

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Bruna Cardoso Canazaro

**Associação entre qualidade de vida e estresse no trabalho das nutricionistas dos  
hospitais da rede pública do município do Rio de Janeiro.**

Rio de Janeiro

2018

Bruna Cardoso Canazaro

**Associação entre qualidade de vida e estresse no trabalho das nutricionistas dos hospitais da rede pública do município do Rio de Janeiro.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública e Epidemiologia da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Epidemiologia Geral.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria de Jesus Mendes da Fonseca

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Odaléia Barbosa de Aguiar

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

C213a Canazaro, Bruna Cardoso.  
Associação entre qualidade de vida e estresse no trabalho das nutricionistas dos hospitais da rede pública do município do Rio de Janeiro / Bruna Cardoso Canazaro. -- 2018.  
84 f. ; tab.

Orientadora: Maria de Jesus Mendes da Fonseca.  
Coorientadora: Odaléia Barbosa de Aguiar.  
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

1. Qualidade de Vida. 2. Nutricionistas. 3. Estresse Psicológico.  
4. Estresse Ocupacional. 5. Hospitais Municipais. I. Título.

CDD – 22.ed. – 613.2092

Bruna Cardoso Canazaro

**Associação entre qualidade de vida e estresse no trabalho das nutricionistas dos hospitais da rede pública do município do Rio de Janeiro.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública e Epidemiologia da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Epidemiologia Geral

Aprovada em: 9/abril/2018

Banca Examinadora

Prof<sup>ª</sup> Dra. Márcia Guimarães de Mello Alves  
Universidade Federal Fluminense

Prof<sup>ª</sup> Dra. Arlinda B. Moreno  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof<sup>ª</sup> Dra. Odaléia Barbosa de Aguiar (Coorientadora)  
Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Prof<sup>ª</sup> Dra. Maria de Jesus Mendes da Fonseca (Orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2018

À minha mãezinha,  
Amiga e Incentivadora, que com sua incansável ternura e dedicação me conduz na  
caminhada da vida.

## AGRADECIMENTOS

Gratidão a Deus, Senhor da minha vida, sustento e direção dos meus caminhos, por sua fidelidade em todos os momentos de minha vida.

Gratidão à Odaléia Barbosa de Aguiar, minha coorientadora, pela prontidão e solicitude em me indicar os caminhos nesta trajetória de conhecimento e formação, passando-me tranquilidade para que eu pudesse aprender a dar os passos necessários.

À professora Maria de Jesus Mendes da Fonseca, orientadora, por sua disponibilidade na orientação, pelo saber que transmitiu e por todas as colaborações fundamentais na realização desta dissertação.

Aos professores do programa de Saúde Pública e Epidemiologia que foram fundamentais para o avanço nos conhecimentos deste campo.

Ao Professor Joaquim Valente e a Célia Regina que me permitiram acompanhar a disciplina de Epidemiologia no curso de Especialização em Saúde Pública, contribuindo significativamente com a minha formação.

À minha Mãe, Veronica Venancia Cardoso, que não mede esforços para que eu evolua pessoal e profissionalmente, por sua ternura e incentivo para que eu nunca desista de meus objetivos.

À Camila Fidelis, amiga e irmã por sua disponibilidade gratuita em me ajudar nos momentos difíceis deste caminho e por se alegrar genuinamente com cada passo de vitória.

Ao meu companheiro, noivo, futuro marido e eterno namorado, George Cosme Soares Gonçalves, por seu carinho, incentivo e compreensão.

À Aimée Reis, por sua presença e parceria, próprios de uma amizade verdadeira. Às “Divas da Epidemia” Thainá Castro, Laís Santana, Nathalia Gomes, Aline Costa, Grazielle Rodrigues, Júlia Peixoto, Mariana Salles e Mariana Veloso, pelas inúmeras horas de estudo no período das disciplinas obrigatórias, e pelo apoio e parceria que foram alegria e leveza durante este processo.

À minha família, unida e sempre presente, e aos meus amigos queridos, que, sendo base da minha formação humana, foram e são fundamentais para a concretude de todos os meus sonhos.

*Sim, excelso é o Senhor; mas olha os pequeninos.*

Bíblia, 1999, Salmo 137: 6.

## RESUMO

Características próprias do ambiente hospitalar e da relação de trabalho entre os pares podem trazer consequências para o estado de saúde dos profissionais dentre eles o nutricionista, que diferem dos outros profissionais deste ambiente visto o contato com diferentes chefias e baixa autonomia de decisão no cuidado com os pacientes. Este estudo tem como objetivo analisar a associação entre qualidade de vida e estresse psicossocial no trabalho de nutricionistas dos hospitais da rede pública do município do Rio de Janeiro. Trata-se de um estudo seccional realizado em todos os hospitais da rede pública do município do Rio de Janeiro. Participaram do estudo os nutricionistas com regime de trabalho estatutário ou celetista. O estresse psicossocial no trabalho foi avaliado por meio do questionário demanda-controle- apoio social (DCSQ). A qualidade de vida foi avaliada segundo o instrumento WHOQOL- Bref. Para análise de dados, o desfecho foi modelado por meio de regressão linear múltipla como função da qualidade de vida em cada um de seus domínios ajustados pelas covariáveis. A demanda no trabalho esteve inversamente associada à qualidade de vida no domínio físico e meio ambiente. O controle no trabalho esteve diretamente associado à qualidade de vida no domínio psicológico. Considerando estresse psicossocial no trabalho segundo os quadrantes, o alto desgaste, em comparação ao baixo desgaste, esteve inversamente associado à qualidade de vida nos domínios físico e psicológico. O apoio social no trabalho, tanto no modelo com demanda e controle como variáveis contínuas quanto no modelo com os quadrantes esteve diretamente associado a todos os domínios de qualidade de vida corroborando o seu papel moderador entre demanda psicológica e controle no trabalho e protetor aos desfechos em saúde. O estresse psicossocial no trabalho, segundo o quadrante alto desgaste, a demanda psicológica no trabalho e o controle no processo de trabalho influenciam a autoavaliação da qualidade de vida. Cabe ressaltar, que o domínio físico é mais influenciado pelo estresse. Conhecer o papel do estresse psicossocial no trabalho sobre a qualidade de vida desses profissionais permite futuras ações em fatores modificáveis como o ambiente de trabalho e no que tange as questões laborais do processo de cuidado dos profissionais de saúde.

Palavras Chave: Qualidade de vida. Nutricionistas. Estresse Psicológico.



## ABSTRACT

Specific characteristics from the hospital environment and from the work relationship among people can bring consequences to staff's health. Among them there is the nutritionist, who differs from the other professionals in this environment due to the contact with different leaders and their low autonomy in decision-making on the care with their patients. As such, the main objective of this study is to analyze the connection between quality of life and stress in work among nutritionists from public hospitals in the city of Rio de Janeiro. This cross sectional study, which has taken place in all of hospitals from the public network in the municipality of Rio de Janeiro. The participants of this study were nutritionists working in a CLT (Consolidated Labor Laws) system or regular public employment system. Stress at work was assessed through the demand control-social support questionnaire (DCSQ). Quality of life was evaluated according to the WHOQOL-bref instrument. For data analysis, the outcome was modeled by means of multiple linear regression as a function of quality of life in each of their domains controlled by covariates. Demand at work was inversely associated with quality of life in the physical and environmental domain. Control at work was directly associated with quality of life in the psychological domain. Considering work stress according to the quadrants, the high wear, in comparison to the low wear, was inversely associated with quality of life in the physical and psychological domains. Social support at work, both in the model with demand and control as continuous variables as in the model with the quadrants, was directly associated with all domains of quality of life corroborating their role as a moderator between psychological demand and control at work and as a protector to health outcomes. Psychosocial stress at work, according to the high attrition quadrant, the psychological demand at work and control in the work process influence the self-assessment of quality of life. It should be noted that the physical domain is more influenced by stress. Knowing the role of work stress on the quality of life of these professionals allows future actions in the work environment and in what concerns the labor issues of the process of care of health professionals.

Keywords: Quality of Life. Nutritionists. Stress Psychological. Health Personnel

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Esquema do Modelo de Demanda-Controle de Karasek.....	21
Figura 2.-	Modelo Teórico dos Fatores Associados à Qualidade de Vida nos domínios:Físico,Psicológico,Meio ambiente e Relações sociais.....	30
Quadro 1 -	Estudos Epidemiológicos sobre fatores associados à qualidade de vida.....	29
Quadro 2-	Domínios e facetas do WHOQOL-bref.....	33
Quadro 3-	Versão resumida da “JOB STRESS SCALE” (adaptada para o português).....	34
Quadro 4-	Covariáveis utilizadas no Estudo.....	35

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sociodemográficas, de saúde e laborais das nutricionistas dos hospitais da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro, RJ, Brasil 2011/2012.....	44
Tabela 2	Comparação entre as médias de Qualidade de Vida segundo os domínios: físico, psicológico, meio ambiente, relações sociais e variáveis sociodemográficas.....	47
Tabela 3	Comparação entre as médias de Qualidade de Vida segundo os domínios: físico, psicológico, meio ambiente, relações sociais e variáveis estilo de vida.....	48
Tabela 4	Comparação entre as médias de Qualidade de Vida segundo os domínios: físico, psicológico, meio ambiente, relações sociais e variáveis do trabalho.....	49
Tabela 5	Associação entre Qualidade de Vida (Domínio Físico, Psicológico, Meio ambiente e Relações sociais) e Estresse Psicossocial no Trabalho (Demanda e Controle –Variáveis contínuas- e Quadrantes) de nutricionistas de hospitais da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2011/2012.....	51

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
2	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>14</b>
2.1	QUALIDADE DE VIDA.....	14
2.2	ESTRESSE PSICOSSOCIAL NO TRABALHO.....	19
2.3	PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	24
2.4	FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA E ESTRESSE PSICOSSOCIAL NO TRABALHO.....	27
3	<b>OBJETIVO GERAL.....</b>	<b>31</b>
3.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
4	<b>MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>32</b>
5	<b>ARTIGO.....</b>	<b>37</b>
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>62</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>64</b>
	<b>ANEXO A - QUESTIONÁRIO DA PESQUISA.....</b>	<b>71</b>
	<b>ANEXO B - PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....</b>	<b>79</b>
	<b>ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>80</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O termo “qualidade de vida” tem sido amplamente discutido no meio científico desde a década de 70. Este fato se dá devido à preocupação com o aumento da longevidade dos indivíduos, a partir dos avanços da medicina e do bem-estar da população, que estão inseridos em novos contextos sociais e de relações de trabalho (VILARTA, ROBERTO, GUTIERREZ, 2010).

O conceito de qualidade de vida é definido a depender da cultura, origem e perspectiva do indivíduo e, desta forma, alguns autores relatavam no início da década de 1990, a dificuldade na comparação de dados referentes à qualidade de vida, devido às diferentes formas de conceitualização e mensuração da mesma nos estudos (COHEN *et al.*, 1996; BOWLING, 1995).

No intuito de se ter uma definição que englobasse as perspectivas de diferentes culturas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) instituiu o Grupo de qualidade de vida (The World Health Organization Quality of Life-WHOQOL- GROUP) e em 1995 esse grupo propôs como definição de qualidade de vida *"a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações"*(WHO, 1998). Neste aspecto, a definição do Grupo WHOQOL abrange a complexidade deste conceito, introduzindo a cultura e o sistema de valores na definição, considerando as crenças, leis, moral e costumes contemplando a subjetividade da avaliação que está no contexto cultural do indivíduo (FLECK, 2000).

A definição de qualidade de vida leva em consideração sua origem multifatorial e considera seis domínios que englobam diferentes dimensões da vida do indivíduo: saúde física, saúde psicológica, nível de independência, relação social, meio ambiente e espiritualidade (LANDEIRO *et al.*, 2011). O desafio do grupo WHOQOL foi atender à necessidade de se comparar resultados de maneira transcultural, sendo assim, eles propuseram um instrumento que pudesse avaliar qualidade de vida em diferentes contextos culturais e a partir de diferentes populações, que foi intitulado de WHOQOL-100.

O instrumento WHOQOL-100 é constituído de 100 itens distribuídos em seis domínios - físico, psicológico, meio ambiente, nível de independência, relações sociais e

espiritualidade. Frente à necessidade de se ter um instrumento curto que possibilitasse a aplicação em menor tempo, o que se faz necessários em alguns estudos epidemiológicos, mas que apresentasse características psicométricas satisfatórias, o Grupo de Qualidade de Vida da OMS propôs o Whoqol-bref, uma versão reduzida do Whoqol-100, composto por 26 questões distribuídas em quatro domínios (físico, psicológico, meio ambiente e relações sociais). É importante destacar que este instrumento evidencia a qualidade de vida geral e subjetiva e não especificamente a qualidade de vida no trabalho ou de recursos materiais. Outros instrumentos foram propostos pelo próprio grupo WHOQOL para condições específicas, como o Whoqol-OLD para uma faixa etária exclusiva e o Whoqol-HIV, para uma patologia específica.

A utilização desses instrumentos é abrangente e contempla diversas possibilidades de utilização na prática clínica individual, em indivíduos enfermos e saudáveis, e também em pesquisas e avaliações de serviços e políticas públicas (FLECK, 2000). Particularmente o WHOQOL-Bref, devido a sua facilidade de aplicação, tem sido amplamente utilizado em pesquisas epidemiológicas (MORENO, 2004; SORIC *et al.*, 2013; ANJARA *et al.*, 2017).

Dentro deste contexto, tem-se observado grande interesse na avaliação da qualidade de vida geral entre trabalhadores de diferentes especialidades (TRENTINI, 2004; MARCONATO E MONTEIRO, 2015). O interesse se dá devido às modificações no processo e na carga de trabalho, que podem gerar consequências, por vezes danosas e custosas, tanto a empregados como empregadores.

De maneira particular, o ambiente de trabalho hospitalar confere riscos diferenciados aos trabalhadores da área da saúde inseridos neste local. Em geral, os profissionais dos hospitais estão expostos a riscos ocupacionais elevados, visto a convivência com situações de sofrimento, depressão, dor e estresse que afetam diretamente a qualidade de vida desses indivíduos (HARBS; RODRIGUES; QUADROS, 2008).

Andrade e colaboradores (2015) em estudo de revisão sobre a qualidade de vida de profissionais da área da saúde concluíram que os profissionais desta área estão expostos a situações laborais de diversos riscos, tais como: elevada carga de prestação de serviços, prolongadas jornadas de trabalho, número reduzido de funcionários, exposição a agentes biológicos e ao sofrimento humano e, além disso, encontram dificuldades de atendimento aos pacientes devido às condições inadequadas de estrutura física e de falta de articulação dos recursos humanos nas instituições hospitalares. Desta forma, esses

profissionais de saúde da área hospitalar sofrem com esgotamento físico, psíquico e baixa qualidade de vida.

Outros estudos têm demonstrado que o estresse psicossocial no trabalho, a falta de recompensa e altas demandas têm impacto negativo na vida do trabalhador gerando problemas de saúde física e mental, transtornos psíquicos menores e distúrbios musculoesqueléticos que impactam diretamente na qualidade de vida geral destes indivíduos (STANSFELD et al., 1998; ARAUJO, 1999; MAGNAGO et al., 2010).

Apesar do crescente interesse da área acadêmica em avaliar a qualidade de vida geral e subjetiva como desfecho em trabalhadores da área da saúde, ainda existem lacunas sobre de que forma o estresse psicossocial no trabalho influencia a qualidade de vida geral desses profissionais. Desta forma, estudos que se debruçam nesta temática são de grande importância para a saúde pública e para a avaliação da saúde dos trabalhadores possibilitando futuras ações em promoção da saúde e intervenções no ambiente de trabalho contribuindo significativamente com o campo de saúde do trabalhador.

## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 2.1 QUALIDADE DE VIDA

A expressão qualidade de vida surge com maior repercussão em 1964 na fala do então presidente dos Estados Unidos Lyndon Johnson que declarou “... *os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas*” explicitando que os objetivos dos avanços em qualidade de vida não devem ser medidos apenas por valores monetários de uma nação (FLECK et al., 1999).

A partir da década de 1970, influenciado por discussões anteriores sobre a insuficiência das medidas objetivas de desfecho em saúde, a busca de indicadores sociais, estudos de base epidemiológica sobre a felicidade e bem-estar, psicologia positiva, satisfação com o cliente e o movimento de humanização da medicina surge o conceito de qualidade de vida como medida de desfecho em saúde (FLECK et al., 2008).

Na área da saúde o termo “qualidade de vida” surgiu no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle dos sintomas, a diminuição da mortalidade e o aumento da expectativa de vida. Os avanços dos tratamentos na medicina acarretaram em aumento da expectativa de vida da população surgindo à preocupação com a qualidade de vida com o passar dos anos. Quanto a este processo, pode-se citar a afirmação de Fleck e colaboradores (1999b), “*a Oncologia foi a especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevida aumentada devido aos tratamentos realizados, já que, muitas vezes, na busca de acrescentar anos à vida, era deixada de lado a necessidade de acrescentar vida aos anos*”. A preocupação com a qualidade de vida também se dá nos campos da saúde coletiva e das políticas públicas, onde mensurar a qualidade de vida passou a ter importância para avaliar eficácia e eficiência de tratamentos e procedimentos em saúde desde a década de 90 (KAPLAN, 1992).

Conceituar qualidade de vida tem sido tarefa árdua por se tratar de algo que tem características subjetivas além das objetivas (SEIDL e ZANNON 2004). Inicialmente, o termo qualidade de vida, foi associado ao quanto à sociedade estava desenvolvida economicamente e, desta forma, considerava a posse de bens materiais e, conseqüentemente, o padrão de vida. Posteriormente os aspectos de bem-estar físico e psicológico, como a qualidade das relações interpessoais, saúde e lazer, estilo de vida e



educação, foram incorporados ao termo (SEIDL e ZANNON 2004). O termo “qualidade de vida” foi criado como palavra-chave no Medical Subject Heading (MESH) da US National Library of Medicine (MedLine) no final da década de 1970 em vista do grande número de trabalhos científicos e artigos sobre este tema (LANDEIRO et al., 2011).

Pode-se observar que na literatura existem duas vertentes na iniciativa de definir qualidade de vida na área da saúde. Em uma delas se pode observar um conceito com abrangência mais genérica, considerando uma população saudável sem restringir a agravos de saúde ou acometimento por patologias. Outra vertente é a utilização do termo qualidade de vida relacionado à saúde - *health related quality of life* - em que, apesar de ser utilizado frequentemente com objetivos semelhantes aos da conceituação mais geral, tem como diferença o fato de considerar intervenções em saúde e enfermidades e o estado de saúde do indivíduo pós-avergos em saúde ou procedimentos médicos (SEIDL e ZANNON, 2004).

Dois aspectos fundamentais do termo qualidade de vida são consensuais entre os estudiosos do tema: a subjetividade e a multidimensionalidade. A subjetividade refere-se à autopercepção sobre o estado de saúde, ou seja, como a pessoa autoavalia as dimensões relacionadas à qualidade de vida. Desta forma, a qualidade de vida não deve ser avaliada por uma terceira pessoa, um profissional de saúde ou um observador, mas pelo próprio indivíduo (SLEVIN, 1988; LÈPPEGE, 1995). A natureza multidimensional também é um consenso entre os estudiosos do tema. Essas dimensões que compõem o construto foram amplamente discutidas em estudos quantitativos e qualitativos e pode-se dizer que, a partir do estudo do Grupo de Qualidade de Vida da OMS quatro grandes dimensões foram consolidadas: dimensão física – percepção do indivíduo sobre sua condição física; dimensão psicológica- dimensão do indivíduo quanto à sua percepção afetiva e cognitiva; dimensão social- percepção do indivíduo sobre suas relações sociais; dimensão do meio ambiente- como o indivíduo percebe o ambiente em que vive (WHOQOL, 1995).

Visto o uso crescente da expressão qualidade de vida na prática profissional e em publicações acadêmicas, emerge a necessidade de se ter instrumentos capazes de avaliar a qualidade de vida bem como uma definição para o termo. Inicialmente, a avaliação da qualidade de vida se dava como um complemento de parâmetros clínicos em análises de sobrevivência (MONTEIRO et al., 2010). Entretanto, na década de 1970, surgiram os instrumentos de medida genéricos que visavam quantificar a qualidade de vida sem

focar em uma determinada doença, de modo a contribuir com estudos epidemiológicos e com o planejamento e avaliação nos sistemas de saúde (WOOD-DAUPHINEE, 1999). Dentre eles pode-se citar o *Short-Form 36-item (SF-36) health survey*, o *EuroQoL (EQ-5D)* e o *Sickness Impact Profile (SIP)* (SEIDL e ZANNON, 2004; MONTEIRO et al., 2010).

Os instrumentos propostos para medir qualidade de vida relacionada à saúde, apesar de enfatizarem os sintomas e agravos devido a enfermidades, também integram a multidimensionalidade do conceito em suas análises. Referente à mensuração da qualidade de vida, uma das medidas-padrões do setor saúde é o *QUALY- Quality-adjusted Life-years*, que se refere ao custo por ano de vida ganho, ajustado pela qualidade de vida alcançada. A qualidade de vida é indicada pelo próprio indivíduo, contemplando uma abordagem subjetiva e permite que se tenha uma medida de desfecho em saúde para análise de custo-efetividade de intervenções de cuidados à saúde que oriente a alocação de recursos. A escala de Qualidade de Bem-Estar (QWB) proposta em 1973 foi o primeiro instrumento desenvolvido como uma medida de qualidade de vida relacionada à saúde para ser utilizado na estimação dos *QUALYs* como resultado em saúde. Dentre os instrumentos que são voltados para medir qualidade de vida entre indivíduos com uma doença específica, tem-se, entre muitos outros, o *Medical Outcomes Study-HIV*, uma medida breve e abrangente da qualidade de vida relacionada à saúde utilizada em portadores do vírus da imunodeficiência humana/síndrome de imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS), o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire “Core” 30 Items (EORTC-QLQ-C30)*, e o *Questionário de Avaliação de Diabetes 39 (D-39)*, (WU et al, 1997; BOYER e EARP, 1997; AARONSON, 1993).

Independente do objetivo de quantificar qualidade de vida de maneira genérica ou relacionada à saúde, a maioria dos instrumentos foram desenvolvidos nos Estados Unidos ou na Inglaterra. Entretanto, o uso desses instrumentos em países que possuem aspectos culturais diferentes foi alvo de críticas no início da década de 1990 visto que, apenas a tradução do instrumento não viabiliza o seu uso em culturas e países de línguas diferentes. O construto qualidade de vida é um conceito subjetivo e que depende da perspectiva do indivíduo que é construída a partir de sua cultura e origem e, assim, os instrumentos devem ser traduzidos e validados para uso em populações diferentes (GILL; FEINSTEIN, 1994; MONTEIRO et al., 2010).

