

“Trabalho noturno e sofrimento mental em trabalhadores da saúde de dois hospitais em Manaus, AM”

por

Adenilda Teixeira Arruda

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

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

Rio de Janeiro, agosto de 2014.

Esta tese, intitulada

“Trabalho noturno e sofrimento mental em trabalhadores da saúde de dois hospitais em Manaus, AM”

apresentada por

Adenilda Teixeira Arruda

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Frida Marina Fischer

Profa. Dra. Cláudia de Souza Lopes

Profa. Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David

Profa. Dra. Enirtes Caetano Prates Melo

Profa. Dra Lúcia Rotenberg – orientadora principal

Tese defendida e aprovada em 25 de agosto de 2014.

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

A779 Arruda, Adenilda Teixeira
Trabalho noturno e sofrimento mental em trabalhadores da
saúde de dois hospitais em Manaus, AM. / Adenilda Teixeira
Arruda. -- 2014.
163 f. : tab.

Orientador: Rotenberg, Lúcia
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Trabalho Noturno. 2. Transtornos Mentais. 3.
Depressão. 4. Estresse Psicológico. 5. Pessoal de Saúde. I. Título.
CDD – 22.ed. – 362.2098113

Às razões da minha vida, meus filhos Laísa e Sérgio

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é resultado não apenas de um esforço individual, mas da contribuição de muitas pessoas que, ao longo desse tempo, colaboraram na construção desta tese.

Considero-me privilegiada em ter sido orientada por Lúcia Rotenberg. Agradeço pela dedicação, paciência, por sua cumplicidade e responsabilidade na construção deste trabalho, pela capacidade de saber fazer as críticas com muita sabedoria e serenidade.

Agradeço a Rosane Härter Griep, minha segunda orientadora, que também colaborou enormemente com o trabalho, sempre com ricas contribuições. Agradeço por sua atenção, sinceridade, objetividade e inteligência.

Agradeço a Luciana Fernandes Portela, minha terceira orientadora, por todo apoio, carinho, atenção e muito trabalho na análise dos dados e na elaboração da tese.

Apesar da distância, nunca me senti só nesta caminhada, sempre contei com minhas orientadoras, mesmo nos momentos mais difíceis. Foi muito gratificante conviver com vocês. Fica aqui o meu muito obrigado.

Aos meus filhos queridos, Laísa e Sérgio, pelo apoio incondicional e por acreditarem em mim. Peço desculpas pelas muitas ausências.

Ao meu marido Alexandre Douglas (*in memoriam*), amor de minha vida, companheiro e amigo para todas as horas em tantos anos de convivência, sei que estaria muito orgulhoso se estivesse agora ao meu lado.

Agradeço também aos meus irmãos, Adirson e Auricéa, meus familiares e amigos que sempre me apoiaram e confiaram em mim.

Às minhas amigas Arlete Simões, Elsia Belo e Evangeline Cardoso, agradeço pelo apoio nos momentos difíceis, mas também pelos muitos momentos de alegrias, pelas incontáveis risadas, por fazerem parte, sem dúvida alguma, dos melhores momentos desta jornada. Agradeço pela amizade de toda a turma.

Um especial agradecimento aos colegas do Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde por toda a ajuda dispensada: Thaís Palermo, Joseane Peçanha, Kali Siqueira, Aline Costa e todo o grupo de trabalho que sempre me acolheu com muita afeição e carinho.

Aos servidores da Fiocruz Manaus, particularmente ao bibliotecário Ycaro Verçosa e a equipe da Secretaria Acadêmica, agradeço todo o apoio e disponibilidade em colaborar.

Às alunas de enfermagem que me ajudaram na coleta de dados Nadime, Kamila, Luciana, Érica e Naisa, meu muito obrigado.

Agradeço a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas pelo auxílio financeiro.

Não poderia esquecer de agradecer aqueles que são a razão desta tese: os profissionais participantes da pesquisas que gentilmente concordaram em participar do estudo.

Agradeço a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

Os estudos sobre o trabalho noturno revelam diferenças individuais quanto à tolerância ao horário de trabalho, de forma que alguns trabalhadores desenvolvem doenças, enquanto outros, não. No que se refere à saúde psíquica, são escassos os estudos brasileiros com profissionais da saúde, principalmente em relação a equipes de médicos. O objetivo desta Tese foi investigar o sofrimento psíquico (transtornos mentais comuns e depressão) quanto a sua relação com o horário de trabalho em equipes de enfermagem e de médicos, considerando diferenças individuais entre os trabalhadores. Foi realizado estudo epidemiológico de corte transversal com médicos e equipes de enfermagem de dois hospitais gerais de Manaus (AM), perfazendo um total de 432 trabalhadores (57,7% dos elegíveis). O questionário padronizado abordava aspectos sociodemográficos, do trabalho e da saúde, incluindo o *Self Report Questionnaire* (SRQ-20) e o *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) para rastreamento de transtornos mentais comuns (TMC) e depressão, respectivamente. Duas modalidades de análise foram realizadas: (1) os grupos com atuação no trabalho noturno atualmente ou no passado (ex-noturnos) foram comparados àquele sem experiência no trabalho noturno e (2) considerando apenas os trabalhadores noturnos, aqueles que referiram o desejo de deixar os plantões noturnos foram comparados aos que não manifestaram este desejo. O tratamento dos dados incluiu análises bivariadas (teste de qui-quadrado ou Fisher) e análises múltiplas através de regressão logística binomial. A adesão ao estudo foi menor entre os médicos e no hospital público, tendo variado entre 4,6% (médicos do hospital público) a 91,6% na equipe de enfermagem do hospital privado. Considerando as equipes de enfermagem e de médicos, o percentual de mulheres foi de 80,5% e de 30,4%, a idade média foi de 39,3 e de 41,5 anos, sendo a jornada média de 44,2 e 63,1 horas semanais, respectivamente. Em ambas as equipes, a maioria trabalhava em mais de um local e fazia plantões noturnos, sendo baixa a proporção de trabalhadores sem experiência prévia no trabalho noturno (14,4% e 5,4% nas equipes de enfermagem e de médicos). A prevalência de TMC foi de 25,5% e 17,9% nas equipes de enfermagem e de médicos; a prevalência de depressão foi de 13,1% e 8,9%, respectivamente. Embora sem significância estatística, na equipe de enfermagem, os trabalhadores noturnos e ex-noturnos apresentaram maior prevalência de sofrimento psíquico, comparados àqueles sem experiência no trabalho noturno, principalmente quanto à depressão, cuja chance aumentou em 50% e 82%, respectivamente. A chance de manifestar TMC na equipe de enfermagem que refere o desejo de deixar os plantões noturnos foi próxima ao dobro daquela relativa ao grupo que não referia este desejo (OR=1,93; IC95% 0,95-3,90), com significância estatística no valor limítrofe. Os médicos não foram comparados quanto ao horário de trabalho em função da reduzida amostra sem experiência no trabalho noturno. Um percentual significativamente maior de médicos com TMC foi observado entre aqueles que desejavam deixar os plantões noturnos, comparado aos que não manifestavam este desejo (31% e 0%, respectivamente). Os resultados sugerem um possível efeito a longo prazo do trabalho noturno sobre a saúde psíquica, revelando a importância do histórico dos horários de trabalho na análise deste tema. O desejo de deixar o trabalho noturno, utilizado como *proxy* da satisfação com o horário de trabalho, permitiu distinguir, entre os trabalhadores noturnos, aqueles com maiores chances de manifestar transtornos mentais comuns, relevando diferenças individuais na tolerância ao trabalho noturno. O estudo contribui com reflexões sobre o tema no sentido de subsidiar propostas de melhorias no processo de trabalho destes profissionais, considerando tanto a saúde dos trabalhadores, como aspectos da qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Palavras-chave: Trabalho Noturno, Transtornos Mentais, Depressão, Estresse Psicológico, Pessoal de saúde.

