

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Estresse psicossocial e vínculo profissional em trabalhadoras da enfermagem: uma análise da flexibilização do trabalho a partir da escala desequilíbrio esforço-recompensa”

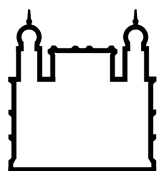
por

Claudia Marques Comaru

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

*Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Lúcia Rotenberg
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosane Härter Griep*

Rio de Janeiro, junho de 2011.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Estresse psicossocial e vínculo profissional em trabalhadoras da enfermagem: uma análise da flexibilização do trabalho a partir da escala desequilíbrio esforço-recompensa”

apresentada por

Claudia Marques Comaru

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Márcia Guimarães de Mello Alves

Prof.^a Dr.^a Helena Maria Scherlowski Leal David

Prof.^a Dr.^a Lúcia Rotenberg – Orientadora principal

Dissertação defendida e aprovada em 15 de junho de 2011.

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

C728 Comaru, Claudia Marques
Estresse psicossocial e vínculo profissional em trabalhadoras da enfermagem: uma análise da flexibilização do trabalho a partir da escala desequilíbrio esforço-recompensa. / Claudia Marques Comaru. -- 2011.
89 f. : il. ; tab. ; graf.
Orientador: Rotenberg, Lúcia
Griep, Rosane Härter
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011
1. Saúde do Trabalhador. 2. Esgotamento Profissional. 3.
Satisfação no Emprego. 4. Recompensa. 5. Enfermagem – recursos humanos. I. Título.

CDD - 22.ed. – 363.11

*A minha mãe Fátima e meu pai Claudemir,
Por estar onde estou,
Por ser quem eu sou,
Pelas alegrias que a vida me traz,
Por essa força que nunca seca.*

AGRADECIMENTOS

Se não tivesse o amor / Se não tivesse essa dor
E se não tivesse sofrer / E se não tivesse chorar
Melhor era tudo se acabar
(Vinícius de Moraes)

À minha família, namorado e amigos que vibraram a cada conquista, pensando junto comigo cada etapa a ser trilhada, com os braços sempre disponíveis a me amparar e os ouvidos prontos a me ouvir.

À Creuza e Valin, pelos ricos ensinamentos de vida, e pela oportunidade de conhecer e respirar os ares do castelo de Oswaldo Cruz por tanto tempo...

À Lúcia Rotenberg e Rosane Griep, pela confiança em meu trabalho quando ainda universitária, por todo o conhecimento compartilhado, pela compreensão e carinho nos momentos mais difíceis, pela humanidade e alegria em celebrar a vida.

À Andréa, Celinha e Marisa, pela empatia desde o primeiro encontro. Devo a elas as paixões pelo trabalho de campo e pela linda afilhada!

À Johannes Siegrist pela atenção e disponibilidade em seu curto tempo no Brasil.

A(o)s integrantes de ontem e hoje do grupo de pesquisa do LEAS, que muito me ensinaram sobre o fazer pesquisa, trabalhar em equipe e conquistar amizades. Em especial Aline, Ana Luiza, Joseane, Luciana, Roberta e Thiago.

À turma do mestrado e, em especial, ao sexteto, pelos olhos atentos, pelas palavras de apoio, pelos abraços, pela união, pelos chopps pós-aula. Vamos seguir cada um, uma trajetória, mas estamos ligados por essa experiência que muito me orgulha. Por nós, nós continuamos, e aqui estamos: celebrando nossa vitória através da chegada da nossa mascote. Seja muito bem-vinda ao mundo, Lorena!

À turma de especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana do CESTE/ENSP, pelo engajamento ético e político que me contagiaram.

Aos informantes-chave dos hospitais estudados, que tanto colaboraram para que esse estudo fosse realizado.

A todos os professores e funcionários do CESTE/ENSP, responsáveis pelo primeiro de muitos encontros com a Saúde do Trabalhador.

À Mount Sinai School of Medicine, CAPES e CNPq pela parceria e apoio financeiro.

Aos funcionários da Secretaria Acadêmica e Vice Direção de Ensino, pelo apoio, e em especial ao Joselmo, pela enorme paciência e carinho com que trata os alunos.

Aos enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, pela confiança e disponibilidade para a realização desta pesquisa. Que o elo firmado desde então perpetue o compromisso de todos na construção de uma realidade de trabalho mais digna e justa.

RESUMO

Na era da globalização, novos processos produtivos surgem sob a lógica da produção da acumulação flexível, que passa a interferir nas relações de trabalho, permitindo a flexibilidade dos vínculos de trabalho. Estudos apontam consequências deletérias das “novas formas de trabalho” à saúde dos trabalhadores. No entanto, estudos que tenham como foco o vínculo profissional e a saúde são escassos. Este estudo tem como objetivo analisar a associação entre o tipo de vínculo de trabalho e o estresse psicossocial percebido por profissionais de enfermagem utilizando o Modelo Desequilíbrio esforço-recompensa (DER), tendo como objetivos específicos (i) Caracterizar os vínculos de trabalho segundo variáveis sociodemográficas e ocupacionais; (ii) Descrever o estresse psicossocial no trabalho na população segundo variáveis sociodemográficas e ocupacionais e (iii) Verificar a associação entre os tipos de vínculo e o DER nos dois hospitais avaliados. O estudo foi realizado em dois hospitais públicos na cidade do Rio de Janeiro entre junho de 2005 e março de 2006. A coleta de dados baseia-se no preenchimento de um questionário que inclui diversas escalas, dentre elas a escala Desequilíbrio Esforço-recompensa. Neste estudo foram analisadas a razão DER e as dimensões esforço e recompensa. Foi analisada exclusivamente a amostra feminina de enfermeiras, auxiliares e técnicas de enfermagem, constituída de 1008 mulheres no Hospital 1 e 246 mulheres no Hospital 2. Foram analisados os vínculos permanente, terceirizado e contratado (Hospital 1) e permanente e cooperativado (Hospital 2). Nas análises, as profissionais terceirizadas e contratadas (Hospital 1) e cooperativadas (Hospital 2) foram comparadas às do quadro permanente. Análises descritivas segundo o vínculo empregatício e segundo nível de DER baseiam-se em testes de qui-quadrado (significância de 0.05). As análises multivariadas baseiam-se em regressões logísticas. Todas as análises foram realizadas através do pacote estatístico SPSS. As trabalhadoras terceirizadas, contratadas e cooperativadas são mais jovens, com maior proporção de solteiras e sem filhos. A análise multivariada revelou que trabalhar com contrato temporário ou terceirizado atuou como fator de proteção em relação ao Alto DER após ajuste por variáveis de confundimento (Hospital 1). Em relação às dimensões da escala, observamos menores chances de referir Alto Esforço entre as profissionais terceirizadas e temporárias quando comparadas às permanentes (OR=0,52 IC95% 0,32-0,86 e OR=0,43 IC95% 0,25-0,73, respectivamente). Quanto à recompensa, os resultados apontam maiores chances de Baixa Recompensa entre os terceirizados (Hospital 1), com valor limítrofe (OR=1,62 IC95% 0,99-2,65). Em conjunto, o estudo revela que a situação aparentemente desvantajosa no que concerne ao tipo de contrato das profissionais terceirizadas, cooperativadas e com contrato temporário não se expressa de forma direta e linear nos resultados da escala DER. Aspectos da reestruturação do trabalho, como a alta rotatividade da força de trabalho, podem contribuir na formação de um cotidiano de trabalho de maior estresse. A complexidade no estudo dos impactos do trabalho à saúde dos profissionais com vínculos flexíveis exige novas investigações no sentido de elucidar aspectos do ambiente psicossocial no trabalho de enfermagem em hospitais públicos.

Palavras-chave: saúde do trabalhador, estresse ocupacional, flexibilização dos vínculos, esforço-recompensa.

ABSTRACT

The era of globalization brings new processes under the logic of flexible accumulation which interferes with labor relations, allowing the flexibility of working contracts and arrangements. Studies indicate deleterious consequences of the “non-standard work arrangements” to workers' health. However, studies that focus on the employment status and health are scarce. This study aims to examine the association between the type of work arrangements and psychosocial stress perceived by nursing workers by means of the Effort-reward imbalance (ERI) model. Specific objectives are: (i) to characterize the work contracts according to sociodemographic and occupational variables, (ii) to describe the psychosocial work stress in the population according to sociodemographic and occupational variables and (iii) to test the association between the types of work contracts and ERI in two public hospitals. The study was conducted in two public hospitals in the city of Rio de Janeiro from June 2005 to March 2006. Data collection was based on a questionnaire that included several scales including the effort-reward imbalance (ERI) scale. In this study was analysed the ERI ratio and the dimensions of effort and reward. Only data from female workers (registered nurses, nurse aides and nursing technicians) were analyzed. The sample consisted of 1008 women at Hospital 1 and 246 women at Hospital 2. We analyzed the ratio effort/reward as well as the effort and reward scores separately. The following types of work contracts were identified: permanent staff, temporary contracted and outsourced (Hospital 1) and permanent staff and cooperative contract (Hospital 2). In the analysis, all types of non-permanent workers were compared to those of the permanent staff. Descriptive analyses according to the employment status and the level of ERI were based on chi-square tests (significance 0.05). Multivariate analyses were based on logistic regressions. All tests were performed using the SPSS package. The outsourced, temporary contracted and cooperative workers were younger, with higher proportions of singles and childless. Multivariate analysis revealed that work on temporary contracts or as outsourced acted as a protective factor in relation to the High ERI, after adjustment for confounders (Hospital 1). Regarding the dimensions of the scale, both outsourced workers and workers with temporary contracts were less likely to be classified in the High Effort group, as compared to workers from the permanent staff (OR= 0.52 95%CI 0.32-0.86 and OR= 0.43 95%CI 0.25-0.73, respectively). As for the reward, the results indicate a greater chance of Lower Reward among temporary contracted workers (Hospital 1) with a borderline value (OR = 1.62 95% CI 0.99 to 2.65). In sum, the results reveal that the seemingly disadvantageous situation with regard to the employment status of outsourced workers, cooperatives and workers with temporary contracts is not expressed directly on a linear basis in the results of ERI. Aspects of the restructuring of work, as the high turnover of workforce, may contribute to the formation of a daily work of increased stress. The complexity in the study of the impacts of the work of health professionals with flexible contracts requires further investigations designed to elucidate aspects of psychosocial work environment of nursing works in Brazilian public hospitals.

Key-words: worker's health, occupational stress, work flexibilization, effort-reward.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Riscos psicossociais do trabalho, p.22.

Quadro 2 –Modelo teórico Desequilíbrio esforço-recompensa, p.26.

Quadro 3 – População de estudo do Hospital 1, p.36.

Quadro 4 – População de estudo do Hospital 2, p.37.

Quadro 5 – População de estudo do Hospital 3, p.38.

Quadro 6 - Modalidades de vínculo nos hospitais, p.49.

Tabela 1: Dados sociodemográficos segundo vínculo empregatício no Hospital 1, p.52.

Tabela 2: Dados sociodemográficos segundo vínculo empregatício no Hospital 2, p.53.

Tabela 3: Dados ocupacionais segundo vínculo empregatício no Hospital 1, p.54.

Tabela 4: Dados da escala DER segundo vínculo empregatício no Hospital 1, p.55.

Tabela 5: Dados ocupacionais segundo vínculo empregatício no Hospital 2, p.56.

Tabela 6: Dados da escala DER segundo vínculo empregatício no Hospital 2, p.56.

Tabela 7: Dados sociodemográficos segundo nível de DER no Hospital 1, p.58.

Tabela 8: Dados sociodemográficos segundo nível de DER no Hospital 2, p.59.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Capa do questionário utilizado na pesquisa, p.39.

Figura 2 – Histograma da variável idade, p.50.

Figura 3 - Distribuição dos vínculos, p.51.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CESTEH – Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DER – Modelo Desequilíbrio Esforço-recompensa
DIESAT - Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
DP – Desvio padrão
DSC - Modelo demanda-controle
EPI – Equipamento de proteção individual
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
IEE - Inventário de Estresse em Enfermeiros
IC – Intervalo de confiança
ICT - Capacidade para o trabalho
IOC – Instituto Oswaldo Cruz
LER/DORT – Lesão por esforço repetitivo / Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho
MOI – Movimento Operário Italiano
NSS - Nursing Stress Scale
OIT – Organização Internacional do Trabalho
RJU – Regime Jurídico Único
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences
SUS – Sistema Único de Saúde
TMC - Transtornos mentais comuns
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1.1. APRESENTAÇÃO	1
1.2. OBJETIVOS	4
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
2.1. CONCEPÇÕES SOBRE O TRABALHO E A SAÚDE	5
2.2. PROCESSOS DE TRABALHO, FLEXIBILIZAÇÃO E OS IMPACTOS À SAÚDE DOS TRABALHADORES	8
2.3. A FLEXIBILIZAÇÃO DOS REGIMES DE TRABALHO NO BRASIL	12
2.4. DO ESTRESSE AOS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO	16
2.5. FATORES ESTRESSORES DO TRABALHO EM ENFERMAGEM	25
3. JUSTIFICATIVA	28
4. METODOLOGIA	30
5. RESULTADOS	45
6. DISCUSSÃO	62
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
APÊNDICES	
ANEXOS	

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação aborda o trabalho de profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) com foco nos aspectos psicossociais do trabalho, definidos pela Organização Internacional do Trabalho em conjunto com o Comitê de Saúde Ocupacional da Organização Mundial da Saúde¹. O estudo se baseia em um modelo teórico denominado *Desequilíbrio esforço-recompensa*², cuja escala de mensuração tem sido utilizada em estudos epidemiológicos na área de Saúde Ocupacional. Este estudo aborda a associação entre as formas de vínculo de trabalho e os fatores psicossociais definidos por esta escala em equipes de enfermagem de dois hospitais públicos da cidade do Rio de Janeiro.

Meu interesse pelo tema de estudo decorre de uma formação que perpassou a Universidade, o cotidiano das pesquisas em que participei, o Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador, e finalmente aporta no Mestrado onde novas experiências e realidades foram apresentadas a todo momento. De fato, desde a entrada na graduação em Psicologia, as discussões acerca da relação da Psicologia com o Social tomavam-me a atenção e afastavam-me cada vez mais do consultório, do espaço reservado a “quatro paredes”. A possibilidade de cumprir matérias em outros cursos permitiu o diálogo com as áreas da Sociologia, Educação e Relações Internacionais; ampliando a reflexão acerca da relação do sujeito com o social e os possíveis impactos para o sujeito.

Ainda na faculdade, comecei a atividade em um grupo de pesquisa que estudava a atuação dos Conselhos Tutelares. Neste momento, participei de discussões sobre o papel do Estado e das políticas públicas que até hoje são oportunas.

De modo a aprofundar os conhecimentos acerca da pesquisa científica em outra instituição, tive a oportunidade de trabalhar como entrevistadora na pesquisa “*Gênero, Trabalho e Saúde: morbidade e sua associação com o trabalho noturno, longas jornadas e trabalho doméstico em profissionais da Enfermagem*”, um estudo epidemiológico seccional realizado pelo Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde, IOC, FIOCRUZ, e coordenado pelas pesquisadoras Lúcia Rotenberg e Rosane Härter Griep.

O instrumento utilizado na pesquisa consiste no questionário multidimensional “*A saúde e o trabalho em enfermagem*”, elaborado pela equipe de pesquisa com escalas validadas na literatura da área, dividido em duas partes. Na primeira parte, era realizada uma entrevista em que eram abordados os seguintes temas: trabalho profissional,

trabalho doméstico, condições de saúde, histórico familiar de algumas doenças, hábitos relacionados à saúde, alterações no sono e dados sociodemográficos. A segunda parte, autopreenchida, apresentava questões sobre fatores psicossociais no trabalho, capacidade para o trabalho, apoio social, doenças diagnosticadas, e dados sociodemográficos complementares.

Particpei de treinamentos com toda a equipe de entrevistadores e coordenadores, e ingressei no campo à época do estudo piloto, permanecendo até o término da coleta de dados, em 2006. Nos últimos meses do trabalho de campo, atuei como coordenadora de campo, e pude visualizar a pesquisa de um modo global, observando todas as etapas: administrando o contato com as instâncias dos hospitais e gerenciando a realização das entrevistas. Vivi a rotina dos hospitais com suas peculiaridades, permanências e imprevistos. A oportunidade de viver este trabalho durante todo o período de coleta foi de grande valia para a minha formação como pesquisadora, e me capacitou para uma análise dos dados que considere a pesquisa de um modo global, trazendo o campo para o diálogo com a teoria e com os resultados obtidos a partir da análise estatística.

Ao término da coleta, fui convidada a assumir a bolsa PIBIC/CNPq com o plano de trabalho "*Análise do estresse no trabalho entre profissionais de enfermagem*", que possibilitou o primeiro contato com a escala Desequilíbrio esforço-recompensa, que se insere no constructo teórico do estresse psicossocial no trabalho. Durante a vigência da bolsa, realizei análises preliminares que exigiram o estudo do modelo teórico, assim como noções de estatística e do pacote estatístico SPSS.

Posteriormente, pude participar de atividades de outros subprojetos da pesquisa: participei do grupo que promoveu oficinas de discussão dos resultados da pesquisa junto aos trabalhadores da enfermagem dos hospitais envolvidos, além da produção de dois Cadernos de Resultados da pesquisa voltados a esses trabalhadores.

Ao término da vigência das bolsas, ingressei no Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana do CESTE/ENSP/FIOCRUZ. Esta experiência marcou a minha trajetória na Academia, pois a diversidade de realidades de trabalho, tanto dos colegas de aula quanto as apresentadas pelos professores, ampliaram novamente as minhas perspectivas e as possibilidades de intervenção na área de Saúde do Trabalhador.

Finalmente, tanto pela necessidade de continuar a formação acadêmica como pela sede por novas discussões, prestei o concurso para o Mestrado em Saúde Pública, subárea Saúde, Trabalho e Ambiente da ENSP/FIOCRUZ. Logo nas matérias do

primeiro semestre – *História e Paradigmas da Saúde Pública e Produção e Saúde* - participei de discussões sobre os impactos dos modos de produção à saúde dos trabalhadores a partir de uma análise histórica.

Desta forma, pude moldar o tema aqui analisado, voltado para o estudo da associação entre as formas de vínculo profissional e o estresse psicossocial no trabalho em enfermagem a partir do modelo Desequilíbrio esforço-recompensa, procurando construir uma discussão acerca das formas de flexibilização do trabalho nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS).

1. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar a associação entre diferentes tipos de vínculo de trabalho e o estresse psicossocial percebido por profissionais de enfermagem utilizando o Modelo Desequilíbrio esforço-recompensa (DER) em dois hospitais públicos no Rio de Janeiro.

Objetivos Específicos

- Caracterizar os vínculos de trabalho segundo variáveis sociodemográficas e ocupacionais;
- Descrever o estresse psicossocial no trabalho na população segundo variáveis sociodemográficas e ocupacionais;
- Verificar a associação entre os tipos de vínculo e o DER nos dois hospitais avaliados.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. CONCEPÇÕES SOBRE O TRABALHO E A SAÚDE

Esta seção visa apresentar uma breve análise histórica das concepções sobre o trabalho e a saúde e as diferentes modalidades de atuação no campo do trabalho. O conhecimento das práticas da Medicina do Trabalho, da Saúde Ocupacional e da Saúde do Trabalhador permitirá uma análise crítica das diferentes formas de gestão dos efeitos do trabalho à saúde. Assim como ocorre na análise dos processos produtivos, os modelos de gestão citados sofreram transformações que exigem novas formas de intervenção.

As intervenções na relação saúde-trabalho ocorreram inicialmente no lócus da fábrica. Na era da revolução industrial, o homem “livre” passa a vender sua força de trabalho submetendo-se ao ritmo acelerado para a produção do capital. As condições de trabalho eram degradantes, com longas jornadas a que homens, mulheres e crianças eram submetidos, com altos índices de acidentes de trabalho³.

Para intervir nesta realidade, um olhar pautado no Modelo Médico, em que a explicação da doença baseava-se na compreensão de seus agentes específicos, é construído e passa a reger o modo de atuar no campo trabalho. Em sua prática, a Medicina do Trabalho consiste fundamentalmente em atividade médica que propõe a adaptação dos trabalhadores ao trabalho. O fato de estes médicos serem da confiança do empresário representava claramente de que lado estavam. Com a nova configuração dos setores produtivos, o avanço do setor secundário a partir de transformações na economia e a complexidade dos processos de trabalho e os impactos à saúde dos trabalhadores, a Medicina do Trabalho torna-se insuficiente para acompanhar estes processos. Tais desafios apontam que é preciso agregar profissionais diversos na interpretação das realidades de trabalho⁴.

A Saúde Ocupacional surge com o investimento no controle dos riscos ambientais – pelo uso de equipamentos de proteção individual (EPI) e de limites de tolerância de exposição, desviando a atenção da intervenção nos processos de trabalho³. A atuação da prática multidisciplinar, que agregaria profissionais de diferentes áreas, não foi bem sucedida. Na verdade, este modelo ainda permanecia com a visão mecanicista da medicina do trabalho. As ações dos diferentes profissionais não aplicavam a interdisciplinaridade, sendo, portanto, ações desarticuladas⁴.

Surge um novo olhar para o ambiente de trabalho, um novo paradigma no estudo das relações trabalho-saúde que permite analisar um elemento da organização do trabalho e sua influência à saúde. O constructo da Saúde do Trabalhador surgiu no Brasil na década de 80, fruto de uma discussão corrente do campo da Saúde Coletiva que apresenta como cerne de suas discussões a relação trabalho-saúde pelo viés do social. O processo de trabalho seria, então, não somente físico, mas também social e biopsíquico ⁵.

Ao lado da influência da Saúde Coletiva latino-americana, uma experiência que subsidiou o movimento da Saúde do Trabalhador no Brasil foi a Reforma Sanitária italiana que teve como um dos pilares o Movimento Operário Italiano (MOI) liderado, dentre outros expoentes, pelo médico italiano Ivar Oddone. Após a Segunda Guerra Mundial, na Itália, a saúde torna-se questão central para o trabalhador, que a toma como posse, passando a gerenciá-la. O movimento sindical na Itália torna-se representante das ações de mudança da sociedade, integrando o dispositivo das forças do campo do trabalho atuantes no Movimento Operário Italiano. As reuniões formadas por grupos de operários, sindicalistas, estudantes e cientistas integravam o saber das diferentes instâncias de modo a analisar o processo de trabalho e viabilizar a apropriação do trabalho pelos trabalhadores unindo o saber formal ao informal (Vicenti A, traduzido por Brito e Athayde ⁶). Como fruto deste movimento, foi produzido o Estatuto dos Trabalhadores em 1970, cujos princípios norteavam a não-delegação da saúde dos trabalhadores aos empregadores, a validação das pesquisas pelos trabalhadores, a não-monetarização do risco e melhoramentos nos ambientes de trabalho ⁴.

No Brasil, a Saúde do Trabalhador promove o questionamento desde os pilares do trabalho, visando uma revisão de valores, até a exigência por mudanças nos processos de trabalho com a participação dos trabalhadores em todo o processo. A defesa dos direitos do trabalhador – à informação, recusa ao trabalho, consulta prévia e mecanismos de participação – é levantada como bandeira deste movimento que encontrou espaço no momento de redemocratização política do país, nos anos 80. O suporte oferecido pela legislação no que diz respeito à saúde dos trabalhadores tem como marco a VIII Conferência Nacional de Saúde e I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, realizadas em Brasília, em 1986. Nestas conferências, a demanda por um Sistema Único de Saúde que contemplasse a saúde de todos os trabalhadores foi expressa. O novo movimento sindical brasileiro afirmava sua força na defesa de melhores condições de trabalho, principalmente no Estado de São Paulo que fundou o

Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho – o DIESAT⁴.