Com esse objetivo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) constituiu o Grupo de trabalho - *The World Health Organization Quality of Life* -(WHOQOL Group) no ano de 1990 com a finalidade de desenvolver no projeto WHOQOL um instrumento que permitisse avaliar a qualidade de vida numa perspectiva transcultural (WHO, 1998). Com esta finalidade, diversos centros de estudos com culturas diferentes, colaboraram na construção dos domínios de avaliação da qualidade de vida que comporiam o instrumento, bem como sua redação, seleção das questões e a derivação na escala de respostas e do teste de campo. Para garantir a abrangência internacional da perspectiva do estudo, a seleção dos centros participantes levou em consideração países com diferenças na disponibilidade de serviços em saúde, importância da família, nível de industrialização, maioria religiosa, entre outros. (FLECK et al., 2000).

Nesta perspectiva a definição de qualidade de vida proposta pela OMS bem como o instrumento proposto para mensurá-la contempla a abrangência do constructo e sua origem multifatorial considerando os seis domínios que englobam as diferentes dimensões de qualidade de vida de cada indivíduo: saúde física, saúde psicológica, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e padrão espiritual (WHO, 1995).

Na definição proposta pelo grupo WHOQOL, três aspectos fundamentais da qualidade de vida estão contemplados: A subjetividade, onde a percepção do indivíduo sobre sua realidade objetiva é o que deve ser considerado; A multidimensionalidade, visto que a qualidade de vida é composta por diferentes dimensões e, desta forma, não é adequado que um instrumento que se proponha medir qualidade de vida utilize-se de apenas um único escore, mas de escores de diferentes domínios; A presença de dimensões positivas (por exemplo, mobilidade) e negativas (por exemplo, dor) (FLECK et al., 1999b).

O primeiro instrumento proposto pelo grupo WHOQOL foi denominado WHOQOL-100 e é constituído de 100 perguntas referentes a seis domínios – físico, psicológico, meio ambiente, nível de independência, relações sociais e espiritualidade. Esses seis domínios possuem 24 facetas, cada uma delas é composta por 4 perguntas e uma faceta é composta de perguntas gerais sobre qualidade de vida. As respostas são dadas em escala do tipo Likert. Visto a necessidade de se ter um instrumento que demandasse menor tempo de preenchimento facilitando o uso em estudos epidemiológicos foi proposto o WHOQOL-Bref, uma versão reduzida do primeiro instrumento. O WHOQOL-Bref é composto por 26 questões onde duas referem-se à qualidade de vida geral e 24 que representam cada uma das facetas do instrumento original e estão

distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Cada domínio é composto por questões que são pontuadas de 1 a 5, segundo uma escala tipo Likert e os scores finais de cada domínio variam de 4 a 20 e são comparáveis aos do WHOQOL-100. Quanto mais alto o escore, melhor a qualidade de vida naquele domínio (FLECK et al., 1999a).

Além desses, outros instrumentos foram propostos pelo grupo WHOQOL para avaliar a qualidade de vida em populações com características específicas como o Whoqol-HIV, com itens complementares a fim de contemplar as especificidades de pessoas com HIV/AIDS e o Whoqol-OLD para avaliar a qualidade de vida em idosos junto ao instrumento Whoqol-Bref ou Whoqol-100 (WHO-WHOQOL-Group, 2003;FLECK et al., 2006)

As versões em português do Instrumento Whoqol-100 e Whoqol-Bref foram desenvolvidas utilizando o método transcultural a partir da tradução e adaptação do instrumento, com uso de grupos focais, para as particularidades da cultura brasileira pelo Grupo de Estudos sobre Qualidade de Vida do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck.

Ambos os instrumentos, Whoqol-100 e Whoqol-Bref, após processo de validação das versões em português, demonstraram bom desempenho psicométrico, com características satisfatórias de consistência interna, que foi avaliada pelo coeficiente de fidedignidade de Cronbach, que variou de 0,82 a 0,93 e 0,69 a 0,91, respectivamente, além da validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e teste-reteste sendo, portanto, adequados para avaliar qualidade de vida no Brasil (FLECK et al., 1999b; FLECK et al.,2000).

No Brasil, seguindo as perspectivas mundiais, é crescente o interesse da avaliação da qualidade de vida por parte de pesquisadores no campo da saúde como um desfecho importante na análise das condições da população. Avaliar a melhora da qualidade de vida ou a condição de qualidade de vida de diferentes grupos populacionais tem sido considerado um desfecho importante a ser pesquisado visto o desenvolvimento de novas práticas assistenciais na saúde pública (MONTEIRO et al., 2010; MARCITELLI, 2011; ALMEIDA-BRASIL et al.,2017).

Diversos estudos têm se debruçado em mensurar a qualidade de vida em várias áreas, inclusive no ambiente de trabalho de diferentes profissões (SANTANA et al., 2014; BRANCO et al., 2010). A presença de baixo escore de qualidade de vida tem sido relacionado com a renda familiar, sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, tabagismo, qualidade do sono e local de trabalho (MARCONATO; MONTEIRO, 2015; MASCARENHAS; PRADO, 2013; PALHARES; et.al., 2014). Outros trabalhos têm demonstrado que, quanto maior a vulnerabilidade ao estresse psicossocial no trabalho menor a qualidade de vida relatada pelos profissionais, que o desequilíbrio entre o esforço e a recompensa no ambiente de trabalho e o excesso de compromisso estão associados a baixos escores de qualidade de vida. Além disso, profissionais com alta tensão e estresse psicossocial no trabalho tendem a ter menor qualidade de vida ainda que tenham apoio social (CORRÊA et.al., 2013; TZENG et al., 2012; BARCAUI; LIMONGI-FRANÇA, 2014).

## 2.2 ESTRESSE PSICOSSOCIAL NO TRABALHO

O uso do termo “estresse” se deu inicialmente no campo de conhecimento da física definindo a reação que ocorre nos materiais que sofrem efeito de calor, radiação ou peso. Foi no ano de 1959 que Hans Selye foi pioneiro em conceituar estresse no âmbito biológico. A partir da observação de queixas inespecíficas de seus pacientes, ele descreveu o estresse como uma reação do corpo a agentes estressores, uma adaptação e reação de resposta do organismo que pode ser denominada de Síndrome de Adaptação Geral (SAG) que ocorre segundo três estágios: 1) Estágio de defesa e alarme; 2) Fase de Resistência e 3) Estágio de exaustão ou esgotamento. Hans Selye dedicou-se a conceituar cientificamente o termo “estresse” debruçando-se naquilo que ele não é, ou seja, o estresse não é uma tensão nervosa e não é o desequilíbrio da homeostase, mas uma manifestação que ocorre devido a alterações não específicas decorrentes do sistema biológico dos indivíduos (SELYE, 1959).

Com relação ao estresse psicossocial, existem diferentes abordagens frente à perspectiva da gênese do mesmo. Em 1984, Marilda Lipp, considerando uma abordagem cognitivo-comportamental, conceituava estresse como um desgaste geral do organismo, devido a alterações psicológicas e fisiológicas que ocorrem no indivíduo quando o mesmo é forçado a enfrentar situações que o irrite, excitem, amedrontem, ou que o façam imensamente feliz (LIPP, 1984).

Os autores, Moreira e Mello Filho (1992) ao discutirem sobre o estado emocional dos pacientes na evolução de doenças infecciosas e neoplásicas conceituaram estresse como um *"termo que compreende um conjunto de reações e estímulos que causam distúrbios no equilíbrio do organismo, frequentemente com efeitos danosos"*. Esses autores acrescentam, que o conceito de estresse biológico proposto por Selye na década de 1930 foi posteriormente estudado no âmbito do estresse psicológico e social.

Ainda na década de 1990, Rodrigues (1997), considerando os estímulos estressores do meio externo, por exemplo, o trabalho e outras questões físicas ou sociais e estímulos internos, tais como, pensamentos, emoções, fantasias e sentimentos como angústia, medo, alegria e tristeza, conceitua estresse como *"uma relação particular entre uma pessoa, seu ambiente e as circunstâncias às quais está submetida, que é avaliada pela pessoa como uma ameaça ou algo que exige dela mais que suas próprias habilidades ou recursos e que põe em perigo o seu bem-estar"*.

Dentro deste contexto, no final da década de 1990, Filgueiras e Hippert (1999) discutem as perspectivas de diferentes autores em torno do conceito de estresse, concluindo que, apesar da imprecisão científica sobre o conceito, os estudos e reflexões desenvolvidos nesta temática são importantes para maior compreensão sobre o tema.

O estresse psicológico está na maneira como a pessoa estabelece a relação com o ambiente em que vive segundo suas perspectivas. A expressão estresse profissional e ocupacional surge na tentativa de delimitar as situações de reação do indivíduo diante do ambiente de trabalho. Na situação em que o indivíduo tem esgotamento e estresse crônico associado ao seu ambiente profissional, surge a expressão inglesa *burnout* que, segundo os autores Codo & Vasques-Menezes (1999, p.238) é *"uma reação à tensão emocional crônica gerada a partir do contato direto e excessivo com outros seres humanos, particularmente quando estes estão preocupados ou com problemas"*. A Síndrome de *burnout*, como é chamada por alguns autores, apesar de atingir diversos profissionais de diferentes faixas etárias, é mais comum nos indivíduos que exercem profissões de intenso contato humano principalmente quando se tem a dimensão de cuidado (BORSOI, 2007; PAFARO; DE MARTINO, 2004).

Seguindo os limites de se ter um único conceito para estresse, a definição de estresse ocupacional também não é um consenso. O estresse ocupacional pode ser considerado como um fenômeno da percepção do indivíduo de algo negativo gerado pela

incapacidade de lidar com as diversas fontes de pressão que se dão no processo de trabalho gerando problemas na saúde mental e física e insatisfação com o trabalho comprometendo o indivíduo e também as organizações (MORAES et al., 1993). Segundo os autores Paschoal e Tamoyo (2004), o estresse ocupacional se dá na percepção do indivíduo, num processo em que o mesmo reconhece que as demandas de trabalho estão além de sua capacidade e desenvolve recursos de enfrentamento. Dois modelos teóricos se destacam sobre o estudo de estresse no trabalho, ganhando destaque na avaliação psicossocial do trabalho: o modelo de demanda e controle (MDC) proposto por Robert Karasek e o modelo de esforço e recompensa proposto por Johannes Siegrist (ALVES, 2004).

O modelo de demanda e controle foi proposto a partir de três inquéritos realizados nos anos de 1969, 1972 e 1977 referentes à qualidade do trabalho e com a classificação ocupacional do censo americano realizado em 1970 (ALVES, 2004). De acordo com este modelo bidimensional o estresse psicossocial no trabalho resulta de excessivas demandas psicológicas, baixo controle no processo de trabalho e baixo apoio social advindo dos chefes e colaboradores no ambiente de trabalho (KARASEK & THEORELL, 1990).

As demandas psicológicas referem-se aos conflitos existentes nas relações de trabalho, além da dificuldade em realizá-lo devido à exigências e conflitos, como a pressão do tempo e nível de concentração requerido. O controle no trabalho envolve o poder de decisão do trabalhador, ou seja, sua autonomia em executar suas tarefas bem como o uso e aprendizado de habilidades (KARASEK & THEORELL, 1990). No estudo que deu origem ao modelo de demanda e controle os diferentes níveis de demanda e de controle são alocados para cada ocupação em dois eixos e em quatro quadrantes formando o esquema abaixo (Figura 1)

		Demanda Psicológica	
		Baixa	Alta
Controle	Alto	Baixo Desgaste	Ativo
	Baixo	Passivo	Alto Desgaste

Figura 1. Esquema do Modelo de Demanda-Control de Karasek



A depender dos níveis de controle e demanda a acontecer no ambiente psicossocial do trabalho, quatro configurações distintas podem ser observadas: Situações de maior demanda e menor controle resultam em trabalho com maior desgaste; maior demanda e maior controle resultam em trabalhos mais ativos; quando ocorre menor demanda e maior controle tem-se trabalhos de menor desgaste e, em situações de menor demanda e menor controle tem-se trabalhos mais passivos (KARASEK & THEORELL, 1990; ALVES 2004).

O modelo desequilíbrio esforço-recompensa, proposto em 1982 por Siegrist, considera que o desequilíbrio entre o esforço do trabalhador em desenvolver as atividades e a recompensa por suas tarefas gera situações potencialmente estressantes. A dimensão do esforço refere-se à resposta individual do trabalhador às demandas de trabalho e essa resposta é dita como intrínseca, quando relacionada à expectativa do próprio trabalhador quanto a sua atuação, e extrínseca quando gerada a partir de demandas externas. A dimensão do excesso de compromisso foi posteriormente adicionada a este modelo e refere-se ao conjunto de atitudes, emoções e comportamentos que demonstram um esforço muito grande e uma excessiva necessidade de ser aprovado (SIEGRIST, 1996; PETER et al., 2002).

De acordo com o MDC, foi proposto o *Job Content Questionnaire* (JCQ), instrumento de medida do estresse psicossocial no trabalho composto por 49 questões que contempla cinco dimensões: demanda psicológica, controle que é constituído de outras duas sub-escalas: “uso de habilidades” e “autonomia para decisão”, apoio social, demandas físicas e insegurança no trabalho (KARASEK 1985, KARASEK et al., 1998). Posteriormente, uma versão sueca denominada “*Demand-Control-Support Questionnaire*” (DCSQ), baseada no JCQ, foi proposta, contemplando duas dimensões a menos que a primeira, a citar: insegurança no trabalho e demandas físicas, sendo composta de 17 itens (THEORELL et al., 1996). Por ser mais curto o instrumento DCSQ torna-se mais fácil de ser aplicado aos respondentes de pesquisas epidemiológicas. As propriedades psicométricas deste instrumento foram avaliadas em uma população composta por 5227 trabalhadores noruegueses mostrando-se satisfatórias em comparação ao JCQ.

Ambas as escalas, “JCQ” e “DCSQ” foram adaptadas para o português. A primeira em enfermeiros (ARAÚJO et al., 2003) e em trabalhadores de uma refinaria de petróleo (DANTAS et al., 2004) e a segunda em uma coorte de funcionários públicos de uma



universidade do Rio de Janeiro no estudo Pró-Saúde, que concluiu adequada adaptação da escala no contexto sociocultural da população (ALVES et al., 2004).

Não existe consenso de qual modelo é mais indicado, mas fato é que o modelo de demanda-controle tem sido mais testado e validado em diferentes populações. O modelo proposto por Siegrist, no entanto, parece ser mais abrangente por incorporar as características pessoais além das da organização do ambiente de trabalho (MATTEWS, 1998).

Peter e colaboradores (2002) concluíram que o uso dos dois modelos em conjunto deve ser recomendado em futuras pesquisas para avaliação de estresse laboral, mas esta recomendação não é um consenso entre os estudiosos sobre o tema.

Dentro desse contexto Greco e colaboradores (2011) em revisão que buscou identificar os estudos que utilizaram a escala de Karasek na América Latina no período de 1979 (ano da formulação do modelo) até 2010, identificaram que 48,6% dos estudos foram realizados em trabalhadores da área da saúde particularmente com grande expressão os enfermeiros da área hospitalar. O maior número de trabalhos, encontrados na revisão bibliográfica supracitada, evidencia a crescente preocupação com este grupo de trabalhadores.

## 2.3 PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O trabalho faz parte da vida do ser humano e contribui para o desenvolvimento do mesmo no âmbito social, econômico e psicológico. Porém, existem situações em que o trabalho deixa de ter significado para o indivíduo passando a ser, inclusive, nocivo à sua saúde. Isso se deve às inadequadas condições materiais e psicológicas para o desenvolvimento das atividades impossibilitando que o indivíduo se expresse e se desenvolva de acordo com sua singularidade. Segundo Dejours (1986) não é o trabalho que adocece, mas o tipo de trabalho e as condições em que o mesmo é desenvolvido.

O modelo econômico social vigente, o capitalismo, tem valorizado a produtividade acima do bem-estar dos sujeitos com altas demandas de trabalho gerando condições inadequadas para o desenvolvimento das atividades profissionais. Além disso, a elevada competitividade no ambiente de trabalho faz com os valores econômicos sejam valorizados em detrimento dos valores sociais fazendo com que o homem esteja a serviço da movimentação econômica e não o contrário (FREITAS, 2006). Desta forma, as relações de trabalho têm se tornado cada vez mais fatores de risco à saúde da classe trabalhadora (ASSUNÇÃO, 2003).

A globalização também impacta no processo de trabalho com mudanças na estrutura e organização do mesmo. O avanço nas tecnologias utilizadas, a informatização e a crescente necessidade de melhores resultados a baixo custo geram modificações nas jornadas de trabalho, no vínculo empregado-empregador, como por exemplo, a terceirização, e também novas exigências físicas e psicológicas (MARTINS, 2004).

Dentro deste contexto, os trabalhadores de todas as áreas são atingidos por essas novas demandas e perspectivas de lucro e processo produtivo com as devidas particularidades socioculturais (MARTINS, 2004). Os profissionais que fazem contato direto com outras pessoas, como médicos, professores, enfermeiros e policiais, têm profissões consideradas de “alto contato”, pois lidam diretamente com o problema de outras pessoas em ambientes potencialmente geradores de conflito em uma elevada demanda e jornada de trabalho (MALLAR; CAPITÃO, 2004).

Os trabalhadores da área da saúde estão inseridos em um processo de construção de um sistema de saúde que exige um novo olhar sobre o cuidado e com uma prática profissional ampliada, crítica e reflexiva. Emerge no campo da Saúde Coletiva a preocupação com a saúde do profissional que produz saúde, a qualidade de vida deste

profissional bem como a qualidade do trabalho na dimensão da atenção e do (GUIMARÃES, 2004).

Esses profissionais que são direcionados para a assistência, cuidado e para as ocupações nas áreas da saúde e educação têm sido considerados como potenciais exemplos de desgaste profissional (MALLAR; CAPITÃO, 2004). A literatura tem demonstrado que características próprias do trabalho dos profissionais de saúde tais como o contato com o sofrimento humano, o processo de morte, as relações hierarquizadas, a divisão técnica e social têm gerado médias e baixas satisfações com a qualidade de vida (BARRIENTOS e SUAZO, 2007; SOUZA; MOREIRA, 2010) e que a insatisfação no trabalho pode trazer consequências para o estado de saúde deste profissional e na qualidade de vida do mesmo (CORRÊA et al., 2013).

Dentre as funções profissionais de trabalhadores em saúde tem-se os nutricionistas, profissionais do início do século XX, que tiveram sua constituição como curso de graduação no ano de 1902, no Canadá, intitulado curso de Dietista. Na América Latina, o avanço do campo de saber da Nutrição se deu principalmente com a participação de Pedro Escudeiro, criador do Instituto Nacional de Nutrição no ano de 1926 e da Escola Nacional de Dietistas em 1933. No Brasil, ao longo da década de 1930, a Nutrição consolidou-se como campo de saber e pesquisa seguindo a influência das escolas norte-americana e europeia e, principalmente, de Pedro Escudeiro, da escola argentina. Desta forma, emerge um profissional dentro do campo do setor saúde que trabalha com a alimentação humana no campo coletivo e individual atuando, inicialmente, nos campos de Nutrição Clínica e Alimentação Institucional (VASCONCELOS, 2002).

Segundo o Conselho Federal de Nutrição (CFN), na resolução nº 380/2005, dentre as diversas áreas de atuação tem-se o exercício de Nutrição Clínica que tem como atribuição “prestar assistência dietética e promover educação nutricional a indivíduos, sadios ou enfermos, em nível hospitalar, ambulatorial, domiciliar e em consultórios de nutrição e dietética, visando à promoção, manutenção e recuperação da saúde”. Ao nutricionista atuante na alimentação coletiva, que inclui unidades de alimentação e nutrição (UAN), creches e escolas, restaurantes comerciais, refeições-convênio e empresas de comércio de cesta-básica compete “planejar, organizar, dirigir, supervisionar e avaliar os serviços de alimentação e nutrição, realizar assistência e educação nutricional a coletividade ou indivíduos sadios ou enfermos em instituições públicas e privadas”.

Em estudo que tinha como um de seus objetivos caracterizar as condições de inserção no mercado de trabalho de profissionais de Nutrição, ao entrevistar 102 nutricionistas do estado do Rio de Janeiro, no ano de 1987, concluiu que 78% dos profissionais que atuavam como nutricionistas, estavam, em maioria, no ambiente hospitalar (51,3%) seguido da área de alimentação coletiva (22,4%) e que era crescente a força de trabalho feminina (PRADO e ABREU, 1991).

Os autores Gomes e Salado (2008), ao analisarem a alocação dos egressos do curso de Nutrição de um centro universitário de Maringá, no Paraná, no período de 2004 a 2006, observaram que, dentre os participantes da pesquisa, a maior representatividade estava na área de Nutrição Clínica com 47,93% dos profissionais. Este estudo concluiu ainda que a maioria dos egressos são mulheres, solteiras e jovens.

O profissional de Nutrição tem ampliado seu campo de atuação sendo parte fundamental na prática hospitalar, na assistência e no cuidado em saúde bem como nas áreas de Alimentação Institucional, Segurança Alimentar e Saúde Coletiva. Além disso, desde a década de 90, tem-se observado o aumento do número de cursos de graduação nesta área e de formandos em nutrição (VASCONCELOS, 2002). Diante da ampliação do campo de atuação do nutricionista, bem como de sua solidificação no campo de saber e cuidado em saúde, emerge a preocupação com o ambiente de trabalho em que estes profissionais estão inseridos bem como as consequências sobre a qualidade de vida geral deste profissional (SILVA, et al., 2015).

Os estudos que avaliam qualidade de vida geral de profissionais de saúde em ambiente hospitalar são, em grande maioria, sobre as categorias de médicos e enfermeiros e, além disso, não há estudos que avaliem a qualidade de vida apenas de nutricionistas (BRANCO et al.2010; SILVA e CAMARGO 2012, CRUZ, 2016).

## 2.4 FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA E ESTRESSE PSICOSSOCIAL NO TRABALHO

Os profissionais de saúde vivenciam dificuldades no ambiente hospitalar que, dentre outros fatores, também são devidas às características da própria instituição que tem dificuldade em suprir as necessidades tanto do paciente quanto do profissional (MARCITELLI, 2015). Deste modo, os trabalhadores em saúde, podem apresentar quadros de esgotamento emocional, distanciamento afetivo, tratamento despersonalizado e sentimento de perdas de lucros pessoais (FELTON, 1998).

Em estudo com 3.251 funcionários de uma Universidade pública no Rio de Janeiro foi observado que fatores sócio-demográficos têm sido associados à qualidade de vida, tais como idade, raça/etnia, escolaridade, renda familiar e ocupação atual. Esses fatores mostraram-se associados de maneira diferente para homens e mulheres (MORENO, 2004). Em estudo que avaliou os fatores associados à qualidade de vida de enfermeiras chilenas a situação conjugal esteve relacionada a todos os domínios, com exceção do domínio físico, de maneira que, as que tinham relação estável avaliaram melhor a qualidade de vida e a idade foi diretamente associada ao domínio físico, onde a menor faixa etária, de 20 a 30 anos, avaliou pior a qualidade de vida e a maior faixa etária, > 51 anos, avaliou melhor (BARRIENTOS e SUAZO, 2007). Outro estudo com 1124 enfermeiras, mas de nacionalidade Croata, evidenciou menor interação social nas profissionais sem parceiros e de idade avançada (SORIC *et al.*, 2013).