ABSTRACT

Studies on night work reveal individual differences in tolerance to work schedules, so that some workers develop diseases, while others do not. With regard to mental health, there are few Brazilian studies with health professionals, especially in relation to physician teams. The aim of this thesis was to investigate the psychological distress (common mental disorders and depression) and their relationship with night work in a nursing staff and doctors, considering individual differences among workers. An epidemiological cross-sectional study was performed with physicians and nursing teams from two hospitals in Manaus, Amazonas, Brazil (N=432 workers, 57.7% of the eligible group). A standardized questionnaire included questions regarding sociodemographic characteristics, work and health, including the Self Report Questionnaire (SRQ-20) and the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) for screening of common mental disorders (CMD) and depression, respectively. The data treatment included bivariate analyzes (chi-square and Fisher tests) and multivariate analyzes using binomial logistic regression. Two analysis procedures were performed: (1) workers engaged in night work currently and former night workers were compared to those without experience in night work and (2) considering only night workers, those who mentioned the desire of leaving the night shifts were compared to those who did not. The adherence to the study was lower among physicians and in the public hospital, ranging between 4.1% (doctors at the public hospital) and 91.6% in the nursing staff of the private hospital. Considering the nursing staff and the doctors, the percentage of women was 80.5% and 30.4%, mean age was 39.3 and 41.5 years, with 44.2 and 63.1 weekly work hours, respectively. In both teams, most worked in more than one location and worked night shifts, with few workers without previous experience in night work (14.4% and 5.4% of the nursing staff and doctors). The prevalence of CMD was 25.5% and 17.9% in the nursing and in the medical staff; the prevalence of depression was 13.1% and 8.9%, respectively. Although not statistically significant, in the nursing team, night workers and former night workers had higher prevalence of psychological distress, compared to those without experience in night work, especially as regards depression whose chances increased in 50% and 82%, respectively. In the nursing team, the chance to express CMD in the group who refers to the desire to leave the night shifts was close to double that of the group that did not report this desire (OR = 1.93; 95% CI 0.95 to 3.90) (threshold of statistical significance). Doctors have not been compared in terms of work schedule hours due to the reduced sample without experience in night work. A significantly higher percentage of physicians with CMD were observed between those who referred to the desire to leave the night shifts, compared to those who did not manifest this desire (31% and 0%, respectively). The results suggest a possible long-term effect of night work on mental health, revealing the importance of the occupational history as regards work schedules in the analysis of this issue. The desire to leave the night work used as a proxy of satisfaction with their work schedule allowed distinguishing – among night-shift workers - those most likely to express common mental disorders, revealing individual differences in tolerance to night work. The study contributes with reflections on the subject in order to subsidize proposals for improvements in the work process of these professionals, considering both their health, as well as aspects of quality of assistance provided to patients.

Key-words: Night Work, Mental Disorder, Depression, Psychological Distress, Health Professionals.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1	Modelo elaborado por Tyerman (2009) sobre o processo de trabalho em turnos e a relação com sintomas depressivos, adaptação do modelo conceitual proposto por Knutsson e Boggild (2000)-----	36
Quadro 1	Sumário das principais informações dos estudos sobre as relações entre o trabalho em turnos e noturno e os distúrbios psíquicos menores-----	46
Quadro 2	Sumário das principais informações dos estudos sobre as relações entre o trabalho em turnos e noturno e a depressão-----	49
Quadro 3	Características das variáveis testadas como fatores de confundimento-----	60

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Trabalhadores elegíveis e participantes dos dois hospitais do estudo. Manaus, AM, 2012-----	61
Tabela 2 - Características sócio-demográficas da equipe de enfermagem de dois hospitais em Manaus, AM. (n = 376)-----	62
Tabela 3 - Características do trabalho da equipe de enfermagem de dois hospitais em Manaus, AM. (n = 376).-----	63
Tabela 4: Características de saúde e hábitos de vida da equipe de enfermagem de dois hospitais em Manaus, AM. (n = 376)-----	64
Tabela 5 – Variáveis sócio-demográficas segundo o horário de trabalho em equipe de enfermagem de dois hospitais em Manaus, AM. (n = 376)-	65
Tabela 6 – Variáveis relacionadas ao trabalho segundo o horário de trabalho em equipes de enfermagem de dois hospitais em Manaus, AM. (n = 376)-----	65
Tabela 7 – Variáveis relacionadas à saúde e hábitos de vida segundo o horário de trabalho em equipes de enfermagem de dois hospitais em Manaus, AM. (n=376)-----	66
Tabela 8. Prevalência do transtorno mental comum segundo variáveis sócio-demográficas em equipes de enfermagem de dois hospitais em Manaus, AM. (n=376)-----	67
Tabela 9. Prevalência do transtorno mental comum segundo variáveis ocupacionais em equipes de enfermagem de dois hospitais em Manaus, AM. (n=376)-----	68
Tabela 10. Prevalência de transtorno mental comum segundo características de saúde e hábitos de vida em equipe de enfermagem de dois hospitais em Manaus, AM. (n=376)-----	69
Tabela 11. Prevalência de depressão segundo variáveis sócio-demográficas em equipe de enfermagem de dois hospitais em Manaus, AM. (n=376)-----	70
Tabela 12. Prevalência de depressão segundo características ocupacionais em equipe de enfermagem de dois hospitais em Manaus, AM. (n=376)-----	71

Tabela 13. Prevalência de depressão segundo características de saúde e hábitos de vida em equipe de enfermagem de dois hospitais em Manaus, AM. (n=376)-----	72
Tabela 14 – Resultados da análise de regressão logística entre o horário de trabalho e o transtorno mental comum na equipe de enfermagem de dois hospitais em Manaus, AM-----	74
Tabela 15 – Análise de regressão logística entre o horário de trabalho e a depressão na equipe de enfermagem de dois hospitais em Manaus, AM--	74
Tabela 16 - Características sócio-demográficas da equipe de enfermagem que trabalhava à noite em dois hospitais em Manaus, AM. (n = 195)-----	75
Tabela 17 - Características do trabalho da equipe de enfermagem que trabalhava à noite em dois hospitais em Manaus, AM. (n = 195)-----	76
Tabela 18: Características de saúde e hábitos de vida da equipe de enfermagem que trabalha à noite de dois hospitais em Manaus, AM. (n= 195)-----	76
Tabela 19: Características referentes ao trabalho noturno em equipes de enfermagem que atuam em plantões noturnos em dois hospitais de Manaus, AM. (n=195)-----	77
Tabela 20 – Variáveis sócio-demográficas segundo o desejo de sair dos plantões noturnos em equipes de enfermagem de dois hospitais em Manaus, AM. (N=195)-----	78
Tabela 21 – Variáveis relacionadas ao trabalho, apresentadas em percentuais, médias e desvio-padrão, com intenção de deixar o turno noturno de equipes de enfermagem em dois hospitais de Manaus, AM. (n = 195)-----	79
Tabela 22 – Variáveis relacionadas ao trabalho noturno e sono, apresentadas em percentuais, médias e desvio padrão, com intenção de deixar o turno noturno de equipes de enfermagem em dois hospitais de Manaus, AM. (n = 195)-----	80
Tabela 23 – Variáveis relacionadas à saúde e hábitos de vida segundo o desejo de deixar o turno noturno na equipe de enfermagem de dois hospitais de Manaus, AM. (n = 195)-----	81