A Saúde do Trabalhador, como campo de atuação, localiza-se na estrutura da Vigilância, ao lado das vigilâncias Ambiental, Sanitária e Epidemiológica. Para que as ações em Saúde do Trabalhador sejam efetivas, é necessária a contribuição de diversas áreas como a Toxicologia, Engenharia, Epidemiologia, Medicina, Psicologia, Fisioterapia, dentre outras. Desta forma, um dos pilares do campo da Saúde do Trabalhador é posto em prática: a interdisciplinaridade.

O desafio que se coloca para este novo campo de atuação é a modificação do padrão epidemiológico das doenças ocupacionais. Às doenças mais comuns como as intoxicações, novos padrões de adoecimento no trabalho se somam: LER/DORT, hipertensão, estresse e doença mental⁴.

Como expressão do enfoque à saúde mental dos trabalhadores, Seligmann-Silva⁷ aponta a necessidade de conhecer a representação do trabalho para o trabalhador frente às suas demandas e valores trazidos a partir de sua história pessoal. O trabalho, conforme a situação, “tanto poderá fortalecer a saúde mental quanto levar a distúrbios que se expressarão coletivamente em termos psicossociais, individuais ou em manifestações psicossomáticas ou psiquiátricas” (p.46).

Nas sociedades atuais, a subordinação do trabalhador à organização do trabalho vem calando sua potencialidade. No decorrer deste processo podem ser geradas condições e situações em que estejam presentes elementos patógenos (cargas, agentes, forças, entre outros) que constituem risco para a saúde dos trabalhadores e de outros grupos populacionais que são a eles expostos⁸.

O conceito de carga de trabalho representa o conjunto de esforços físicos, cognitivos e psicoafetivos desenvolvidos para atender as exigências das tarefas⁵. A carga de trabalho encontra-se entre as categorias utilizadas para analisar os impactos produzidos pelo processo de trabalho, ao trabalho referente aos instrumentos e tecnologia envolvidos quanto a sua organização e divisão. Selligman-Silva⁷, ao citar estudo do Instituto Karoliska, define a sobrecarga mental em sobrecarga quantitativa e qualitativa de trabalho, como descrito abaixo:

“A carga quantitativa diz respeito ao volume de trabalho mental exigido dentro de determinada unidade de tempo. A carga qualitativa refere-se ao nível de complexidade do trabalho e à possibilidade de aplicação, ao mesmo, dos interesses significativos, experiências, capacidade e potenciais do trabalhador (...). Num mesmo posto de trabalho, a pessoa pode estar, simultaneamente, submetida a exigências que determinam diferentes

combinações. Por exemplo, sobrecarga quantitativa – numa atividade que exige atenção concentrada e contínua – associado à subcarga qualitativa -, se as tarefas são fragmentadas e repetitivas”^{7:59}.

No caso do presente projeto, a classificação proposta acima permite aprofundar o estudo da carga de ordem mental do trabalho no ambiente hospitalar. Cabe ressaltar, ainda, os impactos do contexto social em que o trabalho está imerso. Discutimos neste projeto o recorte teórico da precarização do trabalho e conseqüente flexibilização dos vínculos profissionais. No item que se segue buscamos apresentar um histórico das transformações do mundo do trabalho e seus efeitos à saúde dos trabalhadores.

2.2. PROCESSOS DE TRABALHO, FLEXIBILIZAÇÃO E OS IMPACTOS À SAÚDE DOS TRABALHADORES

No início do século XX, o mundo do trabalho passou por transformações que se refletem até a atualidade nas diferentes esferas da sociedade, em todos os âmbitos da vida. As mudanças no processo produtivo trazidas pela automação e microeletrônica modificaram as relações de trabalho com o capital⁹. Estes avanços no processo de trabalho em curso trazem o melhoramento das condições de trabalho, mas também introduzem novos riscos à saúde quase sempre decorrentes da organização do trabalho e de difícil remediação⁴.

Ainda no século XIX, na era da Revolução Industrial e sua efervescência de fatos culturais e políticos – o movimento do Iluminismo e as lutas trabalhistas contra a exploração no trabalho – emerge a chamada administração científica trazendo como principais pensadores Taylor e Fayol¹⁰. Partindo do pressuposto de que o trabalhador tende a trabalhar menos do que consegue, Taylor considera este o principal alvo a ser alcançado de forma a diminuir os custos da produção. Elabora, portanto, o método dos tempos e movimentos, acelerando a cadeia produtiva, cronometrando cada movimento do trabalhador em suas funções. (Taylor, 1980 *apud* Zanelli e cols)¹⁰.

Em paralelo ao movimento da administração científica, surge o movimento chamado fordismo, base da indústria do século XX, aplicado inicialmente por Henry Ford na indústria automobilística. Neste modelo, Ford objetivava aumentar e racionalizar os custos através da produção em série, que restringia a variedade de produtos a favor da produtividade frente ao contexto histórico do pós-guerra. Por meio da produção em série clássica idealizada por este modelo, os produtos eram deslocados por uma esteira e aos trabalhadores era exigido movimentos restritos e controlados⁹.

Já o sistema de produção denominado toyotismo tem origem na economia japonesa onde o governo, na competição com o mercado americano e seu modelo fordista, se vê incapacitado de sustentar tal modelo em seu país, enfraquecido pela derrota na Segunda Guerra Mundial. Após um período que compreendeu a Guerra da Coreia, o Estado concentrou esforços no desenvolvimento do setor automobilístico impulsionando o surgimento deste modelo produtivo japonês¹¹.

Neste sistema, os direitos trabalhistas e a organização do trabalho em geral são flexibilizados, desregulamentados. O trabalhador, agora polivalente, passa a operar mais de uma máquina ao mesmo tempo, proporcionando maior produção em menor tempo em épocas de crise em que a contratação de novos trabalhadores não era uma possibilidade para os empregadores. O reduzido número de trabalhadores favorece o cumprimento de horas extras, contratos temporários e subcontratação. A produção obedece à demanda, onde se produz o necessário para a venda, como nos supermercados em que os produtos são repostos depois de comprados⁹.

No sistema capitalista, em que tais modelos se inserem, o trabalho se realiza através da utilização da força de trabalho, em que o comprador desta força a consome do vendedor. O valor do uso de seu trabalho passa a pertencer ao capitalista a partir do momento em que é contratado¹². Assim, o trabalhador investe no próprio ofício além da sua ação, o corpo inteiro. O corpo, descoberto como instrumento de controle, passa a ser manipulado conforme as intenções de aumento das forças convenientes à máquina. O sentido de docilidade recai sobre a capacidade de submissão de um objeto como o corpo. O controle imposto sobre este atua em cada parte, minuciosamente. A economia dos movimentos e a atenção quanto à rapidez dos gestos visa à eficácia. O acompanhamento e intervenção em cada processo são mais importantes que a atuação sobre o “produto final”¹³.

Na era da globalização, novos processos produtivos surgem sob a lógica da produção da acumulação flexível, que passa a interferir nas relações de trabalho. Ao contrário da lógica fordista, a acumulação flexível permite a flexibilidade dos processos de trabalho com o aparecimento de setores de produção novos, novas formas de vínculo, novos mercados. O setor de serviços foi o mais impactado por essas transformações. Tamanha flexibilidade permite aos empregadores maior controle sobre a força de trabalho¹⁴.

Thébaud-Mony e Druck¹⁵ apresentam uma definição mais completa do termo “flexibilização”:

“(…) um processo que tem condicionantes macroeconômicos e sociais derivados de uma nova fase de mundialização do sistema capitalista, hegemônico pela esfera financeira, cuja fluidez e volatilidade típicas dos mercados financeiros contaminam não só a economia, mas a sociedade em seu conjunto, e, desta forma, generaliza a flexibilização para todos os espaços, especialmente no campo do trabalho (...). Esse processo mais geral determina e articula a flexibilização dos processos de trabalho, do mercado de trabalho, das leis trabalhistas e dos sindicatos, definindo o caráter da reestruturação produtiva mais recente, especialmente no que se refere à estratégia das empresas na adoção dos novos padrões de gestão do trabalho (toyotismo, produção enxuta, etc)”^{15:29}.

A mobilidade pode ser pontuada como marco das relações de trabalho: mobilidade do mercado, do capital, dos vínculos empregatícios, dos trabalhadores. A reestruturação produtiva, como expressão deste novo momento histórico, implantou um novo modelo de gestão e organização do trabalho em resposta à crise no modelo de produção fordista¹⁶. A flexibilidade exigida pelo novo sistema se reflete na terceirização (subcontratação) da mão-de-obra, na informalidade, nas cooperativas. Como principal articulação da reestruturação produtiva, a terceirização é concretizada através de “contratos flexíveis” (p.112) cuja natureza compreende desde contratos por tempo determinado a contratos sem amparo legal através de terceiros.

“Assim, a crescente flexibilidade do trabalho, em todo o mundo capitalista, evidenciada na subcontratação (terceirização), no emprego temporário, nas atividades autônomas, na informalidade, nas cooperativas de trabalho e em outras formas de trabalho assalariado disfarçado - práticas flexíveis de emprego e dos mercados de trabalho - constituem formas concretas de flexibilização que se difundem em todas as atividades e lugares, associadas a processos de desindustrialização e de descentralização geográfica das fábricas”^{16:3}.

Vemos, segundo Antunes¹⁷ preconiza, uma nova morfologia do trabalho:

“Contrariamente, entretanto, às teses que advogam o fim do trabalho, estamos desafiados a compreender o que venho denominando como a *nova polissemia* do trabalho, a sua *nova morfologia*, isto é, sua *forma de ser* (para pensarmos em termos ontológicos), cujo elemento mais visível é o seu desenho multifacetado, resultado das fortes mutações que abalaram o mundo produtivo do capital nas últimas décadas. Nova morfologia que compreende desde o operariado industrial e rural clássicos, em processo de encolhimento, até os assalariados de serviços, os novos contingentes de homens e mulheres terceirizados, subcontratados, temporários que se ampliam”^{17:14}.

No mesmo sentido apontado por Antunes⁹, Minayo-Gomez e Thedim-Costa¹⁸ abordam o surgimento das “novas formas de trabalho” frente ao argumento do trabalho flexível como “liberdade” para o trabalhador adequar-se ao trabalho (p.413).

Modalidades de trabalho mais flexíveis coexistem com o retorno do trabalho contratado e temporário, colaborando para o aumento da insegurança no trabalho ¹⁹. Com isso, o trabalhador passa a enfrentar uma realidade de insegurança e instabilidade que pode afetar direta e indiretamente sua saúde.

Estudos apontam conseqüências deletérias das “novas formas de trabalho” à saúde dos trabalhadores ^{20 21}. No entanto, estudos que tenham como foco o vínculo profissional e a saúde são escassos ²².

Os trabalhadores que vivenciam situações de instabilidade no emprego são mais propensos ao aumento do consumo de álcool e ao desenvolvimento do câncer em decorrência do consumo de cigarros, quando comparados àqueles contratados sob as formas tradicionais de trabalho ²³.

Estudos investigaram a percepção de profissionais acerca da transição para uma situação de instabilidade no emprego. Em estudo de Ferrie e cols. ²⁴ com funcionários públicos, observaram que houve associação entre aqueles que perderam a estabilidade no emprego (*job security*) e a baixa percepção do estado de saúde auto-referida (ambos os sexos) e o alto escore na escala de distúrbios psíquicos menores (nos homens). Nos profissionais que referiram viver uma situação de instabilidade no emprego crônica, houve associação entre esse estado e a baixa percepção do estado de saúde auto-referida e o alto escore na escala de distúrbios psíquicos menores (em ambos os sexos). Em estudo com profissionais de um hospital, observaram que, no início do estudo de seguimento, os profissionais precarizados, com vínculo de “contrato a termo” (*fixed term contract*ⁱ), referiram menor carga de trabalho, menor percepção de estabilidade no emprego (*job security*), menor satisfação no trabalho e menos faltas comprovadas por atestado médico do que quando comparados aos profissionais permanentes. No decorrer do estudo, a permanência dos profissionais com o vínculo “contrato a termo” não esteve associada a mudanças nos desfechos investigados. Quanto aos profissionais que passaram do “contrato a termo” para o vínculo permanente, foi observada melhora na percepção de estabilidade no emprego, maior satisfação no trabalho e mais faltas comprovadas por atestado médico ²⁵.

Situação semelhante foi encontrada em estudo realizado com trabalhadores de quinze estados europeus, os trabalhadores com vínculo precário reportaram maior insatisfação no trabalho, fadiga e dores musculares do que os trabalhadores

^{i i} A forma de contratação através de contrato a termo (*fixed term contract*) seria análoga ao trabalho por tempo determinado e contrato temporário.

permanentes. No entanto, os trabalhadores permanentes referiram maiores níveis de estresse e absenteísmo no trabalho do que os precarizados²⁶.

Na literatura brasileira, o termo flexibilização remete aos significados de instabilidade, incerteza, insegurança, imprevisibilidade, adaptabilidade e riscos¹⁵. Na literatura internacional, a flexibilização do trabalho é abordada pelo conceito “trabalho precário” (*precarious job*) e agrega características semelhantes às mencionadas na literatura brasileira, tais como: temporalidade, ausência de benefícios e baixos salários²⁷. Segundo Benach e cols.¹⁹, estudos na União Européia adotam o termo “trabalho precário” (*precarious work*) enquanto estudos nos Estados Unidos utilizam os termos “flexível” (*flexible*) e “novas formas de trabalho” (*non-standard work arrangements*).

2.3 A FLEXIBILIZAÇÃO DOS REGIMES DE TRABALHO NO BRASIL

2.3.1 – As bases da flexibilização

A flexibilização do trabalho, como modalidade de vinculação, é amparada por uma estrutura governamental que o sustenta e legitima. Tal estrutura tem como marco fundamental o “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado”²⁸, formulado por Bresser Pereira no governo Fernando Henrique Cardoso, em 1995. Sua criação se sucedeu ao agravamento da crise fiscal, tendo como objetivo principal a estabilização e crescimento da economia através de um modelo de desenvolvimento de administração gerencial que modernizasse as bases da administração pública até então pautada em princípios racional-burocráticos.

Dentro do Aparelho do Estado distinguem-se quatro setores que passaram por algumas mudanças propostas pela Reforma. O primeiro é o núcleo estratégico, que corresponde aos Poderes Legislativo e Judiciário, Ministério Público, ao Presidente da República, ministros, seus auxiliares e assessores diretos. O segundo é responsável pelas atividades exclusivas, onde são prestados os serviços exclusivos do Estado, que cumpre as funções de fiscalizar, fomentar e regulamentar. O terceiro é responsável pelos serviços não exclusivos, onde o Estado atua conjuntamente com organizações públicas não-estatais e privadas que não possuem poder de Estado. O quarto envolve a produção de bens e serviços para o mercado, sendo o lócus de atuação das empresas voltadas para o lucro, mas que ainda permanecem no Aparelho do Estado.

“É perceptível que a gestão pública adotada pelo Estado gerencial tornou-se necessária para elevar o nível de eficiência do Estado democrático, o que exige

uma forma de atuação descentralizada e baseada no controle por resultados. Assim, na gestão pública, o Estado precisa terceirizar para empresas inúmeros tipos de serviços, e para entidades públicas não-estatais (as organizações sociais) os serviços sociais e científicos. Ao lado dessas mudanças, verifica-se que suas atividades exclusivas passam a ser delegadas para agências reguladoras”^{29:117}.

Algumas críticas foram apontadas por Bresser²⁸ às formas legais estabelecidas até a proposta do modelo gerencial, como: a) a rigidez da estabilidade dos servidores públicos civis, que impedia o exercício da cobrança no trabalho; b) o concurso público como elemento que travava a possibilidade de transferências de funcionários entre cargos semelhantes; c) a natureza burocrática da legislação brasileira que impedia um bom funcionamento da administração pública; d) a inexistência de indicadores de desempenho em órgãos da administração direta e indireta.

No que concerne aos recursos humanos, Bresser (idem) admite a ausência de uma política que respondesse às necessidades do aparelho do Estado. Segundo o autor “a legislação que regula as relações de trabalho no setor público é inadequada, notadamente pelo caráter protecionista e inibidor do espírito empreendedor” (p. 27). Aponta a Constituição de 1988 e alguns equívocos no que diz respeito à administração de recursos humanos, tais como: a) institucionalização do Regime Jurídico Único como única porta de entrada na administração direta e indireta quando se poderia considerar, por exemplo, o processo seletivo público aos funcionários celetistas que não pertençam às carreiras exclusivas do Estado; b) realização de concursos sem estudo prévio das reais demandas da máquina pública, enchendo o quadro de funcionários desnecessariamente; c) extensão do regime estatutário a todos os servidores civis, inchando a máquina administrativa e colaborando para a desvalorização do cargo; d) ausência de política de capacitação; e) desequilíbrio na distribuição das carreiras em que a parcela dos técnicos, parte integrante da inteligência do Estado, encontra-se reduzida.

Assim, Costa³⁰ identifica uma nova forma de pensar o mercado de trabalho surge rumo à flexibilização do trabalho:

“Duas mudanças políticas interdependentes acompanharam essas transformações, notadamente no que se refere ao funcionamento do mercado de trabalho: a flexibilização dos regimes de trabalho (jornadas, salários, mobilidade funcional, ritmos) e a flexibilização/desregulamentação do sistema legislativo nacional de proteção ao trabalho, da CLT. Medidas provisórias como as que regularizavam o banco de horas, o contrato de trabalho por tempo determinado, a suspensão temporária do contrato de trabalho por motivos econômicos acenavam com a legitimidade institucional para a concretização daquela flexibilização, abrindo caminho para iniciativas

A terceirização passou a ser legitimada na função de amparar o funcionamento das atividades exclusivas do Estado no que tange a contratação das atividades complementares: vigilância, limpeza e transporte. Esta contratação ocorreria via licitação pública em uma relação de trabalho em que o Estado delegaria as funções à empresa quebrando, assim, o vínculo do trabalhador com o ente público ³².

Dentre os instrumentos que cobrem a realidade da terceirização no Brasil, Thébaud-Mony e Druck ¹⁵ destacam:

- Decreto-Lei nº 200/1967: Permite a contratação de serviços pela administração pública federal, com o argumento de controlar o crescimento da máquina pública.
- Lei do trabalho temporário (1974): Permite às empresas contratar outra empresa especializada em trabalho temporário em caso de substituição de empregados por motivo de afastamento.
- Enunciado 331 do Tribunal Superior do Trabalho (1993): Permite a subcontratação de serviços nas áreas de conservação e limpeza, vigilância, assim como nas atividades-meio das empresas contratantes; define como atividade ilegal a intermediação de mão de obra, caracterizando-a como uma atividade que não estabelece vínculo empregatício no caso da administração pública.
- Lei nº 8949/1994: Permite a organização de cooperativas de prestação de serviços, que não estabelecem vínculo empregatício dos membros, que não possuem qualquer proteção social.

Nas relações de trabalho, algumas questões trazidas pela terceirização devem ser consideradas. Podem existir diferenças de remuneração e direitos trabalhistas entre profissionais terceirizados e públicos de um mesmo setor. No caso dos profissionais terceirizados, o descumprimento das obrigações trabalhistas como recolhimento de FGTS, INSS, pagamento de periculosidade, dentre outros, afeta diretamente a aposentadoria e seguro desemprego, inviabilizando o acesso ao conjunto de direitos da seguridade social. Quanto ao processo de trabalho, os profissionais terceirizados muitas vezes não passam por qualificação e treinamento, ficando mais expostos a acidentes de trabalho, além de cumprirem jornadas maiores do que os profissionais públicos cujas jornadas respondem a Plano de Carreira e estatuto. O ambiente de trabalho pode ser

ocupado por servidores públicos e terceirizados de forma distinta, com espaços determinados para os profissionais terceirizados ³².

Tais mudanças afetaram diretamente o cotidiano do trabalhador brasileiro. As mudanças propostas pela reforma impactaram o setor Saúde que se torna uma atividade não exclusiva do Estado, flexibilizando as formas de contratação na área ¹⁵.

2.3.2. A flexibilização dos regimes de trabalho no setor Saúde no Brasil

No Sistema Único de Saúde (SUS), observam-se modalidades de terceirização, entre as quais a terceirização de serviços clínicos por empresas particulares, através de cooperativas gerenciais e de profissionais, triangulações por meio de fundações de apoio, contratos temporários e bolsas de trabalho, como descreve a Oficina sobre a gestão do trabalho no setor público de saúde, promovida pela ABRASCO ³³. Nos hospitais públicos, há uma alta taxa de terceirização e contratos temporários através de processo seletivo (Lei 8745/93)³⁴.

Em equipes de enfermagem, frequentemente os trabalhadores “não estáveis” têm as mesmas atividades daqueles do quadro permanente, porém não podem exercer funções de gestão ⁷⁵. Assim, observa-se no Brasil, um “processo social constituído pela amplificação e institucionalização da instabilidade e da insegurança, expressa nas novas formas de organização do trabalho – onde a terceirização/subcontratação ocupa um lugar central” (p. 31)¹⁵.

Como uma forma de desacelerar o processo em curso, o Ministério da Saúde (MS) criou em 2003 o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Da Cartilha divulgada pelo Ministério da Saúde destacamos a seguinte consideração acerca da precarização do trabalho no SUS³⁵:

“Fruto de uma política que vigorou a partir da segunda metade da década de 90, com as propostas de reformas estruturais do estado Brasileiro, a flexibilização e a precarização das relações de trabalho a partir da promulgação da EC nº 19/1998, passaram a ser amplamente adotadas, não só no âmbito do Governo Federal, mas também em boa parcela dos estados e municípios. No que concerne à área da Saúde, o enorme processo de precarização do trabalho que ocorre a partir de então, fez com que chegássemos a uma condição em que cerca de 600 mil trabalhadores encontram-se nessa condição, colocando, então, em franca situação de desconforto e de insegurança trabalhista e social, expressivo contingente de trabalhadores que prestam assistência à população”
35:10

De forma a ilustrar esta análise, seguem os dados acerca da distribuição dos trabalhadores da Saúde por vínculos empregatícios na Região Sudeste, segundo o

Conselho Nacional de Secretários de Saúde em 2004: 75,4% de trabalhadores regidos pelo Regime Jurídico Único (RJU), 12,4% de trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), 7,4% de trabalhadores contratados por tempo determinado pelo Ministério da Saúde e 4,6% de trabalhadores em cargo de comissão. Os dados relativos às Cooperativas eram inexistentes à época da pesquisa. Podemos observar que, caso a pesquisa fosse reaplicada este ano, provavelmente surgiriam dados acerca dos trabalhadores cooperativados acompanhado da manutenção, se não aumento, do número de profissionais contratados pelo Ministério da Saúde.

Estes dados ilustram a observação de Medeiros e Rocha³⁶ sobre a fragilização dos vínculos de trabalho e conseqüente expansão do multiemprego nos trabalhadores da Saúde como forma de compensar as perdas salariais, o que torna o trabalho “polivalente, desgastante, intenso e estressante” (p. 405). Outros riscos a que os profissionais da Saúde estão expostos são aqueles relacionados ao estresse psicossocial, constructo teórico relacionado a reações físicas, emocionais, cognitivas e comportamentais a aspectos do ambiente e da organização do trabalho³⁷, como descrito no item que se segue.

2.4. DO ESTRESSE AOS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO

Breve histórico

Neste item, procuramos apresentar uma breve retrospectiva dos estudos relacionados ao estresse, de forma a subsidiar a compreensão dos modelos teóricos atuais que visam explicar o estresse psicossocial no trabalho.

Os primeiros estudos abordavam os mecanismos fisiológicos subjacentes ao estresse segundo diferentes correntes. Os primeiros pesquisadores da área concebiam o estresse como uma reação neurofisiológica a estímulos externos, e realizavam pesquisas em laboratório com animais. Neste contexto, Selye³⁸, em 1936, interessado na relação entre fatores psicológicos e doenças, havia observado um conjunto de sintomas parecidos em pacientes internados por problemas distintos. Em uma série de experimentos com animais, o autor descobriu que a resposta do organismo a estímulos nocivos envolvia mecanismos fisiológicos semelhantes, tendo caracterizado este mecanismo como *General Adaptation Syndrome*. Segundo este autor, tal reação envolveria três fases denominadas alarme, resistência e exaustão. A fase de alarme é caracterizada por uma resposta do organismo ao impacto psicológico e fisiológico do estresse que visa estabelecer a homeostase. Na fase de resistência, o organismo se

adapta e aprende a lidar com o estímulo estressor através de processos fisiológicos. A fase de exaustão ocorre quando o organismo é submetido ao estímulo estressor de uma forma muito severa ou por períodos longos de tempo (Selye ,1974 *apud* Preckel)³⁸.