Independente da função que o profissional de saúde exerce pode-se considerar que alguns fatores são fortemente semelhantes em suas atividades laborais tais como, as jornadas de trabalho prolongadas, número insuficiente de profissionais no setor, desgaste psicoemocional e elevada demanda de cuidado e, além disso, alguns fatores podem ser associados ao estresse psicossocial no trabalho como a urgência de tempo, ter que responder em cuidados a muitas pessoas e as condições inadequadas de trabalho (SILVA *et al.*, 2015).

Neste contexto, a qualidade de vida de trabalhadores de diferentes setores tem sido associada a fatores do próprio ambiente de trabalho e outras variáveis tais como presença de dor, percepção de saúde e trabalho doméstico (MARCONATO; MONTEIRO, 2015), sexo, paternidade e estresse (ALEXOPOULOS *et al.*, 2014) Sabe-se que quanto maior a vulnerabilidade ao estresse psicossocial no trabalho menor a

qualidade de vida relatada (CORRÊA *et al.*, 2013) e que o estresse decorrente do ambiente de trabalho e das atividades profissionais, o excesso e as inadequadas condições de trabalho e à insatisfação com os recursos financeiros interferem na qualidade de vida geral desses profissionais (MASCARENHAS; PRADO, 2013). Além disso, o trabalho noturno, característica frequente nos profissionais de saúde, tem sido associado a pior avaliação da qualidade de vida no domínio físico e relações sociais (BARRIENTOS; SUAZO, 2007), com prejuízo da qualidade do sono (PALHARES; *et al.*, 2014) que tem sido relacionado à qualidade de vida (MARCONATO e MONTEIRO, 2015).

Existem estudos que avaliam a relação do estresse psicossocial no trabalho e qualidade de vida geral de profissionais fora da área da saúde como: policiais (ALEXOPOULOS *et al.*, 2014) mototaxistas (TEIXEIRA *et al.*, 2015) e bombeiros (MARCONATO e MONTEIRO 2015). Esses e outros estudos sobre fatores associados à qualidade de vida estão apresentados a seguir (vide quadro 1).

### Quadro 1 - Estudos epidemiológicos sobre fatores associados à qualidade de vida.

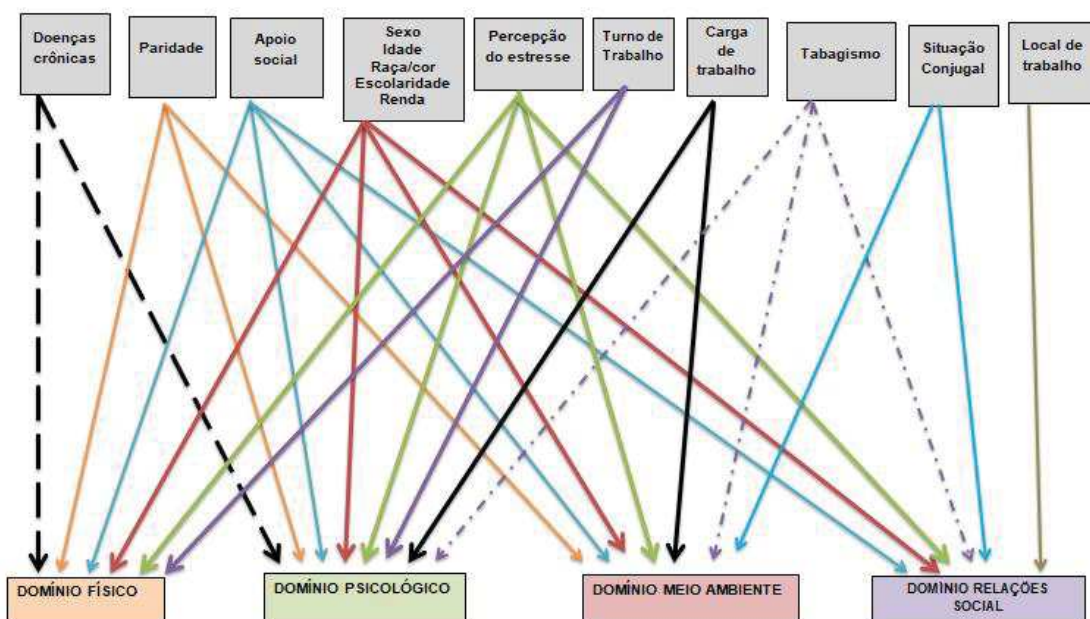
Estudos que utilizaram regressão		Estudos que utilizaram Diferença de médias	
Título/Autor/Ano	Fatores Associados à Qualidade de Vida (QV)	Título/Autor/Ano	Fatores Associados à Qualidade de Vida (QV)
Associations between Sense of Coherence and Psychological Work Characteristics with Changes in Quality of Life in Japanese Civil Servants: A 1-Year Follow-Up Study <b>Nasermoaddeli et al., 2003</b>	As variáveis idade, sexo, categoria de emprego e afetividade negativa foram diretamente associadas a todos os domínios de QV. Demanda de trabalho foi diretamente associada ao domínio físico e controle inversamente ao domínio psicológico.	Fatores Associados a qualidade de vida de enfermeiras hospitalares chilenas. <b>Barrientos e Suazo, 2007.</b>	Associação estatisticamente significativa entre as variáveis: Idade para o domínio físico. Situação conjugal para os domínios psicológico, meio ambiente e relações sociais e plantões noturnos para os domínios físico e relações sociais.
Mobilidade Ocupacional e Qualidade de Vida entre Funcionários de uma Universidade no Rio de Janeiro: o Estudo Pró-Saúde. <b>Moreno, 2004</b>	Domínio Físico: raça/etnia (homens) Domínio Psicológico: idade (mulheres); raça/etnia (homens) Domínio Meio ambiente: idade (homens), raça/etnia (mulheres). Domínio Relações sociais: raça/etnia (homens) Renda per capita para todos os domínios	Impacto dos aspectos psicossociais do trabalho na qualidade de vida dos professores. <b>Fernandes e Rocha, 2009.</b>	Indivíduos em trabalho ativo e trabalho com alta exigência <i>apresentaram maior comprometimento na avaliação dos domínios físico, psicológico e meio ambiente.</i>
Working conditions, self-perceived stress, anxiety, depression and quality of life: A structural equation modelling approach. <b>Rusli et al., 2008</b>	Suporte Social, segundo o instrumento JCQ, foi diretamente relacionado a todos os domínios de QV. Demanda psicológica foi inversamente relacionada ao domínio Ambiente e controle foi diretamente associado a relações sociais. Estresse (DASS) foi inversamente associado aos domínios físico, ambiente e relações sociais.	Qualidade de vida de colaboradores de hospital universitário do Sul do Brasil. <b>Branco et al., 2010</b>	Associação estatisticamente significativa entre as variáveis: Idade e possuir filhos, para o domínio físico. Possuir filhos e carga horária de trabalho para o domínio psicológico Idade, possuir filhos e situação conjugal para o domínio relações sociais: Idade, profissão, renda, estado civil, turno de trabalho, carga horária de trabalho e possuir filhos para o domínio meio ambiente.
Shift Work, Quality of Life and Work Ability among Croatian Hospital Nurses. <b>Soric et al., 2013</b>	Idade e Situação conjugal diretamente associado a relações sociais. Escolaridade e turno de trabalho associado à QV no domínio meio ambiente.		
Exploring Stress Levels, Job Satisfaction, and Quality of Life in a Sample of Police Officers in Greece. <b>Alexopoulos et al., 2014</b>	Sexo foi associado ao domínio psicológico. A variável paternidade foi associada ao domínio físico e estresse foi associado a todos os domínios de QV.	Dor, percepção de saúde e sono: impacto na qualidade de vida de bombeiros/profissionais do resgate. <b>Marconato e Monteiro, 2015.</b>	Associação estatisticamente significativa entre as variáveis: Presença de dor nos últimos seis meses e domínio físico e meio ambiente. Estresse e estado de saúde com todos os domínios de QV. Satisfação com o trabalho com os domínios psicológico e meio ambiente. Realizar trabalho doméstico e estudar com o domínio psicológico.
Qualidade vida e características associadas: WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. <b>Almeida-Brasil et al., 2015</b>	Renda própria e saúde autorreferida estiveram associadas a todos os domínios de QV. Escolaridade foi associada aos domínios físico, psicológico e meio ambiente. Doenças crônicas aos domínios físico e psicológico. Uso de medicamentos ao domínio físico. Fumo aos domínios relações sociais e psicológico. Sexo esteve associado ao domínio psicológico	Associação entre aspectos psicossociais do trabalho e qualidade de vida de mototaxista. <b>Teixeira et al., 2015</b>	Alto controle sobre o trabalho esteve associado a melhor percepção de QV no domínio psicológico; os que possuem alta demanda psicológica apresentaram melhor percepção de qualidade de vida nos domínios relações sociais e meio ambiente; aqueles com alta exigência e com trabalho ativo apresentaram melhor percepção de qualidade de vida nos domínios relações sociais e meio ambiente.
Stress, health and quality of life of female migrant domestic workers in Singapore: a cross-sectional study. <b>Anjara et al., 2017</b>	Idade foi diretamente associada à QV geral e domínios psicológico e meio ambiente. Estresse e acordo de trabalho estiveram associados aos domínios físico, psicológico e meio ambiente. Não se sentir estressado esteve diretamente associado a todos os domínios de QV.		



De acordo com esta literatura, foi construído um modelo teórico (Figura 2) para direcionar a escolha das covariáveis neste estudo. Pode-se observar, segundo a literatura, que algumas variáveis sociodemográficas como sexo, idade, raça/cor, escolaridade e renda estão associadas a todos os domínios de qualidade de vida enquanto que situação conjugal esta associada a dois domínios, meio ambiente e relações sociais. Variáveis referentes às condições de saúde como tabagismo e doenças crônicas, estão associadas a três e a dois domínios respectivamente. Quanto às características do trabalho a literatura sugere que o turno de trabalho esta associado aos domínios físico e psicológico e que local de trabalho esta associado ao domínio relações sociais.

A percepção do estresse, avaliada com diferentes instrumentos, tem se mostrado associada a todos os domínios de qualidade de vida, entretanto, ainda são escassas as publicações que demonstrem o quanto o estresse psicossocial no trabalho explica a variação da autoavaliação em qualidade de vida geral nos profissionais de saúde do ambiente hospitalar, principalmente o nutricionista. Desta forma, esta dissertação foi conduzida de modo a analisar o quanto o estresse psicossocial no trabalho, avaliado segundo o instrumento *Demand-Control-Support Questionnaire* (DCSQ), influencia a qualidade de vida geral, avaliada por meio do WHOQOL-Bref, de nutricionistas.

Figura 2- Modelo Teórico dos Fatores Associados a Qualidade de Vida nos domínios: Físico, Psicológico, Meio ambiente e Relações sociais.





### 3 OBJETIVO GERAL

Analisar a associação entre qualidade de vida e estresse psicossocial no trabalho de nutricionistas dos hospitais da rede pública do município do Rio de Janeiro.

#### 3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar a qualidade de vida segundo o instrumento WHOQOL- bref em suas dimensões: domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Descrever o estresse psicossocial no trabalho, utilizando a escala *Demand-Control-Support Questionnaire* (DCSQ), das nutricionistas dos hospitais da rede pública do município do Rio de Janeiro.

Estimar a magnitude de associação entre qualidade de vida e estresse psicossocial no trabalho das nutricionistas dos hospitais da rede pública do município do Rio de Janeiro.

#### 4 MATERIAIS E MÉTODOS

Esse estudo está inserido no projeto “*Desigualdade de Gênero e Saúde Mental entre Nutricionistas dos Hospitais do Município do Rio de Janeiro*” realizado com nutricionistas dos hospitais da rede pública do município do Rio de Janeiro (RJ) em 2012, que totalizavam 24 unidades hospitalares. Apenas uma unidade hospitalar não participou, pois estava em processo de desativação, totalizando 23 unidades participantes do estudo.

Antes da coleta de dado foi realizado um pré-teste do questionário multidimensional autoadministrável com nutricionistas e alunos do curso de graduação de Nutrição da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e o estudo piloto foi realizado com os nutricionistas de um órgão normativo e regulador das ações de alimentação e Nutrição da Secretaria Municipal de Saúde do município do RJ.

A coleta de dados ocorreu entre outubro de 2011 e agosto de 2012, no próprio local de trabalho, com os entrevistadores treinados e com convite individual a cada nutricionista. O questionário utilizado foi composto por seis blocos. O primeiro (bloco A) com perguntas referentes à identificação, o segundo bloco (bloco B), sobre os hábitos de vida; e o terceiro (bloco C) investigava a saúde e a qualidade de vida. O quarto e o quinto (blocos D e E) abordavam a história profissional e características do trabalho e as condições socioeconômicas (renda familiar, situação conjugal, filhos, chefe de família, bens que possui e raça/cor).

A qualidade de vida, variável dependente para esta análise, foi avaliada em cada uma de suas dimensões: física, psicológica, meio ambiente e relações sociais. O instrumento utilizado foi o questionário WHOQOL-bref, uma versão reduzida do WHOQOL -100, que é composto de 26 questões, onde duas referem-se à qualidade de vida geral e saúde geral e as demais 24 contemplam cada uma das 24 facetas presentes no instrumento original (Quadro 2). A pontuação é feita segundo uma escala graduada, tipo Likert, resultando em escores que variam de um a cinco pontos. Este instrumento foi desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde e traduzido e adaptado para o português por Fleck et al.(2000)v demonstrando bom desempenho psicométrico.

**Quadro 2**

Quadro 2 - Domínios e facetas do WHOQOL-bref.
<p><b>Domínio 1 - Domínio físico</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dor e desconforto</li> <li>2. Energia e fadiga</li> <li>3. Sono e repouso</li> <li>9. Mobilidade</li> <li>10. Atividades da vida cotidiana</li> <li>11. Dependência de medicação ou de tratamentos</li> <li>12. Capacidade de trabalho</li> </ol> <p><b>Domínio 2 - Domínio psicológico</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Sentimentos positivos</li> <li>5. Pensar, aprender, memória e concentração.</li> <li>6. Autoestima</li> <li>7. Imagem corporal e aparência</li> <li>8. Sentimentos negativos</li> <li>24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais</li> </ol> <p><b>Domínio 3 - Relações sociais</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Relações pessoais</li> <li>14. Suporte (Apoio) social</li> <li>15. Atividade sexual</li> </ol> <p><b>Domínio 4 - Meio ambiente</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>16. Segurança física e proteção</li> <li>17. Ambiente no lar</li> <li>18. Recursos financeiros</li> <li>19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade</li> <li>20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades</li> </ol>

Adaptado de Fleck et., al 2000

Como variável independente foi considerado o estresse psicossocial no trabalho segundo a *Demand-Control-Support Questionnaire* (DCSQ), desenvolvida por Theorell. Este instrumento foi adaptado para o português e validado para a população brasileira por Alves et al.(2004) com valores de consistência interna (coeficientes Alpha de Cronbach) de 0,79 para a demanda, 0,67 para o controle e 0,85 para o apoio social,

permitindo, assim, considerar a equivalência entre as medidas da escala original com a adaptada, estando, portanto, adequado a ser utilizado. O instrumento é composto de 17 questões, abordando três dimensões: demanda psicológica, controle e apoio social no trabalho, com escala do tipo Likert. A variável independente foi utilizada segundo os quadrantes do Modelo Demanda-Controlle: baixo desgaste, ativo, passivo e alto desgaste e, além disso, as variáveis demanda, controle e apoio social foram utilizadas, também, na forma contínua onde o aumento em uma unidade em cada dimensão confere maior demanda controle ou apoio social no trabalho

### Quadro 3

<b>Versão resumida da “JOB STRESS SCALE” (adaptada para o português).</b>
<p><b>Demanda</b></p> <p>a) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?  b) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?  c) Seu trabalho exige demais de você?  d) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?  e) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?</p> <p><b>Controle</b></p> <p><b>Desenvolvimento e Uso de Habilidades (Discernimento Intelectual)</b></p> <p>f) Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?  g) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?  h) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?  i) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?</p> <p><b>Autonomia para tomada de decisão</b></p> <p>j) Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?  k) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?</p> <p><b>Opções de resposta de A até K: Frequentemente; Às vezes; Raramente; Nunca ou quase nunca.</b></p> <p><b>Apoio Social</b></p> <p>l) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.  m) No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.  n) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.  o) Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.  p) No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.  q) Eu gosto de trabalhar com meus colegas.</p> <p><b>Opções de resposta de L até Q: Concordo totalmente; Concordo mais que discordo; Discordo mais que concordo; Discordo totalmente.</b></p>

Adaptada de Alves et al.(2004)

As covariáveis foram organizadas em: características sociodemográficas, características do estilo de vida e de saúde e características laborais. A categorização das variáveis estão descritas a seguir no Quadro 3. O estudo teve aprovação do CEPMSDC – RJ sob

o protocolo número 0664.0.000.314-11 (Anexo 3). A análise estatística e as informações mais detalhadas foram descritas no artigo.

#### Quadro 4- Covariáveis utilizadas no Estudo

Variável	Forma de utilização
Sexo	Feminino Masculino
Idade	Variável contínua
Renda Per capita (em salários mínimos) *Salário Mínimo: R\$ 540,00	Variável Contínua
Situação Conjugal	Solteiro Casado Divorciado / viúvo
Ter Filhos	Sim Não
Raça/Cor	Negra Parda Branca
Escolaridade	Graduação Pós-Graduação
Atividade Física (IPAQ- curto)	Insuficientemente ativo Suficientemente ativo Muito ativo
Índice de Massa Corporal (IMC)	Eutrófico (18,5 – 24,9 kg/m <sup>2</sup> ), Pré obesidade (25 – 29,9 kg/m <sup>2</sup> ) Obesidade (acima de 30 kg/m <sup>2</sup> )
Tabagismo	Nunca fumou Já fumou Fuma
*Presença de Doenças	Nenhuma Ao menos 1 2 ou mais
Saúde Autorreferida	Muito Bom Bom Regular ou ruim
Especialidade do Hospital	Emergência Especializado Infantil

**Continuação- Quadro 4- Covariáveis utilizadas no Estudo**

<b>Variável</b>	<b>Forma de utilização</b>
Anos de trabalho município/empresa	Variável Contínua
Cargo de chefia	Não Sim
Número de locais em que trabalha	Um Dois Três ou mais
Regime de Trabalho	CLT Funcionário público
Jornada de trabalho	Diarista Plantonista

\*Hipertensão arterial, diabetes, hipercolesterolemia.

## 5 ARTIGO

**Associação entre qualidade de vida e estresse no trabalho das nutricionistas dos hospitais da rede pública do município do Rio de Janeiro.**

Autor: Bruna Cardoso Canazaro; Odaléia Barbosa de Aguiar; Maria de Jesus Mendes da Fonseca.

**Introdução:**

A qualidade de vida, segundo o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-GROUP), é a “*percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (WHOQOL, 1995, p. 1405).

Estudos têm sido conduzidos em diferentes países no intuito de avaliar a qualidade de vida de trabalhadores de diversas áreas de atuação, como militares, mototaxistas e professores (FERNANDES E ROCHA, 2009; ALEXOPOULOS et al., 2014; TEIXEIRA et al., 2015). Apesar do crescente número de estudos nesta temática, ainda são escassos os estudos que se referem à saúde do trabalhador da área da saúde, no ambiente hospitalar, dentre eles o nutricionista.

O nutricionista, assim como outros profissionais da assistência em saúde, tem o campo de atuação e poder de decisão cerceados por relações de poder na estrutura organizacional das instituições hospitalares concentradas no médico (FARIAS e VAITSMAN, 2002; BOSI, 1996). Além disto, a demanda de trabalho do nutricionista no ambiente hospitalar contempla o tratamento dietoterápico no cuidado ao paciente e a gestão de unidades de alimentação e nutrição (VASCONCELOS, 2002). Desta forma, o nutricionista está em contato com diferentes chefias, lidando com ações heterogêneas e de diferentes graus de complexidade estando, portanto, exposto a diversos agentes estressores.

Com o objetivo de mensurar o estresse psicossocial no trabalho, um dos modelos amplamente utilizados é o Modelo Demanda e Controle (MDC) proposto no final da década de 70 por Karasek, onde altas demandas psicológicas e baixo controle sobre o trabalho podem gerar sobrecarga física e psicológica. A demanda psicológica contempla as questões de pressão quanto ao tempo para realização de tarefas, nível de concentração, interrupção de tarefas, tempo de espera por atividades desenvolvidas por outros pares, e as exigências psicológicas na realização de tarefas. O controle sobre o trabalho refere-se à capacidade de decisão em relação ao uso de habilidades, autoridade e autonomia para tomar decisões sobre o seu próprio trabalho. Segundo este modelo a combinação desses dois componentes, demanda e controle, podem gerar quatro tipos básicos de experiências no trabalho: alta exigência (alta demanda e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle), trabalho passivo (baixa demanda e baixo



controle) e trabalho de baixa exigência (baixa demanda e alto controle). Posteriormente, o modelo, que inicialmente tinha uma abordagem bidimensional, passou a incluir uma terceira dimensão que contempla a percepção de apoio social do trabalho (KARASEK e THEORELL, 1990). Este modelo tem sido amplamente utilizado tanto na população geral quanto em profissionais de saúde para analisar as dimensões psicossociais no trabalho (ALVES, 2004; AGUIAR et.al., 2010; MAGNAGO, 2010)

O profissional de nutrição, no ambiente hospitalar, está exposto às condições de trabalho que o faz lidar com a dor e o sofrimento, às inadequadas condições estruturais no cuidado do paciente bem como com as tensões entre equipes de trabalho. Estas condições somadas a baixas remunerações e frágeis acordos de trabalho podem aumentar o estresse psicossocial no trabalho destes indivíduos e influenciar na qualidade de vida dos mesmos.

Dentro deste contexto o presente estudo tem como objetivo analisar a associação entre a qualidade de vida e estresse psicossocial no trabalho de nutricionistas dos hospitais da rede pública do município do Rio de Janeiro.

### **Métodos:**

Estudo seccional com nutricionistas dos 24 hospitais da rede pública do município do Rio de Janeiro (RJ) em 2012. Apenas uma unidade hospitalar não participou, pois estava em processo de desativação, desta forma 23 unidades hospitalares participaram do estudo.