Tabela 24 – Análise de regressão logística entre o desejo de sair do plantão noturno e o transtorno mental comum em equipe de enfermagem de dois hospitais em Manaus, AM-----	81
Tabela 25 – Análise de regressão logística entre o desejo de sair do plantão noturno e a depressão na equipe de enfermagem de dois hospitais em Manaus, AM-----	82
Tabela 26 - Características sócio-demográficas dos médicos de dois hospitais em Manaus, AM. (n = 56)-----	83
Tabela 27 - Características do trabalho de médicos em dois hospitais de Manaus, AM. (n = 56)-----	84
Tabela 28: Características de saúde e hábitos de vida de médicos em dois hospitais em Manaus, AM. (n = 56)-----	85
Tabela 29 – Variáveis sócio-demográficas segundo o horário de trabalho em médicos de dois hospitais em Manaus, AM. (n = 53)-----	86
Tabela 30 – Variáveis relacionadas ao trabalho segundo o horário de trabalho em médicos de dois hospitais em Manaus, AM. (n = 53)-----	86
Tabela 31 – Variáveis relacionadas à saúde e hábitos de vida segundo o horário de trabalho em médicos de dois hospitais em Manaus, AM. (n=53)-----	87
Tabela 32. Prevalência do transtorno mental comum segundo variáveis sócio-demográficas em médicos de dois hospitais em Manaus, AM. (n=56)-----	88
Tabela 33. Prevalência do transtorno mental comum segundo variáveis ocupacionais em médicos de dois hospitais em Manaus, AM. (n=56)--	88
Tabela 34. Prevalência do transtorno mental comum segundo características de saúde e hábitos de vida em médicos de dois hospitais em Manaus, AM. (n=56)-----	90
Tabela 35. Prevalência de depressão segundo variáveis sócio-demográficas em médicos de dois hospitais em Manaus, AM. (n=56)-----	91
Tabela 36. Prevalência de depressão segundo características ocupacionais em médicos de dois hospitais em Manaus, AM. (n=56)----	91
Tabela 37. Prevalência de depressão segundo características de saúde e hábitos de vida em médicos de dois hospitais em Manaus, AM. (n=56)--	92

Tabela 38 - Características sócio-demográficas dos médicos que trabalham à noite em dois hospitais em Manaus, AM. (n = 32)-----	94
Tabela 39 - Características do trabalho da equipe de médicos que trabalha à noite em dois hospitais em Manaus, AM. (n = 32)-----	94
Tabela 40: Características de saúde e hábitos de vida da equipe de médicos que trabalha à noite em dois hospitais em Manaus, AM. (n = 32)-----	95
Tabela 41: Características referentes ao trabalho noturno em equipes de enfermagem que atuam em plantões noturnos em dois hospitais de Manaus, AM, 2012 (n=32)-----	96
Tabela 42 – Variáveis sócio-demográficas, segundo o desejo de sair dos plantões noturnos entre médicos de dois hospitais em Manaus, AM, 2012 (N=32)-----	96
Tabela 43 – Variáveis relacionadas ao trabalho segundo o desejo de deixar os plantões noturnos em médicos de dois hospitais de Manaus, AM. (n = 32)-----	97
Tabela 44 – Variáveis relacionadas ao trabalho noturno e sono segundo o desejo de deixar os plantões noturnos em médicos de dois hospitais de Manaus, AM. (n = 32)-----	97
Tabela 45 – Variáveis relacionadas à saúde e hábitos de vida, apresentadas em percentuais, com intenção de deixar o turno noturno entre médicos em dois hospitais de Manaus, AM. (n = 30)-----	98

LISTAS DE ABREVIATURAS

CFM	Conselho Federal de Medicina
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DER	Desequilíbrio Esforço – Recompensa
DPM	Distúrbio Psíquico Menor
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de confiança
IMC	Índice de massa corpórea
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHQ	Patient Health Questionnaire
RC	Razão de Chance
RJU	Regime Jurídico Único
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SRQ	Self-Reporting Questionnaire
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtorno Mental Comum

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1	O Campo da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho	17
2.1.1	A Saúde Mental do Trabalhador - principais abordagens teóricas	18
2.2	O trabalho em saúde no Brasil e o sofrimento mental	23
2.2.1	Aspectos atuais do Setor Saúde no Brasil	23
2.2.2	O trabalho em saúde como fonte de desgaste mental	24
2.3	O trabalho em turnos e noturno - relações com a saúde com foco no sofrimento psíquico	25
2.3.1	Principais definições e legislação brasileira sobre o trabalho em turno e noturno	25
2.3.2	O trabalho em turnos como fonte de impacto à saúde física e mental	27
2.3.3	Modelos sobre as relações entre o trabalho noturno e a saúde	30
2.3.4	Aspectos específicos relacionados à saúde psíquica	32
2.3.5	Fatores relacionados à tolerância ao trabalho em turnos e noturno	36
2.4	O trabalho noturno e o sofrimento mental em equipes de médicos e de enfermagem	42
3	JUSTIFICATIVA	51
4	OBJETIVOS	52
4.1	Objetivo Geral	52
4.2	Objetivos Específicos	52
5	MÉTODOS	53
5.1	População do estudo	53
5.2	Pré-teste e estudo piloto	53
5.3	Instrumento de Coleta de dados	54
5.4	Tratamento dos dados	55
5.4.1	Variável de exposição	55
5.4.2	Variáveis de desfechos	55
5.4.3	Descrição das co-variáveis utilizadas no estudo	56
5.4.4	Aspectos psicossociais do trabalho	58
5.5	Tratamento estatístico dos dados	59
5.6	Aspectos Éticos	60
6	RESULTADOS	61
6.1	Resultados relativos à Equipe de Enfermagem	61
6.1.1	Perfil geral da equipe de enfermagem quanto às variáveis sócio-demográficas, relacionadas ao trabalho profissional, saúde e hábitos de vida	61
6.1.2	Perfil da equipe de enfermagem segundo o horário de trabalho	64
6.1.3	Prevalência de transtornos mentais comuns e de depressão na equipe de enfermagem	67

6.1.4	Relações entre o horário de trabalho e os desfechos de interesse-----	73
6.1.5	Perfil dos trabalhadores noturnos, com destaque para o desejo de deixar os plantões noturnos e suas relações com os transtornos mentais comuns e a depressão-----	75
6.2	Resultados relativos à equipe de médicos-----	83
6.2.1	Perfil geral da equipe de médicos quanto às variáveis sócio-demográficas, relacionadas ao trabalho profissional, saúde e hábitos de vida-----	83
6.2.2	Perfil da equipe de médicos segundo o horário de trabalho-----	85
6.2.3	Prevalência de transtornos mentais comuns e de depressão na equipe de médicos-----	87
6.2.4	Relações entre o horário de trabalho e os desfechos de interesse-----	93
6.2.5	Perfil dos trabalhadores noturnos, com destaque para o desejo de deixar os plantões noturnos e suas relações com os transtornos mentais comuns e depressão-----	93
7	DISCUSSÃO-----	100
7.1	Considerações sobre o perfil das equipes de enfermagem e de médicos-----	100
7.2	O perfil das equipes segundo o horário de trabalho-----	105
7.3	Considerações sobre a prevalência do sofrimento psíquico no grupo estudado-----	107
7.4	As relações entre o trabalho noturno e o sofrimento psíquico dos trabalhadores-----	110
7.5	Considerações sobre o desejo de deixar o trabalho noturno e suas relações com o sofrimento psíquico-----	114
7.6	Limitações e aspectos positivos do presente estudo-----	118
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS-----	122
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS-----	124
10	APÊNDICES e ANEXOS-----	141
	Apêndice 1 – Instrumento de coleta de dados-----	142
	Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-----	159
	Anexo 1 - <i>Self-Reporting Questionnaire</i> - SRQ 20-----	160
	Anexo 2 - <i>Patient Health Questionnaire</i> – PHQ 9-----	161
	Anexo 3 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa-----	162

1. INTRODUÇÃO

O interesse no campo da saúde mental e trabalho tem sido crescente na literatura nacional e internacional, buscando identificar aspectos que promovam a saúde e aqueles que potencialmente são adoecedores, já que um número crescente de problemas psicológicos tem sido associado ao trabalho (JACQUES, 2007; BENDER e FARVOLDEN, 2008; SELIGMANN-SILVA, 1997, 2011). A alta prevalência de transtornos mentais no mundo do trabalho, particularmente a depressão, tem recebido especial atenção em função do impacto negativo na produtividade, no desempenho, absenteísmo e presenteísmo, levando a custos elevados com tratamento e prejuízos para a família e a sociedade em geral (BENDER e FARVOLDEN, 2008).