Os animais reconheciam suas ameaças e podiam lutar ou fugir. Já o ser humano vivencia situações em que as ameaças muitas vezes são abstratas, da ordem da economia, da política, do trabalho. Desta forma, a cronicidade da situação de estresse ameaça a integridade física e psíquica do indivíduo ³⁹. Os estudos com seres humanos começaram no intuito de investigar os efeitos da cronicidade do estresse, em que funções sensoriais e perceptivas, por exemplo, são prejudicadas (McEwen, 2000 *apud* Sardá e cols)³⁹. Os primeiros estudos envolveram combatentes da Segunda Guerra Mundial e da Guerra da Coréia em que o estresse constituía um fator importante no seu desempenho em combate ⁴⁰.

A visão cognitiva do estresse veio a partir do estudo de Lazarus e Folkman, citados por França e Rodrigues⁴⁰, segundo os quais o estresse não se resumiria a meras reações fisiológicas, mas incluiria também a avaliação que o indivíduo realiza da situação e a maneira como a enfrenta - reações emocionais e de ordem cognitiva. Lazarus e Folkman construíram, em 1984, o conceito de *coping*ⁱⁱ para ilustrar uma relação do indivíduo com o ambiente que extrapola seus recursos, afetando seu bem-estar. Ao descrever os achados de Lazarus e Folkman, de 1984, sobre a relação entre os fenômenos ambientais e psíquicos, França e Rodrigues ⁴⁰ ressaltam que:

“O stress depende, em parte das exigências sociais e físicas impostas pelo ambiente e que, portanto, restrições e recursos ambientais constituem também fatores importantes a considerar”.^{40:69}

No mote desta discussão, a OMS ¹ constrói em 1974 o conceito de “fatores psicossociais no trabalho”, que fortalece estudos posteriores que avaliam os impactos do processo e organização de trabalho, e de aspectos sócio-econômicos à saúde dos trabalhadores. Segundo o documento da OMS, os fatores psicossociais no trabalho compreendem:

- a) os aspectos individuais, que se referem à capacidade e limitações, expectativas e necessidades do indivíduo frente às demandas do trabalho;

^{ii ii} O termo, quando não empregado no original em inglês, é traduzido como *enfrentamento*.

- b) as condições de trabalho e ambiente de trabalho que se refere às tarefas e aspectos físicos do ambiente de trabalho, envolvendo relação com a chefia e colegas de trabalho e organização do trabalho;
- c) as influências sociais e econômicas, de âmbito da vida privada, da cultura, nutrição, transporte, moradia do indivíduo.

Com a finalidade de prosseguir com as discussões acerca deste constructo teórico, o Comitê de Saúde Ocupacional composto por membros da Organização Mundial de Saúde e Organização Internacional do Trabalho reuniu-se em 1984 em Genebra, onde foi produzido o relatório de Genebra que continha a seguinte definição:

“Os fatores psicossociais no trabalho incluem interações entre o ambiente de trabalho e aspectos do trabalho, organização do trabalho e a capacidade dos trabalhadores, assim como suas necessidades, origem cultural, vida extra-trabalho, que podem afetar a saúde, a capacidade para o trabalho e a satisfação do trabalhador com o trabalho” (tradução livre)^{1:9}.

Segundo o documento, os principais estudos de aspectos psicossociais no trabalho são acerca da avaliação do estresse e distúrbios emocionais e comportamentais. Desta forma, o estresse psicossocial no trabalho consiste em um constructo teórico discutido pela OIT / OMS frente à relevância do bem-estar físico e psíquico ao lado dos riscos físicos e químicos nas condições de saúde e doença dos trabalhadores ¹.

Uma publicação da Organização Mundial de Saúde sobre saúde ocupacional amplia a visão acerca dos riscos psicossociais no trabalho, contemplando desde os aspectos inerentes ao ambiente de trabalho àqueles da interface trabalho-casa: carga de trabalho, escala de trabalho, controle, cultura organizacional, relações interpessoais, dentre outros. A publicação apresenta um esquema com a descrição de todos os aspectos, como descrevo o quadro que se segue ⁴¹.

Quadro 1 - Riscos psicossociais do trabalho

Conteúdo do trabalho	Ausência de variação ou ciclos de trabalho curtos, fragmentados ou sem sentido, com uso de habilidades, alto grau de incerteza, trabalho com contínua exposição a outras pessoas.
Carga de trabalho e ambiente de trabalho	Sobrecarga ou subcarga de trabalho, ritmo de trabalho imposto por máquinas, elevados níveis de pressão sobre o tempo, trabalho frequentemente sujeito a prazos.
Jornada de trabalho	Trabalho em turnos, trabalho noturno, horários de trabalho inflexíveis, horas-extras, jornada de trabalho extensa e em horário atípicos.
Controle	Pouca participação na tomada de decisões, falta de controle sobre a carga e ritmo de trabalho, trabalho em turnos, etc.
Ambiente e equipamento	Eficácia dos equipamentos, adequação ou manutenção, más condições ambientais tais como falta de espaço, má iluminação e excesso de ruído.
Cultura organizacional e função	Má comunicação, baixos níveis de apoio para a resolução de problemas e desenvolvimento pessoal, falta de definição ou acordo sobre os objetivos organizacionais.
Relações interpessoais no trabalho	Isolamento social e físico, relação ruim com os superiores hierárquicos ou colegas de trabalho, conflitos interpessoais, falta de apoio social.
Desenvolvimento da carreira	Estagnação da carreira e incerteza, promoção e rebaixamento de cargo, baixa remuneração, instabilidade no emprego, trabalho de baixo valor social.
Interface casa-trabalho	Demandas conflitantes no trabalho e em casa, pouco apoio em casa, problemas de dupla carreira.

Adaptado de WHO⁴¹.

Documentos recentes apontam a urgência de discutir o estresse psicossocial no trabalho nos países em desenvolvimento. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, ainda hoje, a Saúde Ocupacional e a Segurança no Trabalho desenvolvem suas

ações sobre os riscos químicos, biológicos e físicos, em detrimento dos aspectos psicossociais do trabalho e suas implicações³⁷.

Os estudos acerca do estresse, portanto, seguiram no caminho de uma gradativa ampliação deste conceito ao campo dos aspectos psicossociais do trabalho. French e cols (1982), citados por Siegrist⁷⁰, elaboraram o modelo *person fit environment*, que conjuga aspectos subjetivos e objetivos do trabalho na formação de uma situação de estresse para o indivíduo. Segundo o modelo, uma situação de estresse pode advir do desajuste entre: a) as habilidades e expectativas do indivíduo e as demandas do trabalho; b) os objetivos e aspirações do indivíduo e os recursos oferecidos pelo ambiente de trabalho. A avaliação do indivíduo acerca do desajuste estabelecido dispara uma reação defensiva acompanhada de situação estressante.

No fim dos anos 70, Robert Karasek apresenta uma nova proposta de modelo teórico que visa articular as demandas do trabalho, o controle no trabalho e o desgaste mental: o modelo Demanda-controle⁴². Em 1996, Theorell e Karasek realizaram estudos sobre as características do ambiente de trabalho e seus efeitos em termos do desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Os autores conceberam que os efeitos do trabalho sobre o comportamento e a saúde estariam relacionados às demandas psicológicas do trabalho e à sua estrutura no que diz respeito às habilidades e grau de autonomia do profissional. Incluíram, portanto, a dimensão do controle ao estudo da relação com a demanda e possíveis efeitos à saúde⁴³. Por “controle” entende-se o uso e aprendizagem de habilidades, criatividade, existência de trabalho repetitivo e autonomia para decidir sobre o seu próprio trabalho⁴⁴. Por “demanda psicológica” entende-se o investimento psicológico envolvido no trabalho, seja pela pressão do tempo, interrupção de tarefas e nível de concentração. De acordo com este modelo, situações de trabalho que envolvem alta demanda psicológica e baixo controle são as que mais caracterizam o desgaste psicossocial no trabalho, podendo disparar sintomas como ansiedade, depressão e fadiga (Karasek e Theorell, 1990 *apud* Araújo e cols., 2003)⁴³. O aperfeiçoamento deste modelo incluiu em 1988 a incorporação da dimensão “apoio social no trabalho” por Johnson, que se refere às relações entre o profissional e seus colegas e chefes (Theorell, 2000 *apud* Alves e cols., 2004)⁴⁵. Este modelo – conhecido como *job strain* - é bastante utilizado nos estudos epidemiológicos atuais na área do estresse psicossocial no trabalho³⁸.

Outro modelo que se destaca na literatura epidemiológica internacional é o chamado modelo Desequilíbrio esforço-recompensa, desenvolvido por Siegrist⁷⁰, elaborado a partir de críticas ao modelo Demanda-controle no sentido de que este se

restringe às características das tarefas e da organização do trabalho. O modelo Desequilíbrio esforço-recompensa também considera questões do ambiente ocupacional aliadas às características pessoais e conjunturais ⁴⁶, como descrito no item que se segue.

Uma escala de mensuração do estresse psicossocial no trabalho: escala Desequilíbrio esforço-recompensa (DER)

Siegrist ⁷⁰ inicia seus estudos do mesmo ponto de partida de Theorell e Karasek: as doenças cardiovasculares e o trabalho. O autor parte da Sociologia do Trabalho, agregando o conceito de *status control* derivado dos estudos de Mead e Schultz, citados por Siegrist ⁷⁰, sobre o *self* e a identidade. A partir deste conceito, Siegrist concebe que o indivíduo tem sua integridade ameaçada quando algum aspecto da estrutura de oportunidade social falha, seja por instabilidade no emprego, falta de expectativas de promoção, mudança forçada de setor ou desvio de função. Em tais exemplos, em que o *status control* do trabalhador sobre o seu trabalho é limitado na presença de um alto investimento físico e psíquico, o autor infere que a relação de custos e ganhos no trabalho é desvantajosa para o trabalhador podendo gerar situações de estresse.

Para construir seu modelo teórico, Siegrist estabelece o trabalho como cerne da vida adulta, que manteria as chamadas funções auto-regulatórias do indivíduo, como a auto-estima (status profissional) e a auto-eficácia, e a relação com a estrutura de oportunidade social. O status profissional estaria então relacionado à capacidade de contribuir no trabalho, ao desempenho, à necessidade de ser recompensado ou estimado, e ao sentimento de pertença ao seu grupo. Estes efeitos benéficos do trabalho estão subordinados ao pré-requisito básico da reciprocidade nas trocas sociais de custos e ganhos ⁷⁰.

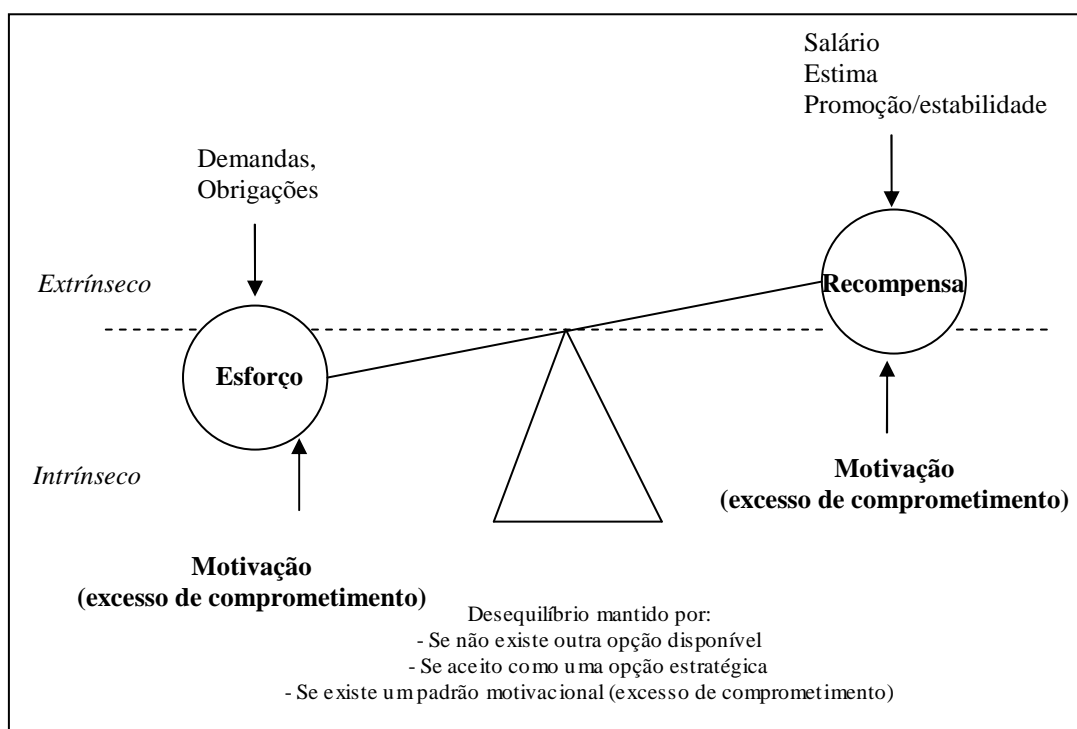
Como um modelo que estima o estresse psicossocial no trabalho, o modelo Desequilíbrio esforço-recompensa (DER) concebe o desequilíbrio entre o alto esforço dispensado pelo trabalhador e a baixa recompensa obtida no trabalho como fonte de situações que violam os pressupostos da reciprocidade e trocas sociais no trabalho ^{70 47}.

Baseado nestes pressupostos teóricos, o modelo DER é constituído pelas dimensões esforço e recompensa. O esforço (ou esforço extrínseco) engloba as demandas exigidas pelo trabalho, como: pressão do tempo, interrupções, sobrecarga física que o trabalhador deve cumprir. A recompensa se refere a aspectos financeiros, ao reconhecimento social do profissional e às oportunidades na carreira, em relação à estabilidade no emprego, possibilidades de promoção e manutenção do status ⁴⁸.

As investigações acerca da incidência de doenças cardiovasculares e o constructo teórico *need for control* permitiram a inclusão posterior de uma dimensão denominada “excesso de comprometimento no trabalho”. Este constructo descreve um comportamento em que o indivíduo necessita manter o controle da situação, esforçando-se além de sua capacidade para cumprir suas tarefas, tem a necessidade superestimada de ser aprovado, mantendo o perfeccionismo em suas ações. Indivíduos com este tipo de comportamento tendem a subestimar e superestimar as situações, vivenciando a situação de trabalho com tamanho investimento emocional que pode vir, de alguma forma, a afetar seu bem-estar psíquico. As características deste tipo de comportamento assemelham-se àquelas do comportamento tipo A descrito pela psiquiatria ⁴⁹.

O quadro, a seguir, representa o modelo e a dinâmica entre as dimensões:

Quadro 2 –Modelo teórico Desequilíbrio esforço-recompensa



Retirado de Van Vegchel e cols ⁵⁰.

No centro do quadro, vemos a representação de uma balança em desequilíbrio entre os pesos do esforço e recompensa; o esforço está mais pesado do que a recompensa. Os elementos que pesam do lado do esforço são as demandas e obrigações da natureza do trabalho; os elementos que pesam do lado da recompensa são o salário e a estima, a possibilidade de promoção e a estabilidade. Como catalisador do

desequilíbrio temos a motivação, o excesso de comprometimento no trabalho. A partir deste padrão motivacional, o indivíduo tende a exacerbar seus esforços para além de seus limites.

Esta realidade de desequilíbrio esforço-recompensa se mantém em determinadas situações, tais como: a) quando não existe outra opção disponível no momento; b) quando se sabe que esta situação é temporária; c) quando existe um padrão motivacional – o excesso de comprometimento⁷⁰.

Inicialmente o modelo desequilíbrio esforço-recompensa foi idealizado para avaliar sua associação com problemas cardiovasculares^{51,52}. O primeiro artigo publicado indicou que aqueles profissionais que apresentavam desequilíbrio entre o esforço intrínseco (excesso de comprometimento) e a recompensa tinham duas vezes mais chances de desenvolver um novo episódio de doença cardiovascular. O segundo artigo indicou que o desequilíbrio esforço-recompensa está relacionado ao aumento da incidência de doenças cardiovasculares levando à morte, assim como “poor physical” e problemas mentais. Outros aspectos também têm sido estudados como impactos ao bem-estar em que foi confirmado o efeito catalisador do excesso de comprometimento ao desequilíbrio esforço-recompensa, principalmente no que se refere ao bem-estar^{48,50}.

Quanto ao estudo sobre os distúrbios de sono, em que as dimensões da escala foram analisadas separadamente, observaram associação entre os altos níveis das dimensões e a presença de distúrbios do sono e fadiga. Os homens apresentaram associação mais forte entre alto nível de excesso de comprometimento e a fadiga. Já para as mulheres, a maior associação ocorreu entre a dimensão esforço e distúrbios do sono, entre o escore DER e os distúrbios do sono e entre baixa recompensa e fadiga⁵³. No estudo da Diabetes tipo 2 o escore DER apresentou associação com o desfecho nos homens⁵⁴.

No Brasil, a recente tradução e adaptação da escala Desequilíbrio esforço-recompensa para o português explica os poucos estudos sobre o assunto⁷¹. Esta escala foi utilizada por nosso grupo em profissionais de enfermagem, apresentando um bom comportamento psicométrico⁵⁵, tendo sido um bom preditor do absentismo⁵⁶.

Através de pesquisa bibliográfica na Base PubMedⁱⁱⁱ utilizando os descritores “nurses”, “nursing” e “effort-reward” no período de 1996 a 2009 foram encontrados 24 estudos. Estes estudos apresentam análises qualitativas e quantitativas com desfechos diversos, além de análises psicométricas. Destes estudos, destacamos três - de natureza

ⁱⁱⁱ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> [Acesso em 12 de novembro de 2009 às 7:03]

quantitativa - que utilizam a escala na população de enfermagem na Europa para ilustrar alguns resultados.

O primeiro estudo discute as economias em transição e o efeito à saúde dos trabalhadores. Pretendia-se verificar a associação do DER com a intenção de abandonar a profissão e com o Burnout. A população de estudo era de 21.229 profissionais de enfermagem de sete países europeus. Os resultados mostram associação direta do DER com Burnout, sobretudo nos países Polônia, Alemanha, Itália e Eslováquia. As razões de chance (*OR*) do escore DER variaram de 2.6 a 13.2, e da dimensão excesso de comprometimento variaram de 3.0 a 5.5. Da mesma forma, os profissionais de enfermagem com alto DER apresentaram maiores chances de expressar a intenção de abandonar a profissão, com valores que variaram de 2.6 a 5.7. Como conclusão, os profissionais de enfermagem dos países em transição referiram alto valor de DER. Os autores relacionam o alto valor de DER dos profissionais de Saúde dos países estáveis aos sistemas de saúde dos respectivos países que podem estar passando por um processo de transição em sua economia ⁵⁷.

O segundo estudo discute o estresse psicossocial no trabalho e a saúde auto-referida na Dinamarca, em uma população de 367 profissionais de enfermagem, entre enfermeiros e técnicos. Os autores identificaram associação entre altos níveis de DER e baixa percepção do estado de saúde auto-referido, além disso, identificaram que a associação se fortalece na presença da dimensão “excesso de comprometimento” ⁵⁸.

O terceiro estudo verificou a associação do DER com o Burnout. A população de estudo envolveu 204 profissionais de enfermagem da Alemanha. Os resultados apontaram que aqueles profissionais que referiram o DER apresentaram altos níveis em pelo menos duas dimensões do Burnout. Da mesma forma que a pesquisa anterior, a associação é fortalecida pela presença da dimensão “excesso de comprometimento”.

Às situações geradoras de estresse provenientes do processo de trabalho da enfermagem, soma-se o contexto sócio-econômico de flexibilização e precarização das formas de trabalho que pode afetar as relações de trabalho. Nesta realidade, o modelo DER investiga questões atuais que aumentaram sua importância frente às transformações no mundo do trabalho. Os reflexos da terceirização como forma de enfraquecer os vínculos de trabalho, aumentando a instabilidade no emprego, são investigados pelo modelo. Neste contexto, a reciprocidade das trocas sociais se mantém como ponto de fundamental importância para as relações de trabalho estabelecidas ⁷⁴.

Vimos a aplicabilidade e sensibilidade da escala DER para aferir problemas de saúde através das pesquisas citadas anteriormente, assim como apresentamos a

relevância das questões abordadas pela escala nesta nova realidade no mundo do trabalho com as transformações dos processos de produção. Como descrevemos anteriormente, este novo cenário do trabalho tem gerado efeitos adversos à saúde dos profissionais do setor de serviços, grupo que pretendemos estudar. No item que se segue abordamos especificamente os profissionais da enfermagem do ponto de vista dos fatores estressores do trabalho, em especial, o trabalho na assistência hospitalar.

2.5 FATORES ESTRESSORES DO TRABALHO EM ENFERMAGEM

O perfil ocupacional da Enfermagem envolve, dentre outras questões, as baixas remunerações, o trabalho em sistemas de plantão, diurno e noturno, prolongamento da jornada de trabalho por acúmulo de horas extras ou duplo turno, a exposição à elevada carga física e psicológica, o exercício de tarefas rotineiras, fragmentadas e estereotipadas ^{75,59}. A intensidade destas características aliada à falta de apoio no trabalho e falta de reconhecimento por parte da sociedade poderá acarretar episódios de estresse. As conseqüências do alto esforço na saúde e bem-estar da enfermagem manifestam-se em danos geralmente localizados na região lombar devido à manipulação dos pacientes, alterações do ciclo sono-vigília, transtornos do sono, cefaléias e problemas gastrointestinais, dentre outros ⁵⁹.

A representatividade da mulher no trabalho da Enfermagem também é apontado em estudos sobre as relações entre o trabalho e a saúde ^{75,60}. Um estudo sobre as jornadas de trabalho profissional e doméstica de profissionais da enfermagem do sexo feminino apontou que jornadas profissionais extensas (acima de 44hs semanais) estavam associadas ao relato de falta de tempo para o descanso e lazer, ao cuidado da casa e dos filhos, dentre outros ⁶¹. A peculiaridade do trabalho feminino, que transita entre as esferas doméstica e profissional, é descrita por Lopes e cols. ⁶⁰:

“(No trabalho feminino) as esferas produtiva e reprodutiva se interpenetram, se entrecruzam, na definição da situação (tempo, espaço, qualidades) do trabalho feminino. É preciso então considerar essas inter-relações e superposições de uma esfera sobre a outra, pois são elas que colorem as experiências (as práticas), sobretudo as femininas”^{60:112}.

Nessa “dupla jornada” de trabalho, a mulher divide seu tempo entre o trabalho remunerado e o trabalho doméstico em que possui grande parte, senão toda a responsabilidade por sua execução⁶². No Brasil, em virtude dos baixos salários e do esquema de plantões, muitos profissionais de Enfermagem recorrem ao duplo emprego;

característica presente em estudos da área ^{61,63}. O acúmulo de trabalho profissional e doméstico geraria outra jornada de trabalho, dupla ou tripla ⁶⁴.

O estudo de fatores estressores no trabalho da enfermagem revela uma categoria profissional que, ao lado dos professores e gerentes, se coloca como uma das que mais relata situações de estresse no trabalho (Smith e cols., 2000 *apud* McVicar, 2003)⁶⁵. Estes resultados corroboram estudos que apontam o trabalho em enfermagem como fonte de estresse e sofrimento psíquico ^{73,43}. Entre os aspectos relatados como estressores por profissionais que atuam na assistência, destacam-se os recursos inadequados, as relações interpessoais entre a equipe hospitalar e o atendimento ao paciente e sua família, como descrevem Stacciarini e Tróccoli ⁶⁶ em relação a um hospital público em Brasília.