As nutricionistas tinham regimes de trabalho como: i. Estatutários, com o poder público do município do Rio de Janeiro e, ii. Celetistas, com as empresas de refeições contratadas pela Secretária de Saúde do Município do Rio de Janeiro. Do total de 306 nutricionistas que se encontravam nos hospitais, 15 (4,9%) se recusaram a participar do estudo e ocorreu uma demissão durante a coleta de dados não sendo possível coletar dados, desta forma 290 nutricionistas foram avaliados, obtendo assim uma taxa de resposta de 94,75%.

A coleta de dados ocorreu entre outubro de 2011 e agosto de 2012, no próprio local de trabalho, com os entrevistadores treinados e com convite individual a cada nutricionista. Os profissionais participantes do estudo preencheram o questionário após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 4).

A variável dependente qualidade de vida foi avaliada com instrumento validado no Brasil, WHOQOL-Bref, constituído de 26 perguntas e quatro dimensões: dimensão física, dimensão psicológica, dimensão meio ambiente e dimensão relações sociais. O escore de qualidade de vida nos diferentes domínios foi obtido pelo instrumento WHOQOL-bref que contém 26 perguntas, sendo duas questões gerais de autoavaliação da qualidade de vida e 24 que representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original (WHOQOL-100). O domínio físico foi avaliado com sete questões do questionário; o domínio psicológico com seis questões, domínio meio ambiente com oito e o domínio relações sociais com três. As questões de cada domínio foram pontuadas segundo a escala variando de um a cinco, incluindo intensidade (“nada” a “extremamente”), capacidade (“nada” a “completamente”), frequência (“nunca” a “sempre”) e avaliação (“muito insatisfeito” a “muito satisfeito”; “muito ruim” a “muito bom”). Ressalta-se que as questões Q3, Q4 e Q26 têm suas respostas inversas, ou seja, quanto maior o escore mais desfavorável é a situação. Os escores finais de cada domínio foram calculados por uma sintaxe que considera as respostas de cada questão que compõe o domínio, resultando em escores finais variando de 0 a 100. As pontuações foram expressas em termos de média assim como preconiza o manual do WHOQOL-Group, onde médias mais altas sugerem percepção de melhor Qualidade de Vida no domínio avaliado (WHOQOL,1995).

Para mensurar o estresse psicossocial no trabalho (variável independente) foi utilizada a escala reduzida apresentada por Theorell em 1988, Escala Sueca de Demanda-Controle-apoio social (DCSQ), composta por 17 questões, abordando as três dimensões propostas no MDC: cinco questões para a demanda psicológica, seis para o controle e seis para o apoio social no trabalho, com escala do tipo Likert. Desta forma, para a escala de demanda e de controle são atribuídos valores de 1 (nunca ou quase nunca) a 4 (frequentemente) e para a escala de apoio social 1 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente). A dimensão demanda tem um escore total que varia entre 5 e 20 onde quanto maior o escore maior a demanda, para a dimensão controle o escore final varia entre 6 e 24 e quanto maior o escore, maior o controle. O escore final de apoio social varia entre 6 e 24 de modo que quanto maior o escore maior o apoio social. Segundo essa escala a combinação das dimensões de demanda e controle propõe as categorias: baixo desgaste (baixa demanda e alto controle), considerando o grupo de referência para o estresse psicossocial no trabalho, passivo (baixa demanda e baixo controle), que pode ocasionar a redução da capacidade de resolver problemas do cotidiano do trabalho;

trabalho ativo (alta demanda e alto controle) onde o trabalhador pode desenvolver competências e habilidades em seu trabalho e alto desgaste (alta demanda e baixo controle) que tem sido o grupo de maior exposição para o estresse psicossocial no trabalho. Os escores das dimensões demanda, controle e apoio social foram construídos considerando a mediana, segundo estudo de Alves et al.(2015). Para a demanda, o ponto de corte foi de 14 pontos e os trabalhadores que obtiveram pontuação menor ou igual a 14 pontos tiveram seus trabalhos classificados em baixa demanda e os valores maiores que 14, em alta demanda. De forma semelhante, para o controle, o ponto de corte foi de 17 pontos e para o apoio social no trabalho, 18 pontos. Além disso, as variáveis demanda, controle e apoio social foram utilizadas, também, de forma contínua.

As covariáveis foram organizadas em características sociodemográficas: Sexo (Feminino e Masculino); Idade (contínua), escolaridade (graduação e pós-graduação), situação conjugal (Solteiro, casado e, divorciado ou viúvo) e Raça/cor (preta, branca e parda). As variáveis renda *per capita* familiar (salário mínimo vigente no período da coleta de dados: R\$ 540,00) e número de filhos foram utilizadas na forma contínua; Características do estilo de vida e de saúde: nível de atividade física avaliado segundo o protocolo do *International Physical Activity Questionary* versão curta - IPAQ curto, onde os indivíduos são classificados como Insuficientemente ativo, Suficientemente ativo e Muito ativo. Consumo de bebida alcoólica foi classificado segundo a quantidade de bebida consumida por semana, categorizado em “não consome”, “consome moderadamente” para até 210 g de álcool/semana para homens e 140 g de álcool/semana para mulheres e “consumo excessivo” para valores maiores dos que os anteriormente citados; e Tabagismo (Não fumante / Ex-fumante /Fumante). O Índice de Massa Corporal (IMC) obtido a partir do peso em quilos dividido pela altura em metros ao quadrado e classificado segundo os pontos de corte propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998) para adultos: eutrofia (IMC 18,5 – 24,9 kg/m<sup>2</sup>), pré obesidade (25 – 29,9 kg/m<sup>2</sup>) e obesidade (acima de 30 kg/m<sup>2</sup>).

As morbidades utilizadas para verificar presença de Doenças foram: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) Diabetes e Hipercolesterolemia, categorizada como “Nenhuma doença”; “Presença de uma”; “presença de duas ou mais”. As morbidades foram autorreferidas pelos entrevistados, com opção de resposta de sim e não a pergunta “Alguma vez um MÉDICO lhe informou que você teve ou tem”. A autoavaliação de saúde geral foi obtida por meio da pergunta: “De um modo geral, em comparação com

peças de sua idade, como você considera seu estado de saúde?” com op o de resposta: “muito bom”, “bom”, “regular” ou “ruim”. Esta medida foi utilizada em três categorias: “muito bom”, “bom”, “regular ou ruim”.

Com rela o às características do trabalho foram utilizadas as variáveis: número de locais em que trabalha como nutricionista (um/dois/três ou mais), regime de trabalho (CLT/Estatutário), tempo de trabalho no Município/empresa (contínuo); Cargo de Chefia (sim/não); Especialidade do Hospital em que trabalha (Emergência/Especializado/Infantil); Jornada de trabalho (diarista/plantonista).

Para a análise descritiva, foi determinada a frequência média, desvio padrão (DP), mínimo e máximo. Para as diferenças de média utilizou-se o teste estatístico ANOVA e as variáveis que apresentaram p-valor < 0,20 ou as variáveis importantes segundo o modelo teórico, foram inseridas no modelo de regressão linear múltipla. A introdu o das variáveis em cada domínio do WHOQOL-*bref* foi uma a uma conforme ordem decrescente de significância (método forward). Permaneceram no modelo final as variáveis que apresentaram p-valor <0,05. A análise de resíduos demonstrou distribui o normal e variância constante na regressão linear de cada domínio. A análise estatística foi realizada no Software R Studio 3.4.

## **Resultados**

Com rela o à qualidade de vida, a maior média observada foi no domínio rela oes sociais, 74,0 pontos (DP=17,54) e a menor foi no domínio meio ambiente 57,84 pontos (DP=12,86). No domínio físico a média foi 69,87(DP=14,42) e o domínio psicológico 65,10 (DP=14,40).

Na avalia o do estresse psicossocial no trabalho, segundo os quadrantes, 29,7 % dos nutricionistas foram classificados em trabalho de baixo desgaste, 29,7% em trabalho passivo, 23,8% com trabalho de alto desgaste enquanto que apenas 16,9% foram classificados em trabalhos ativos. Além disso, a maioria foi classificada com trabalho de alta demanda (55%), alto controle (62,4%) e alto apoio social (61,7%).

Nesta popula o de 290 nutricionistas a maioria eram mulheres (97,2%), com média de idade de 41 anos, casadas (52,4%), com filhos (54,1%) e se autodeclararam de cor branca (71,0%). Desses profissionais, 51,0% não possu m p s-gradua o na área e tinham renda média de 3,7 salários mínimos *per capita*. Com rela o às características de saúde, 82,4% nunca fumaram, 68,8% não consumiam bebida alcoólica, 56,5% dos

participantes autoavaliaram sua saúde como boa e 59,6% não relataram a presença de doenças crônicas. Com relação à prática de atividade física, 77,9% foram classificados como insuficientemente ativos e, no entanto, 52,1% foram classificados como eutrófico, segundo IMC (Tabela 1).

Quanto aos aspectos do trabalho a maioria estava sob o regime trabalhista estatutário (79,9%), com jornada de trabalho plantonista (76%). O tempo médio de trabalho na mesma empresa/município foi de 13 anos (DP=9,5), a maioria trabalhava em apenas um local na área de nutrição (60,2%) e não exercia cargo de chefia (79,93%) (Tabela 1).

**Tabela 1: Características sociodemográficas, de saúde e laborais das nutricionistas dos hospitais da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro, RJ, Brasil 2011/2012.**

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>μ</b>	<b>DP</b>
<b>Idade (anos)</b>	290	41	10,0
<b>Renda per capita</b> (salário mínimo*)	282	3,7	7,0
		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>			
Feminino		282	97,2
Masculino		8	2,8
<b>Situação conjugal</b>	288		
Solteiro		99	34,4
Casado		151	52,4
Divorciado/Viúvo		38	13,2
<b>Filhos</b>	285		
Não		128	44,1
Sim		157	54,1
<b>Raça/Cor</b>	290		
Negra		25	8,6
Parda		59	20,3
Branca		206	71,0
<b>Escolaridade</b>	288		
Graduação		148	51,0
Pós Graduação		140	49,0
<b>Fumo</b>	286		
Nunca fumou		239	82,41
Já fumou		36	12,41
Fuma		15	5,1
<b>Consumo de Bebida alcoólica</b>	272		
Não consome		179	68,80
Consumo Moderado		58	21,32
Consumo Excessivo		35	12,87
<b>Auto Avaliação em saúde</b>	289		
Muito bom		76	26
Bom		164	56,55
Regular/ruim		49	16,89
<b>Doenças Crônicas</b>	290		
2 ou mais		21	7,25
Ao menos 1		96	33,10
Nenhuma		173	59,65
<b>Nível de Atividade Física</b>	290		
Insuficientemente Ativo		226	77,90
Ativo		64	22,1
<b>IMC</b>	286		
Eutrófico		149	52,09
Sobrepeso		93	32,51
Obesidade		44	15,38

Continuação da Tabela 1

Variável	N	Frequência	
		N	%
<b>Regime de trabalho</b>	289		
Estatutário		189	79,9
CLT		100	20,06
<b>Jornada de Trabalho</b>	288		
Diarista		69	24
Plantonista		219	76
<b>Tempo de Trabalho Município /empresa (anos) (Média e DP)</b>	288	13 (9,5)	
<b>Locais de Trabalho na Nutrição</b>	289		
Um local		174	60,2
Dois locais		95	32,8
Três ou mais		20	6,9
<b>Possui Cargo de Chefia</b>	289		
Não		281	79,93
Sim		58	20,06
<b>Tipo do Hospital</b>	290		
Infantil		71	24,50
Emergência		118	40,68
Especializado		101	34,82

Na análise de diferença de médias, considerando as variáveis sociodemográficas (Tabela 2), observamos que apenas a renda per capita apresentou associação estatisticamente significativa com todos os domínios estudados. Podemos observar que os indivíduos que estavam no grupo de maior renda tiveram maiores escores de qualidade de vida em todos os domínios. A variável raça/cor apresentou significância estatística com o domínio psicológico de modo que os negros apresentaram maiores escores de qualidade de vida (68,7) neste domínio quando comparados aos brancos (64,5) e pardos (65,7). Com relação ao domínio meio ambiente indivíduos casados (60,2) apresentaram maiores escores de qualidade de vida neste domínio quando comparados a indivíduos solteiros (54,5) e divorciados ou viúvos (57,5) e os indivíduos que tinham pós graduação (59,4) também tiveram maiores escores neste domínio quando comparados aos indivíduos com escolaridade máxima de graduação (56,5). Indivíduos mais jovens melhor avaliaram sua qualidade de vida no domínio social quando comparados a maiores faixas etárias.

Com relação às variáveis de estilo de vida e trabalho (Tabela 3 e 4), as variáveis saúde autorreferida, presença de doença e apoio social no trabalho estiveram associadas significativamente a todos os domínios. Os indivíduos do grupo que autorreferiram sua saúde como “muito boa”, que relataram não ter doenças crônicas e os que tinham alto apoio social no trabalho tiveram escores mais próximos de 100, ou seja, mais próximos do máximo, em todos os quatro domínios de qualidade de vida.

Indivíduos classificados como ativos, quando comparados aos insuficientemente ativos, obtiveram maiores escores de qualidade de vida em todos os domínios, exceto meio ambiente. Indivíduos eutróficos tiveram maiores escores de qualidade de vida nos domínios psicológico e relações sociais quando comparados a indivíduos classificados em sobrepeso ou obesidade segundo IMC. Além disso, ainda com relação às características de saúde, indivíduos que nunca fumaram (70,06) tiveram maiores escores de qualidade de vida no domínio físico quando comparados aos indivíduos que já fumaram (65,9) ou que fumam (68,3) (Tabela 3).

Quanto às variáveis do trabalho (Tabela 4) indivíduos que estavam a mais tempo na mesma empresa (ou no município), tiveram maiores escores no domínio meio ambiente e menores escores no domínio relações sociais, quando comparados a indivíduos que estavam a menos tempo no mesmo local de trabalho. Os que estavam em cargo de chefia (72,3) tiveram maiores escores de qualidade de vida no domínio relações sociais quando comparados aos que não ocupavam cargo de chefia (68,3). Aqueles que estavam em regime de trabalho estatutário (60,1) tiveram maior escore no domínio meio ambiente quando comparados aos que estavam em regime de trabalho CLT (53,6) (Tabela 4).



**Tabela 2- Comparação entre as médias de Qualidade de Vida segundo os domínios: físico, psicológico, meio ambiente, relações sociais e variáveis sócio-demográficas.**

Variável	Categorias	Domínio Físico			Domínio Psicológico			Domínio Meio ambiente			Domínio Relações sociais		
		Media	Desvio Padrão	p-valor (ANOVA)	Media	Desvio Padrão	p-valor (ANOVA)	Media	Desvio Padrão	p-valor (ANOVA)	Media	Desvio Padrão	p-valor (ANOVA)
<b>Sexo</b>	Masculino	73,2	11,0	0,508	66,7	13,0	0,756	55,5	9,7	0,597	61,5	19,9	0,215
	Feminino	69,8	14,5		65,1	14,5		57,9	13,0		69,3	17,5	
<b>Faixa Etária (Tercil)</b>	<37 anos	70,2	13,6	0,822	64,8	13,7	0,230	56,7	13,1	0,158	73,4	18,2	0,011
	>37 e < 47 anos	69,1	14,9		63,5	15,2		56,9	12,4		67,3	16,9	
	> 47 anos	70,3	14,8		67,0	14,2		59,9	13,0		66,5	16,8	
<b>Escolaridade</b>	Graduação	69,5	13,5	0,667	65,6	14,3	0,496	56,5	12,4	0,052	68,2	16,1	0,398
	Pós-graduação	70,3	15,4		64,5	14,6		59,4	13,1		70,0	19,1	
<b>Renda per capita (salário mínimo)</b>	0 - 2,75	67,9	14,2	0,146	62,2	14,3	0,004	52,5	12,4	0,000	67,6	19,5	0,006
	2,76 - 4,16	69,5	13,8		63,8	13,9		57,6	10,6		65,7	16,5	
	4,17 – 15	72,0	15,3		68,8	14,4		62,5	13,4		73,4	16,6	
<b>Situação conjugal</b>	Solteiro	70,9	13,4	0,692	64,3	14,1	0,704	54,5	13,2	0,002	66,8	17,7	0,236
	Casado	69,3	14,8		65,8	14,3		60,2	11,7		70,3	17,1	
	Divorciado ou viúvo	69,5	15,6		64,4	16,2		57,5	14,6		71,1	18,7	
<b>Ter Filhos</b>	Não	69,7	13,9	0,878	65,5	13,5	0,718	56,9	13,3	0,487	70,5	17,8	0,299
	Sim	70,7	10,5		64,7	15,1		58,8	12,5		67,9	17,4	
<b>Raça/Cor</b>	Negra	72,9	14,6	0,281	68,7	17,4	0,175	60,4	15,9	0,834	66,7	20,6	0,606
	Parda	70,2	15,2		65,7	12,3		56,2	12,3		72,7	14,9	
	Branca	69,4	14,2		64,5	14,6		58,0	12,6		68,3	17,8	

**Tabela 3- Comparação entre as médias de Qualidade de Vida segundo os domínios: físico, psicológico, meio ambiente, relações sociais e variáveis estilo de vida.**

Variável	Categorias	Domínio Físico			Domínio Psicológico			Domínio Meio ambiente			Domínio Relações sociais		
		Media	Desvio Padrão	p-valor (ANOVA)	Media	Desvio Padrão	p-valor (ANOVA)	Media	Desvio Padrão	p-valor (ANOVA)	Media	Desvio Padrão	p-valor (ANOVA)
IMC	Eutrófico	70,7	13,2	0,346	66,3	11,7	0,093	57,5	12,1	0,911	71,1	15,6	0,100
	Sobrepeso	69,5	14,8		65,1	15,9		58,2	13,4		68,0	18,8	
	Obeso	67,1	16,6		61,0	17,6		57,7	13,0		65,2	19,1	
Consumo de álcool	Nunca consumiu	69,4	15,1	0,936	65,3	15,2	0,760	58,1	13,3	0,874	68,2	17,9	0,517
	Consumo moderado	70,2	14,5		63,9	13,9		57,4	12,3		71,0	17,1	
	Consumo excessivo	69,6	11,8		63,9	12,3		57,0	11,6		70,5	14,9	
Tabagismo	Nunca fumou	70,6	14,2	0,173	65,1	14,7	0,711	57,6	13,4	0,766	69,3	17,5	0,782
	Já fumou	65,9	16,7		64,1	14,8		58,3	11,1		67,1	18,1	
	Fuma	68,3	11,0		67,8	8,5		60,0	8,1		69,4	17,7	
Saúde autorreferida	Muito bom	78,0	12,4	< 0,001	71,7	13,5	0,000	61,7	13,5	0,004	73,1	15,5	0,002
	Bom	69,7	12,3		65,1	13,1		57,1	13,2		69,4	18,1	
	Regular ou ruim	58,1	15,9		55,0	14,4		54,4	9,2		62,1	16,8	
Presença de Doenças	Nenhuma	72,2	13,8	0,001	67,1	13,5	0,005	60,1	12,6	0,001	70,6	16,9	0,026
	Ao menos 1	67,2	13,8		63,1	14,5		54,7	13,3		68,2	17,2	
	2 ou mais	62,8	18,3		57,7	18,1		53,6	8,8		59,9	21,5	
Nível de Atividade Física	Insuficientemente Ativo	68,5	14,5	0,003	63,9	14,6	0,010	57,6	12,7	0,529	68,3	17,7	0,165
	Ativo	74,6	13,0		69,2	12,9		58,7	13,6		71,7	16,8	

**Tabela 4- Comparação entre as médias de Qualidade de Vida segundo os domínios: físico, psicológico, meio ambiente, relações sociais e variáveis do trabalho.**

Variável	Categorias	Domínio Físico			Domínio Psicológico			Domínio Meio ambiente			Domínio Relações sociais		
		Media	Desvio Padrão	p-valor (ANOVA)	Media	Desvio Padrão	p-valor (ANOVA)	Media	Desvio Padrão	p-valor (ANOVA)	Media	Desvio Padrão	p-valor (ANOVA)
<b>Apoio social no trabalho</b>	Alto apoio	73,0	13,6	< 0,001	68,5	13,3	0,000	60,7	12,2	0,000	73,0	16,5	0,000
	Baixo apoio	64,9	14,4		59,7	14,5		53,3	12,7		62,6	17,4	
<b>Especialidade do hospital</b>	Emergência	71,5	12,8	0,026	64,7	13,3	0,536	57,4	13,8	0,495	70,8	14,6	0,542
	Especializado	67,1	16,3		64,3	16,3		57,1	13,0		67,9	19,4	
	Infantil	71,9	12,7		66,4	12,7		59,1	12,0		69,2	17,1	
<b>Anos de Trabalho Município /empresa</b>	0 a 8,93	69,0	14,3	0,568	64,1	14,7	0,248	54,8	13,7	0,007	72,3	18,5	0,035
	8,94 a 16	69,5	14,1		64,0	13,8		58,2	11,1		69,1	16,2	
	16,1 a 44,26	71,1	15,0		67,0	14,7		60,6	13,0		65,8	17,6	
<b>Cargo de chefia</b>	Não	69,6	14,7	0,457	64,7	14,6	0,395	58,0	13,2	0,866	68,3	17,8	0,120
	Sim	71,2	13,1		66,5	13,7		57,7	11,0		72,3	16,6	
<b>Nº de locais que trabalha</b>	Um	69,9	14,6	0,963	64,5	14,6	0,250	57,6	12,9	0,659	68,5	18,2	0,455
	Dois	69,7	14,5		65,0	14,5		58,1	12,6		69,0	16,7	
	Três ou mais	70,7	13,0		70,2	11,6		60,3	11,9		73,7	16,5	
<b>Regime de Trabalho</b>	CLT	69,2	12,8	0,560	63,7	14,1	0,225	53,6	12,6	0,000	69,9	18,8	0,556
	Estatutário	70,2	15,2		65,9	14,5		60,1	12,5		68,6	16,9	
<b>Jornada de Trabalho</b>	Diarista	69,7	14,5	0,862	65,5	16,2	0,780	57,8	12,5	0,990	68,0	17,7	0,586
	Plantonista	70,0	14,4		65,0	13,9		57,8	13,0		69,3	17,5	

Na análise de regressão linear (Tabela 5), no modelo final, além das variáveis que apresentaram significativa estatística, a variável idade foi mantida, independente de sua significância estatística, devido a sua importância, de acordo com o modelo teórico, para a qualidade de vida. Entretanto, as variáveis sexo e escolaridade apesar de serem importantes, não foram mantidas por apresentarem, nessa amostra, comportamento homogêneo.

Considerando estresse psicossocial no trabalho segundo demanda e controle como variáveis contínuas pode-se observar que, a demanda no trabalho esteve inversamente associada à qualidade de vida no domínio físico com diminuição na ordem de 1 unidade no escore, e no domínio meio ambiente com diminuição em 0,68 unidades. O controle no trabalho esteve diretamente associado à qualidade de vida no domínio psicológico, onde o aumento do controle confere aumento de 0,94 no escore final deste domínio de qualidade de vida.