A Organização Mundial de Saúde aponta que 30% dos trabalhadores apresentam transtornos mentais não psicóticos (OMS, 1997). No Brasil os transtornos psicológicos são a terceira causa de concessão de benefício previdenciário como auxílio doença, afastamento do trabalho e aposentadorias por invalidez, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001).

Diversos aspectos relacionados ao processo de trabalho têm sido apontados como desencadeadores do sofrimento mental. No contexto geral das relações trabalho-saúde, Sato e Bernardo (2005) identificaram cinco grupos de problemas, que se referem à organização do processo de trabalho, às repercussões psicossociais dos acidentes e doenças do trabalho, aos efeitos neuropsicológicos ligados à exposição a solventes e metais pesados e às situações de risco à vida como explosões, além do desemprego.

Com relação à organização do trabalho, a literatura aponta a carga de trabalho, jornadas extensas, o trabalho em turnos e noturno como algumas características laborais que podem desencadear o sofrimento mental nos trabalhadores da saúde, inclusive a depressão (MANETTI E MARZIALE, 2007; ROSSLER, 2012). Fatores psicossociais do trabalho também são relevantes no que se refere aos efeitos à saúde mental. O modelo que analisa a reciprocidade entre esforço e recompensa no trabalho (SIEGRIST, 1996; 2012) tem sido utilizado na avaliação do estresse psicossocial no trabalho, tendo-se observado a associação entre o desequilíbrio esforço-recompensa e o sofrimento psíquico (CONWAY et al, 2008; BAKKER, 2000; CALNAN et al, 2000).

O trabalho em turnos, particularmente o trabalho noturno, implica grandes mudanças na vida cotidiana das pessoas e pode repercutir no lazer, nas atividades do dia a dia, como o estudo, e no convívio familiar (COLQUHOUN et al, 1996; MORENO, FISCHER e ROTENBERG, 2004; COSTA, 2003a). Pode levar ao adoecimento físico e mental do

trabalhador, visto que interfere em todas as dimensões da vida, ou seja, as condições de saúde, hábitos e estilo de vida, relações familiares e sociais (COLQUHOUN et al, 1996; RÉGIS FILHO, 2001; FISCHER, MORENO e ROTENBERG, 2004).

Os médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem constituem um grupo de interesse especial de profissionais quanto às consequências do trabalho noturno, já que os efeitos não recaem somente sobre sua própria saúde, mas também na assistência à saúde de outros, no caso, os pacientes. Trabalhando frequentemente à noite e muitas vezes em vários empregos, estão sujeitos a sintomas como fadiga, sonolência, irritabilidade, condições que podem interferir no desempenho de suas atividades laborais.

Além disso, o trabalho em saúde tem apresentado características de crescente precarização quanto aos aspectos de condições de emprego e trabalho, com impacto na saúde e qualidade de vida dos trabalhadores (SANTOS FILHO, 2007). Em estudo realizado com profissionais de saúde em hospital da Bahia, Martins et al (2009) observaram 31,9% dos trabalhadores com afastamento por motivo de doença, considerada elevada incidência. Pesquisa com médicos identificou prevalência de 26% de distúrbios psíquicos menores (NASCIMENTO SOBRINHO et al, 2006).

O presente estudo aborda o sofrimento mental em profissionais de saúde que atuam em hospitais, segundo o horário de trabalho. Pretendemos gerar conhecimentos para o campo da saúde do trabalhador, com potenciais benefícios para a qualidade do atendimento à população assistida por estes profissionais. Assim, pretende-se contribuir com reflexões que possam apontar propostas de melhorias nas condições de trabalho destes profissionais, cujos erros e o mau desempenho podem significar riscos à vida ou ao cuidado da população assistida.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O Campo da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho

O trabalho é fundamental na vida das pessoas, podendo repercutir de forma a favorecer ou desgastar a saúde do trabalhador. É considerado como importante mediador entre diferentes instâncias sociais e a saúde humana (SELIGMANN-SILVA, 1997). O trabalho contribui para a organização e estruturação do tempo e, por conseguinte, condiciona o convívio familiar e social (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Nos tempos atuais, o mundo do trabalho está marcado pelo aumento da precarização com perda de direitos trabalhistas, ritmo intenso de trabalho e com metas inalcançáveis, incidindo sobre a saúde geral do trabalhador, inclusive na saúde mental (FRANCO, DUCK e SELIGMANN-SILVA, 2010).

Desta forma, a literatura nacional e internacional evidencia o interesse crescente em determinantes da saúde mental relacionados ao trabalho (JACQUES, 2007; BENDER e FARVOLDEN, 2008; SELIGMANN-SILVA, 2011). A alta prevalência de transtornos mentais associados a fatores do trabalho, particularmente a depressão, tem recebido maior atenção em decorrência do enorme impacto negativo na produtividade, no desempenho, absenteísmo e presenteísmo, gerando elevados custos com o tratamento e prejuízos para familiares e a sociedade em geral. (BENDER e FARVOLDEN, 2008).

No Brasil, os transtornos mentais são a terceira causa de concessão de benefício previdenciário como auxílio-doença, afastamento do trabalho e aposentadoria por invalidez, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001). Embora seja um tema atual, desde o início do século XX há estudos sobre as conexões entre a saúde mental e o trabalho. Trata-se de um tema multidisciplinar que busca identificar na vida laboral os aspectos que promovem a saúde e aqueles que potencialmente são adoecedores (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Tão importantes quanto os fatores ligados ao ambiente laboral são os aspectos da vida fora do trabalho, como o lazer, por exemplo. Assim, o lazer é apontado como fator de proteção da saúde mental, colaborando para a redução do estresse, da angústia e da depressão, o que mostra sua contribuição para a promoção da saúde física e mental (PONDE e CAROSO, 2003). Em que pese essas evidências, há ainda poucos estudos que investigam as relações entre o lazer e a saúde.

Estudo com mulheres da Bahia mostrou uma associação entre a ausência de atividades de lazer e o aumento da sobrecarga doméstica com maiores prevalências de transtorno mental comum. (PEREIRA E BUENO, 1997). Estudos também mostraram que as férias podem ajudar a controlar a fadiga e manter a saúde dos profissionais (TARUMI, HAGIHARA, MORIMOTO, 1998) assim como o estresse mental, a fadiga e o excesso de cansaço estavam associados com a falta de atividades fora do trabalho, hobby e visitas aos amigos. (EDÉLL-GUSTAFSSON, KRITZ E BOGREN, 2002). No entanto, as repercussões negativas à saúde decorrentes da limitação do tempo para as atividades de lazer e descanso são pouco descritas na literatura. (PINHO e ARAÚJO, 2012).

Segundo Bub et al (2006), “as ações de autocuidado constituem a prática de atividades que os indivíduos desempenham de forma deliberada em seu próprio benefício com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar” (p 155). Determinados fatores são apontados como facilitadores do cuidar de si: alguns relacionados a situações mais concretas como dinheiro, academia, salão de beleza e outros mais subjetivos, como vontade, conhecimento e relacionamento interpessoal (SOARES et al, 2011). Em contrapartida, a demanda e organização do trabalho foram apontadas como elementos que dificultam o próprio cuidado e estes acabam por sobrepor-se aos fatores facilitadores.

