() Nível superior incompleto

16() Nível superior completo

18() Pós- Graduação

INDICADORES DAS VARIÁVEIS:

1) Controle sobre o trabalho

- . Uso de habilidades: questões 1, 2, 3, 5, 7 e 9.
 - + questão sobre nível de escolaridade requerido pelo trabalho executado
- . Autoridade decisória: questões 4, 6 e 8.
- . Autoridade decisória no nível macro: questões 10, 11A, 11B, 12, 13, 14, 15 e 16.

2) Demandas psicológicas do trabalho

Questões: 17, 18, 20, 21, 24, 25, 26, 27 e 30.

3) Demandas físicas do trabalho

Questões: 19, 22, 23, 28 e 29.

4) Insegurança no emprego

Questões: 31, 32, 33, 34, 35 e 36.

5) Suporte social proveniente do supervisor

Questões: 37, 38, 39, 40 e 41.

6) Suporte social proveniente dos colegas de trabalho

Questões: 42, 43, 44, 45, 46 e 47.

OBS: As fórmulas para cálculo de cada uma das escalas e subescalas encontram-se no Manual do JCQ.

ANEXO C – Autorização para o uso do JCQ – versão recomendada

Version 1.7 - 2/97 - w/usage costs: Section B

Simplified Form A- Supersedes Sect. IV of Job Content questionnaire User's Guide v 1.1 1985
Sign this form and return it immediately to the JCQ Center -

Contract for Use of the Job Content Questionnaire for Research Use

The JCQ instrument, now translated into more than ten languages, is one of the most frequently used instruments in the world for psycho-social job analysis. Return of a copy of the JCQ data is required of medium and larger sized projects (over 100 subjects [see note below*]). This insures for the JCQ instrument adequate treatment of scale validation issues and attention to scale strengths and weaknesses: specifically: (a) consistency of JCQ scale use; (b) revalidation of the questionnaire scales - including revalidation for important sub-populations; (c) performance of inter-group comparisons between non-representative sub-population; (d) facilitation of understanding of sources of scale covariance variance from demographics, industry, occupational, organizational and community factors; and (e) development of new JCQ scales. Your cooperation can help insure that the JCQ instrument has a long-term future.

User/Study Director: Marcela Luisa Manetti

Study Name: Work-related depression on nurses

Research Institution: Faculty of Nursing – University of Sao Paulo at Ribeirao Preto

Address: Av Bandeirantes, 3900. Ribeirao Preto/SP. Brazil. 14040-902

Permission for use of the Job Content Questionnaire is granted to the Study Director for the above study with the following requirements relating to providing a copy of the data, and payment (for large projects only, as noted).

Section A. Data File- A copy of the JCQ job data and selected ancillary data (not all data) is to be provided to the JCQ Center (see address below) after the data has been collected, cleaned, and used for your preliminary analyses. The file should include the following variable scores:

- a. Subject ID (and location ID if relevant)
- b. All JCQ job content question scores (raw data)
- c. Demographic question scores:
 - Age; Sex; Education; Marital Status; Occupation-usual occupation (the JCQ User's Guide occupation lists [3 digit] give examples of the detailed occupation coding that should be followed); Industry,
 - If collected, the additional information should be included;
 - Children (#at home/ ages); Hours of work per week; Income; Race; Previous occupation.
- d. JCQ psychological strain scales, if used (and not the dependent variable of the study)

1. Data File Labels:

The data file should have the variables labeled with JCQ Questions numbers for the raw data (ex. q23), and scale labels in Section III of the JCQ Users Guide for demographic variables and any scales constructed.

2. Data Format:

The data should be written on standard 3 1/2" floppy disks under IBM MS-DOS/Windows (state software version), on IBM tape (state machine and operating system version), or Apple Macintosh OS (state operating system, application program name, file type, and version number).

3. Codebook:

A codebook giving appropriate variable label information and information on each variable (including missing value codes) is to be provided to the JCQ Center with the data file. Enclose a printout of the first three subject records.

4. Translations:

Translations of the JCQ questions into the languages of the site countries, and back translation of the questions into English (approved by R. Karasek) are to be provided to the JCQ Center. These may be distributed by the JCQ Center in the future to other users under the same conditions as the English version.

* Study sizes with data copy requirements:

1. U.S. Canada: 100 subjects or over.
2. Europe, Asia, Other Countries: 250 subjects or over; or studies of single occupations of over 100 subjects.
3. Commercial use, health service (other service use): Contact JCQ Center.

Section B: Payment Obligations for Large Studies (only)

Payment for JCQ use is made for usage of a psychosocial work characteristic assessment procedure. Payments support standardization, methodological improvements, distribution of information related to methodological effectiveness, and development of an international research project on reliability and standardization of psychosocial job characteristics assessments.

Services and user's obligations are detailed in the JCQ User's Policy.

For projects which are supported by current funding, payment for use of the JCQ is due and payable to the JCQ Center 30 days after receipt of a bill.