Quanto ao estresse psicossocial no trabalho segundo os quadrantes, o alto desgaste (alta demanda e baixo controle), em comparação ao baixo desgaste (baixa demanda e alto controle), esteve inversamente associado à qualidade de vida nos domínios físico e psicológico. Vale ressaltar a magnitude dos coeficientes, onde o alto desgaste confere diminuição de 5,91 pontos no domínio físico e 6,69 pontos no domínio psicológico.

O apoio social no trabalho, tanto no modelo com demanda e controle como contínuas quanto no modelo com os quadrantes esteve diretamente associado a todos os domínios de qualidade de vida.

O modelo final, considerando demanda e controle como variáveis contínuas, explicou 17% (domínio físico), 20% (domínio relações sociais), 28% (domínio psicológico) e 28% (domínio meio ambiente) da variação da qualidade de vida. Considerando os quadrantes baixo desgaste, ativo, passivo e alto desgaste o modelo final explicou 18%, 20%, 26% e 20% respectivamente.

**Tabela 5- Associação entre Qualidade de Vida (Domínio Físico, Psicológico, Meio ambiente e Relações sociais) e Estresse Psicossocial no Trabalho (Demanda e Controle –Variáveis contínuas- e Quadrantes) de nutricionistas de hospitais da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2011/2012.**

Variáveis	Qualidade de Vida WHOQOL-bref							
	Físico		Psicológico		Meio ambiente		Relações sociais	
	Modelo 1 β (IC 95%)	Modelo Final β (IC 95%)	Modelo 1 β (IC 95%)	Modelo Final β (IC 95%)	Modelo 1 β (IC 95%)	Modelo Final β (IC 95%)	Modelo 1 β (IC 95%)	Modelo Final β (IC 95%)
<b>Contínuas</b>								
Demanda	-1.13 (-1.72 – -0.54)	-1.07 (-1.65 – -0.48)	-0.61 (-1.20 – -0.02)	-0.49 (-1.06 – 0.08)	-0.61 (-1.13 – -0.08)	-0.68 (-1.17 – -0.19)	0.10 (-0.62 – 0.83)	0.06 (-0.65 – 0.76)
Controle	0.42 (-0.26 – 1.11)	0.50 (-0.19 – 1.19)	0.85 (0.17 – 1.54)	0.94 (0.27 – 1.62)	0.42 (-0.19 – 1.04)	0.47 (-0.11 – 1.06)	-0.10 (-0.94 – 0.74)	0.07 (-0.77 – 0.92)
Apoio Social No Trabalho	1.02 (0.49 – 1.54)	0.98 (0.45 – 1.51)	1.12 (0.60 – 1.65)	0.99 (0.47 – 1.51)	1.14 (0.67 – 1.61)	0.84 (0.39 – 1.28)	2.04 (1.39 – 2.68)	1.95 (1.31 – 2.59)
<b>Quadrantes</b>								
Baixo Desgaste	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Ativo	-2.87 (-7.61 – 1.87)	-1.96 (-6.59 – 2.66)	-4.57 (-9.29 – 0.15)	-2.78 (-7.38 – 1.83)	-3.81 (-8.04 – 0.42)	-3.88 (-7.88 – 0.13)	0.95 (-4.81 – 6.72)	1.85 (-3.84 – 7.53)
Passivo	1.66 (-2.44 – 5.76)	1.56 (-2.42 – 5.55)	-2.21 (-6.29 – 1.88)	-2.82 (-6.78 – 1.15)	-0.55 (-4.21 – 3.11)	-0.91 (-4.33 – 2.50)	2.32 (-2.67 – 7.31)	1.45 (-3.47 – 6.38)
Alto desgaste	-5.77 (-10.26 – -1.28)	-5.91 (-10.29 – -1.53)	-6.31 (-10.78 – -1.83)	-6.69 (-11.05 – -2.34)	-2.83 (-6.84 – 1.18)	-3.56 (-7.33 – 0.20)	-0.24 (-5.70 – 5.23)	-1.04 (-6.44 – 4.36)
Apoio social No Trabalho	1.26 (0.77 – 1.76)	1.12 (0.63 – 1.61)	1.33 (0.83 – 1.82)	1.18 (0.70 – 1.67)	1.34 (0.90 – 1.79)	1.05 (0.63 – 1.47)	1.98 (1.38 – 2.59)	1.92 (1.32 – 2.52)

**Considerando estresse psicossocial no trabalho segundo demanda e controle como variáveis contínuas.**

Domínio Físico: Modelo 1: Associação não ajustada; Modelo Final: Ajustado por idade, nível de atividade física e renda.

Domínio Psicológico: Modelo 1: Associação não ajustada; Modelo Final: Ajustado por idade, nível de atividade física, renda e presença de doenças.

Domínio Meio ambiente: Modelo 1: Associação não ajustada; Modelo Final: Ajustado por idade, renda, presença de doenças, Tempo de trabalho no município/empresa, situação conjugal.

Domínio Relações Sociais: Modelo 1: Associação não ajustada; Modelo Final: Ajustado por idade, Renda, situação conjugal.

**Considerando estresse psicossocial no trabalho segundo os quadrantes (baixo desgaste, ativo, passivo, alto desgaste).**

Domínio Físico: Modelo 1: Associação não ajustada; Modelo Final: Ajustado por idade, nível de atividade física e presença de doenças.

Domínio Psicológico: Modelo 1: Associação não ajustada; Modelo Final: Ajustado por idade, renda, presença de doenças, nível de atividade física e Raça/cor.

Domínio Meio ambiente: Modelo 1: Associação não ajustada; Modelo Final: Ajustado por idade, renda, presença de doenças, Tempo de trabalho no município/empresa, situação conjugal.

Domínio Relações Sociais: Modelo 1: Associação não ajustada; Modelo Final: Ajustado por idade, Renda e Situação conjugal.

## Discussão

Apesar da atividade profissional do nutricionista existir desde 1920, existem poucos trabalhos na literatura nacional e internacional acerca dessa categoria e a maioria dos estudos que analisam a associação entre estresse psicossocial e qualidade de vida, não foi realizada com esses profissionais, o que dificultou, em parte, a comparação dos resultados deste estudo. Além disso, poucos trabalhos que avaliaram a associação entre estresse psicossocial e qualidade de vida utilizaram as mesmas escalas usadas nesta pesquisa e a maioria dos que foram realizados no Brasil utilizaram como análise estatística a diferença de médias.

Nesse estudo, com uma população majoritariamente feminina, observamos associação entre estresse psicossocial no trabalho e qualidade de vida em trabalhadores de nutrição independente do método utilizado para mensurar o estresse psicossocial no trabalho. Entretanto, essa associação não se dá em todos os domínios de qualidade de vida. A demanda no trabalho apresentou associação inversa com a qualidade de vida nos domínios físico e meio ambiente. O controle sobre o trabalho esteve diretamente associado com a qualidade de vida no domínio psicológico. Utilizando o estresse psicossocial no trabalho segundo os quadrantes, o alto desgaste esteve inversamente associado aos domínios físico e psicológico. O apoio social esteve associado significativamente a todos os domínios de qualidade de vida, independente da maneira como as variáveis do modelo demanda-controle foram analisadas (quadrantes ou escores contínuos).

Nasermoaddeli et al. (2003), ao avaliarem 1392 trabalhadores da prefeitura de Toyama, Japão, encontraram associação inversa, porém com menor magnitude, da demanda com o domínio físico ( $b = -0,11$ ; IC95%). Quanto à associação da demanda com o domínio meio ambiente resultado semelhante foi encontrado em estudo de Edimansyah et al. (2007) que investigaram a mesma relação, em trabalhadores masculinos de montagem automotiva da Malásia, e concluíram que a alta demanda no trabalho está inversamente associada à qualidade de vida neste domínio ( $b = -0,04$ ; IC95%). Neste sentido a demanda psicológica no trabalho, que se refere às exigências psicológicas no desenvolvimento das tarefas além de concentração e pressão de tempo, interfere de maneira inversa na qualidade de vida nos domínios físico e meio ambiente que englobam as facetas de capacidade para o trabalho e recursos financeiros, respectivamente.

Com relação ao controle, Nasermoaddeli e colaboradores (2003) observaram a mesma associação direta com qualidade de vida no domínio psicológico em sua população de estudo ( $b= 0,07$ ; IC95%) e Teixeira et al.(2015), ao avaliarem esta relação em mototaxistas de Jequié, BA, evidenciaram que os indivíduos no grupo de alto controle apresentaram maiores escores de qualidade de vida no domínio psicológico em comparação aos do grupo de baixo controle.

É importante destacar que os estudos que realizaram análise de regressão múltipla para avaliar essas associações são internacionais e com população que exerce atividade laboral diferente da dos profissionais de saúde. No entanto, apesar das diferenças culturais entre as populações e as diferenças inerentes às atividades desenvolvidas nos trabalhos de profissionais de saúde, fábricas automotivas, atividades administrativas e mototaxistas, os achados deste estudo são congruentes quanto ao efeito da demanda no domínio físico e meio ambiente e do controle no domínio psicológico. Desta forma, o que foi encontrado neste estudo compreende a primeira evidência sobre essa relação na saúde do nutricionista.

Utilizando o estresse psicossocial no trabalho segundo os quadrantes é importante destacar a magnitude da associação observada, onde indivíduos com alto desgaste autorreferiram qualidade de vida no domínio físico em menos 5,91 pontos e no domínio psicológico em menos 6,69 pontos. Esta mesma relação inversa entre alto desgaste no trabalho e qualidade de vida no domínio físico e psicológico, foi encontrada no estudo de Fernandes e Rocha (2009) ao avaliarem o impacto dos aspectos psicossociais do trabalho na qualidade de vida de 242 professores da rede municipal da cidade de Natal no Rio Grande do Norte. Desta forma, pode-se inferir que das duas maneiras como se analisou o estresse psicossocial no trabalho para esta população, a associação foi inversa com a qualidade de vida no domínio físico, ressaltando a diferença de magnitude a depender se o estresse psicossocial no trabalho é avaliado segundo a demanda psicológica no trabalho ou segundo o termo quadrante, alto desgaste. Assim, o estresse psicossocial no trabalho interfere nas facetas que compreendem este domínio de qualidade de vida, ou seja, na capacidade para o trabalho, nas atividades cotidianas, sono e repouso, mobilidade e energia para desempenho de atividades.

Sugere-se que a força de associação encontrada ao utilizar o alto desgaste se deva ao fato do mesmo ser construído por dois fatores, a demanda e o controle, e assim gere maior força de associação com dois domínios que também tiveram associação com a demanda, no caso do domínio físico, e o controle, no caso do domínio psicológico.

Dentre os domínios de qualidade de vida, o domínio relações sociais, obteve maior média de escore seguido dos domínios físico e psicológico. O domínio meio ambiente foi o que teve menor escore de avaliação.

O domínio relações sociais foi o melhor avaliado, em comparação aos outros domínios, assim como em outros estudos com população de trabalhadores de hospitais (BARRIENTOS E SUAZO, 2007; BRANCO et al., 2010). Almeida-Brasil e colaboradores (2017) e Mascarenhas e colaboradores (2013) também encontraram maiores escores médios no domínio relações sociais entre usuários de unidades básicas em saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais e agentes comunitários de saúde de Jequié, Bahia, respectivamente. Este domínio destaca o relacionamento com pessoas e o apoio de amigos. Rusenbluth e Hidalgo (1978) consideravam que a interação social pode ser uma característica das mulheres que frequentemente formam redes de apoio e de interação social. Desta forma, o melhor resultado do domínio relações sociais em comparação aos outros domínios pode ser devido ao fato de esta população de estudo ser majoritariamente feminina.

O domínio físico, que entre outros desempenhos abrange as facetas de capacidade para o trabalho, apresentou maior amplitude de resultado demonstrando o quão heterogêneo foi a autoavaliação neste domínio de qualidade de vida. O escore médio de 69,8 pontos encontrado para esse domínio nessa população foi semelhante ao de Branco et al., 2010, que obtiveram escore médio nesse domínio de 69,7 pontos e Souza e Stancato 2010 ( escore médio de 68,1 pontos), que avaliaram profissionais de saúde de diferentes especialidades de um hospital universitário do sul do Brasil e no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, SP, respectivamente. No entanto, foi maior do que o encontrado em enfermeiras chilenas que tiveram escore médio de 54,56 segundo Barrientos e Suazo (2007) e agentes comunitários de saúde do município de Jequié, BA, que apresentaram média de 64,04 segundo Mascarenhas et al.(2013). A atividade laboral dos agentes comunitários de saúde compreende longas caminhadas somada ao peso de mochilas além de desconforto biomecânico durante as visitas domiciliares, desta forma, a presença de dor, que é uma das facetas deste domínio, foi um dos fatores que influenciou esta população em sua avaliação no domínio físico (MASCARENHAS et al., 2013). Além disso, referente ao estudo de Barrientos e Suazo (2007), pode-se supor que as enfermeiras chilenas também exercem atividades que compreendem maior esforço podendo impactar em facetas do domínio físico tais como dor e desconforto e energia e fadiga.



O domínio psicológico, com média de 65,1, compreende os sentimentos positivos, o pensar aprender, a memória e a concentração além de autoestima imagem corporal, aparência e espiritualidade. Apesar das populações serem diferentes, esse domínio obteve escore próximo do estudo realizado no Brasil, com escore de 63,7, onde foram avaliados profissionais de saúde em âmbito hospitalar e no Chile, onde foram avaliadas enfermeiras que obtiveram escore médio de 66,6 (SOUZA E STANCATO, 2011; BARRIENTOS E SUAZO, 2007). Esses resultados podem refletir o contato com a dor e o sofrimento e as relações com sentimentos negativos e positivos que são inerentes ao ambiente hospitalar e, desta forma, o trabalho pode influenciar a qualidade de vida geral desses indivíduos. É importante destacar que o nutricionista está inserido em um modelo de atenção a saúde que ainda é centrado na figura do médico como representante do poder decisório das práticas sobre o paciente, apesar dos esforços para uma atenção multiprofissional e interdisciplinar em saúde (RIBEIRO e FELA, 2016). Desta forma pode-se supor que, quanto maior a autonomia e autoridade sobre seu próprio trabalho tiver o nutricionista maior será sua qualidade de vida no domínio psicológico, destacando a importância de uma equipe de trabalho de fato integrada e coparticipativa para a qualidade de vida geral dos indivíduos.

O domínio meio ambiente (57,8) foi o que obteve menor escore nesta população. Apesar dos estudos terem populações com características diferentes, nossos resultados foram semelhantes ao encontrado por Souza e Stancato, 2010, (55,2), que avaliaram profissionais de saúde e em outros estudos com categorias profissionais distintas (Mascarenhas et al, 2013; Marconato e Monteiro, 2015; Almeida-Brasil, 2017). O trabalho em ambiente hospitalar expõe o indivíduo a um ambiente insalubre na medida em que propicia a exposição de seus trabalhadores a riscos físicos, químicos, fisiológicos, psíquicos, mecânicos e, principalmente, biológicos, decorrente de suas atividades (PITTA, 2003; SILVA et al., 2015). Além disso, os nutricionistas também estão em contato com a cozinha, que também é caracterizado como um local perigoso devido à temperatura desconfortável e riscos de acidentes (ABREU et al., 2004; ALBUQUERQUE et al., 2012). O domínio meio ambiente engloba as facetas de acesso a serviço de saúde, segurança, transporte, recursos financeiros, o ambiente do lar, recreação, lazer, acesso à informação e o ambiente físico. Desta forma, é importante destacar que não é apenas o ambiente de trabalho que influencia o esse domínio, mas outros aspectos dos ambientes em que o indivíduo vive. O fato dessa população trabalhar em hospitais de diferentes regiões do município do RJ também pode justificar o fato deste ser o domínio de

qualidade de vida com menor escore, visto que as regiões conferem diferente acesso a lazer, segurança e transporte que são facetas do domínio meio ambiente.

O apoio social esteve diretamente relacionado a melhores escores de qualidade de vida em todos os seus domínios. Rusli e colaboradores (2008), também encontraram em seu estudo que o apoio social é importante para a qualidade de vida. O apoio social, como terceira dimensão incorporada ao modelo de demanda e controle, é considerado um mediador ou *buffer* entre a demanda psicológica e o controle sobre o trabalho na saúde do indivíduo, e refere-se ao apoio entre os colegas e supervisores e a rede construída entre os pares (JOHNSON E HALL, 1988). Desfechos em saúde têm sido associados à presença de apoio social uma vez que este influencia diretamente o processo de saúde-doença e níveis de estresse em situação de crise (COHEN e SYME, 1995; COSTA et al., 2011). Desta forma, a associação encontrada neste estudo, afirma a importância das relações interpessoais no ambiente ocupacional e a percepção de apoio por parte dos trabalhadores quanto ao local de trabalho para a qualidade de vida.

O estresse psicossocial no trabalho tem sido tradicionalmente operacionalizado na forma dos quadrantes (baixo desgaste, ativo, passivo e alto desgaste) segundo o MDC. No entanto, as categorias resultantes a partir deste método, a depender da maneira como os pontos de corte dos escores de demanda psicológica e controle são operacionalizados, podem apresentar discrepâncias (ALVES et al., 2015). A forma mais utilizada para operacionalizar o ponto de corte é a utilização da mediana segundo a distribuição da população (ALVES et al., 2015). Entretanto alguns estudos, que avaliaram a associação da qualidade de vida e o estresse psicossocial no trabalho no trabalho, têm utilizado variáveis contínuas de demanda psicológica e controle sobre o trabalho (NASERMODDELI et al., 2003 e RUSLI et al., 2008). As associações realizadas no presente estudo são relevantes para o conhecimento desta associação uma vez que o estresse psicossocial no trabalho foi analisado segundo os quadrantes e considerando também as variáveis demanda e controle como contínuas.

É importante considerar que estudos transversais apresentam limitações quanto à direção causal das relações encontradas não permitindo a análise da temporalidade entre exposição e desfecho. Apesar desta limitação, a literatura investigada, ainda que escassa a nível nacional, respalda as associações encontradas. Além disso, o fato desta população ser, em maioria, mulheres pode influenciar as associações aqui descritas e, portanto, estudos futuros realizados com homens e mulheres podem melhor elucidar essa associação a depender do sexo.

Outra limitação é que alguns aspectos do estresse psicossocial relativos ao trabalho podem não ser contemplados pelo modelo teórico utilizado. Soderfeldt e colaboradores (1996) apontam como limitação do MDC o fato do mesmo não levar em consideração condições específicas de trabalhos que envolvam o relacionamento com as pessoas, questionando assim, o uso deste modelo em certas áreas laborais. Autores mais contemporâneos também apontam em suas discussões esta limitação do MDC (ALVES et al.,2015; MAGNAGO et al., 2010). Ressalta-se ainda o ganho futuro em trabalhos que destaquem a relação entre o estresse psicossocial no trabalho e cada uma das facetas contempladas pelos domínios de qualidade de vida.

**Conclusão:**

O presente estudo apontou que o estresse psicossocial no trabalho está associado significativamente à qualidade de vida contribuindo para melhor compreensão desses fatores presentes na realidade laboral do profissional de nutrição. Diante da lacuna quanto ao conhecimento sobre a categoria de nutricionistas e sua qualidade de vida as associações encontradas possibilitam elucidar quanto à realidade desses profissionais no município do Rio de Janeiro. Desta forma ações que fortaleçam esta categoria de trabalho no desempenho de suas atribuições tais como melhores condições de trabalho, maior interação com os pares da equipe multiprofissional e ações de prevenção à saúde e controle contínuo de situações de risco devem ser desenvolvidas a fim de reduzir as demandas psicológicas, aumentar o controle e o apoio social e, conseqüentemente, promover melhora na qualidade de vida desses profissionais.

## Referências

- ABREU ES, SPINELLI MGN, ARAÚJO RMV. Fatores de risco ambiental para trabalhadores de unidade de Alimentação e Nutrição. **Revista Nutrição Pauta**, v.57, n.10,p.46-49, 2004.
- ALEXOPOULOS,E. C, VASSILIKI P. T, HRISTINA D..Exploring Stress Levels, Job Satisfaction, and Quality of Life in a Sample of Police Officers in Greece. **Safety and Health Work**v.4, n.5,p 210-215,2014.
- ALBUQUERQUE E.N. JUCÁ. L. M. ROLIM P. M., GOMES L. M. Riscos físicos em uma unidade de alimentação e nutrição: implicações na saúde do trabalhador. **Revista Associação Brasileira Nutrição**. v.4, n.5, 2012.
- ALMEIDA-BRASIL, C.C et al. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciência saúde Coletiva** v.22, n.5, p.1705-1716,2017.
- AGUIAR O.B, FONSECA M.J.M, VALENTE J.G. Confiabilidade (teste-reteste) da escala sueca do questionários Demanda –Controle entre trabalhadores de Restaurante Industrial do Estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**.v.13, n.2, p.212-22, 2010.
- ALVES, M. G. DE M. Pressão no Trabalho: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no estdo Pró-Saúde. p. 259, 2004.
- ALVES,M. G. M; BRAGA V. M.; FAERSTEIN, E; LOPES, C. S ; JUNGE, W.Modelo demanda-controle de estresse no trabalho: considerações sobre diferentes formas de operacionalizar a variável de exposição. **Caderno Saúde Pública**, v.31 n.1,2015.
- BARRIENTOS,LA a.; SUAZO, SV. Quality of life associated factors in Chileans hospitals nurses. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 480–486, 2007.
- BOSI, M.L.M. Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão. São Paulo: Hucitec, p. 204, 1996.
- BRANCO, J. C. et al. Qualidade de vida de colaboradores de hospital universitário do Sul do Brasil. **Journal of the Health Sciences Institute**. v. 28, n. 2, p. 199–203, 2010.
- COSTA D. C, SÁ M. J, CALHEIROS J. M.The effect of social support on the quality of life of patients with multiple sclerosis. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. v.70, n.2, p.108-13,2011.
- COHEN, S; SYME, S. L. Social Support and Health. Orlando, Flórida: Academic Press, Inc (1995).

EDIMANSYAH B. A, RUSLI B. N, NAING L, MOHAMED RUSLI B. A, WINN T. Relationship of psychosocial work factors and health-related quality of life in male automotive assembly workers in Malaysia. **Industrial Health**. v.45, p.437-448, 2007

FARIAS, L.O.; VAITSMAN, J. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1229-1241, 2002.

FERNANDES, M. H; ROCHA V.M. Impact of the psychosocial aspects of work on the quality of life teachers. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v.31,n.1,p.15-20,2009.

FLECK, M. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS ( WHOQOL-100 ) Development of the Portuguese version of the OMS evaluation instrument of quality of life. v. 21, n. 1, p. 19–28, 1999.

Karasek, R. & Theorell, T. *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books. 1990.