2.1.1 A Saúde Mental do Trabalhador - principais abordagens teóricas

A vida e o trabalho são influenciados por todo um contexto macrossocial. Assim, para se compreender o processo saúde-doença e suas relações com o trabalho é fundamental entender os determinantes e condicionantes que, de forma direta ou indireta, estão relacionadas às desigualdades socioeconômicas e de direitos. Na busca pela compreensão da dinâmica entre saúde mental e trabalho é necessário considerar as condições gerais de vida como moradia, saneamento básico, alimentação e transporte que podem contribuir para o cansaço e desgaste do trabalhador (SELIGMANN-SILVA, 2011). A autora ressalta, ainda, que os contextos do trabalho contribuem significativamente para a saúde de modo geral, mas também dizem respeito à saúde mental, mediada por forças políticas e econômicas.

Na atualidade o processo produtivo passou a exigir cada vez mais a capacidade física e psíquica do trabalhador. Assim, compreender o processo de adoecimento demanda

abordagens que integrem aspectos objetivos e subjetivos das relações entre o trabalho e a saúde (BORSOI, 2007).

Uma questão central a ser reconhecida quanto às doenças relacionadas ao trabalho é que nem sempre a relação entre o agente causador e o próprio dano é palpável ou visível como acontece no acidente de trabalho típico. E na ausência do devido reconhecimento, não haverá amparo legal para o trabalhador (BORSOI, 2007). No campo da saúde mental, tal dificuldade é ainda mais acentuada, demandando, portanto, do olhar multidisciplinar para a compreensão do processo de trabalho e suas repercussões na saúde mental do trabalhador (FERNANDES et al, 2006).

Segundo Glina et al (2001) para identificar o nexo entre trabalho e adoecimento mental é necessário conhecer a história de vida além da descrição da situação de trabalho, ambiente organizacional e a percepção do trabalho como influência no processo de adoecimento. Em decorrência da dificuldade para estabelecer esta relação podem ocorrer prejuízos tanto para o tratamento como para os direitos legais do trabalhador e esta dificuldade está relacionada aos profissionais da saúde, aos sindicatos e aos próprios trabalhadores.

Diversos modelos teóricos abordam as relações entre o trabalho e a saúde mental. Seligmann-Silva (2011) destaca três destes modelos: a teoria do estresse, a psicodinâmica do trabalho e o modelo de desgaste.

A **teoria do estresse** foi pioneira nos estudos sobre saúde mental e trabalho. Inicialmente proposta por Hans Seyle, endocrinologista canadense, por volta de 1930, considerava o ambiente físico e microbiológico, estudando principalmente a fadiga no trabalho. Depois a abordagem do estresse ampliou-se com a incorporação de novos elementos, como a dimensão social do trabalho, surgindo modelos mais complexos (ARAÚJO, 2011; SELIGMANN-SILVA, 2011).

Analisando a inter-relação entre a saúde mental e o trabalho, a abordagem define o estresse “como um desequilíbrio entre demandas do trabalho e a capacidade de resposta dos trabalhadores” (FERNANDES et al, 2006, pg. 167). Assim, o estresse é visto como um estado dinâmico no interior do indivíduo, resultante da interação do organismo com estímulos nocivos. Os termos estresse ocupacional e síndrome de *burnout* foram elaborados para designar o estresse específico do mundo do trabalho (ARAÚJO, 2011).

Para Fernandes et al (2006), este modelo teórico fundamenta-se na compreensão dos aspectos biopsicossociais que tem influência no processo saúde–doença (mental), adotando as seguintes categorias analíticas como eixos explicativos: a organização social, o processo de alienação do trabalhador e o ambiente de trabalho. Sendo assim, a abordagem do estresse adota a epidemiologia social em suas investigações, analisando o estresse como mediador entre o social e o biológico.

Entre os estudos com a abordagem do estresse está o realizado por Wang et al (2012) com trabalhadores do Canadá que apontaram o estresse no trabalho, a insegurança no emprego e os conflitos entre trabalho e família como importantes fatores de risco no ambiente de trabalho para o aparecimento de depressão. São fatores que parecem funcionar de forma diferente em homens e mulheres (WANG et al, 2012). Achados semelhantes foram encontrados por Rugulies et al. (2006) estudando a depressão entre profissionais da Dinamarca. Características psicossociais do trabalho aumentavam os riscos de depressão severa, com destaque para o baixo apoio dos supervisores, entre as mulheres e a insegurança no trabalho, entre os homens. Estudo de coorte na Dinamarca encontrou maior risco de aparecimento de episódio de depressão maior entre os trabalhadores inseridos em ambiente de trabalho estressor (WANG, 2005).

Em estudo realizado em unidades de tratamento intensivo em hospitais públicos franceses, Embriaco et al, (2012) observaram 23,8% de sintomas depressivos entre os médicos, sendo os sintomas associados ao contexto laboral como a carga pesada de trabalho e a fragilidade nas relações com os colegas intensivistas.

No Canadá, estudo longitudinal com 20.747 mostrou forte associação entre a insatisfação com o trabalho e a auto percepção negativa de saúde mental. O grupo de trabalhadores que referia muita insatisfação tinha 5,5 mais chances de referir problemas de saúde mental quando comparado aos profissionais satisfeitos que, por sua vez, ficaram menos dias afastados de suas atividades laborais (SHIELDS, 2006).

Ao acompanhar uma população de trabalhadores no Japão, Inoue, Tsurugano e Iano (2011) observaram maior procura pelo serviço clínico de saúde mental no grupo com vínculos temporários, comparado aos trabalhadores com contratos permanentes. A baixa estabilidade no emprego e falta de perspectiva de promoção explicaram os resultados, demonstrando a associação entre aspectos psicossociais do trabalho e a saúde mental.

Uma revisão sistemática dos estudos longitudinais sobre as relações entre o ambiente psicossocial do trabalho e a depressão identificou o impacto do desequilíbrio esforço-recompensa, da falta de apoio dos supervisores e colegas de trabalho e das longas horas de trabalho semanais a um maior risco para depressão em trabalhadores de diversas categorias profissionais (NETTERSTROM et al, 2008). Esses dados confirmam a forte influência do baixo apoio social dos supervisores como fator preditor do sofrimento psíquico dos trabalhadores, inclusive para o surgimento de sintomas depressivos severos (RUGULIES et al, 2006).

Embora a abordagem do estresse seja frequentemente utilizada em estudos epidemiológicos, Seligmann-Silva (2011) observa que este enfoque não é suficiente para explicar a psicogênese do sofrimento mental em termos da complexidade que envolve as relações entre os fatores estressores do trabalho e os processos psíquicos (SELIGMANN-SILVA, 2011).

A **psicodinâmica do trabalho**, elaborada pelo psiquiatra francês Christophe Dejours, está focada nos processos subjetivos e intrapsíquicos, tendo como referencial a abordagem psicanalítica (SELIGMANN-SILVA, 2011). Para Dejours (1992), o trabalho pode representar equilíbrio, desenvolvimento e satisfação do indivíduo, mas também pode causar tensão e ansiedade, provocando o adoecimento do trabalhador. Portanto, a patologia surge quando se rompe o equilíbrio e o sofrimento não é mais contornável.

Esta teoria introduz o conceito de sofrimento psíquico que seria a experiência subjetiva vivenciada através de sentimentos de insatisfação e ansiedade. Tais situações são enfrentadas através de defesas elaboradas pelos trabalhadores que buscam ativamente se proteger e se defender. Apesar das condições de trabalho atuarem como geradoras de elevado sofrimento psíquico, a maior parte dos trabalhadores não adoecem, desenvolvendo estratégias para continuar em suas atividades laborais e lidar com seu sofrimento (ARAÚJO, 2011).

A organização do trabalho tem papel importante neste contexto, pois poderá provocar um sofrimento não reconhecido que é razoavelmente bem controlado pelas estratégias defensivas para impedir o adoecimento psíquico do trabalhador. Mas, por outro lado, poderá ser causa de desequilíbrio psicossomático e de insatisfação quando o trabalho é organizado de forma autoritária, rígida e fragmentada, podendo “bloquear os esforços do trabalhador para

adequar o modo operatório às necessidades de sua estrutura mental” (DEJOURS, 1992, p. 128).