No que se refere às experiências de morte no cotidiano da profissão, Gutierrez e Ciampone ⁶⁷ chamam a atenção para as divergências entre os profissionais da equipe, a importância do cuidado paliativo como humanização do tratamento, o sentimento de impotência da equipe no caso de óbito e o sofrimento decorrente do sofrimento do paciente.

Neste contexto, é essencial considerar as características do trabalho no ambiente hospitalar, que pertence às chamadas Organizações de Serviços Humanos. Nestas organizações, a matéria prima e o produto de trabalho são seres humanos, característica que implica em objetivos de trabalho pouco precisos. Além disso, as expectativas da “clientela” são as mais diversas ocasionando, conseqüentemente, a dificuldade de satisfazê-las. Devemos lembrar também das expectativas dos próprios profissionais de saúde que por vezes entram em conflito com aquelas trazidas por seus pacientes⁶⁸.

Quanto ao trabalho noturno, Costa e cols.⁶⁹ realizaram pesquisa com profissionais que relataram que os principais efeitos do trabalho à sua saúde seriam os distúrbios mentais de ordem neurológica e psiquiátrica, distúrbios gastrointestinais, além de déficit no desempenho físico. Quanto às dificuldades de cunho social trazidas pelo trabalho em turnos, os profissionais apontaram aquelas de âmbito familiar, pessoal e no âmbito das relações sociais.

Deve-se considerar, ainda, que às características do processo de trabalho da enfermagem soma-se o contexto da fragilização dos vínculos profissionais, como descrito anteriormente. Com relação a esta questão, Rotenberg e cols. ⁷⁵ investigaram a possível associação entre o trabalho noturno em equipes de enfermagem e o índice de capacidade para o trabalho - índice multidimensional que contempla a capacidade do indivíduo de lidar com as demandas físicas e mentais do trabalho (Tuomi e cols., 1998

apud Rotenberg e cols.)⁷⁵. O trabalho noturno se mostrou associado à baixa capacidade para o trabalho apenas entre os trabalhadores com vínculo precário - contratados e terceirizados, o que ressalta o papel relevante do vínculo de trabalho nas relações entre o ambiente de trabalho e a saúde.

O amplo reconhecimento do estresse subjacente ao trabalho em enfermagem levou ao desenvolvimento de instrumentos de investigação de aspectos estressores do trabalho voltados para esta categoria profissional. Stacciarini e Tróccoli⁶⁶ comentam dois desses instrumentos. O primeiro, denominado Inventário de Estresse em Enfermeiros (IEE), consiste em um questionário que aborda temas como: aspectos do processo e organização do trabalho; aspectos individuais como desgaste, esforço físico, conciliação do trabalho doméstico ao profissional; relacionamento com colegas e chefia, dentre outros. No questionário, o profissional avalia a frequência em que estes momentos causaram tensão. O segundo instrumento, denominado *Nursing Stress Scale* (NSS), consiste em uma escala que avalia aspectos do trabalho como: conflitos entre a equipe de enfermagem e entre a equipe de enfermagem e outros profissionais de saúde, sobrecarga de trabalho, despreparo técnico e falta de suporte (Tyler e Ellison, 1994 apud Stacciarini e Tróccoli)⁶⁶.

Tais escalas, embora voltadas ao processo de trabalho da enfermagem, não atendem aos objetivos do presente estudo, uma vez que se restringem especificamente aos aspectos do ambiente de trabalho, deixando lacunas para uma possível leitura dos aspectos psicossociais do trabalho que unisse fatores individuais, coletivos e conjunturais.

3. JUSTIFICATIVA

O estresse psicossocial como constructo teórico abriu caminho para pesquisas sobre o estresse que contemplassem os aspectos individuais e sociais nas relações entre a saúde e o trabalho. Como uma das interpretações do estresse psicossocial no trabalho, o modelo DER estabelece as trocas sociais como cerne das relações sociais de trabalho⁷⁰. A adaptação da escala para o português aponta a necessidade de mais estudos que a utilizem a fim de verificar a sensibilidade da mesma ao contexto brasileiro⁷¹. Além disso, a aplicação do modelo DER em ambientes hospitalares propicia problematizar a sua aplicabilidade em outra realidade de trabalho, assim como observar possíveis influências da conjuntura social que podem afetar a saúde e bem-estar destes profissionais.

Como mencionamos adiante, o processo de trabalho em enfermagem envolve fatores estressores que podem contribuir para o estresse psicossocial, tais como longas jornadas, o trabalho noturno, relacionamento entre a equipe e com outros profissionais, com os pacientes e suas famílias, aliadas a situações de óbito e sofrimento. Por se tratar de um trabalho realizado majoritariamente por mulheres, os possíveis efeitos da sobrecarga decorrente do acúmulo de trabalho nos âmbitos doméstico e profissional^{72,73} não podem ser negligenciados no contexto do estresse psicossocial.

Somam-se aos aspectos do processo de trabalho os reflexos das mudanças provocadas pela globalização no setor de serviços, transformando o trabalho hospitalar em uma realidade partida: em um mesmo setor de trabalho, profissionais de diferentes vínculos, salários e regimentos de trabalho convivem e precisam encontrar um denominador comum para trabalhar. Com a terceirização, o processo de trabalho pode ser prejudicado pela alta rotatividade de profissionais de vínculo precário e a curta duração de seus vínculos. Tanto a terceirização como os cortes de pessoal e as diferenças salariais entre profissionais da mesma função, dentre outros aspectos, são contempladas pelo modelo DER, assim como os possíveis efeitos à saúde dos trabalhadores⁷⁴. A utilização da escala associada à discussão da flexibilização do trabalho na Saúde permitirá ampliar esta análise, localizando a reflexão no campo das discussões acerca da desprecarização do trabalho no SUS³⁵.

Assim, nos questionamos se esta escala seria sensível aos possíveis efeitos da terceirização e outras modalidades de vínculos de trabalho em um grupo de profissionais de enfermagem em que observamos grande contingente de trabalhadores

“não-estáveis”, seja através de vínculo com fundações ou de contratos temporários com o Ministério da Saúde ⁷⁵.

4. METODOLOGIA

4.1. DESCRIÇÃO DO PROJETO AO QUAL A DISSERTAÇÃO ESTÁ VINCULADA

Este estudo se insere na pesquisa “*Gênero, Trabalho e Saúde: morbidade e sua associação com o trabalho noturno, longas jornadas e trabalho doméstico em profissionais da Enfermagem*”, um estudo epidemiológico seccional realizado pelo Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde, IOC, FIOCRUZ, sob a coordenação da Dr^a Lúcia Rotenberg e Rosane Härter Griep.

A pesquisa aborda as condições de trabalho e saúde em profissionais de enfermagem em três hospitais públicos da cidade do Rio de Janeiro: um hospital federal de grande porte (Hospital 1), um hospital voltado à saúde materno-infantil (Hospital 2), e um hospital voltado ao tratamento de doenças infecciosas (Hospital 3). Os dois últimos hospitais pertencem à FIOCRUZ.

O critério de escolha dos hospitais da FIOCRUZ seguiu a necessidade de continuarmos um estudo já iniciado sobre as condições de saúde e trabalho da enfermagem. Quanto ao hospital de grande porte, a escolha foi motivada pela boa relação que nossa equipe de pesquisa estabeleceu com a Comissão de Saúde dos Trabalhadores possibilitando, assim, um trabalho de parceria que beneficiaria tanto a nossa entrada no hospital quanto o desenvolvimento da pesquisa que permitisse a discussão conjunta dos resultados.

O trabalho de campo da pesquisa, que compreendeu as fases estudo piloto e estudo principal, ocorreu no período de Abril de 2005 a Março de 2006. A minha atuação na pesquisa teve início a partir do estudo piloto, em que atuei como entrevistadora de campo e coordenadora de campo até o término da coleta de dados.

4.1.1. Etapas já realizadas do estudo

Estudo piloto do instrumento de coleta de dados

A fase do estudo piloto envolveu a utilização de questionário multidimensional que tratava de questões de saúde e trabalho da enfermagem - dentre elas a escala DER para aferir o estresse psicossocial. A minha participação na pesquisa iniciou-se nesta fase do estudo, como entrevistadora. O estudo piloto ocorreu de Abril a Maio de 2005.

Para esta fase da pesquisa, 14 entrevistadoras passaram por treinamento em que foram informadas acerca dos objetivos da pesquisa cuidados na entrevista, possíveis esclarecimentos a serem dados aos profissionais de enfermagem, e como lidar com possíveis recusas e desistências.

Para esta fase, uma amostra sistemática de 10% (n=110) foi selecionada de um total de 1.100 profissionais da assistência de enfermagem, entre enfermeiros, técnicos e auxiliares, de ambos os plantões de um hospital público federal que não faz parte dos hospitais do estudo principal. De modo a testar a adequação do processo de aferição, foi pedido aos entrevistados que respondessem novamente o questionário num período de sete a quinze dias. Desse total, 80 trabalhadores (72,7%) realizaram o reteste. Nas situações em que o profissional não era encontrado, seja por falta, troca ou impossibilidade de participar da pesquisa naquele momento, este era novamente procurado no plantão seguinte – 3 dias depois.

Estudo principal

O estudo principal envolveu a utilização de questionário multidimensional que incluía a escala DER. O trabalho de campo do estudo principal compreendeu o período de Junho de 2005 a Março de 2006. Foram estudados três hospitais públicos federais da cidade do Rio de Janeiro: um hospital de grande porte (Hospital 1) e dois menores, um materno-infantil (Hospital 2) e outro voltado ao tratamento de doenças infecto-contagiosas (Hospital 3).

A equipe de pesquisa dividiu-se nos turnos diurno e noturno a fim de alcançar todos os funcionários da assistência dos hospitais. Cada turno permanecia sob supervisão de seu coordenador de campo que mantinha o controle da escala de trabalho dos profissionais de enfermagem a fim de otimizar o acesso aos mesmos, além de distribuir o material de pesquisa e auxiliar em casos de imprevistos durante a coleta.

A abordagem do profissional de enfermagem era feita em seu ambiente de trabalho por um entrevistador que o informava acerca dos objetivos da pesquisa e dos aspectos éticos envolvidos. Após a aceitação do entrevistado, era iniciada a aplicação do questionário com uma entrevista sobre dados laborais e seguia com a parte autopreenchida que continha questões sobre relações de trabalho e dados sociodemográficos. Neste segundo momento, o entrevistador mantinha-se próximo ao entrevistado a fim de responder possíveis dúvidas.

Pela pesquisa de campo, de natureza quantitativa, obtínhamos a informação acerca do tipo de vínculo profissional através do questionário. Além disso, durante o trabalho de

campo percebemos a dinâmica de cada hospital. Muitas informações obtidas neste período complementaram os dados do questionário, ajudando-nos a compreender melhor cada tipo de vínculo nos hospitais. Além disso, realizamos conversas informais no período pós-campo com informantes-chave que nos ajudaram a esclarecer dúvidas sobre determinadas formas de vínculo, de modo a compreender principalmente as diferenças entre diferentes tipos de vínculos não-permanentes.

4.1.2. Definição da população de estudo

O universo estudado refere-se a todos os profissionais da enfermagem dos três hospitais (enfermeiros, auxiliares e técnicos), de ambos os sexos. Os critérios de exclusão estabelecidos para este estudo foram: a) exercer trabalho de natureza administrativa e/ou gerência e b) possuir tempo de trabalho naquele hospital inferior a três meses. Tais escolhas expressam o interesse pelo cotidiano de trabalho daqueles profissionais que atuassem diretamente na assistência e há tempo suficiente para incorporar o ritmo de trabalho no contato com o paciente, conhecendo a rotina do trabalho de enfermagem em seu respectivo hospital. Desta forma, foram considerados como elegíveis os profissionais que atuavam na assistência aos pacientes há, pelo menos, três meses.

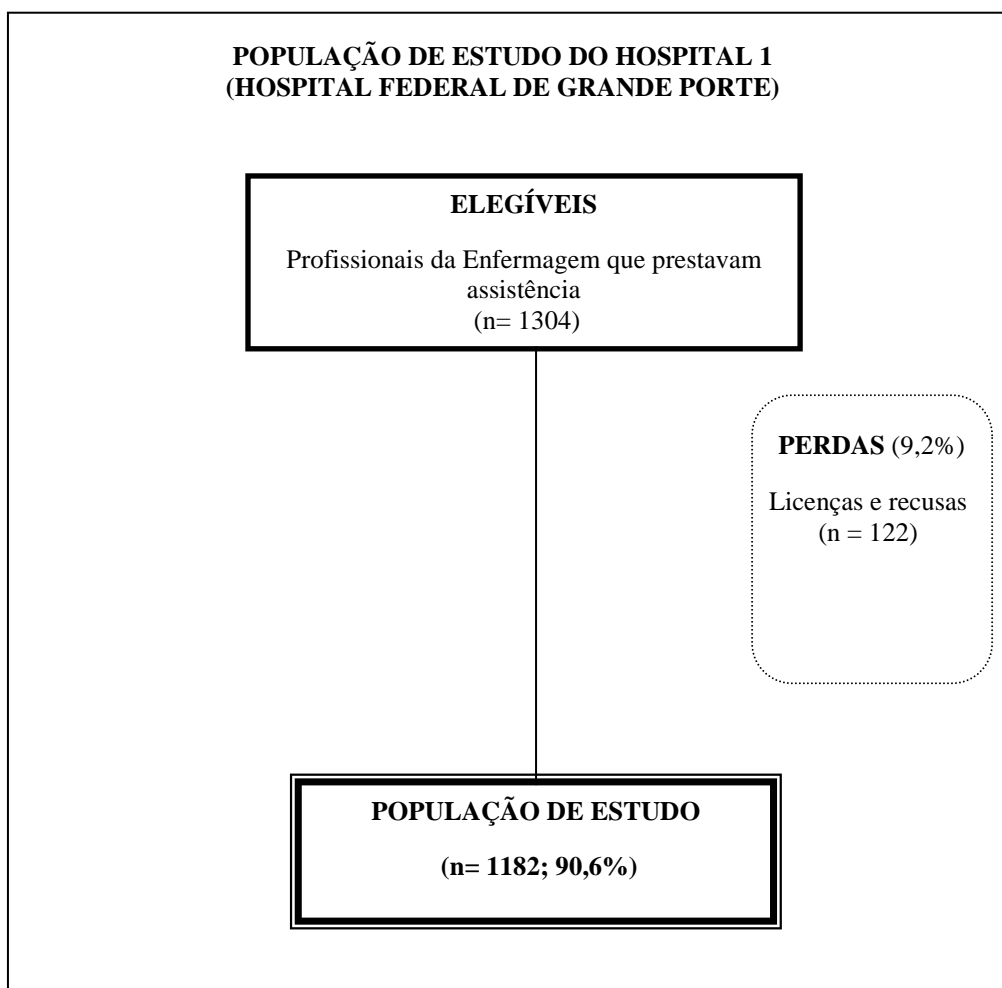
A partir da listagem de profissionais de enfermagem que trabalham nos respectivos hospitais, a população foi classificada em “elegíveis” e “não-elegíveis”, e elaborou-se esquemas descritivos dos três hospitais (Esquemas 1, 2, 3 - ver a seguir). Do quantitativo de profissionais elegíveis, alguns não foram entrevistados pelos motivos a seguir:

- a) **Licença:** A informação acerca da licença do profissional era repassada pela Chefia de Enfermagem do hospital ou por colegas de trabalho do setor e confirmada posteriormente pela Chefia.
- b) **Não foi encontrado:** O profissional não foi encontrado em seu setor no período do trabalho de campo da pesquisa.
- c) **Entrevistado em outro hospital** – A informação de que o profissional havia sido entrevistado em outro hospital de estudo era fornecida pelo profissional abordado, e confirmada pela coordenação de campo através do controle das listas de entrevistados.

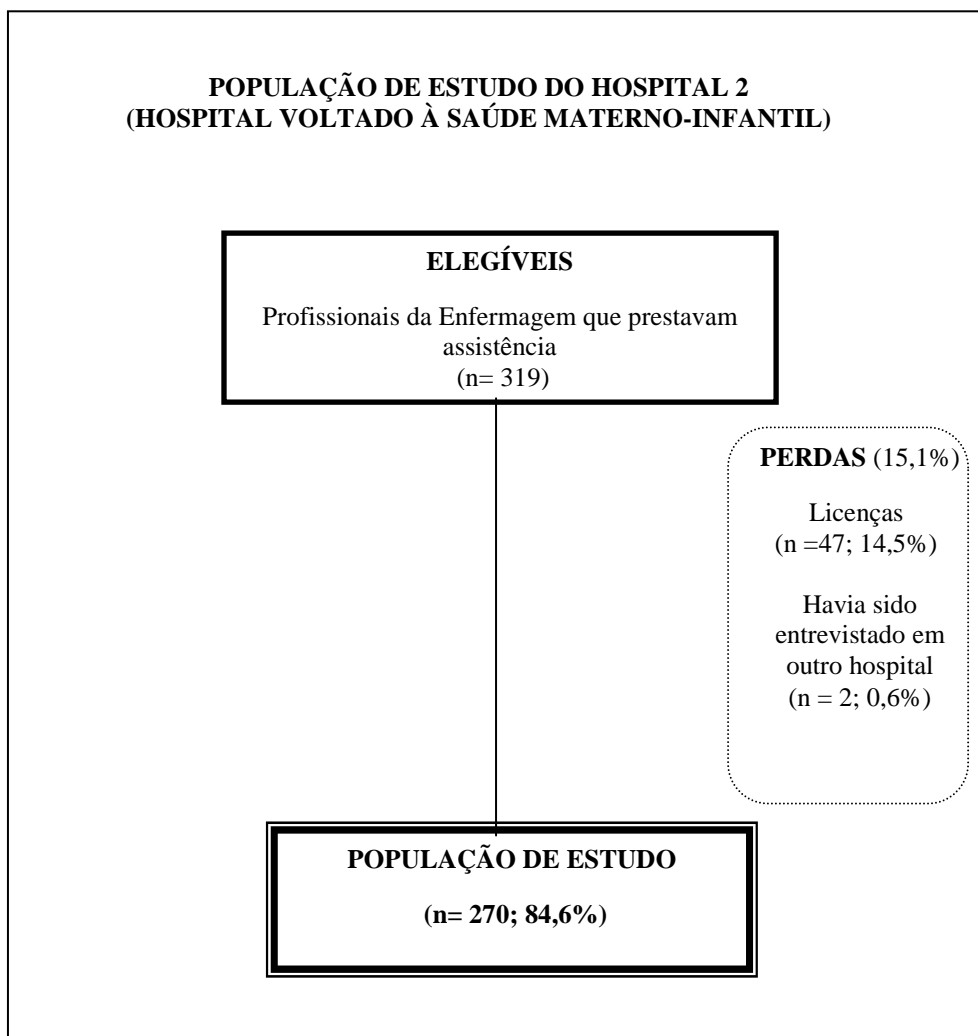
d) **Recusas:** A condição de recusa era estabelecida no ato da abordagem do profissional que se negava a participar da pesquisa. Aos entrevistadores era recomendado definir uma condição de recusa quando esta era alegada na terceira tentativa.

Do total de 1690 profissionais elegíveis, participaram do estudo 1509 trabalhadores (89,3%) descritos nos quadros a seguir.

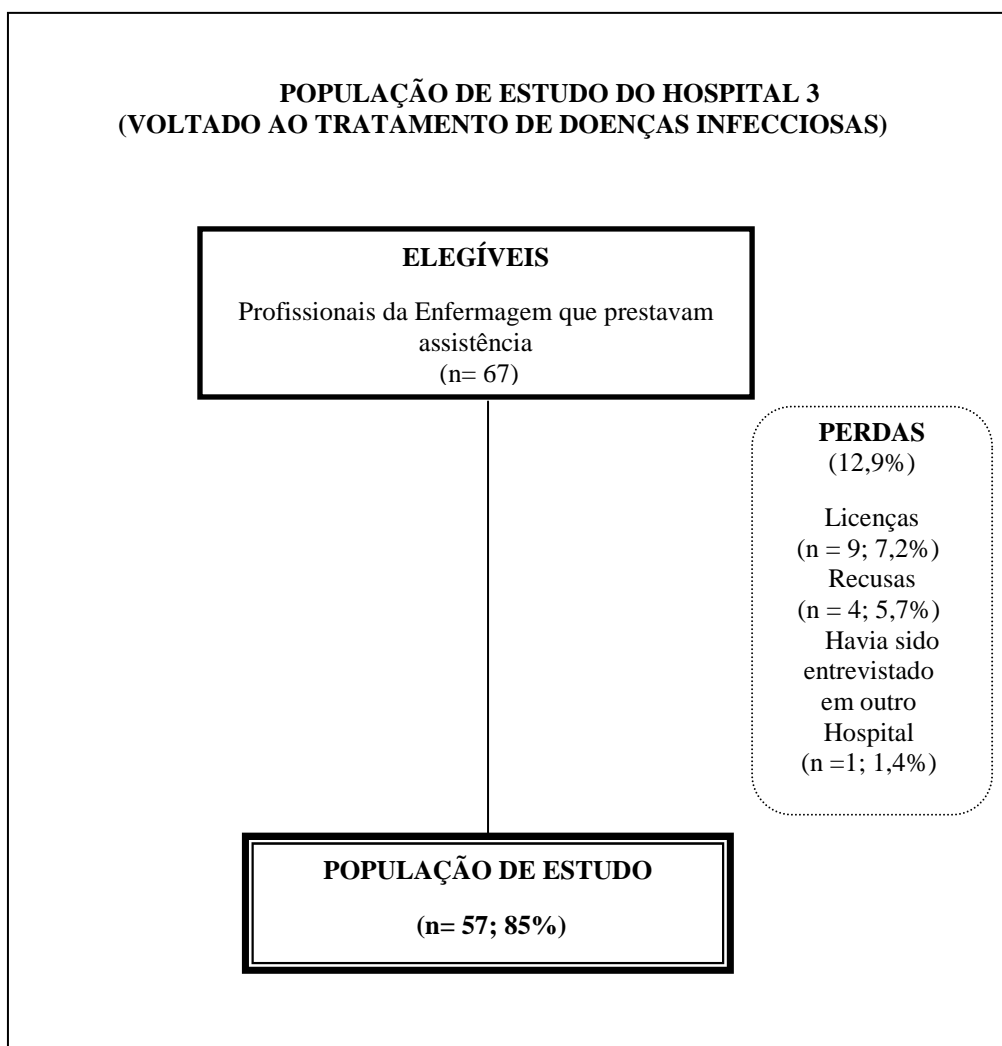
Quadro 3 – População de estudo do Hospital 1



Quadro 4 – População de estudo do Hospital 2



Quadro 5 – População de estudo do Hospital 3



4.1.3. Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados consistia em um questionário abrangente (34 páginas – Figura 1), subdividido em duas partes: entrevista e autopreenchida. A escolha dos temas da entrevista obedeceu à exigência de treinamento prévio no preenchimento de questões como um recordatório da carga horária de trabalho profissional e doméstico e frequência de plantões noturnos. Nestas questões, ao entrevistador cabia informar ao entrevistado acerca da lógica de preenchimento, e auxiliá-lo no recordatório a fim de que lembrasse os dias de trabalho e o tempo despendido em cada um deles. De modo a garantir a privacidade do entrevistado, a parte autopreenchida continha questões pessoais acerca das relações de trabalho, histórico familiar, hábitos de saúde, apoio social, presença de doenças, dentre outras.

Para as profissionais que tinham mais de um emprego na Enfermagem, o entrevistador recomendava que, nas questões sobre o cotidiano de trabalho, a resposta fosse baseada na vivência no hospital onde a entrevista ocorria.