JOHNSON J. V; HALL, E. M. Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease: A cross sectional study of a random sample of the Swedish working population. **American Journal of Public Health**, v.78, n.10, p.1336– 1342, 1988.

MAGNAGO, T. S. B. DE S. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 141–147, 2010.

MARCONATO, R. S.; MONTEIRO, M. I. Pain, health perception and sleep: impact on the quality of life of firefighters/rescue professionals. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 991–999, 2015.

MASCARENHAS, C.; PRADO, F.O, FERNANDES M. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde **Ciência e saúde coletiva**. v.18,n5, p. 1375-1386,2013.

NASERMOADDELI, A., SEKINE, M., HAMANISHI, S., KAGAMIMORI, S. Associations between sense of coherence and psychological work characteristics with changes in quality of life in Japanese civil servants: a 1-year follow-up study. **Industrial Health**. v.41 n.3, p.236-41, 2003

PITTA, A.. *Hospital dor e morte como ofício*. 5.ed. São Paulo: Hucitec, 2003. 197 p.

RIBEIRO, C. L. R., FELA, A. A., Como Médicos se tornaram deuses: reflexões acerca do poder médico na atualidade. **Psicologia em Revista**, v.22, n.2, p.294-314, 2016

RUSLI B. N, EDIMANSYAH B.A, NAING L. Working conditions, self-perceived stress, anxiety, depression and quality of life: a structural equation modelling approach. **BMC Public Health**. v.48, n.8, 2008.

SILVA C. D. L, WILZA M. P Riscos ocupacionais no ambiente hospitalar: fatores que favorecem a sua ocorrência na equipe de enfermagem. **Saúde Coletiva em Debate**, v.2, n. 1, p.62-29, 2012.

SÖDERFELDT B, SÖDERFELDT M, MUNTANER C, O'CAMPO P, WARG LE, OHLSON C. G. Psychosocial work environment in human service organizations: a conceptual analysis and development of the demand-control model. **Social Science & Medicine**.;v.42, n.9, p.1217-26, 1996

SILVA, T. M.; DE AGUIAR, O. B.; DA FONSECA, M. DE J. M. Associação entre sobrepeso, obesidade e transtornos mentais comuns em nutricionistas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 64, n. 1, p. 24–31, 2015.

SOUZA MA, STANCATO K. Avaliação da qualidade de vida dos profissionais de saúde do hospital das clínicas da universidade estadual de campinas **Revista enfermagem UFPE** [online].v.5, n.4, p.886-95.2011.

TEIXEIRA JRM, et al., Associação entre aspectos psicossociais do trabalho e qualidade de vida de mototaxistas. **Caderno de Saúde Pública** v.31,n.1,p.97-110,2015.

THEORELL T, KARASEK RA. Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. **Journal of Occupational Health Psychology**.v.1, p.9-26. 1996

VASCONCELOS, F. D. A. G. O nutricionista no Brasil: Uma análise histórica. **Revista de Nutricao**, v. 15, n. 2, p. 127–138, 2002.

WHO.WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine** v.41, p.1447-62, 1995.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo avaliou o efeito do estresse psicossocial na qualidade de vida, uma associação importante que confere subsídios para outras discussões no campo da saúde do trabalhador. Diversos são os fatores que interferem na qualidade de vida geral dos indivíduos, como as condições sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade). O ambiente do trabalho bem como o estresse psicossocial no trabalho é um dos fatores modificáveis que interferem na qualidade de vida.

O profissional de saúde está inserido em um ambiente de trabalho que gera constante contato com a dor e o sofrimento que são inerentes à sua função. O acompanhamento psicológico dentro do ambiente de trabalho é um dos fatores que pode contribuir na assistência à saúde deste indivíduo. Este acompanhamento pode ser realizado individualmente ou em grupo, possibilitando que o profissional forme uma rede de apoio para elaborar as demandas psicológicas de sua atividade profissional. Desta forma, considerando o quanto o trabalho pode gerar estresse aos indivíduos, ao promover apoio dentro do ambiente de trabalho pode-se diminuir o estresse gerado e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida.

Além disso, faz-se necessário que o nutricionista, que está inserido na atenção ao paciente hospitalizado, tenha maior autonomia para as condutas referentes ao acompanhamento dietoterápico no diálogo com a equipe médica e de enfermagem. Para isto é importante o fortalecimento da atenção multiprofissional ao paciente desde a formação dos profissionais de saúde, além de atuação dos conselhos para fortalecimento do diálogo entre os profissionais.

Ressalta-se que, a precarização da saúde no município do Rio de Janeiro e no Brasil, tem como consequência hospitais insatisfatórios quanto à estrutura física e quantitativo de recursos humanos. Por consequência os dispositivos em saúde têm se tornado cada vez mais frágeis e inadequados para atender a população o que, conseqüentemente, adoce o trabalhador e impossibilita a atenção integral aos indivíduos. Portanto é de suma importância a adequada distribuição de subsídios para que o sistema de saúde vigente seja fortalecido.

Considerando-se também que os resultados encontrados confirmam a prevalência majoritária de mulheres nas profissões da área da saúde, as discussões quanto a esses profissionais devem reportar-se a dupla jornada de trabalho das mulheres. Além disso, é importante destacar a necessidade de igualdade de salários entre os sexos, visto que recursos financeiros e acesso a



oportunidades de lazer e transporte são facetas contempladas pelos domínios de qualidade de vida.

Diante do exposto, destaca-se que, nesta população de estudo, foi possível concluir que a demanda psicossocial foi inversamente associada à qualidade de vida nos domínios físico e meio ambiente, que o controle no trabalho foi diretamente associado ao domínio psicológico e que o alto desgaste, categoria de maior risco dentre os quadrantes do MDC, foi inversamente associado aos domínios físico e psicológico.

## REFERÊNCIAS

- AARONSON NK, AHMEDZAI S, BERGMAN B, BULLINGER M, CULL A, DUEZ NJ. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-30: a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. **Journal of the National Cancer Institute**.v.8, n.5, p. 365 - 75, 1993.
- ABREU ES, SPINELLI MGN, ARAÚJO RMV. Fatores de risco ambiental para trabalhadores de unidade de Alimentação e Nutrição. **Revista Nutrição Pauta**, v.57, n.10,p.46-49, 2004.
- AGUIAR O.B, FONSECA M.J.M, VALENTE J.G. Confiabilidade(teste-reteste) da escala sueca do questionários Demanda –Controle entre trabalhadores de Restaurante Industrial do Estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**.v.13, n.2, p.212-22, 2010.
- ALBUQUERQUE E.N. JUCÁ. L. M. ROLIM P. M., GOMES L. M. Riscos físicos em uma unidade de alimentação e nutrição: implicações na saúde do trabalhador. **Revista Associação Brasileira Nutrição**. v.4, n.5, 2012.
- ALEXOPOULOS, E.C; VASSILIKI P.X. T;CHRISTINA D.Exploring Stress Levels, Job Satisfaction, and Quality of Life in a Sample of Police Officers in Greece. **Safety and Health Work**v.4, n.5,p 210-215,2014.
- ALMEIDA-BRASIL, C.C et al. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciência saúde Coletiva** v.22, n.5, p.1705-1716,2017.
- ALVES, M.G.M.Comunicação pessoal. 2014. (mimeo)
- ALVES, M. G. DE M. Pressão no Trabalho: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no estdo Pró-Saúde. p. 259, 2004.
- ALVES, M. G. M; BRAGA V. M.; FAERSTEIN, E; LOPES, C. S ; JUNGE, W.Modelo demanda-controle de estresse no trabalho: considerações sobre diferentes formas de operacionalizar a variável de exposição. **Caderno Saúde Pública**,v.31,n.1,2015.
- ANDRADE, K. O.; ANDRADE, P. O.; LEITE, L. F. Qualidade de vida de Trabalhadores da área da saúde:Revisão de Literatura. **Revista Científica do ITPAC, Araguaína**,v.8 n. 1, p. 7–11, 2015.
- ANJARA, S.G, NELLUMS L. B, BONETTO. C, VAN BORTEL. T. Stress, health and quality of life of female migrant domestic workers in Singapore: a cross-sectional study **BMC Women's Health** p.17-98.2017
- ARAÚJO, T. M. et al. Work psychosocial aspects and psychological distress among nurses.**Revista Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 424–433, 2003.
- ARAÚJO, TM. **Trabalho e distúrbios psíquicos em mulheres trabalhadoras de enfermagem**[tese de doutorado]. Salvador ; Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva; 1999. 211 p.

ASSUNÇÃO A. A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Ciência Saúde Coletiva** v.8, n.4, p.1005-1018, 2003

BARRIENTOS, LA a.; SUAZO, SV. Quality of life associated factors in Chileans hospitals nurses. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 480–486, 2007.

BARCAUI, A.; LIMONGI-FRANÇA, A. C. Estresse , Enfrentamento e Qualidade de Vida : Um Estudo Sobre Gerentes Brasileiros. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 18, n. 5, p. 670–694, 2014.

BÍBLIA. N. T. Salmos. Português. 1999. **Salmo 137: 6**. Rio de Janeiro. Objetiva, 1999.

BOSI, M.L.M. Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão. São Paulo: Hucitec, p. 204, 1996.

BORSOI, I. C. F. Da Relação Entre Trabalho E Saúde À Relação Entre Trabalho E Saúde Mental. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 103–111, 2007.

BOWLING, A. Health-related quality of life: a discussion of the concept, its use and measurement. In: Measuring disease. Buckingham: **Open University Press**, p. 1-19. 1995.

BOYER JG, EARP JA., The development of an instrument for assessing the quality of life of people with diabetes. **Diabetes-39. Medical Care**. v.535,n.3,p.440-53,1997.

BRANCO, J. C. et al. Qualidade de vida de colaboradores de hospital universitário do Sul do Brasil. **Journal of the Health Sciences Institute**. v. 28, n. 2, p. 199–203, 2010.

CODO, W., E VASQUES-MENEZES, I. O que é burnout? Em W. Codo (Org.), Educação: Carinho e trabalho (pp. 237-255). Rio de Janeiro: Vozes. (1999)

COHEN, S; SYME, S. L. Social Support and Health. Orlando, Flórida: Academic Press, Inc (1995).

COHEN, S.R., MOUNT, B.M., & McDONALD, N., Defining quality of life. **European Journal of Cancer**. v. 32A, n.5, p.753-754. 1996

COSTA DC, SÁ MJ, CALHEIROS JM. The effect of social support on the quality of life of patients with multiple sclerosis. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. v.70, n.2, p.108-13,

CORRÊA, R. Z. A.; SOUZA, M. S. DE; BAPTISTA, M. N. Vulnerabilidade ao estresse no trabalho e qualidade de vida de enfermeiros. **Psicologia Argumento**, v. 31, n. 339, p. 599, 2013.

CRUZ, J. M. A. Qualidade de vida no trabalho, ansiedade e depressão em profissionais de saúde que prestam assistência infantil em unidades hospitalares. (Dissertação). Programa de Pós Graduação de Saúde coletiva da Universidade Federal do Rio grande do Norte.

DANTAS, J.; MENDES, R.; ARAÚJO, T. Hipertensão arterial e fatores psicossociais no trabalho em uma refinaria de petróleo. **Revista Brasileira Medicina Trabalho**, v. 2, n. 1, p. 55–68, 2004.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. v.14, n.54, p.7-11,1986.

EDIMANSYAH B. A, RUSLI B. N, NAING L, MOHAMED RUSLI B. A, WINN T. Relationship of psychosocial work factors and health-related quality of life in male automotive assembly workers in Malaysia. **Industrial Health**. v.45, p.437-448, 2007

FARIAS, L.O.; VAITSMAN, J. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 5, p. 1229-1241, 2002.

FELTON J. S. Burnout as a clinical entity its importance in health care workers. **Occupational Health**, v.48: p.237-50,1998.

FERNANDES, M. H; ROCHA V.M. Impact of the psychosocial aspects of work on the quality of life teachers. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v.31,n.1,p.15-20,2009.

FILGUEIRAS, J. C.; HIPPERT, M. I. S. A polêmica em torno do conceito de estresse. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 19, n. 3, p. 40–51, 1999.

FLECK, M. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS ( WHOQOL-100 ) Development of the Portuguese version of the OMS evaluation instrument of quality of life. v. 21, n. 1, p. 19–28, 1999a.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 198–205, 1999b.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-BREF" **Revista de Saúde Pública**. v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista Saúde Pública**, v.40, n.5, p. 785-791, 2006.

FLECK M. P. A, organizador. *A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed; 228p. 2008.

FREITAS, M. E. A gestão contemporânea está doente? In: VILARTA, R., CARVALHO, T.H.P.F.; GONÇALVES, A; GUTIERREZ, G.L. (orgs). *Qualidade de vida e fadiga institucional*. Campinas, SP: IPES Editorial, 2006

GILL, T.; FEINSTEIN, A. A critical appraisal of the Quality. **Quality of life Measurements**, v. 272, n. 8, p. 24–31, 1994.

GOMES, G. M. N. P. A., e SALADO, G. A. Atuação profissional dos egressos do Curso de Nutrição de uma Instituição de Ensino Superior do Paraná. Maringá. **Revista Saúde e Pesquisa**, v.1, n.1, p.45-50, 2008.

GRECO, P. B. T. et al. Utilização do modelo demanda-controle de Karasek na América Latina: uma pesquisa bibliográfica. **Revista Enfermagem UFSM**, v. 1, n. 2, p. 272–281, 2011.

GUIMARÃES, LAM, GRUBITS. S. Série Saúde Mental e Trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo;. 300P. 2004.

HARBS, TC; RODRIGUES, ST; QUADROS, VAS. Estresse da equipe de enfermagem em um centro de urgência e emergência. **Boletim de enfermagem**, v.1, p.41-56, 2008.

KAPLAN, R. M. Allocation , and the U . S . Quality of Life , Crisis Resource. 1992.

KARASEK RA. Job Content Questionnaire and User's Guide. University of Massachusetts. 1985

KARASEK RA et al. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessment of psychosocial job characteristics. **Journal of Occupational Health Psychology**. v.4, n.3, p.322- 355. 1998.

KARASEK, R. & THEORELL, T. Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life. New York: Basic Books. 1990.

JOHNSON J. V; HALL, E. M. Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease: A cross sectional study of a random sample of the Swedish working population. **American Journal of Public Health**, v.78, n.10, p.1336– 1342, 1988.

LANDEIRO, G. M. B. et al. Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados SciELO. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 10, p. 4257–4266, 2011.

LEPLÈGE A,Rude N.The importance of patients' own view about their quality of life. *Aids*. v..9, n.9, p.1108-10, 1995

LIPP, M. e. N.. Stress e suas implicações. **Estudos de Psicologia**. v.1, n.3 e 4, p.5-19,1984.

MATTHEWS, S; HERTZMAN, C; OSTRY,C.. GENDER, Work Roles and Psychosocial Work Characteristics as Determinants of Health. **Social Science Medicine**, v.46 ,n.11,p. 1417 – 24, 1998

MAGNAGO, T. S. B. DE S. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino Americana Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 141–147, 2010.

MALLAR, S. C.; CAPITÃO, C. G. Burnout e hardiness: um estudo de evidência de validade. **Psico-USF**. v. 9, n. 1, p. 19–29, 2004.

MARCITELLI, C. R. A. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde **Ensaio e Ciência Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde** v. 15, n. 4, 2011

MARCONATO, R. S.; MONTEIRO, M. I. Pain, health perception and sleep: impact on the quality of life of firefighters/rescue professionals. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 991–999, 2015.

MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 14, p. 21–32, 2004.

MASCARENHAS, C.; PRADO, F. Qualidade De Vida Em Trabalhadores Da Área De Saúde: Uma Revisão Sistemática. **Espaço para a Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 14, n. n.1/2, p. 72–81, 2013.

MASCARENHAS, C.; PRADO, F.O, FERNANDES M. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde **Ciência e saúde coletiva**. v.18,n5, p. 1375-1386,2013.

MONTEIRO, R. et al. Focus on quality of life. **Revista brasileira de cirurgia cardiovascular** v. 25, n. 4, p. 568–574, 2010.

MORAES LFR, SWAN JA, COOPER CL. A study of occupational stress among government white-collar workers in Brazil using the occupational stress indicator. **Stress Medicine**;v.9, p.91-104, 1993.

MOREIRA, M. D, MELLO FILHO, J. de. (1992). Psicoimunologia hoje. in: Mello Filho, j. de. (org.). Psicosomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, p.119-51.

MORENO,Arlinda B.2004.Mobilidade Ocupacional e Qualidade de Vida entre Funcionários de uma Universidade no Rio de Janeiro: o estudo Pró-Saúde. Tese de Doutorado UERJ. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social (IMS) 193p.

NASERMOADDELI, A., SEKINE, M., HAMANISHI, S., KAGAMIMORI, S. Associations between sense of coherence and psychological work characteristics with changes in quality of life in Japanese civil servants: a 1-year follow-up study. **Industrial Health**. v.41 n.3, p.236-41, 2003

PAFARO, R. C.; DE MARTINO, M. M. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.**, v. 38, n. 2, p. 152–160, 2004.

PALHARES, V. DE C.; CORRENTE, J. E.; MATSUBARA, B. B. Association between sleep quality and quality of life in nursing professionals working rotating shifts. **Revista de Saude Publica**, v. 48, n. 4, p. 594–601, 2014.

PASCHOAL, T.; TAMAYO, Á. Validação da escala de estresse no trabalho. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 9, n. 1, p. 45–52, 2004.

PETER, R. et al. Psychosocial work environment and myocardial infarction: improving risk estimation by combining two complementary job stress models in the SHEEP Study. **Journal of epidemiology and community health**, v. 56, n. 4, p. 294–300, 2002.

PRADO, S.D., ABREU, M.S.D. Nutricionista: onde trabalha? Quais suas condições de trabalho? **Revista de Nutrição da Puc campinas**, Campinas, v.4, n.1/2, p.65-92, 1991

PITTA, A.. **Hospital dor e morte como officio**. 5.ed. São Paulo: Hucitec, 2003. 197 p.

RIBEIRO, C. L. R., FELTA, A. A., Como Médicos se tornaram deuses: reflexões acerca do poder médico na atualidade. **Psicologia em Revista**, v.22, n.2, p.294-314, 2016

ROSENBLUTH C, HIDALGO C, **La mujer desde una perspectiva psicológica**. in Covarrubias p, Franco R, Chole, Mujer y Sociedad.Santiago. P. 435-57. UNICEF 1978

RODRIGUES, A. Stress, trabalho e doenças de adaptação. in: Franco, a.c.l. &Rodrigues, a.l. (1997). **Stress e trabalho: guia prático com abordagem psicossomática**. São Paulo: Atlas, cap.2.

RUSLI B. N, EDIMANSYAH B.A, NAING L.Working conditions, self-perceived stress, anxiety, depression and quality of life: a structural equation modelling approach. **BMC Public Health**, v.48, n.8, 2008.

SEIDL, E. M.F ZANNON, C.M. L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v.20, n.2, p.580-588. 2004,

SELYE, H. **Stress, a tensão da vida**. São Paulo: Ibrasa - Instituição Brasileira de Difusão Cultura. 1959

SILVA C. D. L. ; Wilza M. P Riscos ocupacionais no ambiente hospitalar: fatores que favorecem a sua ocorrência na equipe de enfermagem. **Saúde Coletiva em Debate**, v.2, n. 1, p.62-29, 2012.

SÖDERFELDT B, SÖDERFELDT M, MUNTANER C, O'CAMPO P, WARG LE, OHLSON C. G. Psychosocial work environment in human service organizations: a conceptual analysis and development of the demand-control model. **Social Science & Medicine**.;v.42, n.9, p.1217-26, 1996

SANTANA, V. S. et al. Qualidade de Vida dos Profissionais de Saúde em Ambiente Hospitalar. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 4, n. 1, p. 35, 2014.

SIEGRIST, J. Adverse health effects of high effort – low reward conditions at work. **Journal of Occupational Health Psychology**. v.27, n.1. 1996.

SILVA, T. M.; DE AGUIAR, O. B.; DA FONSECA, M. DE J. M. Associação entre sobrepeso, obesidade e transtornos mentais comuns em nutricionistas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 64, n. 1, p. 24–31, 2015.



SILVA NMM, CAMARGO S. M. P. L. O. Estudo comparativo da qualidade de vida dos profissionais de enfermagem que atuam no hospital público e privado no município de Bebedouro. **Revista EPeQ/Fafibe** [online]. v.4, p.70-74, 2012.

SLEVIN, M. L. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? **British Journal of Cancer**, v. 57, n. 8, p. 109–112, 1988.

SORIĆ M, GOLUBIĆ R, MILOSEVIĆ M, JURAS K, MUSTAJBEGOVIĆ J. Shift work, quality of life and work ability among Croatian hospital nurses. **Collegium Antropologicum**, v.37, n.2, p.379-84, 2013.

SOUZA, M. A. DE; MOREIRA, R. Avaliação da qualidade de vida dos profissionais de saúde do Hospital das Clínicas da Unicamp. **Revista de Atenção à Saúde**. v.12, n.49, 2010.

Stansfeld SA, Bosma H, Hemingway H, Marmot MG. Psychosocial work characteristics and social support as predictors of SF-36 health functioning : the Whitehall II study. **Psychosom Medicine**.v.60, n.3, p.247-55, 1998.

TRENTINI, C. M. Qualidade de vida em idosos. Tese (Doutorado Ciências Médicas).**Psiquiatria. Porto Alegre**, 2004.

TEIXEIRA JRM, et al., Associação entre aspectos psicossociais do trabalho e qualidade de vida de mototaxistas.**Caderno de Saúde Pública** v.31,n.1,p.97-110,2015.

THEORELL T, KARASEK RA. Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. **Journal of Occupational Health Psychology**. v.1, p.9-26. 1996.

TZENG, D.-S. et al. Effort-reward imbalance and quality of life of healthcare workers in military hospitals: a cross-sectional study. **BMC Health Services Research**, v. 12, n. 1, p. 309, 2012.

VASCONCELOS, F. D. A. G. O nutricionista no Brasil: Uma análise Histórica. **Revista de Nutricao**, v. 15, n. 2, p. 127–138, 2002.

VILARTA, ROBERTO. GUTIERREZ, G. **Qualidade de vida - Evolução dos Conceitos e Práticas no Século XXI**. Ipes.2010

WHO. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. **Psychol Med**, v. 28, n. 3, p. 551–558, 1998.

.WHO.WHOQOL Group.The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine** v.41, p.1447-62, 1995.

WHO. WHOQOL-HIV GROUP. Preliminary development of the World Health Organisation Quality of Life HIV instrument (WHOQOL-HIV): analysis of the pilot version. **Social Science and Medicine**. v,57, p.1259-1275, 2003



WOOD-DAUPHINEE S. Assessing quality of life in clinical research: from where have come and where are we going? **Journal Clinical Epidemiology**. v.52, n.4, p.355-63,1999

WU A. W, HAYS R. D, KELLY S, MALITZ F, BOZZETTE S. A. Applications of the medical Outcomes study healthrelated quality of life measures in HIV/AIDS. **Quality of Life Research**; v.6, n.6, p.531-54, 1997.