Nos estudos com aporte teórico da psicodinâmica do trabalho comumente utilizam-se estratégias metodológicas de abordagem qualitativa (ARAÚJO, 2011).

O modelo de **desgaste** constitui uma terceira forma de abordar a questão, tal como analisam Seligmann-Silva (2011) e Araújo (2011). Sua base teórica decorre dos estudos sobre os processos de trabalho desenvolvidos pela médica e socióloga Asa Laurell nos anos 80 que, por sua vez, baseou-se no materialismo dialético e histórico de Marx e Engels. Adotada como uma abordagem integradora, Seligmann-Silva (2011) considera as inter-relações entre:

- a) os ‘fatores’ ambientais e psicossociais objetivados pelos estudos do *work-stress*; b) o mundo subjetivo e a identidade permanentemente envolvidos nas transformações de seu micro e macrocontextos e nas elaborações de sentido vinculadas às transformações – aproximando-se assim também da Psicodinâmica do Trabalho; c) as diferentes esferas da vida social onde se desenvolvem relações de poder – que, quando desvantajosas para a integridade e estabilidade mental do trabalhador, acarretarão o desgaste. (pg. 137)

De acordo com esta visão, no mundo do trabalho incide uma correlação desigual de poder entre o trabalho e o trabalhador, ocorrendo o desgaste em consequência da desvantagem do trabalhador em relação ao processo de trabalho que provoca um consumo do corpo e dos potenciais psíquicos. Para Laurell e Noriega (1989), as cargas fisiológicas e psíquicas são expressas através do corpo. As cargas psíquicas são agrupadas em sobrecargas, como as tensões prolongadas, altos ritmos de trabalho e subcargas, quando o trabalhador fica impossibilitado de desenvolver sua potencialidade e criatividade, vivencia a monotonia e a repetitividade.

Nesta nova forma de abordar o trabalho e a saúde, os autores introduzem a categoria “carga de trabalho” referindo-se aos elementos que interagem de forma dinâmica no processo de trabalho. Portanto, as condições ambientais e o corpo do trabalhador interagem entre si, o que pode se traduzir em *desgaste* definido como “perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica” (Laurell e Noriega, 1989, pg 110).

2.2 O trabalho em saúde no Brasil e o sofrimento mental

2.2.1 Aspectos atuais do Setor Saúde no Brasil

Os dados apontados por Machado et al (2010) ilustram a importância do setor saúde para a economia brasileira. O setor aloca aproximadamente 3,9 milhões de postos de trabalho, o que corresponde a 4,3% da população ocupada no país. Mais de 10% dos trabalhadores assalariados no Brasil são profissionais da saúde. Com grandes transformações nos últimos 20 anos, após a constituição do Sistema Único de Saúde, o mercado de trabalho em saúde no Brasil expandiu-se significativamente. De cerca de um milhão e meio de empregos de saúde em 1992 passa para mais de dois milhões e meio em 2005.

A expansão do trabalho na saúde também é explicada pelas mudanças epidemiológicas e demográficas atuais relacionadas ao envelhecimento da população, ao aumento de doenças crônicas, da mortalidade por causas externas e do sofrimento mental, além do recrudescimento de epidemias (ROLLO, 2007).

Por outro lado, o cenário dos dias atuais apresenta um mundo globalizado que vem gerando desemprego e desvalorização do trabalho, com processos produtivos com necessidades cada vez menor das pessoas mediante automação/robótica, informática. O trabalho na saúde está inserido neste contexto onde o trabalho está perdendo seu “valor de uso”, com desprezo e desqualificação dos serviços e dos servidores públicos. Assim, a lógica lucrativa de mercado se introduz cada vez mais nas políticas de saúde, assim como também na educação, cultura e lazer (ROLLO, 2007).

Neste cenário de globalização, o sistema de saúde brasileiro também é impactado: os interesses do complexo médico-industrial, detentor de poder, agem com muita força. (ROLLO, 2007). Assim, para se pensar sobre melhoria e valorização do trabalho na saúde é fundamental considerar este panorama, inclusive com reflexões sobre o papel do Estado neste processo.

Assim, o trabalho em saúde tem apresentado características de crescente precarização quanto aos aspectos de condições de emprego e trabalho, com impacto na saúde e qualidade de vida dos trabalhadores. Embora os novos modelos de gestão proponham uma maior participação do trabalhador nas ações de gestão, o que se observa na prática é a pouca governabilidade, falta de autonomia, participação insuficiente na avaliação, planejamento e

decisão nos locais de trabalho (SANTOS FILHO, 2007). O autor considera, sob a ótica da saúde do trabalhador, a importância de intervenções voltadas para o processo de adoecimento do trabalhador. Enfatiza que estes deveriam ser ouvidos quanto a seus saberes, participando das análises e intervenções por melhorias nos ambientes de trabalho.

Segundo Assunção e Jackson Filho (2011), demanda-se dos trabalhadores da saúde, o domínio de um leque de conhecimentos e habilidades, principalmente em decorrência de um cenário atual de inovação tecnológica, com repercussão no aumento e complexidade das atividades. As mudanças demográficas e epidemiológicas também levam à maior demanda nos serviços, o que exige mais preparo emocional e esforço físico do trabalhador (ASSUNÇÃO E JACKSON FILHO, 2011).

Considerando as atividades pertinentes aos cuidadores da saúde, as equipes de enfermagem e médicos desenvolvem suas atividades laborais associadas à dor, doença e morte. Portanto, o trabalhador da saúde em seu cotidiano convive com a fragilidade dos pacientes que frequentemente necessitam de procedimentos desconfortáveis, dolorosos e invasivos (FARIAS et al, 2011). Assim, os trabalhadores da saúde são responsáveis em suas práticas pelos cuidados diretos de pacientes acometidos das mais variadas patologias. Esta constante exposição, agravada por extensas jornadas de trabalho, incluindo-se aqui o trabalho noturno, o duplo ou até triplo vínculo empregatício e a maneira como cuidam (ou não) da própria saúde, podem contribuir para o adoecimento destes trabalhadores (TEIXEIRA E MANTOVANI, 2009).

2.2.2 O trabalho em saúde como fonte de desgaste mental

No mundo atual, particularmente no Brasil, as condições de trabalho e saúde dos profissionais de saúde são alvo de várias iniciativas, uma vez que a saúde, segurança e bem estar dos trabalhadores são fundamentais para a qualidade dos serviços prestados para ao usuário. Mas o que se vê no cenário atual é um paradoxo, qual seja: atender com qualidade um maior número de pessoas, dispondo de menos tempo e menos recursos (ASSUNÇÃO e JACKSON FILHO, 2011).

A função de cuidar em condições desfavoráveis de trabalho se reflete no bem estar e satisfação, com efeitos sobre a saúde mental dos trabalhadores, enquanto a satisfação com o trabalho funciona como efeito protetor para o quadro de *burnout* (ASSUNÇÃO e JACKSON FILHO, 2011).

Estudo realizado em Salvador, BA, com médicos, identificou entre as principais queixas de saúde, sintomas relacionados a transtornos mentais e posturais. Os autores observam prevalência de 26% de distúrbios psíquicos menores, que podem estar associados às condições de trabalho, incluindo aspectos ligados à lida com a dor, sofrimento e morte, além do excesso de trabalho e plantões (NASCIMENTO SOBRINHO et al, 2006).

Pesquisa em Hospital público de São Paulo teve como objetivo descrever os afastamentos do trabalho da equipe de enfermagem por motivo de transtornos mentais entre 1995 e 2004. O diagnóstico predominante foi o transtorno do humor, percebendo-se um aumento de registros dos afastamentos por problemas de saúde mental com o passar dos anos (DE FARIA, BARBOZA e DOMINGOS, 2005).