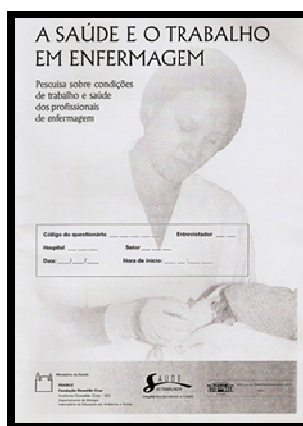


Figura 1 – Capa do questionário utilizado na pesquisa

O instrumento incluía as seguintes informações referentes às duas partes: entrevista e autopreenchida.

- a) **dados sociodemográficos:** sexo, idade, situação conjugal, raça/cor, escolaridade, renda familiar, presença de filho;
- b) **características do trabalho profissional:** categoria profissional, número de empregos, tipo de turno de trabalho no hospital de estudos e em demais empregos na saúde, tipo de contrato, jornada de trabalho, tempo de trabalho na enfermagem;

- c) **horário de trabalho:** número de plantões noturnos por quinzena, tempo de trabalho no turno atual de trabalho, razões para escolha do turno, possibilidade de dormir durante o turno noturno, trabalho noturno atual e progresso;
- d) **doenças e sintomas:** hipertensão arterial, hospitalização, uso de medicamentos prescritos e automedicação, alterações digestivas e do sono, transtornos mentais comuns (TMC), histórico familiar de doenças, índice de capacidade para o trabalho (ICT), aspectos da saúde reprodutiva como alterações do ciclo menstrual, infertilidade, problemas ginecológicos;
- e) **comportamentos saudáveis, estilo de vida:** tabagismo, consumo de álcool, atividade física, hábitos alimentares;
- f) **gerenciamento do tempo:** ir de um trabalho para o outro, falta de tempo para si, para a casa, para os filhos, descanso e lazer;
- g) **aspectos do sono e fadiga:** dificuldade para dormir, dificuldade para dormir após interrupção do sono, sono superficial, uso de medicamentos para dormir, grau de satisfação com o sono, escala de recuperação após o trabalho;
- h) **aspectos psicossociais do trabalho:**
- Segundo o modelo demanda-controle (DCS): versão sueca resumida da escala original adaptada para o português do questionário desenvolvido por Karasek (1979)⁴⁵.
 - Segundo o modelo desequilíbrio esforço-recompensa (DER): versão brasileira ⁷¹ do questionário desenvolvido por Siegrist ⁷⁰.

4.1.4. Aspectos éticos

Como uma pesquisa que envolve a participação de seres humanos, a pesquisa foi submetida às diretrizes da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelos Comitês de Ética da FIOCRUZ, pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e pelos hospitais onde foi realizado o estudo (Anexo 1). No trabalho de campo, os participantes eram apresentados à pesquisa e informados das questões éticas ao ser entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2).

A entrega dos resultados da pesquisa aos trabalhadores participantes nos três hospitais foi realizada através da confecção e distribuição de cadernos de resultados, além da realização de oficinas de discussão dos resultados da pesquisa e aspectos do trabalho em enfermagem. Foram produzidos dois cadernos de resultados da pesquisa

com o título “A saúde e o trabalho em enfermagem – pesquisa sobre condições de trabalho e saúde dos profissionais de enfermagem” para restituir os resultados junto aos participantes de modo informativo. Com o objetivo de promover um espaço de discussão sobre os resultados, oficinas foram organizadas junto aos participantes em cada hospital, respeitando as peculiaridades de rotina de cada plantão. Foram realizadas dez oficinas em dois dos três hospitais que participaram da pesquisa ⁷⁶.

4.2. ETAPAS DA DISSERTAÇÃO

4.2.1. População de estudo

Nas análises desta dissertação, consideraremos a população feminina que trabalha na assistência de enfermagem (enfermeiras, técnicas e auxiliares) de dois dos três hospitais que participaram da pesquisa de campo: o Hospital 1 (hospital geral de grande porte) e o Hospital 2 (hospital voltado à saúde materno-infantil). Nos dois hospitais que serão objetos desta dissertação, a população feminina constituiu 82,7% da população estudada, sendo 1008 mulheres no Hospital 1 e 246 no Hospital 2. A população do Hospital 3 foi retirada das análises pelo tamanho reduzido desta amostra, o que prejudicaria as análises a serem realizadas.

4.2.2. Aspectos éticos

Como um projeto vinculado à pesquisa anteriormente citada, a sua aprovação pelos Comitês de Ética da FIOCRUZ, pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e pelos hospitais foi mencionado no item 4.1.4.

4.2.3. Seleção e descrição das variáveis

❖ Variáveis principais do estudo

Estabelecemos como variáveis das análises a serem realizadas: vínculo profissional e DER.

a) Vínculo profissional

Segue abaixo a pergunta do questionário a partir da qual categorizamos as trabalhadoras segundo o tipo de vínculo.

Tipo de vínculo profissional	<i>Qual o seu vínculo empregatício neste hospital?</i>
	() <i>Do quadro permanente (MS / Estado / Município)</i>
	() <i>Terceirizado (CLT)</i>
	() <i>Cooperativado</i>
	() <i>Contratado (CLT)</i>
	() <i>Contratado (MS / Estado / Município)</i>
	() <i>Outro _____</i>

De forma a compreender as características dos diferentes vínculos profissionais, foram realizadas conversas informais com agentes-chave de cada hospital. As informações obtidas através desses encontros, em conjunto com informações do questionário, compõem o Quadro 6. No estudo da população não-permanente, a literatura aponta a impossibilidade do exercício de cargo de chefia e os prazos determinados como aspectos relevantes a ser considerados ^{75 27}. Assim, buscamos informações sobre tais aspectos na descrição dos diferentes tipos de vínculo nos hospitais pelos agentes-chave.

b) Escala de DER

Utilizou-se a versão brasileira da escala Desequilíbrio esforço-recompensa ⁷¹, elaborada por Siegrist ⁷⁰ (Anexo 3). O instrumento compreende 23 itens e é composto por três dimensões que apresentaram bom desempenho psicométrico ⁵⁵: esforço (6 itens; ICC=0,87; CI95%=0,80-0,91), recompensa (composta por 11 itens; ICC=0,82; CI95%=0,72-0,88) e excesso de comprometimento no trabalho (composta por 6 itens; ICC=0,79; CI95%=0,69-0,86).

A seguir, apresentamos as questões das três dimensões da escala.

Questões referentes ao esforço (extrínseco)

- 1) *Constantemente, eu me sinto pressionado pelo tempo por causa da carga pesada de trabalho.*
- 2) *Freqüentemente eu sou interrompido e incomodado no trabalho.*
- 3) *Eu tenho muita responsabilidade no meu trabalho.*

- 4) *Freqüentemente eu sou pressionado a trabalhar depois da hora.*
- 5) *Meu trabalho exige muito esforço físico.*
- 6) *Nos últimos anos, meu trabalho passou a exigir cada vez mais de mim.*

Questões referentes à recompensa

Componente estima, status

- 1) *Eu tenho o respeito que mereço dos meus chefes.*
- 2) *Eu tenho o respeito que mereço dos meus colegas de trabalho.*
- 3) *No trabalho, eu posso contar com apoio em situações difíceis.*
- 4) *No trabalho, eu sou tratado injustamente.*
- 5) *No trabalho, levando em conta todo o meu esforço e conquistas, eu recebo o respeito e o reconhecimento que mereço.*

Componente promoção no trabalho

- 6) *Eu vejo poucas possibilidades de ser promovido no futuro.*
- 7) *A posição que ocupo atualmente no trabalho está de acordo com a minha formação e treinamento.*
- 8) *Minhas chances futuras no trabalho estão de acordo com meu esforço e conquistas.*
- 9) *Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado.*

Componente estabilidade no trabalho

- 10) *No trabalho, eu passei ou ainda posso passar por mudanças não desejadas.*
- 11) *Tenho pouca estabilidade no emprego.*

As opções de resposta para as dimensões esforço e recompensa são “concordo” e “discordo” e - no caso da resposta indicar estresse - existe uma gradação de quatro opções que varia de “muito estressado” a “nem um pouco estressado”. As opções de resposta para a dimensão “excesso de comprometimento no trabalho” consistem em uma gradação de cinco opções que varia de “concordo totalmente” a “discordo totalmente”.

Para analisar as relações entre o esforço e a recompensa, calcula-se inicialmente o escore de cada dimensão. A dimensão esforço varia de 6 a 30 (6 questões com escores entre 1 e 5) e a recompensa varia de 11 a 55 (11 questões com escores entre 1 e 5). Para o cálculo do DER foi calculada a razão entre o escore total de esforço e o escore total de recompensa, aplicando-se um fator de correção de 0,5454 relativo à diferença no número de itens nas duas dimensões⁷⁷. Trabalhadoras que apresentaram escores acima do valor

correspondente ao terceiro tercil da distribuição foram classificadas como “expostas” ao desequilíbrio esforço-recompensa, enquanto as demais foram incluídas no grupo de “não expostas”^{48,78,79}. Nesta dissertação agrupamos os tercis como Baixo DER (primeiro e segundo tercis) e Alto DER (terceiro tercil). A categoria de referência adotada foi a de Baixo DER, que agrupa os dois primeiros tercis. Este grupo referiu situações de baixo esforço e baixa recompensa; baixo esforço e alta recompensa e alto esforço e alta recompensa. O Alto DER corresponde ao grupo de alto risco, que referiu uma situação alto esforço e baixa recompensa, com risco de estresse psicossocial ⁷⁰.

Além do DER, as dimensões esforço e recompensa foram avaliadas separadamente. Na dimensão esforço, a categoria de referência compreendeu os dois primeiros tercis, que se referem a situações de baixo esforço no trabalho. O último tercil correspondeu à situação de alto esforço no trabalho, portanto, de alto risco de estresse psicossocial. Na dimensão recompensa, a categoria de referência compreende os dois últimos tercis, que se referem a situações de alta recompensa no trabalho. O primeiro tercil corresponde à situação de baixa recompensa no trabalho compondo, juntamente com o alto esforço, a situação de risco na escala DER.

❖ **Variáveis sociodemográficas e ocupacionais**

Apresentamos as variáveis de aspectos sociodemográficos e ocupacionais que foram consideradas nas análises. A estratificação das variáveis foi estabelecida segundo critérios utilizados pela literatura e características referentes ao processo de trabalho da população estudada.

a) Variáveis sociodemográficas

Apresentamos a seguir as variáveis sociodemográficas (idade, situação conjugal, renda, escolaridade, raça, filhos) com a respectiva pergunta do questionário de onde a informação foi obtida.

Idade – Na análise bivariada, esta variável contínua foi estratificada em quatro faixas: até 35 anos, de 36 a 45 anos, de 46 a 55 anos e acima de 56 anos. Na análise multivariada, foi utilizada a variável contínua.

Escolaridade – Variável categórica, estratificada em três faixas: a) Ensino Fundamental; b) Ensino Médio e c) Ensino Superior.

Situação conjugal – Variável categórica, que foi estratificada em três faixas: a) casada; b) solteira; c) viúva e divorciada.

Presença de filhos – Variável categórica dicotômica: a) sim; b) não.

Raça – Variável categórica, que foi estratificada em três faixas: a) branca; b) mestiça e c) negra.

Renda per capita – Variável contínua, que foi estratificada em quatro faixas: a) até dois salários mínimos; b) de três a quatro salários mínimos; c) de cinco a seis salários mínimos e d) mais de seis salários mínimos.

b) Variáveis ocupacionais

Apresentamos a seguir as variáveis ocupacionais (função profissional, carga horária de trabalho profissional, plantão, número de empregos, tempo de trabalho) com a respectiva pergunta do questionário de onde a informação foi obtida.

Função – Variável categórica, que foi estratificada em três faixas: a) enfermeira; b) técnica e c) auxiliar e outros.

Tempo de trabalho – Refere-se ao tempo de trabalho na Enfermagem. Variável contínua, que foi estratificada em três faixas: a) até 15 anos; b) de 16-30 anos e c) mais de 31 anos.

Horário de trabalho – Variável categórica dicotômica: a) diurno; b) noturno.

Número de empregos na Enfermagem – Variável categórica, que foi estratificada em duas faixas: a) um emprego; b) mais de um emprego.

Jornada profissional – Refere-se à jornada profissional semanal na Enfermagem. Na análise bivariada, esta variável contínua foi estratificada em três faixas: a) até 30 horas; b) de 31-60 horas; c) 61 a 125 horas. Na análise multivariada, foi utilizada a variável contínua.

4.2.3. SOBRE A ANÁLISE DOS DADOS

As análises foram realizadas na população de estudo de mulheres, como descrito no item 4.2.1.

Análises descritivas da população de estudo segundo variáveis sociodemográficas, ocupacionais e de DER (escore DER e dimensões esforço e recompensa) foram realizadas utilizando o teste qui-quadrado com níveis de significância de 5% nas análises bivariadas.

Análises multivariadas foram realizadas buscando testar a associação entre o tipo de vínculo e o DER, assim como em relação às dimensões separadamente, ajustando por possíveis variáveis de confundimento de origem sociodemográfica e ocupacional. A seleção das variáveis de confundimento baseou-se naquelas que apresentaram associação ($p \leq 0,10$) tanto com a variável exposição (vínculo) como com a variável de desfecho (DER).

Para a análise de regressão entre o tipo de vínculo e o DER no Hospital 1, as variáveis selecionadas foram idade, filhos, raça, função, plantão e jornada profissional. No Hospital 2 foi selecionada a variável idade.

Para a análise de regressão entre o tipo de vínculo e as dimensões esforço e recompensa no Hospital 1, foram selecionadas as variáveis idade, raça/cor, função, plantão e jornada profissional (para o esforço); e idade, escolaridade, função, plantão e jornada profissional (para a recompensa). No Hospital 2 foram selecionadas as variáveis: idade e plantão (para o esforço) e idade, presença de filhos e função (para a recompensa).

Nas regressões, as variáveis número de empregos, tempo de trabalho, renda e escolaridade não foram incluídas nas análises por apresentarem multicolinearidade com outras variáveis já presentes no modelo (como função e jornada profissional, por exemplo).

Devido às peculiaridades no que diz respeito ao vínculo empregatício em cada hospital, as análises serão apresentadas separadamente, considerando as diferentes modalidades encontradas e descritas no Quadro 6, a seguir. No Hospital 1, os profissionais possuíam os vínculos permanente, terceirizado e contrato temporário e no Hospital 2, possuíam vínculos permanente e cooperativado. Todas as análises foram realizadas com o pacote estatístico SPSS 11.

5. RESULTADOS

5.1 - Caracterização dos vínculos nos hospitais

Como descrito no item 3.2.3, informações complementares acerca dos vínculos em cada hospital foram obtidas de forma a caracterizar os diferentes grupos e esclarecer possíveis dúvidas quanto aos profissionais com vínculo não-permanente. Estabelecemos dois aspectos para caracterizar os vínculos nos hospitais: chefia e a temporalidade. A chefia diz respeito à possibilidade das profissionais de diferentes vínculos ocuparem este posto. A temporalidade diz respeito à existência de prazo determinado de tempo de trabalho.

Hospital 1

No Hospital 1, existiam três formas de vínculo à época da pesquisa: a) do quadro permanente; b) terceirizado e c) contrato temporário.

a) Do quadro permanente: As profissionais do quadro permanente foram aquelas que prestaram concurso público e são regidas pelo Regime Jurídico Único (Lei 8112/90).

b) Terceirizado: As profissionais com vínculo terceirizado eram contratadas segundo a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) garantindo, assim, os direitos trabalhistas. No entanto, por ser este um vínculo de terceirização, o vínculo trabalhista se estabelecia com a empresa prestadora de serviços e não com a empresa tomadora do serviço, o hospital.

c) Contrato temporário: As profissionais contratadas passaram por processo seletivo e cumprem contrato no hospital por tempo determinado, prorrogável por um ano.

No que diz respeito à chefia, somente as profissionais do quadro permanente podem ocupá-la. Quanto ao prazo determinado, somente as profissionais com contrato temporário tinham prazo de trabalho definido previamente.

Hospital 2

No Hospital 2, existiam à época da pesquisa duas formas de vínculo: a) do quadro permanente; b) cooperativado.

a) Do quadro permanente: As profissionais do quadro permanente foram aquelas que prestaram concurso público e são regidas pelo Regime Jurídico Único (Lei 8112/90).

b) Cooperativado: As profissionais que integravam cooperativas compunham uma sociedade autônoma de propriedade coletiva. Com isso, elas não possuíam vínculo com o hospital e não tinham os direitos trabalhistas garantidos.

No que diz respeito à chefia, somente as profissionais do quadro permanente podem ocupá-la. Quanto ao prazo determinado, nenhum vínculo tinha este prazo definido. A síntese das características descritas nesse item segue ilustrada no esquema/quadro abaixo:

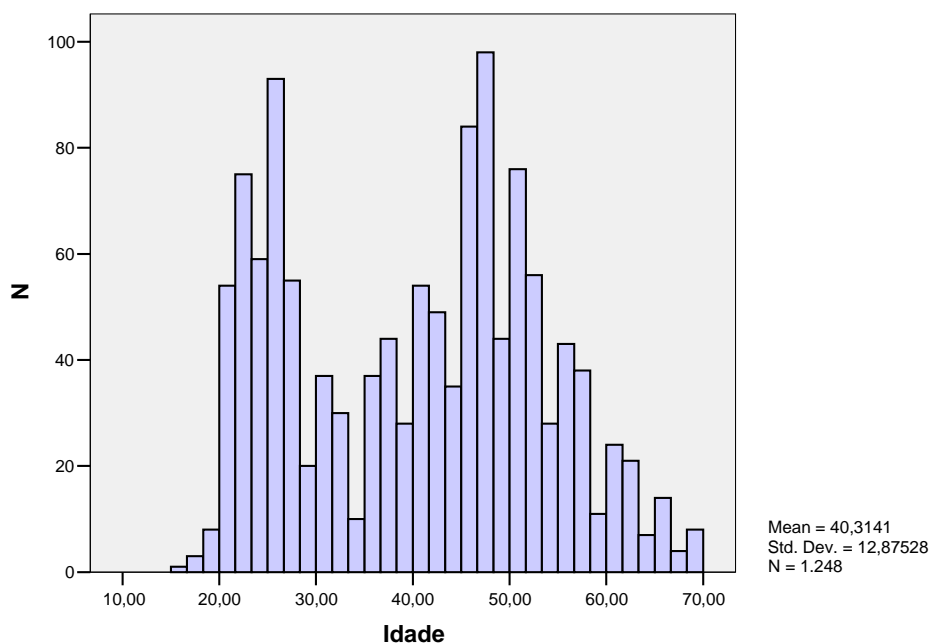
Quadro 6 – Modalidades de vínculo nos hospitais

Hospital 1	Hospital 2
Quadro permanente Profissionais que prestaram concurso público, regidos pelo Regime Jurídico Único (Lei 8112/90). Prazo indeterminado.	
n=508	n=116
Terceirizado Profissionais contratados por empresa que presta serviço ao hospital, regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). O vínculo se estabelece com a empresa prestadora de serviço. Prazo indeterminado. n=140	Cooperativados Profissionais participantes de uma sociedade autônoma de propriedade coletiva. Não há vínculo com o hospital. Sem direitos trabalhistas. Prazo indeterminado. n=129
Contrato Temporário Profissionais que prestaram processo seletivo, regidos por contratação por tempo determinado segundo a Lei 8745/93. Prazo determinado. n=358	

5.2 - Descrição da população geral

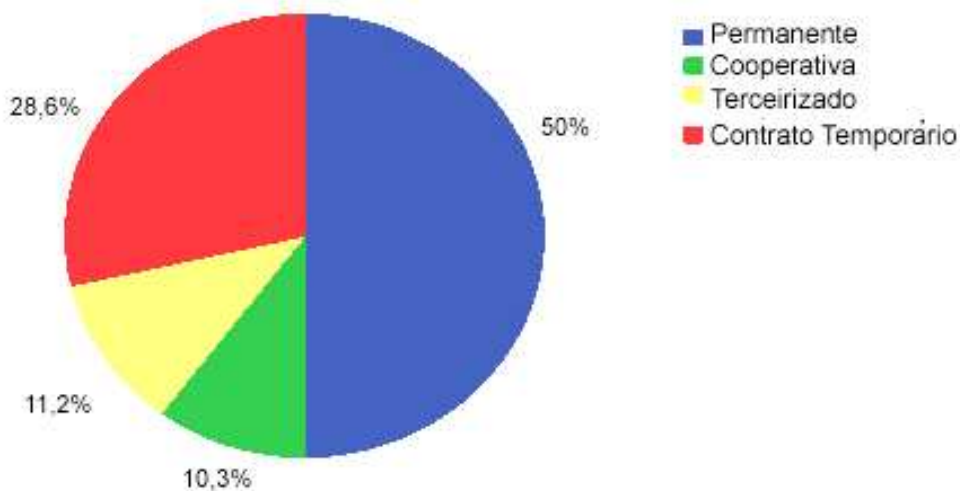
Na população estudada, a idade apresentou distribuição bimodal concentrando-se em dois intervalos: em torno dos 25 e dos 45 anos. A média de idade na população feminina é de 40 anos (DP±12,87 anos) – Figura 2.

Figura 2 – Histograma da variável idade



Abaixo analisaremos as modalidades de vínculos empregatício na população geral dos dois hospitais.

Figura 3: Distribuição dos vínculos



Ao observarmos a distribuição das modalidades de vínculo empregatício na população geral dos hospitais, vemos que metade das profissionais de enfermagem possui vínculo permanente (50%), seguida por aquelas que cumprem contrato temporário com o Ministério da Saúde, Estados e municípios (28,6%) e outras modalidades como contrato com empresas terceirizadas (11,2%) e cooperativas (10,3%).

Quanto à função exercida no hospital em que a entrevista foi realizada, observamos que metade da população é auxiliar de enfermagem (54,1%), seguida pelo contingente de enfermeiras (27,7%) e técnicas de enfermagem (18,3%). O tempo de trabalho na Enfermagem de mais de metade destas profissionais está na faixa de 16 a 30 anos de serviço (53,7%) seguidas das profissionais que possuem menos de 15 anos de serviço (41,5%). O tempo médio de trabalho na Enfermagem é de 15 anos com desvio padrão de 11,2 anos. A maioria da população respondeu que possuía um emprego à época da entrevista (63,7%) e trabalhava de 31 a 60 horas por semana (64,5%), com média de 46,8 horas.