ANEXO A- QUESTIONÁRIO DA PESQUISA

**A. PRIMEIRA PARTE – DADOS DO ENTREVISTADO**

1. Nome do Hospital Municipal em que trabalha: _____		2. Data de preenchimento do questionário? ___/___/___	
3. Data de Nascimento: ___/___/___	4. Sigla do Estado onde nasceu: _____	5. Sexo: <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	

**B. SEGUNDA PARTE - HÁBITOS RELACIONADOS À ALIMENTAÇÃO E ATIVIDADES FÍSICAS**

**B.1. Sobre HÁBITOS RELACIONADOS À SAÚDE, assinale com que frequência ocorrem em sua vida.**

1. Algumas pessoas, em certas ocasiões, comem uma grande quantidade de comida de uma só vez, em curto espaço de tempo (até 2 horas). Sentem que perderam o controle, isto é, "Não conseguem evitar começar a comer, e, depois de começar, não conseguem parar". Nos **ULTIMOS SEIS MESES**, com que frequência você comeu desse modo?  
 Nunca  Menos de uma vez por semana  Uma vez por semana  Duas ou mais vezes por semana

**B.2. Sobre ATIVIDADES FÍSICAS que você realiza nos seus tempos livres.**

1. Quantos dias por semana você faz caminhadas no seu tempo livre?  
 Nenhum  Sim. a) Se "Sim": a) quantos dias por semana? \_\_\_\_\_ e b) quanto tempo, em minutos/dia? \_\_\_\_\_

2. Quantos dias por semana você faz atividades físicas FORTES (exigem grande esforço físico e que fazem respirar muito mais rápido que o normal)? Por ex.: correr, fazer ginástica de academia, pedalar em ritmo rápido, praticar esportes competitivos, etc.  
 Nenhum  Sim. a) Se "Sim": a) quantos dias por semana? \_\_\_\_\_ e b) quanto tempo, em minutos/dia? \_\_\_\_\_

3. Quantos dias por semana você faz atividades físicas MÉDIAS (exigem esforço físico médio e que fazem respirar um pouco mais rápido que o normal)? Por ex.: nadar ou pedalar em ritmo médio, praticar esporte por diversão, etc.  
 Nenhum  Sim. a) Se "Sim": a) quantos dias por semana? \_\_\_\_\_ e b) quanto tempo, em minutos/dia? \_\_\_\_\_

4. Quantos dias por semana você usa a bicicleta para ir de um lugar a outro?  
 Nenhum  Sim. a) Se "Sim": a) quantos dias por semana? \_\_\_\_\_ e b) quanto tempo, em minutos/dia? \_\_\_\_\_

5. Quantos dias por semana você caminha para ir de um lugar a outro?  
 Nenhum  Sim. a) Se "Sim": a) quantos dias por semana? \_\_\_\_\_ e b) quanto tempo, em minutos/dia? \_\_\_\_\_

**B.3. Sobre FATORES QUE PODEM INFLUIR EM SEU ESTADO FÍSICO.**

1. Você fuma?  
 Não, nunca fumei  Não, fumei no passado, parei de fumar  Sim  
 a) Se "Sim", quantos cigarros você fuma por dia? \_\_\_\_\_

2. Nas últimas duas semanas, que tipo de bebida você mais consumiu?  
 Não bebe *Se a resposta for "não bebe" pule para a TERCEIRA PARTE!*  
 Chopp  Uísque  Vinho  Cerveja  Aguardente  Licor  Baldeira  Outras  
 a) Se "Outras", especifique \_\_\_\_\_

3. Nas últimas duas semanas, quantos dias, ao todo você consumiu desta bebida alcoólica?  
 Todos os dias  10 a 13 dias  6 a 9 dias  2 a 5 dias  1 único dia

4. Nas últimas duas semanas, nos dias em que você consumiu esta bebida alcoólica, quantos doses, em geral, você bebeu em cada um desses dias?  
 1 dose  2 a 4 doses  5 a 7 doses  8 a 10 doses  10 doses ou mais  
 a) De quantos ml? \_\_\_\_\_ ml

5. Você alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?  
 Não  Sim

6. As pessoas aborrecem você porque criticam seu modo de beber?  
 Não  Sim

7. Você se sente culpada (o), chateada (a) pela maneira que costuma beber?  
 Não  Sim

8. Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?  
 Não  Sim

**C. TERCEIRA PARTE – SOBRE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA**

**C.1 Sobre o seu ESTADO DE SAÚDE e a alguns problemas de saúde que você possa ter tido ou tenha.**

1. De um modo geral, em comparação a pessoas de sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde?  
 Muito bom  Bom  Regular  Ruim

2. Alguma vez um MÉDICO lhe informou que você teve ou tem:

- |   |                              |                              |                                       |
|---|------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Colesterol alto (gordura no sangue)?                   | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | a) Se "Sim", com que idade? ____ anos |
| 2. Diabetes (açúcar no sangue)?                           | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | a) Se "Sim", com que idade? ____ anos |
| 3. Asma (bronquite asmática)?                             | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | a) Se "Sim", com que idade? ____ anos |
| 4. LER (lesão de esforço repetitivo, tendinite/sinovite)? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | a) Se "Sim", com que idade? ____ anos |
| 5. Hipertensão arterial (pressão alta)?                   | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | a) Se "Sim", com que idade? ____ anos |
| 6. Gastrite?  | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | a) Se "Sim", com que idade? ____ anos |

C.2 Sobre COMO VOCÊ SE SENTIU nestas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS

1. Você tem perdido muito sono por preocupação?	<input type="checkbox"/> De jeito nenhum	<input type="checkbox"/> Não mais que de costume	<input type="checkbox"/> Um pouco mais que de costume	<input type="checkbox"/> Muito mais que de costume
2. Você tem se sentido constantemente nervoso(a) e tenso(a)?	<input type="checkbox"/> De jeito nenhum	<input type="checkbox"/> Não mais que de costume	<input type="checkbox"/> Um pouco mais que de costume	<input type="checkbox"/> Muito mais que de costume
3. Você tem sido capaz de manter a atenção nas coisas que está fazendo?	<input type="checkbox"/> De jeito nenhum	<input type="checkbox"/> Não mais que de costume	<input type="checkbox"/> Um pouco mais que de costume	<input type="checkbox"/> Muito mais que de costume
4. Você tem sentido que é útil na maioria das coisas do seu dia-a-dia?	<input type="checkbox"/> De jeito nenhum	<input type="checkbox"/> Não mais que de costume	<input type="checkbox"/> Um pouco mais que de costume	<input type="checkbox"/> Muito mais que de costume
5. Você tem sido capaz de enfrentar seus problemas?	<input type="checkbox"/> De jeito nenhum	<input type="checkbox"/> Não mais que de costume	<input type="checkbox"/> Um pouco mais que de costume	<input type="checkbox"/> Muito mais que de costume
6. Você tem se sentido capaz de tomar decisões?	<input type="checkbox"/> De jeito nenhum	<input type="checkbox"/> Não mais que de costume	<input type="checkbox"/> Um pouco mais que de costume	<input type="checkbox"/> Muito mais que de costume
7. Você tem sentido que está difícil de superar suas dificuldades?	<input type="checkbox"/> De jeito nenhum	<input type="checkbox"/> Não mais que de costume	<input type="checkbox"/> Um pouco mais que de costume	<input type="checkbox"/> Muito mais que de costume
8. Você tem se sentido feliz de um modo geral?	<input type="checkbox"/> De jeito nenhum	<input type="checkbox"/> Não mais que de costume	<input type="checkbox"/> Um pouco mais que de costume	<input type="checkbox"/> Muito mais que de costume
9. Você tem tido satisfação nas suas atividades do dia-a-dia?	<input type="checkbox"/> De jeito nenhum	<input type="checkbox"/> Não mais que de costume	<input type="checkbox"/> Um pouco mais que de costume	<input type="checkbox"/> Muito mais que de costume
10. Você tem se sentido triste e deprimido (a)?	<input type="checkbox"/> De jeito nenhum	<input type="checkbox"/> Não mais que de costume	<input type="checkbox"/> Um pouco mais que de costume	<input type="checkbox"/> Muito mais que de costume
11. Você tem perdido a confiança em você mesmo?	<input type="checkbox"/> De jeito nenhum	<input type="checkbox"/> Não mais que de costume	<input type="checkbox"/> Um pouco mais que de costume	<input type="checkbox"/> Muito mais que de costume
12. Você tem se achado uma pessoa sem valor?	<input type="checkbox"/> De jeito nenhum	<input type="checkbox"/> Não mais que de costume	<input type="checkbox"/> Um pouco mais que de costume	<input type="checkbox"/> Muito mais que de costume

C.3 Sobre sua PERCEPÇÃO DA PRÓPRIA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	<input type="checkbox"/> Muito ruim	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Nem ruim nem boa	<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Muito boa
2. O quanto você está satisfeito(a) com a sua saúde?	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito nem insatisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito

C.4 Sobre O QUANTO VOCÊ SENTIU ALGUMAS COISAS nestas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS

1. Em que medida você acha que sua dor física impede você de fazer o que você precisa?	<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Muito pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Extremamente
2. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Muito pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Extremamente
3. O quanto você aproveita a vida?	<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Muito pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Extremamente
4. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Muito pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Extremamente
5. O quanto você consegue se concentrar?	<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Muito pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Extremamente
6. O quanto você se sente seguro (a) em sua vida diária?	<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Muito pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Extremamente
7. O quanto o seu ambiente físico é saudável (clima, barulho, poluição, atrelivos)?	<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Muito pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Extremamente

**C.5 Sobre O QUÃO COMPLETAMENTE você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**

1. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	<input type="radio"/>   Nada	<input type="radio"/>   Muito pouco	<input type="radio"/>   Médio	<input type="radio"/>   Muito	<input type="radio"/>   Completamente
2. Você é capaz de escolher sua aparência física?	<input type="radio"/>   Nada	<input type="radio"/>   Muito pouco	<input type="radio"/>   Médio	<input type="radio"/>   Muito	<input type="radio"/>   Completamente
3. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	<input type="radio"/>   Nada	<input type="radio"/>   Muito pouco	<input type="radio"/>   Médio	<input type="radio"/>   Muito	<input type="radio"/>   Completamente
4. O quanto as informações que precisa no seu dia-a-dia estão disponíveis para você?	<input type="radio"/>   Nada	<input type="radio"/>   Muito pouco	<input type="radio"/>   Médio	<input type="radio"/>   Muito	<input type="radio"/>   Completamente
5. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	<input type="radio"/>   Nada	<input type="radio"/>   Muito pouco	<input type="radio"/>   Médio	<input type="radio"/>   Muito	<input type="radio"/>   Completamente
6. Quão bem você é capaz de se locomover, isto é, caminhar com as próprias pernas ou deslocar-se com a ajuda de aparelhos ou cadeira de rodas?	<input type="radio"/>   Nada	<input type="radio"/>   Muito pouco	<input type="radio"/>   Médio	<input type="radio"/>   Muito	<input type="radio"/>   Completamente

**C.5 Sobre QUÃO BEM OU SATISFEITO VOCÊ SE SENTIU nestas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**

1. O quanto você está satisfeito (a) com o seu sono?	<input type="radio"/>   Muito insatisfeito	<input type="radio"/>   Insatisfeito	<input type="radio"/>   Nem satisfeito nem insatisfeito	<input type="radio"/>   Satisfeito	<input type="radio"/>   Muito satisfeito
2. O quanto você está satisfeito (a) com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	<input type="radio"/>   Muito insatisfeito	<input type="radio"/>   Insatisfeito	<input type="radio"/>   Nem satisfeito nem insatisfeito	<input type="radio"/>   Satisfeito	<input type="radio"/>   Muito satisfeito
3. O quanto você está satisfeito (a) com sua capacidade de trabalho?	<input type="radio"/>   Muito insatisfeito	<input type="radio"/>   Insatisfeito	<input type="radio"/>   Nem satisfeito nem insatisfeito	<input type="radio"/>   Satisfeito	<input type="radio"/>   Muito satisfeito
4. O quanto você está satisfeito (a) consigo mesmo?	<input type="radio"/>   Muito insatisfeito	<input type="radio"/>   Insatisfeito	<input type="radio"/>   Nem satisfeito nem insatisfeito	<input type="radio"/>   Satisfeito	<input type="radio"/>   Muito satisfeito
5. O quanto você está satisfeito (a) com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	<input type="radio"/>   Muito insatisfeito	<input type="radio"/>   Insatisfeito	<input type="radio"/>   Nem satisfeito nem insatisfeito	<input type="radio"/>   Satisfeito	<input type="radio"/>   Muito satisfeito
6. O quanto você está satisfeito (a) com sua vida sexual?	<input type="radio"/>   Muito insatisfeito	<input type="radio"/>   Insatisfeito	<input type="radio"/>   Nem satisfeito nem insatisfeito	<input type="radio"/>   Satisfeito	<input type="radio"/>   Muito satisfeito
7. O quanto você está satisfeito (a) com o apoio que você recebe de seus amigos?	<input type="radio"/>   Muito insatisfeito	<input type="radio"/>   Insatisfeito	<input type="radio"/>   Nem satisfeito nem insatisfeito	<input type="radio"/>   Satisfeito	<input type="radio"/>   Muito satisfeito
8. O quanto você está satisfeito (a) com as condições do local onde mora?	<input type="radio"/>   Muito insatisfeito	<input type="radio"/>   Insatisfeito	<input type="radio"/>   Nem satisfeito nem insatisfeito	<input type="radio"/>   Satisfeito	<input type="radio"/>   Muito satisfeito
9. O quanto você está satisfeito (a) com o seu acesso aos serviços de saúde?	<input type="radio"/>   Muito insatisfeito	<input type="radio"/>   Insatisfeito	<input type="radio"/>   Nem satisfeito nem insatisfeito	<input type="radio"/>   Satisfeito	<input type="radio"/>   Muito satisfeito
10. O quanto você está satisfeito (a) com o seu meio de transporte?	<input type="radio"/>   Muito insatisfeito	<input type="radio"/>   Insatisfeito	<input type="radio"/>   Nem satisfeito nem insatisfeito	<input type="radio"/>   Satisfeito	<input type="radio"/>   Muito satisfeito

**C.7 Sobre SENTIMENTOS E EXPERIÊNCIAS nestas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**

1. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	<input type="radio"/>   Nunca	<input type="radio"/>   Algumas vezes	<input type="radio"/>   Frequentemente	<input type="radio"/>   Muito Frequentemente	<input type="radio"/>   Sempre
--	-------------------------------	---------------------------------------	--	--	--------------------------------

**C.8 Sobre SITUAÇÕES DELICADAS que podem ter ocorrido com você nos ÚLTIMOS 12 MESES**

1. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você esteve internado(a) em hospital por uma noite ou mais? a) Se "Sim", qual(is) o(s) motivo(s) dessa(s) internação(ões)? _____ b) Quando foi a ÚLTIMA VEZ que isso aconteceu? <input type="radio"/>   Há menos de um mês <input type="radio"/>   Entre 1 e 6 meses atrás <input type="radio"/>   Entre 7 e 12 meses atrás
2. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi assaltado (a) ou roubado(a), isto é, teve dinheiro ou algum bem tomado, mediante uso ou ameaça de violência? <input type="radio"/>   Não <input type="radio"/>   Sim, uma vez <input type="radio"/>   Sim, mais de uma vez a) Se "Sim", quando foi a última vez que aconteceu? <input type="radio"/>   Há menos de um mês <input type="radio"/>   Entre 1 e 6 meses atrás <input type="radio"/>   Entre 7 e 12 meses atrás
3. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi vítima de alguma agressão física? <input type="radio"/>   Não <input type="radio"/>   Sim, uma vez <input type="radio"/>   Sim, mais de uma vez a) Se "Sim", quando foi a última vez que aconteceu? <input type="radio"/>   Há menos de um mês <input type="radio"/>   Entre 1 e 6 meses atrás <input type="radio"/>   Entre 7 e 12 meses atrás

<p>4. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você teve parentes próximos, que contribuem com as despesas da sua casa desempregado?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, uma vez <input type="checkbox"/> Sim, mais de uma vez <p>a) Se "Sim", quando foi a última vez que aconteceu?</p> <input type="checkbox"/> Há menos de um mês <input type="checkbox"/> Entre 1 e 6 meses atrás <input type="checkbox"/> Entre 7 e 12 meses atrás
<p>5. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, teleceu algum parente próximo seu (pai, mãe, cônjuge, companheiro(a), filho ou irmão)?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, uma vez <input type="checkbox"/> Sim, mais de uma vez <p>a) Se "Sim", quando foi a última vez que aconteceu?</p> <input type="checkbox"/> Há menos de um mês <input type="checkbox"/> Entre 1 e 6 meses atrás <input type="checkbox"/> Entre 7 e 12 meses atrás
<p>6. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você sofreu alguma decepção amorosa ou separação com familiares ou amigos?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, uma vez <input type="checkbox"/> Sim, mais de uma vez <p>a) Se "Sim", quando foi a última vez que aconteceu?</p> <input type="checkbox"/> Há menos de um mês <input type="checkbox"/> Entre 1 e 6 meses atrás <input type="checkbox"/> Entre 7 e 12 meses atrás
<p>7. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você enfrentou dificuldades financeiras mais severas do que as habituais?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, uma vez <input type="checkbox"/> Sim, mais de uma vez <p>a) Se "Sim", quando foi a última vez que aconteceu?</p> <input type="checkbox"/> Há menos de um mês <input type="checkbox"/> Entre 1 e 6 meses atrás <input type="checkbox"/> Entre 7 e 12 meses atrás

### C.9 Sobre DISCRIMINAÇÃO

<p>1. Alguma vez na vida você se sentiu injustiçado, devido a discriminação em assuntos referentes a MORADIA como, por exemplo, tendo dificuldades para alugar imóvel, não ter conseguido emprego, ou para conviver com a vizinhança?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <p>a) Se Sim, Na ÚLTIMA VEZ em que isso aconteceu, qual foi, em sua opinião, a PRINCIPAL razão desta discriminação?</p> <input type="checkbox"/> Sua cor ou raça <input type="checkbox"/> Ser homem ou mulher <input type="checkbox"/> Sua religião ou culto <input type="checkbox"/> Sua idade <input type="checkbox"/> Doença ou deficiência física <input type="checkbox"/> Sua opção ou preferência sexual <input type="checkbox"/> Sua aparência física <input type="checkbox"/> Sua condição econômica, instrução ou função <input type="checkbox"/> Sua atividade política <input type="checkbox"/> Outra , b) Se "Outra", especifique _____ <p>c) Quando foi a ÚLTIMA VEZ que isso aconteceu?</p> <input type="checkbox"/> Há menos de 1 mês <input type="checkbox"/> Entre 1 e 12 meses <input type="checkbox"/> Há mais de 12 meses atrás
<p>2. Alguma vez na vida você se sentiu injustiçado, devido a discriminação em seu LOCAL DE TRABALHO (dentro ou fora do hospital, empresa, creche) como, por exemplo, sendo demitido, não conseguir emprego, ou errôneo, não sendo indicado para cargo de chefia?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <p>a) Se Sim, Na ÚLTIMA VEZ em que isso aconteceu, qual foi, em sua opinião, a PRINCIPAL razão desta discriminação?</p> <input type="checkbox"/> Sua cor ou raça <input type="checkbox"/> Ser homem ou mulher <input type="checkbox"/> Sua religião ou culto <input type="checkbox"/> Sua idade <input type="checkbox"/> Doença ou deficiência física <input type="checkbox"/> Sua opção ou preferência sexual <input type="checkbox"/> Sua aparência física <input type="checkbox"/> Sua condição econômica, instrução ou função <input type="checkbox"/> Sua atividade política <input type="checkbox"/> Outra , b) Se "Outra", especifique _____ <p>c) Quando foi a ÚLTIMA VEZ que isso aconteceu?</p> <input type="checkbox"/> Há menos de 1 mês <input type="checkbox"/> Entre 1 e 12 meses <input type="checkbox"/> Há mais de 12 meses atrás
<p>3. Alguma vez na vida você se sentiu injustiçado, devido a discriminação pela POLÍCIA como, por exemplo, sendo acusado, revistado ou agredido de alguma forma?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <p>a) Se Sim, Na ÚLTIMA VEZ em que isso aconteceu, qual foi, em sua opinião, a PRINCIPAL razão desta discriminação?</p> <input type="checkbox"/> Sua cor ou raça <input type="checkbox"/> Ser homem ou mulher <input type="checkbox"/> Sua religião ou culto <input type="checkbox"/> Sua idade <input type="checkbox"/> Doença ou deficiência física <input type="checkbox"/> Sua opção ou preferência sexual <input type="checkbox"/> Sua aparência física <input type="checkbox"/> Sua condição econômica, instrução ou função <input type="checkbox"/> Sua atividade política <input type="checkbox"/> Outra , b) Se "Outra", especifique _____ <p>c) Quando foi a ÚLTIMA VEZ que isso aconteceu?</p> <input type="checkbox"/> Há menos de 1 mês <input type="checkbox"/> Entre 1 e 12 meses <input type="checkbox"/> Há mais de 12 meses atrás
<p>4. Alguma vez na vida você se sentiu injustiçado, devido a discriminação no atendimento recebido em LOCAIS PÚBLICOS, tais como bancos, estabelecimentos comerciais, hospitais, repartições públicas?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <p>a) Se Sim, Na ÚLTIMA VEZ em que isso aconteceu, qual foi, em sua opinião, a PRINCIPAL razão desta discriminação?</p> <input type="checkbox"/> Sua cor ou raça <input type="checkbox"/> Ser homem ou mulher <input type="checkbox"/> Sua religião ou culto <input type="checkbox"/> Sua idade <input type="checkbox"/> Doença ou deficiência física <input type="checkbox"/> Sua opção ou preferência sexual <input type="checkbox"/> Sua aparência física <input type="checkbox"/> Sua condição econômica, instrução ou função <input type="checkbox"/> Sua atividade política <input type="checkbox"/> Outra , b) Se "Outra", especifique _____ <p>c) Quando foi a ÚLTIMA VEZ que isso aconteceu?</p> <input type="checkbox"/> Há menos de 1 mês <input type="checkbox"/> Entre 1 e 12 meses <input type="checkbox"/> Há mais de 12 meses atrás
<p>5. Alguma vez na vida você se sentiu injustiçado, devido a discriminação no atendimento em seu COLÉGIO OU FACULDADE como, por exemplo, sendo desestimulado a prosseguir seus estudos?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <p>a) Se Sim, Na ÚLTIMA VEZ em que isso aconteceu, qual foi, em sua opinião, a PRINCIPAL razão desta discriminação?</p> <input type="checkbox"/> Sua cor ou raça <input type="checkbox"/> Ser homem ou mulher <input type="checkbox"/> Sua religião ou culto <input type="checkbox"/> Sua idade <input type="checkbox"/> Doença ou deficiência física <input type="checkbox"/> Sua opção ou preferência sexual <input type="checkbox"/> Sua aparência física <input type="checkbox"/> Sua condição econômica, instrução ou função <input type="checkbox"/> Sua atividade política <input type="checkbox"/> Outra , b) Se "Outra", especifique _____ <p>c) Quando foi a ÚLTIMA VEZ que isso aconteceu?</p> <input type="checkbox"/> Há menos de 1 mês <input type="checkbox"/> Entre 1 e 12 meses <input type="checkbox"/> Há mais de 12 meses atrás