No nível hospitalar, o atendimento à saúde exige a continuidade da assistência ao paciente e, para tanto, é necessário uma força de trabalho em equipes, de forma a assegurar o cuidado integral nas 24 horas. Desta forma, os hospitais demandam a organização do trabalho em plantões, incluindo plantões noturnos, que são sabidamente fonte de adoecimento físico e mental, como descrito no item que se segue.

2.3 O trabalho em turnos e noturno - relações com a saúde com foco no sofrimento psíquico

2.3.1 Principais definições e Legislação Brasileira sobre o trabalho em turnos e noturno

O trabalho em turnos tem como característica a continuidade das atividades de produção ou prestação de serviços “alcançada pela participação de várias turmas que se sucedem nos locais de trabalho” (FISCHER, MORENO e ROTENBERG, 2004, pg. 06). Ocorre sempre que uma atividade de trabalho ultrapassa a jornada de um trabalhador. Pode ocorrer ininterruptamente ou ser interrompida por horas à noite, nos fins de semana ou em dias determinados. Desta forma, frequentemente inclui o trabalho noturno e nos fins de semana, motivo pelo qual é referido como trabalho realizado fora dos horários usuais. No Brasil, este contingente chega a aproximadamente 15%. (FISCHER, 2004).

Existe uma diversidade de turnos de trabalho, de acordo com o tipo de empresa ou o setor de produção. Do ponto de vista da empresa, uma das classificações adotadas se refere aos dias e horários de trabalho, sendo os esquemas classificados em: (i) turnos contínuos, que correspondem àqueles necessários em empresas e instituições que funcionam 24 horas durante

todos os dias da semana, ou seja, durante 365 dias por ano ininterruptamente, (ii) turnos semicontínuos, que também ocorrem durante todo o dia, mas com interrupção semanal, e (iii) turnos descontínuos, que são aqueles nos quais a empresa não funciona 24 horas, havendo apenas um ou dois turnos diariamente (FISCHER, 2004).

Do ponto de vista do empregado, os turnos fixos podem ser classificados segundo a mudança ou não do horário de trabalho. Sob este aspecto, os esquemas de trabalho são classificados como (i) turnos fixos ou permanentes, nos quais o trabalhador mantém sempre o mesmo horário que pode ser diurno ou noturno, assim como pode ser matutino, vespertino ou noturno, (ii) turno alternante ou de rodízio, no qual há uma escala pré-determinada segundo a qual o horário de trabalho é modificado, como por exemplo, os esquemas que incluem o trabalho matutino, vespertino e noturno, e (iii) turno irregular, no qual os horários de início e fim da jornada não são fixos como, por exemplo, no setor de transporte (FISCHER, 2004).

Os turnos alternantes variam em relação ao intervalo de tempo entre um turno de trabalho e outro, ou seja, quanto à velocidade da mudança. Neste caso, o rodízio pode ser classificado como (i) lento, modificando-se a cada semana, quinzena ou mês ou (ii) rápido, alterando-se a cada dia ou a cada dois ou três dias. Também há o rodízio categorizado como direto, aquele que segue os ponteiros do relógio, ou seja, após um turno de trabalho matutino, segue-se o turno vespertino e, em seguida, o turno noturno. No rodízio indireto ou anti-horário, a sequência apresenta o sentido inverso, como exemplo, se o último turno cumprido foi o matutino, o próximo será o noturno e, em seguida, o vespertino e assim por diante (FISCHER, 2004).

Para efeito do presente estudo, utilizamos frequentemente o termo “trabalho em turnos” de forma genérica para nos referir ao trabalho realizado fora dos horários usuais (de 8:00 ou 9:00h até 17:00 ou 18:00h), geralmente incluindo o trabalho noturno (FISCHER, 2004). Cabe ressaltar que a expressão “trabalho noturno” se refere àquele realizado à noite seja como na modalidade de turnos fixos ou como parte de esquemas de turnos alternantes.

Mundialmente há um expressivo crescimento do trabalho em horário não tradicional nas três últimas décadas. (SMITH et al, 1998). Quarenta por cento dos trabalhadores executam suas atividades em horários não padronizados (FENWICK e TAUSIG, 2001).

A legislação brasileira considera como trabalho noturno aquele realizado entre 22 horas e 5 horas do dia seguinte. O trabalhador noturno tem direito a 20% de adicional em sua

remuneração (Consolidação das Leis de Trabalho) e jornada de 6 horas para turnos ininterruptos de revezamento, salvo negociação coletiva. A hora de trabalho computada no período noturno é de 52 minutos e 30 segundos. O trabalho noturno, assim como o perigoso ou insalubre, é vedado aos menores de 18 anos (BRASIL, 1988).

Em 1999 a nova regulamentação sobre doenças relacionadas ao trabalho inclui o trabalho em turnos ou noturno como fator de risco de natureza ocupacional. Segundo Fischer, Moreno e Rotenberg (2004), este pode ser considerado como um avanço da legislação brasileira em relação aos outros países, garantindo ao trabalhador uma proteção legal.

2.3.2 O trabalho noturno como fonte de impacto à saúde física e mental

Os seres humanos são essencialmente diurnos, ou seja, apresentam adaptações fisiológicas no sentido de concentrar suas atividades durante o dia e o repouso, à noite (MARQUES E MENNA-BARRETO, 1997). Estas adaptações têm um correlato na vida social, de forma que o trabalho noturno implica mudanças no cotidiano que podem repercutir nas atividades sociais, como o lazer, os estudos e o convívio familiar (MORENO et al, 2003; KNAUTH E COSTA, 1996; SELIGMANN-SILVA, 2011). Assim, os trabalhadores em turnos vivenciam um cotidiano diferente dos horários adotados socialmente. O tempo livre da maioria da comunidade é após o trabalho e nos fins de semana, período esse dedicado ao lazer e ao convívio com familiares. Entre aqueles que trabalham em turnos tais horários não coincidem, portanto, de certa forma, perdem suas folgas uma vez que há um desencontro de horários (ROTENBERG, 2003).

As adaptações fisiológicas relacionadas ao caráter diurno em humanos são objeto de estudo da Cronobiologia. Esta área do conhecimento aborda a organização temporal dos seres vivos, incluindo os ritmos biológicos, fenômenos biológicos que apresentam variações periódicas (MARQUES E MENNA-BARRETO, 1997).

Como os organismos evoluíram em um meio cíclico (alterações diárias e sazonais, por exemplo), até meados do século passado se considerava que os ritmos biológicos correspondiam a meras respostas aos ciclos ambientais (MENNA-BARRETO, 2004). No entanto, experimentos realizados com diversos organismos, incluindo humanos, demonstram que mesmo na ausência dos ciclos ambientais, ou seja, sob condições constantes, são observadas variações periódicas (ARENDDT, 2010). Neste caso, os ritmos biológicos apresentam um padrão um pouco diferente, pois não se repetem a intervalos exatos de 24

horas, mas sim, aproximadamente 24 horas, o que deu origem ao termo “ritmo circadiano”, que significa “cerca de 24 horas” (MENNA-BARRETO, 2004). Deste modo, em condições ambientais constantes, a temperatura e o ciclo de atividade/repouso, assim como ritmos biológicos, ocorrem num período um pouco maior ou um pouco menor que 24 horas (GOLOMBEK, 2002). O acúmulo de evidências sobre os ritmos biológicos em condições ambientais constantes levou à afirmação de que “essa ritmicidade é determinada por mecanismos presentes nos próprios organismos” (MENNA-BARRETO, 2004; p. 33).