5.3 – Características da população por hospital segundo o vínculo empregatício

Nas análises bivariadas a seguir, apresentamos as características sociodemográficas e ocupacionais da população de cada hospital, segundo o vínculo empregatício (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1: Dados sociodemográficos segundo vínculo empregatício no Hospital 1

Hospital 1							Valor de p
Dados sociodemográficos	Permanente		Vínculo Terceirizado		Temporário		
	n	%	n	%	n	%	
Idade							<0,0001*
Até 35 anos	7	1,4	55	39,3	312	87,2	
36-45 anos	91	18,0	47	33,6	33	9,2	
46-55 anos	270	53,4	35	25,0	11	3,1	
Acima de 56 anos	138	27,2	3	2,1	2	0,5	
Média	51,4		38,2		27,1		
Desvio padrão	7,3		9,1		7,3		
Escolaridade							<0,0001*
Ens. Fundamental	77	15,2	10	7,1	.	.	
Ens. Médio	180	35,4	62	44,3	101	28,2	
Ens. Superior	251	49,4	68	48,6	257	71,8	
Sit. Conjugal							<0,0001*
Casadas	240	47,2	64	45,7	122	34,0	
Solteiras	116	22,8	48	34,3	205	57,3	
Divorciada, separada, viúva	152	30,0	28	20,0	31	8,7	
Filhos							<0,0001*
Sim	404	79,4	85	60,7	99	27,7	
Não	105	20,6	55	39,3	259	72,3	
Raça							<0,0001*
Branca	171	33,7	44	31,9	167	46,6	
Mestiça	190	37,4	53	38,4	135	37,7	
Negra	147	28,9	41	29,7	56	15,6	
Renda per capita							<0,0001*
Até 2 SM	26	5,1	43	30,9	7	2,0	
3-4 SM	306	60,6	55	40,3	154	43,1	
5-6 SM	120	23,8	31	22,3	123	34,5	
Acima de 6 SM	53	10,5	9	6,5	73	20,4	

Tabela 2: Dados sociodemográficos segundo vínculo empregatício no Hospital 2

Hospital 2					
Dados sociodemográficos	Vínculo Permanente		Vínculo Cooperativado		Valor de p
	n	%	n	%	
Idade					<0,0001*
Até 35 anos	8	7,0	85	66,4	
36-45 anos	61	53,0	31	24,2	
46-55 anos	37	32,2	12	9,4	
Acima de 56 anos	9	7,8	.	.	
Média	44,3		32,1		
Desvio padrão	6,5		8,8		
Escolaridade					0,497
Ens. Fundamental	6	5,2	3	2,3	
Ens. Médio	47	40,5	54	41,9	
Ens. Superior	63	54,3	72	55,8	
Situação conjugal					<0,0001*
Casadas	67	58,3	49	38,0	
Solteiras	16	13,9	57	44,2	
Viúvas, divorciadas	32	27,8	23	17,8	
Filhos					<0,0001*
Sim	102	87,9	63	48,8	
Não	14	12,1	66	51,2	
Raça					0,528
Branca	39	33,6	35	27,3	
Mestiça	51	44,0	59	46,1	
Negra	26	22,4	34	26,6	
Renda per capita					<0,0001*
Até 2 SM	2	1,7	33	25,6	
3-4 SM	45	38,8	58	45,0	
5- 6 SM	38	32,8	29	22,4	
Acima de 6 SM	31	26,7	9	7,0	

A caracterização sociodemográfica das trabalhadoras do Hospital 1 apresentada na Tabela 1 mostra que, comparada às profissionais de vínculo terceirizado e temporário, as de vínculo permanente são mais velhas, de escolaridade mais baixa e divorciadas, separadas ou viúvas e com filhos. Além disso, quando comparadas às de contrato temporário, as servidoras se autoperceberam mais frequentemente como negras e com renda per capita mais baixa.

Características semelhantes foram identificadas no Hospital 2. No entanto, diferente do hospital 1 não foi possível identificar diferenças nos níveis de escolaridade e raça/cor autodeclarada. Além disso, a renda per capita referida pelas servidoras foi mais elevada quando comparadas às de contrato cooperativado (Tabela 2).

Seguem abaixo as tabelas que descrevem as características ocupacionais da população dos hospitais segundo o vínculo empregatício – Tabelas 3 e 4.

Tabela 3: Dados ocupacionais segundo vínculo empregatício no Hospital 1

Hospital 1							Valor de p
Dados ocupacionais	Permanente		Vínculo Terceirizado		Temporário		
	n	%	n	%	n	%	
Função							<0,0001*
Enfermeiro	116	22,8	39	27,7	128	35,8	
Técnico	20	3,9	11	8,0	22	6,1	
Auxiliar	373	73,3	90	64,3	208	58,1	
Tempo de trabalho							<0,0001*
Até 15 anos	6	1,2	70	50,0	343	95,8	
16-30 anos	447	87,8	70	50,0	15	4,2	
Acima de 31 anos	56	11,0	
Média		25,0		12,0		2,5	
Desvio padrão		5,8		7,6		3,7	
Horário de trabalho							<0,0001*
Diurno	327	64,5	52	37,0	172	48,2	
Noturno	180	35,5	88	63,0	185	51,8	
Núm. de empregos							<0,0001*
Um	350	68,8	57	40,7	237	66,2	
Mais de um	159	31,2	83	59,3	121	33,8	
Jornada profissional							<0,0001*
Até 30hs	123	24,3	13	9,3	19	5,3	
31-60hs	332	65,5	77	55,0	263	73,5	
61-125hs	52	10,2	50	35,7	76	21,2	
Média		41,1		55,5		51,7	
Desvio padrão		15,9		22,7		18,3	

Tabela 4: Dados da escala DER segundo vínculo empregatício no Hospital 1

Hospital 1							Valor de p
Dados da escala DER	Permanente		Vínculo Terceirizado		Temporário		
	n	%	n	%	n	%	
DER							0,333
Baixo	315	69,7	82	65,0	224	65,0	
Alto	137	30,3	44	35,0	120	35,0	
Esforço							0,942
Baixo	307	62,5	85	62,5	218	61,4	
Alto	184	37,5	51	37,5	137	38,6	
Recompensa							<0,0001*
Baixa	122	26,6	57	45,2	126	36,3	
Alta	336	73,4	69	54,8	221	63,7	

No que se refere às diferenças entre os tipos de vínculos e variáveis ocupacionais do Hospital 1 (Tabela 3), observou-se que as de vínculo permanente eram mais frequentemente auxiliares de enfermagem, com mais tempo de trabalho e atuando em plantão noturno. No entanto, entre as de vínculo terceirizado identificou-se proporções mais elevadas de trabalhadoras que referiram ter mais de um emprego e carga horária semanal mais elevada.

Como descrito na Tabela 4, as trabalhadoras com vínculo permanente, as terceirizadas e as que tinham contrato temporário não diferiram quanto ao DER ($p=0,333$), tampouco quanto ao esforço ($p=0,942$). Quanto à dimensão recompensa, as terceirizadas, comparadas às servidoras, referiram mais frequentemente baixa recompensa no trabalho (45,2% versus 26,6%).

Segue a tabela dos dados ocupacionais segundo o vínculo no Hospital 2.

Tabela 5: Dados ocupacionais segundo vínculo empregatício no Hospital 2

Hospital 2					
Dados ocupacionais	Vínculo				Valor de p
	Permanente		Cooperativado		
	n	%	n	%	
Função					0,128
Enfermeiro	33	28,4	31	24,0	
Técnico	78	67,2	97	75,2	
Auxiliar	5	4,4	1	0,8	
Tempo de trabalho					<0,0001*
Até 15 anos	7	6,0	94	73,0	
16-30 anos	106	91,4	34	26,4	
Acima de 31 anos	3	2,6	1	0,6	
Média		20,6		7,8	
Desvio padrão		5,7		7,0	
Horário de trabalho					<0,0001*
Diurno	42	36,5	97	75,2	
Noturno	73	63,5	32	24,8	
Núm. de empregos					<0,0001*
Um	91	78,4	64	49,6	
Mais de um	25	21,6	65	50,4	
Jornada profissional					<0,0001*
Até 30hs	41	35,6	13	10,1	
31-60hs	66	57,4	68	52,7	
61-125hs	8	7,0	48	37,2	
Média		35,2		55,6	
Desvio padrão		16,3		22,2	

Tabela 6: Dados da escala DER segundo vínculo empregatício no Hospital 2

Hospital 2					
Dados da escala DER	Vínculo				Valor de p
	Permanente		Cooperativado		
	n	%	n	%	
DER					0,401
Baixo	63	60,0	67	54,5	
Alto	42	40,0	56	45,5	
Esforço					0,997
Baixo	71	64,5	82	64,6	
Alto	39	35,5	45	35,4	
Recompensa					0,001*
Baixa	24	21,6	52	41,6	
Alta	87	78,4	73	58,4	

No Hospital 2, as trabalhadoras cooperativadas não diferiram das permanentes em relação à função ($p=0,128$). Comparadas às cooperativadas, as servidoras atuavam há mais tempo e em plantões noturnos. No entanto, as servidoras referiram menos frequentemente mais de um emprego e carga horária semanal mais alta (Tabela 5).

De forma semelhante ao Hospital 1, nem o DER nem o esforço diferiram segundo os tipos de vínculo ($p=0,401$ e $p=0,997$, respectivamente). Também de forma semelhante ao Hospital 1, a proporção de trabalhadoras que referiram baixa recompensa foi maior entre as cooperativadas, quando comparadas às do quadro permanente (Tabela 6).

5.4 – Características da população por hospital segundo o nível de DER

Nas tabelas 7 e 8, que se seguem, apresentamos as características sociodemográficas e ocupacionais da população dos hospitais segundo o nível de DER (baixo e alto).

Tabela 7: Dados sociodemográficos segundo nível de DER no Hospital 1

Hospital 1					
Dados sociodemográficos	DER tercil				Valor de p
	Baixo DER		Alto DER		
	n	%	n	%	
Idade					0,005*
Até 35 anos	223	36,0	137	45,5	
36-45 anos	111	18,0	52	17,3	
46-55 anos	194	31,3	89	29,6	
Acima de 56 anos	91	14,7	23	7,6	
Média		41,1		38,1	
Desvio padrão		13,4		12,7	
Escolaridade					<0,0001*
Ens. Fundamental	64	10,3	9	3,0	
Ens. Médio	218	35,1	84	27,8	
Ens. Superior	339	54,6	209	69,2	
Situação conjugal					0,722
Casadas	264	42,5	123	40,7	
Solteiras	235	37,8	113	37,4	
Viúva, divorciada	122	19,7	66	21,9	
Filhos					
Sim	369	59,4	160	53,0	0,063
Não	252	40,6	142	47,0	
Raça					0,002*
Branca	223	36,0	137	45,5	
Mestiça	232	37,4	112	37,2	
Negra	165	26,6	52	17,3	
Renda per capita					<0,0001*
Até 2 SM	44	7,1	20	6,6	
3-4 SM	346	56,0	126	41,9	
5-6 SM	152	24,6	104	34,6	
Acima de 6 SM	76	12,3	51	16,9	

Tabela 8: Dados sociodemográficos segundo nível de DER no Hospital 2

Hospital 2					
Dados sociodemográficos	DER tercil				Valor de p
	Baixo DER		Alto DER		
	n	%	n	%	
Idade					0,080
Até 35 anos	44	33,6	46	47,4	
36-45 anos	50	38,2	36	37,1	
46-55 anos	31	23,7	13	13,4	
Acima de 56 anos	6	4,5	2	2,1	
Média		39,0		35,6	
Desvio padrão		9,8		9,7	
Escolaridade					0,252
Ens. Fundamental	7	5,4	2	2,0	
Ens. Médio	54	41,2	35	35,8	
Ens. Superior	70	53,4	61	62,2	
Situação conjugal					0,690
Casadas	62	47,7	45	46,0	
Solteiras	36	27,7	32	32,6	
Viúva, divorciada	32	24,6	21	21,4	
Filhos					0,120
Sim	93	71,0	60	61,2	
Não	38	29,0	38	38,8	
Raça					0,180
Branca	33	25,3	36	36,7	
Mestiça	62	47,7	39	39,8	
Negra	35	27,0	23	23,5	
Renda per capita					0,809
Até 2 SM	18	13,7	15	15,3	
3-4 SM	55	42,0	39	39,8	
5-6 SM	38	29,0	25	25,5	
Acima de 6 SM	20	15,3	19	19,4	

A caracterização por nível de DER das trabalhadoras do Hospital 1 apresentada na Tabela 7 mostra que as trabalhadoras que referiram Alto DER, comparadas às profissionais que referiram Baixo DER, são mais jovens, de escolaridade mais alta, se autoperceberam mais frequentemente como brancas e de renda per capita mais alta. Não foram identificadas diferenças significativas em relação à situação conjugal ($p=0,722$) e à presença de filhos ($p=0,063$).

No Hospital 2, não foram identificadas diferenças entre as variáveis sociodemográficas e os níveis de DER (Tabela 8).

Seguem abaixo as tabelas com a descrição das características ocupacionais da população dos hospitais segundo o nível de DER (Tabelas 9 e 10).

Tabela 9: Dados ocupacionais segundo nível de DER no Hospital 1

Hospital 1					
Dados ocupacionais	DER tercil				Valor de p
	Baixo DER		Alto DER		
	n	%	n	%	
Função					<0,0001*
Enfermeiro	154	24,8	118	39,1	
Técnico	33	5,3	17	5,6	
Auxiliar e outros	434	69,9	167	55,3	
Tempo de trabalho					0,154
Até 15 anos	259	41,7	137	45,4	
16-30 anos	324	52,2	155	51,3	
Acima de 31 anos	38	6,1	10	3,3	
Média		15,1		14,1	
Desvio padrão		11,8		11,3	
Horário de trabalho					0,014*
Diurno	358	57,7	148	49,2	
Noturno	262	42,3	153	50,8	
Núm. de empregos					<0,0001*
Um	420	67,6	167	55,3	
Mais de um	201	32,4	135	44,7	
Jornada profissional					<0,0001*
Até 30hs	107	17,3	39	13,0	
31-60hs	421	67,9	183	60,8	
61-125hs	92	14,8	79	26,2	
Média		45,3		50,8	
Desvio padrão		18,0		20,2	

Tabela 10: Dados ocupacionais segundo nível de DER no Hospital 2

Hospital 2					
Dados ocupacionais	DER tercil				Valor de p
	Baixo DER		Alto DER		
	n	%	n	%	
Função					0,021*
Enfermeiro	27	20,5	34	34,7	
Técnico	102	78,0	60	61,2	
Auxiliar e outros	2	1,5	4	4,1	
Tempo de trabalho					0,142
Até 15 anos	49	37,5	49	50,0	
16-30 anos	80	61,0	47	48,0	
Acima de 31 anos	2	1,5	2	2,0	
Média	14,4		12,5		
Desvio padrão	9,0		9,3		
Horário de trabalho					0,129
Diurno	51	39,0	48	49,0	
Noturno	80	61,0	50	51,0	
Núm. de empregos					0,274
Um	79	60,3	66	67,3	
Mais de um	52	39,7	32	32,7	
Jornada profissional					0,806
Até 30hs	27	20,6	23	23,5	
31-60hs	75	57,3	52	53,0	
61-125hs	29	22,1	23	23,5	
Média	45,5		46,5		
Desvio padrão	21,7		22,3		

No que se refere às diferenças entre os níveis de DER e as variáveis ocupacionais do Hospital 1 (Tabela 7), observou-se que as trabalhadoras com Alto DER, quando comparadas às com Baixo DER, são mais frequentemente enfermeiras, cumprem o horário de trabalho noturno, possuem mais um de emprego, e possuem carga horária semanal mais elevada. Não foram identificadas diferenças significativas entre em relação ao tempo de trabalho ($p=0,154$).

No Hospital 2, as trabalhadores que referiram Alto DER, quando comparadas às de Baixo DER, são mais frequentemente enfermeiras, de forma semelhante ao Hospital 1. Não foram identificadas diferenças significativas em relação ao tempo de trabalho, ao horário de trabalho, ao número de empregos, nem à jornada profissional.

5.5 – Análise Multivariada

4.4.1- Análise multivariada entre o tipo de vínculo e o DER

A Tabela 11 apresenta os resultados das análises multivariadas, sendo o vínculo permanente considerado como grupo de referência. Os resultados são apresentados como razões de chance e respectivos intervalos de confiança (IC = 95%), após o ajuste pelas variáveis de confundimento.

Tabela 11 - Resultados da análise de regressão para verificar a associação entre o tipo de vínculo e o DER nos Hospitais 1 e 2

Hospital 1		
DER (n=912)		
Vínculo	OR Bruta	OR Ajustada ¹
Permanente	1,00	1,00
Terceirizado	1,23 (0,81-1,88)	0,63 (0,38-1,07)
Contrato Temporário	1,23 (0,91-1,67)	0,42 (0,23-0,75)

Hospital 2		
DER (n=227)		
Vínculo	OR Bruta	OR Ajustada ²
Permanente	1,00	1,00
Cooperativado	1,23 (0,73-2,09)	0,70 (0,35-1,39)

¹ Ajustado pela idade, filhos, raça, função, plantão e jornada profissional.

² Ajustado pela idade.

No Hospital 1, após o ajuste pelas variáveis de confundimento, trabalhar com contrato temporário ou terceirizado atuou como fator de proteção, ou seja, comparados aos permanentes, estes trabalhadores apresentaram menores chances de desequilíbrio esforço-recompensa. Resultado semelhante, porém sem significância estatística, foi identificado no Hospital 2. No caso do Hospital 1, com a inclusão das variáveis de confundimento, trabalhar com contrato temporário ou terceirizado passou de fator de risco para fator de proteção.

- Análise multivariada entre o tipo de vínculo e as dimensões do DER

Tabela 12 - Resultados da análise de regressão para verificar a associação entre o tipo de vínculo e as dimensões esforço e recompensa nos Hospitais 1 e 2

Hospital 1				
	Esforço (n=966)		Recompensa (n=922)	
Vínculo	OR Bruta	OR Ajustada ¹	OR Bruta	OR Ajustada ²
Permanente	1,00	1,00	1,00	1,00
Terceirizado	0,99 (0,67-1,47)	0,52 (0,32-0,86)	2,27 (1,51-3,42)	1,62 (0,99-2,65)
Contrato temporário	1,04 (0,78-1,38)	0,43 (0,25-0,73)	1,57 (1,16-2,13)	0,88 (0,50-1,54)

Hospital 2				
	Esforço (n=236)		Recompensa (n=234)	
Vínculo	OR Bruta	OR Ajustada ³	OR Bruta	OR Ajustada ⁴
Permanente	1,00	1,00	1,00	1,00
Cooperativado	0,98 (0,57-1,67)	0,70 (0,33-1,48)	2,58 (1,45-4,60)	1,90 (0,89-4,03)

¹ Ajuste pela idade, raça/cor, função, plantão, jornada profissional

² Ajuste pela idade, função, plantão e jornada profissional.

³ Ajuste pela idade e plantão.

⁴ Ajuste pela idade, presença de filhos e função.

No Hospital 1, as análises brutas não mostraram associação entre os tipos de vínculo e o esforço. No entanto, as análises ajustadas mostraram menores chances de referir alto esforço entre as profissionais terceirizadas (OR=0,52 IC95% 0,32-0,86) e temporárias (OR=0,43 IC95% 0,25-0,73), quando comparadas às profissionais com vínculo permanente (Tabela 12). No que se refere à recompensa, as análises brutas mostrando maiores chances de referir menor recompensa entre profissionais terceirizadas (OR=2,21 IC95% 1,47-3,34) e contratadas (OR=1,57 IC95% 1,16-2,13) comparadas às de vínculo permanente, perderam a significância com o ajuste pelas possíveis variáveis de confundimento (Tabela 12). No entanto, destacamos o intervalo de confiança limítrofe no caso das razões de chance dos terceirizados, quando comparados aos permanentes.

No Hospital 2, tanto as análises brutas, quanto as ajustadas mostraram não haver associação entre o tipo de vínculo e o esforço no trabalho. No caso da recompensa, a associações positivas identificadas na análise bruta (OR=2,58 IC95% 1,45-4,60) perdem a significância com o ajuste por possíveis variáveis de confundimento.

6. DISCUSSÃO

Esse estudo permitiu investigar a associação entre diferentes tipos de vínculo empregatício e o desequilíbrio esforço-recompensa em dois hospitais públicos no Rio de Janeiro. A discussão seguirá a ordem dos objetivos propostos.

Em primeiro lugar, identificamos diferentes tipos de contrato, o que reflete as diversas formas de contratação adotadas pelas instituições de saúde, com base nas “brechas” encontradas na legislação. No Hospital 1, o vínculo terceirizado incluía os direitos garantidos pela CLT, mas ao mesmo tempo a insegurança de um contrato que pode ser quebrado a qualquer momento, com a demissão. Já o contrato temporário apresentava as condições estabelecidas pela Lei 8745/93³⁴ com um tempo de trabalho definido *a priori*, no caso, a permanência de um ano no hospital podendo ser prorrogado por mais um ano. Em sua análise sobre o trabalho no setor Saúde, Cherchiglia e cols.⁸⁰ se referem aos contratos de trabalho por tempo determinado, que se caracterizam pela diminuição dos níveis de proteção social do trabalho, menores salários, ausência de benefícios e níveis mais altos de rotatividade.

No Hospital 1, no início da coleta de dados, foi realizado um processo seletivo pelo Ministério da Saúde para absorver profissionais por contrato temporário. Assim, as profissionais com vínculo terceirizado saíram para dar lugar às que entraram pelo processo seletivo. No ano seguinte, por sua vez, essas profissionais com contrato temporário foram substituídas pelas absorvidas por concurso público para o quadro permanente, caracterizando um quadro de grande rotatividade.

No Hospital 2, a contratação por cooperativas não garantia proteção legal às profissionais, além da possibilidade de demissão a qualquer momento. Por outro lado, existiam casos de profissionais que trabalhavam no hospital por muitos anos como cooperativadas, trocando de cooperativa de tempos em tempos.

Observamos perfis sociodemográfico e ocupacional bastante distintos entre as trabalhadoras sujeitas aos diversos tipos de vínculos, com destaque para a distribuição etária destes grupos. A maior presença de jovens e com menor tempo de trabalho na Enfermagem entre as trabalhadoras terceirizadas, com contrato temporário e cooperativadas pode estar relacionada à política de concursos públicos adotada na época de realização da pesquisa. No Hospital 1, a última contratação por concurso público na

rede federal havia ocorrido em 1994, mais de 10 anos antes da pesquisa ^{iv}. No Hospital 2, o último concurso público havia ocorrido em 2002 com poucas vagas destinadas à assistência de enfermagem. O concurso que viria a contribuir para a diminuição do número de terceirizados na assistência ocorreu em 2006, ano de término da coleta de dados ⁸¹. Portanto, a carência de concursos públicos recentes pode ter contribuído para a formação desta população de jovens profissionais com vínculos flexíveis de trabalho. Como comentam Baraldi e cols. ⁸², tal situação se vincula a uma concepção político-administrativa do Estado que, pela ausência de concursos públicos, justificou grande parte das contratações flexíveis no setor Saúde.

Esses vínculos “não estáveis” podem ter favorecido o acúmulo de empregos, já que uma maior proporção das profissionais terceirizadas (Hospital 1) e cooperativadas (Hospital 2) referiu ter mais de um emprego e carga horária semanal mais elevada quando comparadas às servidoras. Outro aspecto possivelmente ligado a estes resultados é a idade, já que as profissionais que não pertencem ao quadro permanente, por serem mais jovens e incluírem maior proporção de solteiras, tendem a apresentar maior jornada profissional, como já observado em outro estudo de nossa equipe ⁷⁵.

Em ambos os hospitais, as enfermeiras foram as profissionais que relataram com maior frequência Alto DER. Um aspecto que pode ter influenciado os resultados é a contradição vivida por enfermeiras em função da cisão entre as atividades de planejamento e as ações de cuidado. Como discutem Peduzzi e Anselmi ⁸³, a enfermeira vivencia em sua formação a ênfase em relação ao ato de cuidar, o que contrasta com sua função de gerência. De fato, em estudo com enfermeiras e técnicas de enfermagem, Aquino ⁸⁴ aponta a ambiguidade existente no ofício do trabalho da enfermeira, tendo em vista sua função de gerência *versus* sua formação no cuidar, ato realizado predominantemente pelas auxiliares de enfermagem, no caso do Hospital 1 e pelas técnicas de enfermagem no Hospital 2.

Trata-se de um conflito exposto, inclusive, na própria Lei de exercício profissional da Enfermagem (Lei 7498/86) ⁸⁵, segundo a qual ao enfermeiro são atribuídas as atividades de planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos procedimentos da assistência, supervisionando o trabalho de técnicos e auxiliares, e trabalhando na assistência dos casos de maior complexidade. Ao técnico de enfermagem cabe a execução de tarefas de acompanhamento de atividades gerais do

^{iv} Matéria publicada em 31 de dezembro de 2004 no site da Agência Brasil, com o título “Depois de dez anos, hospitais federais no Rio voltam a fazer concurso público”. [Acesso em 15/04/2011]

enfermeiro na assistência. A função de auxiliar compreende as atividades de execução simples e de natureza repetitiva, prestando atendimento ao cliente com cuidados de higiene e viabilizando seu conforto. A função de enfermeira, portanto, traz a responsabilidade pela equipe de enfermagem, respondendo por ela. Como podemos ver, ao enfermeiro cabe predominantemente o trabalho gerencial; a realização do cuidado é prevista somente em situações críticas.