### D.3 Sobre o TRABALHO NO DIA A DIA, responda com que frequência as situações abaixo ocorrem

1. Você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez.
<input type="checkbox"/> ) Frequentemente <input type="checkbox"/> ) Às vezes <input type="checkbox"/> ) Raramente <input type="checkbox"/> ) Nunca ou quase nunca
2. Você tem que trabalhar intensamente (fazer e, produzir muito em pouco tempo).
<input type="checkbox"/> ) Frequentemente <input type="checkbox"/> ) Às vezes <input type="checkbox"/> ) Raramente <input type="checkbox"/> ) Nunca ou quase nunca
3. Seu trabalho exige demais de você.
<input type="checkbox"/> ) Frequentemente <input type="checkbox"/> ) Às vezes <input type="checkbox"/> ) Raramente <input type="checkbox"/> ) Nunca ou quase nunca
4. Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho.
<input type="checkbox"/> ) Frequentemente <input type="checkbox"/> ) Às vezes <input type="checkbox"/> ) Raramente <input type="checkbox"/> ) Nunca ou quase nunca
5. O seu trabalho costuma lhe apresentar exigências contraditórias ou discordantes.
<input type="checkbox"/> ) Frequentemente <input type="checkbox"/> ) Às vezes <input type="checkbox"/> ) Raramente <input type="checkbox"/> ) Nunca ou quase nunca
6. Você tem possibilidade de aprender coisas novas através de seu trabalho.
<input type="checkbox"/> ) Frequentemente <input type="checkbox"/> ) Às vezes <input type="checkbox"/> ) Raramente <input type="checkbox"/> ) Nunca ou quase nunca
7. Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados.
<input type="checkbox"/> ) Frequentemente <input type="checkbox"/> ) Às vezes <input type="checkbox"/> ) Raramente <input type="checkbox"/> ) Nunca ou quase nunca
8. Seu trabalho exige que você tome iniciativas.
<input type="checkbox"/> ) Frequentemente <input type="checkbox"/> ) Às vezes <input type="checkbox"/> ) Raramente <input type="checkbox"/> ) Nunca ou quase nunca
9. No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas.
<input type="checkbox"/> ) Frequentemente <input type="checkbox"/> ) Às vezes <input type="checkbox"/> ) Raramente <input type="checkbox"/> ) Nunca ou quase nunca
10. Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho.
<input type="checkbox"/> ) Frequentemente <input type="checkbox"/> ) Às vezes <input type="checkbox"/> ) Raramente <input type="checkbox"/> ) Nunca ou quase nunca
11. Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho.
<input type="checkbox"/> ) Frequentemente <input type="checkbox"/> ) Às vezes <input type="checkbox"/> ) Raramente <input type="checkbox"/> ) Nunca ou quase nunca

### D.4 Sobre o CONTATO COM OS PACIENTES

1. Você tem contato diretamente com os pacientes do hospital?
<input type="checkbox"/> ) Não <input type="checkbox"/> ) Sim

### D.5 Sobre o AMBIENTE DE TRABALHO NO DIA-A-DIA responda até que ponto você concorda ou discorda das afirmações

1. Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalhar
<input type="checkbox"/> ) Concordo totalmente <input type="checkbox"/> ) Concordo mais do que discordo <input type="checkbox"/> ) Discordo mais do que concordo <input type="checkbox"/> ) Discordo totalmente
2. No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.
<input type="checkbox"/> ) Concordo totalmente <input type="checkbox"/> ) Concordo mais do que discordo <input type="checkbox"/> ) Discordo mais do que concordo <input type="checkbox"/> ) Discordo totalmente
3. Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.
<input type="checkbox"/> ) Concordo totalmente <input type="checkbox"/> ) Concordo mais do que discordo <input type="checkbox"/> ) Discordo mais do que concordo <input type="checkbox"/> ) Discordo totalmente
4. Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem
<input type="checkbox"/> ) Concordo totalmente <input type="checkbox"/> ) Concordo mais do que discordo <input type="checkbox"/> ) Discordo mais do que concordo <input type="checkbox"/> ) Discordo totalmente
5. No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.
<input type="checkbox"/> ) Concordo totalmente <input type="checkbox"/> ) Concordo mais do que discordo <input type="checkbox"/> ) Discordo mais do que concordo <input type="checkbox"/> ) Discordo totalmente
6. Eu gosto de trabalhar com meus colegas.
<input type="checkbox"/> ) Concordo totalmente <input type="checkbox"/> ) Concordo mais do que discordo <input type="checkbox"/> ) Discordo mais do que concordo <input type="checkbox"/> ) Discordo totalmente

### D.6 Sobre AUSÊNCIAS DO TRABALHO

1. Você ficou IMPEDIDO(A) de realizar alguma de suas tarefas de trabalho, NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, por algum problema de saúde que você teve ou tem?
<input type="checkbox"/> ) Sim <input type="checkbox"/> ) Não <i>Atenção! Se a resposta for "Não", passe para a pergunta 6</i>
2. Se você respondeu Sim na pergunta anterior, o que você fez?
<input type="checkbox"/> ) compareceu ao trabalho <input type="checkbox"/> ) compareceu, e foi dispensado(a) para ir ao médico <input type="checkbox"/> ) compareceu, e foi dispensado(a) para voltar para casa <input type="checkbox"/> ) Não compareceu ao trabalho, e ficou em casa <input type="checkbox"/> ) Não compareceu ao trabalho, e foi ao médico <input type="checkbox"/> ) Outros    a) Se "Outros" especifique _____
3. Você procurou algum tipo de atendimento?
<input type="checkbox"/> ) Farmácia <input type="checkbox"/> ) Posto de saúde <input type="checkbox"/> ) Médico particular <input type="checkbox"/> ) Outro profissional de saúde <input type="checkbox"/> ) Hospital <input type="checkbox"/> ) Emergência <input type="checkbox"/> ) Agência de saúde <input type="checkbox"/> ) Cura espiritual
4. Você teve licença médica para se afastar do trabalho por este problema de saúde?
<input type="checkbox"/> ) Não <input type="checkbox"/> ) Sim    a) Se "Sim", quantos dias? _____

<p>5. Qual foi ou quais foram essas problemas de saúde que você teve ou tem que o(a) impediram de comparecer ao trabalho, NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS?</p> <p>a) Principal problema: _____</p> <p>b) Outros problemas: _____</p>
<p>6. Você se AFASTOU do trabalho por licença médica, NOS ÚLTIMOS DOZE MESES, por algum problema de saúde que você teve ou tem? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>a) Se "Sim", quantos dias? _____ e b) Qual foi o problema de saúde? _____</p>

## E. QUINTA PARTE – VIZINHANÇA

**VIZINHANÇA** quer dizer o lugar onde fica a sua casa e a área em volta dela, onde **VOCE** tem atividades do dia-a-dia como: fazer compras, ir à praça ou visitar vizinhos. Pode incluir alguns **OUTROS LUGARS QUE VOCE FREQUENTA** como, por exemplo: instituições religiosas ou públicas ou de comércio. Muitas condições da vizinhança podem melhorar ou piorar a saúde das pessoas.

### E.1 Sobre VIZINHANÇA responda até que ponto você concorda ou discorda das afirmações

1. Na sua vizinhança, as pessoas estão dispostas a ajudar suas vizinhas.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo mais do que discordo	<input type="checkbox"/> Discordo mais do que concordo	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
2. Sua vizinhança é bem unida, isto é, as pessoas são capazes de se unir em torno de interesses comuns.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo mais do que discordo	<input type="checkbox"/> Discordo mais do que concordo	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
3. As pessoas na sua vizinhança são de confiança.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo mais do que discordo	<input type="checkbox"/> Discordo mais do que concordo	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
4. Em geral, as pessoas na sua vizinhança NÃO se dão bem umas com as outras.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo mais do que discordo	<input type="checkbox"/> Discordo mais do que concordo	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
5. As pessoas na sua vizinhança NÃO compartilham os mesmos padrões culturais, de comportamento, princípios éticos ou morais, entre outros.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo mais do que discordo	<input type="checkbox"/> Discordo mais do que concordo	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
6. Sua vizinhança oferece muitas condições para que as pessoas sejam fisicamente ativas (por exemplo, possam fazer caminhada, andar de bicicleta).	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo mais do que discordo	<input type="checkbox"/> Discordo mais do que concordo	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
7. Há muitas oportunidades para praticar atividades físicas ou esportes em clubes, academias, ou outros espaços na sua vizinhança.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo mais do que discordo	<input type="checkbox"/> Discordo mais do que concordo	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
8. É agradável fazer caminhadas na sua vizinhança.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo mais do que discordo	<input type="checkbox"/> Discordo mais do que concordo	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
9. As árvores da sua vizinhança dão bastante sombra.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo mais do que discordo	<input type="checkbox"/> Discordo mais do que concordo	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
10. É fácil ir a pé aos lugares na sua vizinhança.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo mais do que discordo	<input type="checkbox"/> Discordo mais do que concordo	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
11. Frequentemente o (a) senhor (a) vê outras pessoas fazendo caminhadas na sua vizinhança.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo mais do que discordo	<input type="checkbox"/> Discordo mais do que concordo	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
12. Frequentemente o (a) senhor (a) vê outras pessoas praticando atividade física na sua vizinhança (por exemplo: correndo, andando de bicicleta, praticando esportes).	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo mais do que discordo	<input type="checkbox"/> Discordo mais do que concordo	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
13. O trânsito de veículos é intenso (pesado) na sua vizinhança.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo mais do que discordo	<input type="checkbox"/> Discordo mais do que concordo	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
14. É necessário atravessar muitas ruas movimentadas para fazer caminhadas na sua vizinhança.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo mais do que discordo	<input type="checkbox"/> Discordo mais do que concordo	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
15. Encontra-se grande variedade de frutas, verduras e legumes frescos à venda próximo à sua residência.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo mais do que discordo	<input type="checkbox"/> Discordo mais do que concordo	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
16. As frutas, verduras e legumes frescos à venda próximo à sua residência são de boa qualidade.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo mais do que discordo	<input type="checkbox"/> Discordo mais do que concordo	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
17. Encontra-se uma grande variedade de alimentos com baixo teor de gordura (isto é, light/lowfat) à venda próximo à sua residência.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo mais do que discordo	<input type="checkbox"/> Discordo mais do que concordo	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
18. Existem muitos lugares para lanches e refeições rápidas (fast food) próximo à sua residência.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo mais do que discordo	<input type="checkbox"/> Discordo mais do que concordo	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
19. O (a) senhor (a) se sente seguro (a) andando de dia ou de noite na sua vizinhança.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo mais do que discordo	<input type="checkbox"/> Discordo mais do que concordo	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
20. A violência é um problema na sua vizinhança.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo mais do que discordo	<input type="checkbox"/> Discordo mais do que concordo	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente



21. Sua vizinhança é segura em relação a crimes.  
 Concordo totalmente  Concordo mais do que discordo  Discordo mais do que concordo  Discordo totalmente

**E.2 Sobre ALGUNS FATOS QUE PODEM OU NÃO TER OCORRIDO NA SUA VIZINHANÇA.** Para cada frase responda com que freqüência esses fatos ocorreram NOS ÚLTIMOS 6 MESES. Responda de acordo com o que o senhor (a) SABE sobre sua vizinhança e não apenas com o que o (a) senhor (a) presenciou ou sofreu.

1. Nos últimos seis meses, com que freqüência houve brigas que tenham envolvido o uso de armas na sua vizinhança?	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca
2. Nos últimos seis meses, com que freqüência houve discussão violenta entre vizinhos?	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca
3. Nos últimos seis meses, com que freqüência houve briga entre gangues (grupos ou facções rivais)?	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca
4. Nos últimos seis meses, com que freqüência houve violência sexual ou estupro?	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca
5. Nos últimos seis meses, com que freqüência houve roubo ou assalto?	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca
6. Há quanto tempo o (a) senhor (a) mora na sua vizinhança? _____ anos <u>Se menos de que um ano marque 00!</u>				
7. Alguém já praticou violência (assalto, briga, violência sexual ou seqüestro) contra o (a) senhor (a) ou contra algum morador de sua residência, durante o tempo em que o (a) senhor (a) mora nesse local?				
	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim		

#### F. SEXTA PARTE – CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS

Para terminar, favor responder as questões abaixo que visam caracterizar o grupo pesquisado.

1. No mês passado, qual foi aproximadamente sua renda familiar líquida (a soma de rendimentos com descontos) de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa?	<input type="checkbox"/> até R\$ 1.025,00	<input type="checkbox"/> de R\$ 1.026,00 a R\$ 2.180,00	<input type="checkbox"/> de R\$ 2.181,00 a R\$ 3.815,00	
	<input type="checkbox"/> R\$ 3.816,00 a R\$ 5.450,00	<input type="checkbox"/> de R\$ 5.451,00 a R\$ 8.175,00	<input type="checkbox"/> acima de R\$ 8.175,00	
2. Situação conjugal:	<input type="checkbox"/> solteiro(a)	<input type="checkbox"/> casado(a)/unido(a) civil	<input type="checkbox"/> separado(a)/divorçado(a)	<input type="checkbox"/> viúvo(a)
3. Quantos filhos nascidos vivos você teve (preencher com a quantidade de filhos)?				
	<input type="checkbox"/> sem filhos	<input type="checkbox"/> _____ filho(s) <18 anos de idade	<input type="checkbox"/> _____ filho (a) é que 18 anos de idade	
4. Quantas pessoas moram na sua casa incluindo você? _____				
5. Em sua casa, quem é considerado o chefe da família ou (principal) responsável pela casa?				
	<input type="checkbox"/> Eu mesmo (a)	<input type="checkbox"/> Meu cônjuge, ou companheiro(a)	<input type="checkbox"/> Eu e meu cônjuge, igualmente	<input type="checkbox"/> Meu pai ou minha mãe
	<input type="checkbox"/> Meu filho ou minha filha	<input type="checkbox"/> Não tem chefe	<input type="checkbox"/> Outra pessoa	a) Se "Outra pessoa", especifique _____
6. Grau de instrução do chefe de família:				
	<input type="checkbox"/> Analfabeto ou Primário Incompleto	<input type="checkbox"/> Primário completo ou Ginásial Incompleto		
	<input type="checkbox"/> Ginásial completo ou Colegial Incompleto (2º Grau ou ensino médio)			
	<input type="checkbox"/> Colegial completo (2º Grau ou ensino médio) ou Superior Incompleto	<input type="checkbox"/> Superior completo		
7. Em relação aos bens abaixo caso POSSUA, para cada item, relate a quantidade:				
a. Televisão em cores	<input type="checkbox"/> Zero	<input type="checkbox"/> Um	<input type="checkbox"/> Dois	<input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Quatro Ou Mais
b. Rádio	<input type="checkbox"/> Zero	<input type="checkbox"/> Um	<input type="checkbox"/> Dois	<input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Quatro Ou Mais
c. Banheiro	<input type="checkbox"/> Zero	<input type="checkbox"/> Um	<input type="checkbox"/> Dois	<input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Quatro Ou Mais
d. Automóvel	<input type="checkbox"/> Zero	<input type="checkbox"/> Um	<input type="checkbox"/> Dois	<input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Quatro Ou Mais
e. Empregada mensalista	<input type="checkbox"/> Zero	<input type="checkbox"/> Um	<input type="checkbox"/> Dois	<input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Quatro Ou Mais
f. Máquina de lavar	<input type="checkbox"/> Zero	<input type="checkbox"/> Um	<input type="checkbox"/> Dois	<input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Quatro Ou Mais
g. Videocassete e/ou DVD	<input type="checkbox"/> Zero	<input type="checkbox"/> Um	<input type="checkbox"/> Dois	<input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Quatro Ou Mais
h. Geladeira	<input type="checkbox"/> Zero	<input type="checkbox"/> Um	<input type="checkbox"/> Dois	<input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Quatro Ou Mais
i. Freezer (aparelho independente ou parte de geladeira duplo)	<input type="checkbox"/> Zero	<input type="checkbox"/> Um	<input type="checkbox"/> Dois	<input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Quatro Ou Mais
8. A sua casa/apartamento é?	<input type="checkbox"/> própria (já paga)	<input type="checkbox"/> própria (está pagando)	<input type="checkbox"/> alugada	<input type="checkbox"/> cedida
	<input type="checkbox"/> Outra condição	a) Se "Outra condição", especifique _____		
9. Como você classificaria sua cor?	<input type="checkbox"/> Negra	<input type="checkbox"/> Parda	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Amarela/Oriental
	<input type="checkbox"/> Outra a) Se "Outra", especifique _____			

Obrigada!

## ANEXO B- PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA


 <b>Comitê de Ética em Pesquisa</b>	
Parecer nº 156/2011 <span style="float: right;">Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2011.</span>	
Sr(a) Pesquisador(a),	
Informamos a V. Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e devidamente registrada na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:	
<p><b>Coordenadora:</b> Suzana Farias de Oliveira</p> <p><b>Vice-Coordenadoras:</b> Fabrício Tuche Theresia Paula Magalhães Chaves</p> <p><b>Membros:</b> André Celso van der Aarssen Andréia Fátima Mendes Celia Inoue Góes Cátia Alberta Frenha de Oliveira José M. Salame Márcia Gelbuck Nara de Rocha Saraiva Rodrigo de Carvalho Moreira Sônia Ruth V. de Miranda Chaves</p> <p><b>Secretária Executiva:</b> Celia Costa Vieira Renata Gaspar Pereira</p>	<p style="text-align: center;"><b>PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 65111</b> CAAE nº: 0864.0.000.314-11</p> <p><b>TÍTULO:</b> Desigualdade de gênero e saúde mental entre nutricionistas dos hospitais do município do Rio de Janeiro.</p> <p><b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL:</b> Cássia Barbosa de Aguiar.</p> <p><b>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA:</b> Instituto de Nutrição Annes Dias.</p> <p><b>DATA DA APECIAÇÃO:</b> 06/06/2011</p> <p><b>PARECER:</b> APROVADO.</p>

Alertamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delimitado no protocolo aprovado, exceto quando parecer necessário, não sendo permitido ao sujeito participante ou quando constatada a superlotação de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requerem ação imediata (item V.13, da Resolução CNS/MS Nº 196/96).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que afetem o curso normal do estudo (item V.VI, da Resolução CNS/MS Nº 196/96). E, após, os pesquisadores cederem medicina adequada adequada baseada em evidências para o evento ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e após enviar notificação à ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu pareceramento. Eventuais modificações ou alterações ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, encaminhando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Assim como que o sujeito de pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase de pesquisa sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item VI, 1.7, da Resolução CNS/MS Nº 196/96) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em íntegra, por ele assinado (item IV, 2.4, da Resolução CNS/MS Nº 196/96).

Resaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item VI, 12.2, da Resolução CNS/MS Nº 196/96).

  
 Suzana Farias de Oliveira  
 Coordenadora  
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil  
 Rua Urzulei Caldeira, 855 nº 110 - Cidade Nova - Rio de Janeiro  
 CEP: 20211-001 - Tel: 3071-1403  
 E-mail: cec@smsdc.rj.gov.br - Site: www.smsdc.rj.gov.br

FORMULÁRIO 011/2011  
 01/VI/06/2011

## ANEXO C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**Instituto de Nutrição / Departamento de Nutrição Aplicada**



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa "Desigualdade de Gênero e Saúde Mental entre nutricionistas dos hospitais do Município do Rio de Janeiro" porque você é nutricionista e trabalha em Hospital Municipal do Rio de Janeiro. Este Projeto tem por objetivo estimar a prevalência de transtornos mentais comuns em nutricionistas da rede municipal dos hospitais do Município do Rio de Janeiro.

Você receberá um questionário autoaplicável com perguntas sobre informações pessoais, sobre o seu trabalho, sua renda, sua vizinhança, como você se sentiu nas últimas duas semanas, seu estado de saúde, e serão realizadas medidas de aferição de peso, altura e perímetro da cintura. Todas as informações coletadas e analisadas, através de questionário, serão mantidas em sigilo e não serão divulgadas isoladamente, e, sim, agregadas, compondo o resultado da pesquisa, sem a possibilidade de identificação dos(as) voluntários(as) que participaram do Estudo. Esclarecemos, ainda, que este estudo não oferece risco algum para sua saúde e que não haverá despesas por parte dos participantes, nem retorno financeiro.

Embora não haja nenhuma garantia de que você terá benefícios com este estudo, as informações que você fornecer serão úteis para conhecer o estado de saúde e que estão submetidos os profissionais de nutrição no seu ambiente de trabalho, podendo subsidiar o planejamento de saúde.

Assinando esse consentimento, você não desiste de nenhum de seus direitos. Além disso, você não libera os investigadores de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique. A sua participação é inteiramente voluntária. Uma vez aceitando participar desta pesquisa, você deverá se sentir livre para abandonar o estudo a qualquer momento, sem que isto afete o seu cuidado ou relacionamento futuro com esta instituição. O investigador deste estudo também poderá retirá-lo da pesquisa a qualquer momento, se ele julgar ser necessário para o seu bem estar.

Em todas as informações coletadas e utilizadas, através de questionários e de entrevistas, são asseguradas o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação de seus resultados em congressos e periódicos científicos.

Caso você tenha perguntas ou necessidade de mais informações sobre o estudo, você poderá contatar a Prof<sup>ª</sup> Dra. Odaleia Barbosa de Aguiar (INU / UERJ), telefone contato: 2334 – 0270 (Ramal: 215), endereço para contato: Rua São Francisco Xavier 524, sala 12.034, Bicoó E – Maracanã – RJ. Caso ocorra dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, reporte-se ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contatando o Comitê de Ética em Pesquisa do Secretariado Municipal de Saúde, no endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova. Telefone (21) 3871-1463.

**Responsável pela pesquisa:**  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**Investigador:**  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**Participante:**  
 Declaro que eu pude questionar sobre todos os aspectos do estudo e que o(a) investigador(a) me entregou uma cópia da folha de informações para os participantes – a qual li e compreendi – e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação neste pesquisa.  
 Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo, e informar a equipe de pesquisa responsável por mim sobre qualquer anomalia observada. Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar e que minha identidade jamais será publicada. Os dados coletados poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador. Afirma que estou recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Nome: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_