Projects which are seeking funding via competitive grant application, will receive permission and the JCQ packet, as in the case of non-paying users (Initial Mailing).

Study directors agree that they will take all necessary steps to see that the financial institution responsible for administering the project: (a) consider the fees as payable as a part of research expense, and (b) agree to pay them upon receipt of project funding (fee schedule from JCQ Usage Fees, from the JCQ Center).

Funding Organization _____

Award date _____

JCQ usage fees are due and payable to the JCQ Center the beginning of the award of project funding. New project funding requests require new permissions.

Agreement for JCQ, by Robert Karasek _____

Date

2/26/08

Agreement by Study Director _____

Date

(print) Marcela Luisa Manetti Ulfanti Title Doctoral Student

ANEXO D – Inventário de Depressão de Beck – I / BDI-I

Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

<p>1 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p>3 0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p>4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p>5 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p>6 0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido.</p> <p>7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.</p>	<p>8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p> <p>9 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar. 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.</p> <p>11 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo. 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p>12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p> <p>13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes. 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p>
---	---

Subtotal da Página 1

CONTINUAÇÃO NO VERSO

“Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck.
Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados.”

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda.
BDI é um logotipo da Psychological Corporation.

<p>14 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.</p> <p>3 Acredito que pareço feio.</p> <p>15 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p> <p>16 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava.</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p> <p>17 0 Não fico mais cansado do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p> <p>18 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora.</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite.</p>	<p>19 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos.</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos.</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p> <p>20 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p> <p>21 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
---	---

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ Escore Total.

ANEXO E – Autorização para o uso do BDI-I. **Casa do Psicólogo®**

Casapsi Livraria Editora e Gráfica Ltda.
Rua Simão Álvares, 1020 – Vila Madalena
CEP. 05417-020 - São Paulo - SP - Brasil
Fone / fax: (011) 3034-3600
email:casadopsicologo@casadopsicologo.com.br

INSTRUMENTO PARTICULAR DE APOIO À PESQUISA E COMPROMISSO DE EDIÇÃO

Pelo presente instrumento particular, de um lado, **Casapsi Livraria Editora e Gráfica Ltda.**, com sede à Rua Simão Álvares, 1020, São Paulo, Cep: 05417-020, inscrita no CNPJ sob nº 05.774.960/0001-22, inscrição estadual: 382.131.988.117, doravante denominada simplesmente de **EDITORA**; e, de outro **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**, com sede à Av. Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário, Ribeirão Preto/SP, Cep: 14040-902, neste ato representado por Profª Drª **Silvia Helena de Bortoli Cassiani**, e como **responsável principal pelo projeto de pesquisa: Marcela Luisa Manetti**, COREN-SP: 0129939, RG: 29024861-9, CPF: 309297488-32, end: Av. Presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira, nº1881 ap21, Jd Tarraf II, Cep:15092-415, São José do Rio Preto-SP, Fone: (17) 9165-1500, email:marcelamanetti@usp.br; e **Ana Maria Pimenta Carvalho**, CRP: 4826-06, RG: 6.679.701, CPF: 005.713.128-70, end: Rua Tenente Catão Roxo 333, Fone: (160 3633-1784, email: anacar@eerp.usp.br, têm entre si justo e combinado o que se segue, ao projeto de pesquisa com o teste : **Inventário de Depressão de Beck – BDI-I**

Cláusula 1

Pelo presente instrumento particular, a **EDITORA** se compromete em fornecer os materiais:

- **185 Protocolos BDI-I**
- **1 Manual – Escalas Beck**

Cláusula 2

As **responsáveis pelo projeto de pesquisa** se comprometem em devolver à **EDITORA**, ao final da pesquisa (segundo semestre de 2009), os protocolos aplicados, com os resultados obtidos, para futuros estudos desses instrumentos.

Cláusula 3

As **responsáveis pelo projeto de pesquisa** se comprometem em fazer constar o nome da **EDITORA CASA DO PSICÓLOGO** nos trabalhos científicos resultantes, em forma de agradecimento pelo material cedido, utilizado na pesquisa.

Cláusula 4

As **responsáveis pelo projeto de pesquisa**, se comprometem em enviar uma cópia dos trabalhos científicos produzidos ao final da pesquisa, e ainda, no caso de interesse na publicação, a oferecer em primeiro lugar para a **EDITORA**, os estudos obtidos. À **EDITORA** é reservado o direito de avaliar se o material se adapta à linha editorial da Casa do Psicólogo.

E por estarem de acordo com as cláusulas acima, as partes assinam o presente em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

São Paulo, 01 de setembro de 2008.

Profª Drª **Silvia Helena de Bortoli Cassiani**
Chefe do Departamento de Enfermagem Geral
e Especializada da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Casapsi Livraria Editora e Gráfica Ltda

Marcela Luisa Manetti

Profª Drª **Ana Maria Pimenta Carvalho**

Responsáveis pelo projeto de pesquisa