A associação positiva entre o Alto DER e a escolaridade confirma os resultados de Schulz e cols.⁸⁶, segundo os quais os profissionais com maior escolaridade aferem mais frequentemente Alto DER. Os dados de Rebouças e cols.⁸⁷ em relação a profissionais de saúde mental mostraram que a satisfação no trabalho diminuía conforme aumentava o grau de escolaridade. Como hipótese, a autora levanta a questão da maior expectativa destes em seu trabalho, o que poderia influenciar a percepção do estresse.

Em nosso estudo, uma maior frequência de profissionais jovens estava no grupo de Alto DER, o que corrobora os resultados de Rebouças e cols.⁸⁷ em relação a profissionais da saúde, em que os mais jovens referiram maior impacto do trabalho principalmente no que concerne aos conteúdos emocionais.

As menores chances de desequilíbrio esforço-recompensa entre trabalhadores de contrato temporário, terceirizadas e cooperativadas, comparadas às servidoras públicas, contrariam nossas expectativas com base nas leituras sobre esta escala. De fato, a escala DER tem sido utilizada nos estudos sob a ótica do vínculo profissional, na discussão acerca da flexibilização do trabalho. Como apontado por Siegrist⁷⁴, a escala aborda a instabilidade no emprego e características conjunturais do trabalho, sendo portanto, apropriada para estudos com este enfoque. De acordo com o autor, o foco nestas questões é visto como uma vantagem da escala, que aborda as questões atuais do trabalho, como a instabilidade no emprego. Assim, sob a perspectiva elaborada por Siegrist⁷⁴ esperar-se-ia que a escala fosse sensível às características de instabilidade do trabalho, no sentido de identificar maior frequência de alto DER entre os trabalhadores sujeitos a tais condições.

A maior prevalência de DER entre as trabalhadoras do quadro permanente pode estar relacionada a outro resultado, qual seja a maior frequência de trabalhadoras de vínculo permanente classificadas no grupo com Alto Esforço, quando comparadas às demais trabalhadoras.

Com relação ao esforço no trabalho, cabe analisar o estudo de Inoue e cols.⁸⁸ que caminhou na mesma direção daquela encontrada em nossa investigação. Neste estudo, a população era formada por profissionais do sexo masculino de um centro de pesquisa em Tóquio. Foram analisadas as dimensões da escala segundo o vínculo. Nas análises realizadas pelos escores de cada dimensão e subdimensões, os profissionais de vínculo permanente referiram maior escore médio de esforço do que os contratados (*fixed term contract*). Os autores⁸⁸ apontam que a percepção de maior esforço no trabalho entre a população permanente pode envolver o alto grau de responsabilidade, exigência e carga de trabalho, além do aumento da demanda de trabalho como reflexo da política de reestruturação produtiva da instituição.

O processo de reestruturação por que passavam os hospitais estudados levava à inevitável rotatividade dos profissionais da enfermagem. Tal situação pode ter contribuído para o “desgaste físico e mental dos trabalhadores remanescentes, na medida em que as atividades precisavam ser redistribuídas entre os que permaneceram sem possibilidades de manutenção da qualidade de assistência prevista”⁸⁹ (p. 69). No presente estudo, os servidores do quadro permanente compõem o grupo dos “remanescentes”. Assim, é possível que as mudanças na força de trabalho com a entrada de novos grupos tenham se traduzido, para os trabalhadores do quadro permanente, em um cotidiano percebido como de maior exigência, o que poderia contribuir para a maior frequência de trabalhadoras permanentes classificadas no grupo correspondente ao Alto Esforço.

As mudanças na força de trabalho das equipes de enfermagem revelam o quanto a proposta da terceirização nos hospitais traz um desafio para a gestão do trabalho, visto que alta rotatividade é uma das marcas desta modalidade de vínculo⁸⁰. Embora o contrato não preveja um prazo determinado, como apresentado no Quadro 6, os profissionais não-permanentes podem ser demitidos do hospital a qualquer momento, a depender da gestão realizada. Como descrito por Faria⁹⁰, a terceirização como modalidade de vínculo no setor Saúde significa a ausência de concursos públicos e de política de qualificação, além de perda da qualidade do serviço oferecido. A este respeito, Cherchglia⁸⁰ descreve concurso realizado pelo Ministério da Saúde em 1997, em que enfermeiros e auxiliares eram contratados por agências de intermediação de mão de obra. Já o contrato temporário através de processo seletivo simplificado, previsto pela Lei 8745/93³⁴, visa atender a uma necessidade urgente e temporária sendo, portanto, de curta duração.

Ao abordar as relações entre os profissionais com vínculo permanente e as que têm outras formas de vínculo, Cherchglia⁸⁰ aponta para o desafio da gestão do trabalho: “Como constituir equipes de trabalho, ou trabalhar em equipe com profissionais que podem estar trabalhando neste local por apenas alguns meses? Como motivá-los? Capacitá-los? Como evitar conflitos entre os estáveis e os temporários?” (p.381). No contexto destas análises, o autor comenta sobre as ações de capacitação de profissionais terceirizados, que já são realidade nos órgãos públicos de saúde no Brasil.

Outros estudos que investigaram a associação entre saúde e tipo de vínculo sem, no entanto, utilizar a escala DER, apontam uma direção semelhante à observada em nossa pesquisa. Benavides e cols.²⁶, analisou a associação entre o tipo de vínculo e diferentes desfechos como estresse, satisfação no trabalho, fadiga e dores osteomusculares em trabalhadores de 15 países europeus. Neste estudo, os trabalhadores não-permanentes (*fixed term contract*) relataram menor frequência de estresse, quando comparados aos trabalhadores permanentes. No entanto, aqueles trabalhadores relataram mais frequentemente dores musculares quando comparados aos trabalhadores permanentes, o que revela a importância de se considerar diferentes desfechos que traduzem as relações entre o trabalho e a saúde.

Em outro estudo realizado por Virtanen e cols.²², na Finlândia, os trabalhadores não-permanentes relataram melhor estado de saúde auto-referida e menos doenças crônicas do que os trabalhadores permanentes, após o controle pela percepção de instabilidade no emprego, idade e sexo, entre outras. Os resultados apontam, ainda, diferenças relacionadas ao gênero, já que entre as mulheres, o risco de sofrimento psicológico foi maior entre as não-permanentes do que entre as trabalhadoras permanentes.

No que concerne aos estudos consultados realizados em outros países, destacamos a necessidade de relativizar as comparações propostas, visto que as modalidades de vínculo em outros países possuem características diferentes.

Em relação à recompensa, as trabalhadoras terceirizadas apresentaram maiores razões de chance de apresentar Baixa recompensa no Hospital 1, resultado que segue a direção daquele observado em relação às trabalhadoras cooperativadas do Hospital 2, em que a *odds ratios* foi de 1,90. Em uma análise detalhada dos escores relativos à recompensa, Inoue e cols.⁸⁸ observaram que os trabalhadores do quadro permanente referiram piores escores nas questões relativas à estima e ao respeito de chefes e colegas de trabalho. Já entre os contratados, os piores escores se referiram às questões

relacionadas à instabilidade no emprego, à posição ocupada e ao salário. Trata-se, portanto, de resultados que expressam a relevância de se considerar a recompensa em termos de seus diversos componentes.

Da mesma forma que no estudo de Inoue e cols.⁹¹, os resultados apresentados podem ter sido afetados pela idade das trabalhadoras. Como no presente estudo a população concentrou-se em torno dos 25 e dos 45 anos (Gráfico 1), realizamos análises complementares de forma a compreender o efeito da idade nas associações. Para tal, estratificamos a população segundo a idade: até 45 anos e de 46 anos em diante. Através destas análises percebemos que, no Hospital 1, trabalhar como terceirizada ou através de contrato temporário permaneceu como fator de proteção para o Alto Esforço nas profissionais mais jovens; o mesmo ocorreu em relação às trabalhadoras com idade superior a 45 anos, porém com valor limítrofe.

Com relação à recompensa, trabalhar como terceirizada no Hospital 1 e como cooperativada no Hospital 2 atuou como fator de risco para a Baixa recompensa, com razões de chance superiores a 3,00, no caso das trabalhadoras mais velhas (v. Apêndices 1 e 2). Trata-se, neste caso, de uma minoria da população (o grupo acima de 46 anos constitui-se em sua maioria por profissionais com vínculo permanente), mas que expressa um possível impacto desta situação em relação aos aspectos ligados à recompensa no trabalho. A vinculação por cooperativas tem sido muito utilizada pelas instituições por conta da impossibilidade de contrato direto com os hospitais⁸⁰. Nas informações levantadas no Hospital 2 e descritas no Quadro 6, dentre os vínculos não-permanentes, o vínculo cooperativado parece ser o tipo de contrato mais precarizado no que concerne aos direitos trabalhistas quando comparada às terceirizadas e temporárias.

Algumas limitações de presente estudo merecem ser discutidas. Uma delas se refere ao preenchimento da escala de DER na qual observamos muitos *missing data* devido a erros de preenchimento. Uma das hipóteses para explicar estes erros é o layout das caixas de resposta, cuja disposição favorecia a confusão na marcação. Com isso, na análise dos dados trabalhamos com o percentual dos respondentes da pesquisa que preencheram todas as questões da escala. Outro aspecto a ser considerado se refere ao grupo estudado. A população alvo da pesquisa foram as profissionais da assistência de enfermagem dos dois hospitais que estavam atuando na assistência naquele momento. As profissionais licenciadas não foram entrevistadas caracterizando, portanto, o efeito do trabalhador sadio, em que são estudadas somente as profissionais aptas para o trabalho, havendo, assim, um viés no sentido de não considerar as trabalhadoras

afastadas que, possivelmente, são as mais doentes. Cabe ressaltar, ainda, que a coleta de dados da pesquisa ocorreu em 2005-2006. Portanto, o estudo captou uma realidade de trabalho diversa àquela encontrada atualmente nos hospitais estudados.

Outro ponto a ser destacado por Moura e cols.⁹² quanto à resposta ao questionário consiste na tendência à desejabilidade social, em que o entrevistado responde as questões conforme as convenções sociais, omitindo sua verdadeira opinião. No caso da escala, que envolve perguntas sobre relacionamento com chefes e colegas de trabalho, o fato de a coleta de dados ter sido realizada no local de trabalho pode ter influenciado as respostas na direção da desejabilidade social. Durante a entrevista, a postura do entrevistador consistia em manter-se próximo à trabalhadora tanto para entrevistá-la na primeira parte do questionário quanto para sanar possíveis dúvidas no preenchimento da segunda parte – que continha a escala DER. Ao final da entrevista, o entrevistador levava o questionário consigo. Acreditamos que essas duas posturas podem ter atuado como um fator inibidor da resposta das trabalhadoras.

A escala DER contém as dimensões esforço, recompensa e excesso de comprometimento no trabalho. Considerando a relação das dimensões da escala com o trabalho em enfermagem, vemos que a dimensão esforço contemplaria todos os esforços despendidos no trabalho, fossem eles de ordem física e psíquica. No que concerne à recompensa, vemos que o constructo teórico que engloba as subdimensões status, salário e promoção não contempla o aspecto relacional do trabalho da enfermagem, que se alocaria justamente na dimensão recompensa: a recompensa na relação com o paciente. Almeida e cols.⁹³ resgatam a Teoria da Dádiva, de Mauss, que apreende o conteúdo simbólico do trabalho na enfermagem que prevê “a existência da circulação de bens simbólicos entre a equipe de enfermagem e os pacientes, na atenção à saúde, requerendo dos profissionais posturas humanitárias, as quais serão traduzidas em gestos, comportamento e atitudes” (p.338). Como apontado pelas autoras, ao profissional de saúde é exigido além do saber técnico, o estabelecimento das relações humanas, exigindo do profissional de enfermagem o contato direto com suas emoções no contato com o paciente.

No presente estudo, um aspecto comum às trabalhadoras que não pertenciam ao quadro permanente era a instabilidade no emprego no sentido de que esta é a característica comum que as distinguia das servidoras do quadro permanente. Ao analisar criticamente os estudos sobre instabilidade no emprego, Benach e cols.¹⁹ consideram alguns pontos que podem se aplicar ao presente estudo, tais como:

I) Como as relações sociais e do mercado de trabalho determinam a ameaça subjetiva de ficar desempregado, a instabilidade no trabalho pode não ajudar na reflexão sobre as relações de trabalho nos profissionais de vínculo flexível. Por exemplo, profissionais que possuem vínculo flexível há muito tempo podem não perceber a possibilidade de desemprego como ameaça por não terem expectativas do emprego permanente.

II) As informações sobre a instabilidade no trabalho em si podem não ser capazes de captar o impacto dos determinantes estruturais do ambiente de trabalho como a ausência de engajamento sindical, ausência de benefícios ou dominação no ambiente de trabalho à saúde dos trabalhadores.

III) A percepção da instabilidade no trabalho pode ignorar aspectos das relações sociais no trabalho que podem afetar à saúde do trabalhador, por exemplo, a discriminação por parte de superiores e colegas de trabalho de vínculo permanente.

IV) A ausência de estabilidade no trabalho é considerada como um fator de risco objetivo, universal para todos os ambientes de trabalho quando na realidade seu significado varia conforme as diferenças no mercado de trabalho e o tipo de vínculo flexível de trabalho, classe social, raça, idade e gênero. Por exemplo, a percepção subjetiva de insegurança no trabalho pode estar associada a piores condições de saúde entre uma mulher mestiça e imigrante que trabalha como auxiliar de enfermagem com contrato temporário do que entre homens brancos que trabalham com rede de computadores de forma autônoma.

Em resumo, os resultados do presente estudo revelam que a situação aparentemente desvantajosa no que concerne ao tipo de contrato das profissionais terceirizadas, cooperativadas e com contrato temporário não se expressa de forma direta e linear nos resultados da escala de DER. Não observamos uma maior proporção de trabalhadores com alto DER entre os trabalhadores não-permanentes, mas, pelo contrário, estes vínculos pareceram atuar como fator de proteção em relação ao alto DER. Estes resultados chamam a atenção para a complexidade envolvida na percepção dos fatores psicossociais no trabalho. Análises comparativas entre os grupos considerando o escore de cada questão separadamente, a exemplo do procedimento adotado por Inoue e cols.⁸⁸ em relação à recompensa no trabalho (v. acima) poderão contribuir para elucidar o papel tipo de vínculo de trabalho em relação aos diversos componentes da escala DER.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo buscamos abordar os impactos das mudanças dos processos produtivos à saúde, especificamente aquelas relacionadas à flexibilização dos vínculos de trabalho, com foco no estresse psicossocial. O diferencial deste estudo em relação a outros que abordam este tema em equipes de enfermagem foi o detalhamento dos diferentes aspectos das relações trabalhistas e da organização do trabalho. Desta forma, foi possível identificar múltiplas formas de vínculo na população estudada, cuja descrição expressa o quadro de intensa reestruturação produtiva nos hospitais de estudo.

Nossa expectativa a partir das leituras sobre a escala de desequilíbrio esforço-recompensa, de uma situação de maior estresse ocupacional entre as trabalhadoras com vínculo não-permanente, foi refutada. Entre as possíveis hipóteses explicativas está a alta rotatividade de profissionais e o conseqüente aumento da demanda de trabalho para as profissionais permanentes, que pode ter contribuído para a sua percepção de maior esforço no trabalho quando comparadas às profissionais não-permanentes. A alta rotatividade das profissionais de enfermagem impõe o desafio da manutenção de uma equipe de trabalho coesa em meio às constantes mudanças em seu quadro funcional. Assim, as profissionais de vínculo permanente podem igualmente sentir os reflexos das novas formas de trabalho, mesmo possuindo vínculo mais estável do que as contratadas por tempo determinado, as cooperativadas e as terceirizadas.

Por outro lado, a percepção de Baixa Recompensa entre as trabalhadoras cooperativadas pode refletir uma situação de trabalho em que a profissional não têm vínculo com qualquer instituição, tampouco seus direitos trabalhistas assegurados.

Em conjunto, os resultados indicam que não é possível estabelecer uma relação direta e linear de desvantagem das trabalhadoras sujeitas aos vínculos não permanentes em comparação com as do quadro permanente no que concerne ao modelo DER. Peculiaridades dos grupos em seus respectivos contextos de trabalho devem ser consideradas na análise do estresse psicossocial.

A discussão acerca da desprecarização do trabalho no Sistema Único de Saúde marca um momento importante na construção de melhores condições de trabalho. As características distintas dos profissionais sujeitos às várias formas de contratação devem

ser contempladas nos estudos com a população de trabalhadores da Saúde, de forma a refletir a real composição da força de trabalho neste Setor.

O estudo da flexibilização dos vínculos de trabalho na população da enfermagem através da escala desequilíbrio esforço-recompensa enfocou aspectos do processo de trabalho que se aplicam a diferentes categorias profissionais. No entanto, percebemos que características mais específicas do trabalho da enfermagem poderiam ampliar a compreensão acerca desta população.

Como proposta para futuros estudos, no que concerne à escala DER, análises que investiguem o escore das questões poderão contribuir para identificar quais aspectos diferenciam as trabalhadoras sujeitas aos diversos tipos de vínculo. Ademais, pesquisas qualitativas que explorem a representação dos diferentes vínculos para as trabalhadoras da enfermagem e suas percepções acerca dos impactos das novas formas de vínculo ao processo de trabalho poderão contribuir para esclarecer as relações entre os vínculos e o estresse psicossocial neste grupo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-
- ¹ World Health Organization and International Labour Office. Psychosocial factors at work – recognition and control. Occupational Safety and Health Series nº56, 1984, 88 p.
- ² Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. Journal of Occupational Health Psychology 1996, 1: 27-41.
- ³ Minayo-Gomez C, Thedim-Costa S. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. Cad. Saúde Pub. 1997; 13 (Supl.2):21-32.
- ⁴ Mendes, R., Dias, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Revista de Saúde Pública, São Paulo: v.25, n.5, p.341-349, 1991.
- ⁵ Laurell AC & Noriega M. Processo de Produção e Saúde — Trabalho e Desgaste Operário. São Paulo: Hucitec; 1989, 333p.
- ⁶ Brito J, Athayde M. Ivar Oddone, intelectual orgânico e pesquisador heterodoxo. Tradução do original contido no livro de Vicenti A.: *Lês territoires du Travail: lês continents de l'experience*. Nº3. Paris, 1999, p. 33-42.
- ⁷ Seligmann-Silva E. Desgaste mental no trabalho dominado. Rio de Janeiro/São Paulo: Editora UFRJ/Cortez Editora; 1994, 322p.
- ⁸ Câmara VM, Tambellini AT, Castro HA, Waissmann W. Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador: Epidemiologia das relações entre a produção, o ambiente e a saúde. In: Rouqueyrol Z, Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.
- ⁹ Antunes R. Fordismo, toyotismo e acumulação flexível. In: Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1995.
- ¹⁰ Zanelli, JC, Borges-Andrade, JE, Bastos, AVB. Psicologia, organizações e trabalho no Brasil. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- ¹¹ Gounet T. Fordismo e Toyotismo na civilização do automóvel. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999.
- ¹² Marx, K. Crítica da economia política In: O capital. Volume I. São Paulo: Abril Cultural. 1983.
- ¹³ Foucault, M. Os corpos dóceis. In: Vigiar e punir. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.
- ¹⁴ Harvey D. Do fordismo à acumulação flexível. In: Condição pós-moderna. São Paulo: Ed Loyola, 1992, 352p.
- ¹⁵ Thébaud-Mony A, Druck G. Terceirização: a erosão dos direitos dos trabalhadores na França e no Brasil. In: Druck G, Franco T. (Org) A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização, São Paulo: Boitempo, 2007, 240 p.
- ¹⁶ Druck G, Borges A. Terceirização: balanço de uma década. Caderno CRH 2002; 37: 111-139.

-
- ¹⁷ Antunes R. Dimensões da precarização estrutural do trabalho. In: Druck G, Franco T. (Org) A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização. São Paulo: Boitempo, 2007, 240 p.
- ¹⁸ Minayo-Gomez C, Thedim-Costa S. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva* 1999; 4: 411-421.
- ¹⁹ Benach J, Amable M, Muntaner C, Benavides FG. The consequences of work flexibilisation for health: are we looking at the right place? *Journal of Epidemiology and Community Health* 2002, 56, 405-406.
- ²⁰ Quinlan M, Mayhew C, Bohle P. The Global Expansion of precarious employment, work disorganization, and consequences for occupational health: placing the debate on a comparative historical context. *Int Journal of Health Services* 2001; 31: 507-536.
- ²¹ Virtanen P, Saloniemi A, Vahtera J, Kivimaki M, Virtanen M, Koskenvuo M. The Working Conditions and Health of Non-Permanent Employees: Are There Differences between Private and Public Labour Markets? *Economic and Industrial Democracy* 2006; 27: 39-65.
- ²² Virtanen P, Vahtera J, Kivimaki M, Pentti J, Ferrie J. Employment security and health. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56: 569-574.
- ²³ Kivimaki M, Vahtera J, Virtanen M, Elovainio M, Oentti J e Ferrie JE. Temporary employment and risk of overall and cause-mortality. *American Journal of Epidemiology* 2003; 158: 663-668.
- ²⁴ Ferrie JE, Shipley MJ, Stansfeld AS, Marmot MG. Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *J. Epidemiol. Community Health* 2002; 56: 450-454.
- ²⁵ Virtanen M, Kivimaki M, Elovainio M, Vahtera J, Ferrie JE. From insecure to secure employment: changes in work, health, health related behaviours, and sickness absence. *Occup Environ Med.* 2003; 60: 948-953.
- ²⁶ Benavides FG, Benach J, Diez-Roux AV, Roman C. How do types of employment relate to health indications? Findings from the Second European Survey on Working Conditions. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 494-501.
- ²⁷ Menéndez M, Benach J, Muntaner C, Amable M, O'Campo P. Is precarious employment more damaging to womens' health than men? *Social Science e Medicine* 2007; 64: 776-781.
- ²⁸ BRASIL. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado: Câmara da Reforma do Estado, 1995, p. 1-68.
- ²⁹ Matias-Pereira J. Curso de Administração Pública: foco nas instituições e ações governamentais. São Paulo: Atlas, 2010, 263 p.
- ³⁰ Costa, MS. O Sistema de relações de trabalho no Brasil: alguns traços históricos e sua precarização atual. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 2005, 20 (59): 111-132.

-
- ³¹ Costa, MS. O Sistema de relações de trabalho no Brasil: alguns traços históricos e sua precarização atual. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 2005, 20 (59): 111-132.
- ³² Junior FA, Silva LMB, de Almeida ML, da Silva PP. Terceirização no setor público brasileiro In: Dau DM, Rodrigues IJ, Conceição JJ (Orgs.). *Terceirização no Brasil: Do discurso da inovação à precarização do trabalho*. São Paulo: Anna Blume, 2009, 301 p. Publicado originalmente em “terceirização: efeitos sobre as relações de trabalho, p.33-47. Coleção seminários de negociação. São Paulo: Dieese, 2004.
- ³³ ABRASCO. *Oficina de trabalho Gestão do Trabalho: regulação x precarização – O fenômeno da Terceirização no setor público de saúde*. Brasília, 2003.
- ³⁴ BRASIL. Lei 8745/93. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado.
- ³⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Comissão Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS*. Ministério da Saúde: Brasília, 2006.
- ³⁶ Medeiros S, Rocha S. Considerações sobre a terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde em Natal. *Ciência e Saúde Coletiva* 2004; 9: 399-409.
- ³⁷ World Health Organization. *Raising awareness of stress at work in developing countries: a modern hazard in traditional working environment - advice to employer and worker representatives*. *Protecting Workers' Health Series N°6*, 2007, 51 p.
- ³⁸ Preckel D. *Effort-reward-imbalance, overcommitment and employee's health: Testing the validity of the ERI model*. [Tese de Doutorado] Zurich: University of Zurich; 2005.
- ³⁹ Sardá Jr JJ, Legal EJ, Jablonski Jr, SJ *Estresse – conceitos, métodos, medidas e possibilidades de intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, 144p.
- ⁴⁰ França ACL, Rodrigues ALR. *Stress e Trabalho – Uma abordagem psicossomática*. São Paulo: Editora Atlas, 2007, 191p.
- ⁴¹ World Health Organization. *Guidance on the European Framework for Psychosocial Risk Management – A resource for employers and worker representatives*. *Protecting Workers' Health Series N°9*, 2008, 63 p.
- ⁴² Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administration Science Quarterly* 1979; 24:285-307.
- ⁴³ Araújo, TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO e Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev Saúde Pública* 2003; 37: 424-33.
- ⁴⁴ Muntaner C, O'Campo PJ. A critical appraisal of the demand/control model of the psychosocial work environment: epistemological, social, behavioral and class considerations. *Soc Sci Med* 1993;36:1509–17.
- ⁴⁵ Alves MGM, Chor D, Faerstein E, Lopes CS, Werneck GL. Versão resumida da “Job stress scale”: adaptação para o português. *Revista de Saúde Pública* 2004; 38: 164-171.

-
- ⁴⁶ Kobayashi Y, Hirose T, Tada Y, Tsutsumi A, Kawakami N. Relationship between two job stress models and coronary risk factors among Japanese part-time female employees of a retail company. *J Occup Health* 2005; 47: 201-10.
- ⁴⁷ Peter R, Siegrist J. Psychosocial work environment and the risk of coronary heart disease. *Int Arch Occup Environ Health* 2000; 73: Suppl:S41-5.
- ⁴⁸ De Jonge J, Bosma H, Peter R, Siegrist J. Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large-scale cross-sectional study. *Social Science e Medicine* 2000; 50:1317-1327.
- ⁴⁹ Hanson E, Schaufeli W, Vrijkotte T, Plomp N, Godaert G. The validity and reliability of the Dutch effort-reward imbalance questionnaire. *Journal of Occupational Health Psychology* 2000; 5: 142-155.
- ⁵⁰ Van Vegchel N, De Jonge J, Bosma H, Schaufeli W. Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Social Science e Medicine* 2005; 60: 1117-1131.
- ⁵¹ Bosma H, Peter R, Siegrist J e Marmot M. Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health* 1998; 88: 68 - 74.
- ⁵² Kuper H, Singh-Manoux A, Siegrist J, Marmot M. When reciprocity fails: effort-reward imbalance in relation to coronary heart disease and health functioning within the Whitehall II study. *Occup Environ Med* 2002; 59: 777-784.
- ⁵³ Fahlen G, Knutsson A, Peter R, Akerstedt T, Nordin M, Alfredsson L, Westerholm P. Effort-reward imbalance, sleep disturbances and fatigue. *Int Arch Occup Environ Health* 2006; 79:371-8.
- ⁵⁴ Kumari M, Head J, Marmot M. Prospective study of social and other risk factors for incidence of type 2 diabetes in the Whitehall II Study. *Arch Intern Med* 2004; 164: 1873-1880.
- ⁵⁵ Griep RH, Rotenberg L, Vasconcellos AG, Landsbergis P, Comaru CM, Alves MG. The psychometric properties of demand-control and effort-reward imbalance scales among Brazilian nurses. *Int Arch Occup Environ Health* 2009; 82: 1163-1172.
- ⁵⁶ Griep RH, Rotenberg L, Portela LF, Landsbergis P. Psychosocial work environment and absenteeism: using two job stress models. *Third ICOH Conference on Psychosocial Factors at Work, Quebec, 2008.*
- ⁵⁷ Hasselhorn H, Tackenberg P, Peter R. Effort-reward imbalance among nurses in stable countries and in countries in transition. *Int. J. Occup. Environ. Health* 2004; 10: 401-408.
- ⁵⁸ Weyers S, Peter R, Boggild H, Jeppesen HJ, Siegrist J. Psychosocial work stress is associated with poor-rated health in Danish nurses: a test of the effort-reward imbalance model. *Scand J Caring Science* 2006; 20: 26-34.
- ⁵⁹ Avendaño C, Grau P, Yus C. Riscos para a saúde das enfermeiras do setor público no Chile. In: Bretas AC Trabalho, saúde e gênero na era da Globalização. Goiânia: AB Editora; 1997. p. 115 – 35.

-
- ⁶⁰ Lopes M, Leal S. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cadernos Pagu* 2005; 24: 105-125.
- ⁶¹ Portela LF, Rotenberg L, Waissman W. Health, sleep and lack of time: relations to domestic and paid work in nurses. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39 (5): 802-808.
- ⁶² Kergoat D. Da divisão do trabalho entre os sexos. *Tempo Soc* 1989; 1:88–96.
- ⁶³ Borges FNS, Fischer FM. Twelve-hour night shifts of healthcare workers: a risk to the patients? *Chronobiol Int* 2003;20:351–60.
- ⁶⁴ Aquino EML, Araújo MJS, Menezes GMS, Marinho LFB. Saúde e trabalho de mulheres profissionais de enfermagem em um hospital público de Salvador, Bahia [Health and work of nursing professionals in a public hospital of Salvador, Bahia]. *Rev Bras Enferm* 1993;46:245–257.
- ⁶⁵ McVicar A. Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 44: 633–642.
- ⁶⁶ Stacciarini JM, Tróccoli BT. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001; 9: 17-25.
- ⁶⁷ Gutierrez BAO, Ciampone MHT. Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte em unidades de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm* 2006;19:456-61.
- ⁶⁸ Söderfeldt B, Söderfeldt M, Muntaner C, O’Campo P, Warg LE, Ohlson CG. Psychosocial work environment in human service organization: a conceptual analysis and development of demand-control model. *Social Science e Medicine* 1996; 42: 1217 – 1226.
- ⁶⁹ Costa ES, Morita I, Martinez MAR. Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social em funcionários da enfermagem em um hospital universitário do Estado de São Paulo. *Cad. Saúde Pública* 2000; 16:553-555.
- ⁷⁰ Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology* 1996, 1: 27-41.
- ⁷¹ Chor D, Werneck GL, Faerstein E, Alves MG, Rotenberg L. The Brazilian version of the effort-reward imbalance questionnaire to assess job stress. *Cad. Saúde Pública* 2007; 24: 219-224.
- ⁷² Gove WR. Gender differences in mental and physical illness: the effects of fixed roles and nurturant roles. *Social Science and Medicine* 1984, 19: 77-91.
- ⁷³ Estryng-Behar M, Kaminski M, Peigne E, Bonnet N, Vaichere E, Gozlan C, Azoulay S, Giorgi M. Stress at work and mental health status among female hospital workers. *British Journal of Industrial Medicine* 1990; 47: 20-28.
- ⁷⁴ Siegrist J, Wege N, Pühlhofer F, Wahrendorf M. A short generic measure of work stress in the era of globalization: effort-reward imbalance. *Int Arch Occup Environ Health* 2008; 82:1005-13.
- ⁷⁵ Rotenberg L, Griep RH, Fischer FM, Fonseca MJM, Landsbergis P. Working at night and work ability among nursing personnel: when precarious employment makes the

difference. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 2008; 82: 877-85.

⁷⁶ Ferreira J. A restituição dos resultados de pesquisa: em busca do diálogo entre pesquisadores e trabalhadores de enfermagem. [Dissertação de Mestrado] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.

⁷⁷ Siegrist J, Marmot M. Health inequalities and the psychosocial environment—two scientific challenges. *Soc Sci Med* 2004;58:1463–73.

⁷⁸ Ostry AS, Kelly S, Demers PA, Mustard C, Hertzman C. A comparison between the effort-reward imbalance and demand control models. *BMC Public Health* 2003; 3: 1471-2458.

⁷⁹ Calnan M, Wadsworth E, May M, Smith A, Wainwright D. Job strain, effort-reward imbalance, and stress at work: competing or complementary models? *Scand J of Public Health* 2004; 32: 84-93.

⁸⁰ Cherchglia ML. Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. Texto de apoio elaborado especialmente para o Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde – CADRHU.

⁸¹ Senise R. O perfil da força de trabalho em instituições públicas de C&T em Saúde no Brasil: O caso da Fundação Oswaldo Cruz. [Dissertação de Mestrado] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

⁸² Baraldi S, Car MR. Flexibilização e desregulamentação laboral dos trabalhadores da área de enfermagem no Brasil: o caso PROFAE. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008; 16(2), 205-211.

⁸³ Peduzzi M, Anselmi ML. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. *Rev. Bras. Enferm.* 2002, 55: 392-398.

⁸⁴ Aquino EML. Gênero, trabalho e hipertensão arterial: um estudo de trabalhadoras de enfermagem em Salvador, Bahia. [Tese de Doutorado] Salvador: Universidade Federal da Bahia, 1996.

⁸⁵ BRASIL. Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da enfermagem.

⁸⁶ Schulz M, Damkröger A, Heins C, Wehlitz E, Löhr M, Driessen M, Behrens J, Wingenfeld K. Effort–reward imbalance and burnout among German nurses in medical compared with psychiatric hospital settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2009, 16, 225–233

⁸⁷ Rebouças D, Legay LF, Abelha L. Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. *Rev Saúde Pública* 2007;41(2):244-50.

⁸⁸ Inoue M, Tsurugano S, Nishikitani M, Elji Yano. Effort-reward imbalance and its association with health among permanent and fixed-term workers. *Biopsychosocial Medicine* 2010, 4 (16): 1-7.

⁸⁹ Lunardi Filho WD. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem. [Dissertação de mestrado]. Rio Grande do Sul (RS): Faculdade de Ciências Econômicas/ URGs, 1995.

⁹⁰ Faria MAAG. Terceirização no setor da saúde. brasileiro In: Dau DM, Rodrigues JJ, Conceição JJ (Orgs.). Terceirização no Brasil: Do discurso da inovação à precarização do trabalho. São Paulo: Anna Blume, 2009, 301 p.

⁹¹ Inoue M, Tsurugano S, Yano E. Job stress and mental health of permanent and fixed-term workers measured by effort-reward imbalance model, depressive complaints and clinic utilization. *J Occup Health* 2011; 53: 93-101.

⁹² Moura MLS, Ferreira MC, Paine PA. Manual de elaboração de projetos de pesquisa. Rio de Janeiro: Ed UERJ, 1998, 132p.

⁹³ Almeida SGP, Germano RM. A teoria da dádiva e o cuidar em enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm* 2009; 2: 338-42.

APÊNDICES

APÊNDICE 1- Tabela de análise de regressão para verificar a associação entre o tipo de vínculo e as diferenças na população segundo a idade no Hospital 1

		Regressões no Hospital 1					
		Todo o grupo		Até 45 anos		Acima de 46 anos	
		Bruto	Ajustado	Bruto	Ajustado	Bruto	Ajustado
DER	Terc.	1,23 (0,81-1,88)	0,63 (0,38-1,07)	0,85 (0,47-1,54)	0,58 (0,29-1,16)	1,42 (0,66-3,07)	0,84 (0,34-2,02)
	Temp.	1,23 (0,91-1,67)	0,42 (0,23-0,75)	0,90 (0,56-1,44)	0,45 (0,21-0,96)	x	x
Esforço	Terc.	1,00 (0,67-1,48)	0,52 (0,32-0,86)	0,71 (0,40-1,25)	0,52 (0,27-1,00)	0,96 (0,47-2,00)	0,48 (0,21-1,12)
	Temp.	1,04 (0,79-1,38)	0,43 (0,25-0,74)	0,73 (0,47-1,16)	0,48 (0,24-0,99)	0,34 (0,07-1,54)	0,23 (0,05-1,09)
Recompensa	Terc.	2,27 (1,51-3,42)	1,62 (1,00-2,65)	1,40 (0,77-2,53)	1,24 (0,65-2,39)	3,66 (1,77-7,56)	3,73 (1,63-8,53)
	Temp.	1,58 (1,16-2,13)	0,88 (0,50-1,54)	1,15 (0,71-1,86)	0,94 (0,46-1,91)	0,34 (0,04-2,71)	0,37 (0,05-3,02)
n	Permanente		509	Permanente	98	Permanente	408
	Terceirizado		140	Terceirizado	102	Terceirizado	38
	Temporário		358	Temporário	345	Temporário	13
	Total		1007	Total	545	Total	459

APÊNDICE 2- Tabela de análise de regressão para verificar a associação entre o tipo de vínculo e as diferenças na população segundo a idade no Hospital 2

Regressões no Hospital 2							
		Todo o grupo		Até 45 anos		Acima de 46 anos	
		Bruto	Ajustado	Bruto	Ajustado	Bruto	Ajustado
DER	Coop.	1,23 (0,73-2,09)	0,70 (0,35-1,39)	1,05 (0,57-1,93)	0,67 (0,30-1,49)	0,78 (0,18-3,39)	0,78 (0,18-3,40)
Esforço	Coop.	0,98 (0,57-1,67)	0,70 (0,33-1,48)	0,82 (0,44-1,53)	0,77 (0,32-1,88)	0,55 (0,11-2,88)	0,63 (0,12-3,41)
Recompensa	Coop.	2,59 (1,46-4,60)	1,90 (0,90-4,03)	2,13 (1,11-4,09)	1,30 (0,56-3,02)	2,92 (0,66-12,81)	3,50 (0,73-16,84)
n		Permanente	116	Permanente	69	Permanente	46
		Cooperativado	129	Cooperativado	116	Cooperativado	12
		Total	245	Total	185	Total	58

ANEXOS

ANEXO 1 - Aceite da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa



MINISTERIO DA SAUDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PARECER Nº 1318/2004

Registro CONEP: 10228 (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

CAAE-0001.0.011.000-0

Processo nº 25000.065397/2004-48

Projeto de Pesquisa: *"Gênero trabalho e saúde em profissionais da enfermagem: morbidade e sua associação com o trabalho noturno, longas jornadas e trabalho doméstico"*

Pesquisador Responsável: Drª. Lúcia Rotenberg

Instituição: Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz - RJ.

Área Temática Especial: cooperação estrangeira

Objetivo

O projeto visa estudar as relações entre a organização do trabalho hospitalar e a saúde e bem estar dos profissionais de enfermagem.

Específicos: descrever o perfil da população quanto às variáveis sócio-demográficas, ao trabalho profissional, ao trabalho doméstico e as condições de saúde física e mental referidas, incluindo queixas referentes ao sono e à falta de tempo para si, para cuidar da casa, para o descanso e lazer. Descrever o grupo em relação aos fatores psicossociais do trabalho. Avaliar a associação entre condições de saúde e horário de trabalho, a duração da jornada profissional, a jornada doméstica, a sobrecarga doméstica e a carga total de trabalho considerando ambos as atividades profissionais e domésticas. Testar a associação entre duração da jornada de trabalho profissional e o aumento da pressão arterial no ambiente de trabalho. Testar a associação entre o desgaste psicossocial no trabalho e o aumento da pressão arterial no ambiente de trabalho.

Resumo

O projeto tem fundamentação teórica pertinente e é uma continuação do projeto anteriormente desenvolvido nos hospitais da FIOCRUZ. O projeto se divide em duas partes: a primeira compreende um estudo epidemiológico, onde serão entrevistados todos os funcionários e serão avaliados as condições físicas e metais; queixas relativas ao sono e ao gerenciamento do tempo e sua associação com trabalho noturno, às longas jornadas e o trabalho doméstico. A segunda etapa compreende a tomada de pressão arterial, de 280 indivíduos escolhidos aleatoriamente e suas relações com a jornada semanal e o desgaste psicossocial no trabalho.

Comentários

Os procedimentos estão bem descritos, a forma de recrutamento está adequada, existe benefício imediato ao sujeito da pesquisada e não há riscos evidentes. Existe uma cooperação entre a coordenadora do projeto e um pesquisador do Hospital Mont Sinai de Nova York que participará *"com provimento de parte dos recursos financeiros para a execução do projeto"*, o que caracteriza a cooperação estrangeira. Consta no protocolo o orçamento financeiro detalhado, descrevendo as despesas com pessoas físicas e jurídicas.

Cont. Parecer CONEP nº 1318/2004


Considerações

Mediante a análise do presente projeto, considerou-se que os aspectos fundamentais da Res. CNS nº 196/96 sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, foram atendidas e o projeto foi aprovado pela instituição supracitada.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS nº 196/96, manifesta – se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Projeto aprovado.

Brasília, 29 de junho de 2004.


WILLIAM SAAD HOSSNE
Coordenador da CONEP/CNS/MS

ANEXO 2 - Termo de consentimento utilizado nos hospitais

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você, profissional de enfermagem do Hospital dos Servidores do Estado, a participar de uma pesquisa sobre o trabalho em hospitais e suas repercussões à saúde dos trabalhadores. A pesquisa é realizada por uma equipe da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em colaboração com a Comissão de Saúde do Trabalhador deste Hospital. O objetivo desta pesquisa é estudar os impactos de seu trabalho na saúde e vida familiar, levando em conta o trabalho no hospital e também as tarefas realizadas em casa.

O estudo se baseia no preenchimento de um questionário sobre a sua saúde, o sono, o trabalho profissional e as atividades domésticas. Os resultados da pesquisa ajudarão a compor o perfil de saúde dos profissionais de enfermagem do HSE. Nossa meta é que este estudo possa contribuir para a análise do trabalho hospitalar e suas repercussões à saúde dos profissionais, visando gerar ações de melhoria das condições de trabalho. Faremos, oportunamente, convite a todos para a apresentação e discussão destes resultados neste Hospital.

Você tem total liberdade para se recusar a participar da pesquisa, sem punição alguma e sem prejuízo a sua atividade profissional. Sua participação não envolve nenhum gasto, desconforto ou alteração na sua rotina. Além disso, a pesquisa é anônima, de forma a garantir a sua privacidade, de forma que seu nome não estará associado a nenhum tipo de informação ou resultado da pesquisa. Os resultados poderão vir a ser apresentados em congressos ou publicados, respeitando-se sempre o sigilo e a confidencialidade das informações.

Segue abaixo o nome, endereço e telefone da coordenadora da pesquisa, que está à disposição para sanar qualquer tipo de dúvida e fornecer mais informações sobre o estudo, caso seja de seu interesse.

Concordo em participar da pesquisa acima descrita.

Assinatura do participante

Rio de Janeiro, ____ de ____ de ____

Assinatura da coordenadora da pesquisa

Coordenadora: Lúcia Rotenberg
Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde, Departamento de Biologia, Instituto Oswaldo Cruz, Fiocruz
Av. Brasil, 4365, Pav. Lauro Travassos, sala 11
Telefones: 2598-4378 e 2598-4379 ramais 130 ou 131
e.mail: rotenber@ioc.fiocruz.br

Nome do participante: _____ Setor: _____

ANEXO 3 - Escala Desequilíbrio esforço-recompensa utilizada na pesquisa

Bloco D

Nesta parte da pesquisa fazemos perguntas sobre o seu trabalho e as repercussões sobre a saúde.

TODAS AS PERGUNTAS SOBRE O TRABALHO SE REFEREM A ESTE HOSPITAL.

Para cada afirmativa abaixo, assinale primeiro se você *concorda* ou *discorda*. Se houver uma seta depois de sua resposta, por favor assinale até que ponto você se sente estressado com tal situação.

Agradecemos por responder a todas as afirmativas.

D1. Constantemente, eu me sinto pressionado pelo tempo por causa da carga pesada de trabalho.

1 Concordo → E com isso, eu fico: 1 nem um pouco estressado 2 um pouco estressado
3 estressado 4 muito estressado

2 Discordo

D2. Frequentemente eu sou interrompido e incomodado no trabalho.

1 Concordo → E com isso, eu fico: 1 nem um pouco estressado 2 um pouco estressado
3 estressado 4 muito estressado

2 Discordo

D3. Eu tenho muita responsabilidade no meu trabalho.

1 Concordo → E com isso, eu fico: 1 nem um pouco estressado 2 um pouco estressado
3 estressado 4 muito estressado

2 Discordo

D4. Frequentemente, eu sou pressionado a trabalhar depois da hora.

1 Concordo → E com isso, eu fico: 1 nem um pouco estressado 2 um pouco estressado
3 estressado 4 muito estressado

2 Discordo

D5. Meu trabalho exige muito esforço físico.

1 Concordo → E com isso, eu fico: 1 nem um pouco estressado 2 um pouco estressado
3 estressado 4 muito estressado

2 Discordo

D6. Nos últimos anos, meu trabalho passou a exigir cada vez mais de mim.

1 Concordo → E com isso, eu fico: 1 nem um pouco estressado 2 um pouco estressado
3 estressado 4 muito estressado

2 Discordo

D7. Eu tenho o respeito que mereço dos meus chefes.

- 1 Concordo
- 2 Discordo → E com isso, eu fico: 1 nem um pouco estressado 2 um pouco estressado
3 estressado 4 muito estressado
-

D8. Eu tenho o respeito que mereço dos meus colegas de trabalho.

- 1 Concordo
- 2 Discordo → E com isso, eu fico: 1 nem um pouco estressado 2 um pouco estressado
3 estressado 4 muito estressado
-

D9. No trabalho, eu posso contar com apoio em situações difíceis.

- 1 Concordo
- 2 Discordo → E com isso, eu fico: 1 nem um pouco estressado 2 um pouco estressado
3 estressado 4 muito estressado
-

D10. No trabalho, eu sou tratado injustamente.

- 1 Concordo → E com isso, eu fico: 1 nem um pouco estressado 2 um pouco estressado
3 estressado 4 muito estressado
- 2 Discordo
-

D11. Eu vejo poucas possibilidades de ser promovido no futuro.

- 1 Concordo → E com isso, eu fico: 1 nem um pouco estressado 2 um pouco estressado
3 estressado 4 muito estressado
- 2 Discordo
-

D12. No trabalho, eu passei ou ainda posso passar por mudanças não desejadas.

- 1 Concordo → E com isso, eu fico: 1 nem um pouco estressado 2 um pouco estressado
3 estressado 4 muito estressado
- 2 Discordo
-

D13. Tenho pouca estabilidade no emprego.

- 1 Concordo → E com isso, eu fico: 1 nem um pouco estressado 2 um pouco estressado
3 estressado 4 muito estressado
- 2 Discordo
-

D14. A posição que ocupo atualmente no trabalho está de acordo com a minha formação e treinamento.

- 1 Concordo
- 2 Discordo → E com isso, eu fico: 1 nem um pouco estressado 2 um pouco estressado
3 estressado 4 muito estressado
-

D15. No trabalho, levando em conta todo o meu esforço e conquistas, eu recebo o respeito e o reconhecimento que mereço.

- 1 Concordo
- 2 Discordo → E com isso, eu fico: 1 nem um pouco estressado 2 um pouco estressado
3 estressado 4 muito estressado
-

D16. Minhas chances futuras no trabalho estão de acordo com meu esforço e conquistas.

- 1 Concordo
- 2 Discordo → E com isso, eu fico: 1 nem um pouco estressado 2 um pouco estressado
3 estressado 4 muito estressado
-

D17. Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado.

- 1 Concordo
- 2 Discordo → E com isso, eu fico: 1 nem um pouco estressado 2 um pouco estressado
3 estressado 4 muito estressado
-

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

D18. No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado pela pressão do tempo.

- 1 Discordo Totalmente 2 Discordo 3 Concordo 4 Concordo Totalmente
-

D19. Assim que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas do trabalho.

- 1 Discordo Totalmente 2 Discordo 3 Concordo 4 Concordo Totalmente
-

D20. Quando chego em casa, eu consigo relaxar e “me desligar” facilmente do meu trabalho.

- 1 Discordo Totalmente 2 Discordo 3 Concordo 4 Concordo Totalmente
-

D21. As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho.

- 1 Discordo Totalmente 2 Discordo 3 Concordo 4 Concordo Totalmente
-

D22. O trabalho não me deixa; ele ainda está na minha cabeça quando vou dormir.

- 1 Discordo Totalmente 2 Discordo 3 Concordo 4 Concordo Totalmente
-

D23. Não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje.

- 1 Discordo Totalmente 2 Discordo 3 Concordo 4 Concordo Totalmente
-