Em função desta capacidade endógena, este mecanismo tem sido associado ao termo “relógio biológico”, que corresponderia a uma estrutura geradora do tempo no interior dos organismos. Do ponto de vista anatômico este relógio biológico corresponderia a um núcleo (núcleo supraquiasmático), localizado no hipotálamo, que recebe informações através da retina e as envia para o restante do corpo, controlando os diferentes ritmos circadianos do organismo (GOLOMBEK, 2002; ARENDT, 2010).

As evidências sobre a capacidade de gerar os ritmos internamente não significa que os ciclos ambientais não participam deste processo. Experimentos com a manipulação de ciclos ambientais (em especial, o ciclo claro-escuro) em diversos organismos mostram que os ciclos ambientais atuam “acertando” o relógio biológico, de forma que estes apresentam regularidade de 24 horas. Este processo é denominado “sincronização” ou “arrastamento” (MENNA-BARRETO, 2004). As características dos ritmos biológicos têm uma determinação genética e variam de acordo com a espécie (HAUS e SMOLENSKY, 2006).

Os ritmos circadianos humanos programam temporalmente a sequência diária de alterações metabólicas e comportamentais. Por exemplo, durante o sono são secretados hormônios, como a melatonina, cuja principal função é regular o próprio sono e o cortisol, que prepara o corpo para o despertar (GOLOMBEK, 2002; MENNA-BARRETO e WEY, 2007). Essas interações são viabilizadas pela integração entre os diversos ritmos biológicos entre si, e sincronizados com o ambiente externo através do relógio biológico, de forma a garantir que os comportamentos (por exemplo, acordar) se deem nos momentos mais favoráveis do dia (MARQUES, GOLOMBEK e MORENO, 1997). Pode-se considerar, portanto, que o sistema de temporização apresenta três componentes fundamentais: o relógio biológico, que é o componente endógeno, o sincronizador, que corresponde ao componente exógeno e os ritmos biológicos, que são determinados pelos dois primeiros componentes (GOLOMBEK, 2002).

Os relógios biológicos nos indivíduos são sincronizados pelo ciclo dia/noite, mas também por estímulos sociais cíclicos como, por exemplo, o horário de trabalho (MENNA-BARRETO e MARQUES, 2002). A questão a ser considerada no contexto do trabalho noturno é que ao trabalhar à noite, os ritmos circadianos não acompanham de forma imediata os novos horários. Desta forma, frequentemente a pessoa tentará dormir após o trabalho noturno em um horário em que seu organismo se prepara fisiologicamente para a vigília, levando à privação do sono, entre outros problemas (MORENO, 2004).

A principal contribuição da Cronobiologia ao entendimento das dificuldades decorrentes do trabalho em turnos e noturno pode ser descrita através da seguinte noção: nossa fisiologia é regulada por um sistema temporal adaptado aos hábitos diurnos através da integração entre diversos ritmos biológicos que apresentam velocidades diferentes de resposta às mudanças nos ciclos ambientais, entre os quais os horários de trabalho (HAUS e SMOLENSKY, 2006). Neste sentido, o trabalho noturno prejudica a sincronização entre os ritmos biológicos e os ciclos ambientais, levando à ruptura do ciclo de vigília e sono em seu padrão normal, expondo o organismo humano à luz em horário biológico atípico, a padrões irregulares de alimentação além de modificar a rotina familiar e social (HAUS e SMOLENSKY, 2006).

A queixa mais evidente dos trabalhadores em turnos é a perturbação do sono, problema que predomina entre estes profissionais, que precisam ficar acordados durante a noite e dormir durante o dia (SCOTT, 2000; COSTA, 2003b; AKERSTEDT, WRIGHT JR e KENNETH, 2009). Segundo Koller et al (1984) a maioria dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde não é provocado através de uma relação direta, mas indiretamente, pela perturbação do sono.

Em estudo com equipe de enfermagem, Edéll-Gustafsson, Kritz e Bogren (2002) observaram maiores problemas de sono entre aquelas que trabalhavam em turno alternante, 39% com queixas de insuficiência de sono. A qualidade do sono diurno é pior do que o sono noturno. Sendo assim, aqueles que trabalham à noite apresentam um declínio do estado de alerta que pode favorecer a ocorrência de acidentes ou erros no trabalho e, conseqüentemente, acarretar custos humanos e financeiros (FISCHER, 2004).

A *American Academy of Sleep Medicine* (2001) descreve o transtorno do trabalho em turnos (*Shift work Sleep Disorder*) como um quadro de sonolência excessiva e/ou insônia do

trabalhador que realiza o trabalho em turnos. Este quadro pode levar à fadiga, dor de cabeça, irritabilidade, humor deprimido, dificuldade na concentração e no desempenho do trabalho, além de cansaço após o sono. Em estudo com enfermeiras, foi observada prevalência de 37% da síndrome da má adaptação ao trabalho em turnos (FLO et al, 2012). Alguns estudos apontam para fatores de risco para esta síndrome, entre os quais a insatisfação com o trabalho e suscetibilidade para distúrbios do sono (SCHWARTZ, 2010). Outros fatores de risco identificados são a idade mais avançada, o sexo masculino, o uso de medicação para sono, número de noites trabalhadas, insônia, depressão e ansiedade (FLO et al, 2012).

A deterioração à saúde abrange ainda transtornos gastrintestinais, neuropsíquicos e cardiovasculares (COSTA, 2003a), além de evidências mais recentes sobre as relações entre o trabalho em turnos alternantes e o câncer de mama (HANSEN E LASSEN, 2012).

2.3.3 Modelos sobre as relações entre o trabalho noturno e a saúde

Diversos modelos têm sido propostos para explicar os mecanismos subjacentes aos problemas acarretados pelo trabalho por turnos nas distintas áreas da vida do trabalhador, incluindo aspectos ligados à saúde, humor e desempenho, com impacto também na vida social e familiar.

Uma das primeiras propostas de modelo das relações entre o trabalho em turnos e a saúde foi elaborada por Rutenfranz, Knauth e Angersbachd (1981). Trata-se do chamado modelo estressor – desgaste, segundo o qual o estresse provocado pelas alterações nos horários de dormir pode resultar em desgaste e problemas de saúde. Na visão dos autores, esta relação é mediada por variáveis relacionadas a características de personalidade, situações familiares e condições de trabalho.

Outro modelo foi desenvolvido, na mesma época, por Haider, Kundi e Koller (1981). Os autores consideram que ao longo do tempo de exposição ao trabalho em turnos há interferência dos horários de trabalho na dinâmica entre o trabalho, a família, o lazer e o sono, levando a problemas de saúde. Características de personalidade, o ambiente social e as situações de trabalho funcionariam como mediadores nesta dinâmica, mas a duração da exposição ao turno de trabalho e a idade do trabalhador atuariam como importantes variáveis

preditivas do estado de saúde (KOLLER et al, 1984; FISCHER, MORENO E ROTENBERG, 2004; TOTTERDELL, 2005).

No modelo elaborado por Monk et al (1988), os autores acrescentam a habilidade para “lidar” com o turno de trabalho, que dependeria de três domínios interdependentes: o ‘relógio biológico’, o sono e a interface com a família e obrigações sociais. Na visão dos autores, essas três esferas constituem a chave para compreender a adaptação ou não ao turno de trabalho, como discutiremos no item adiante.

Já para Olsson, Kandolin e Kauppinen-Toropainen (1990), o trabalho por turnos é apenas um dos vários fatores de estresse relacionado ao trabalho, cujos efeitos vão depender da avaliação e das estratégias de enfrentamento do trabalhador. Deste modo, características pessoais, sociais e do trabalho terão influência no surgimento das doenças sendo, por sua vez, influenciadas pela percepção e a forma de enfrentamento adotada pelo trabalhador. Assim, o modelo incorpora os conceitos de avaliação e enfrentamento. A estratégia adotada pelo trabalhador pode ser passiva, como ignorar o problema, ou ativa, como transferir-se para o turno do dia, observando-se que uma resposta inadequada pode levar ao adoecimento físico ou mental.

O modelo proposto por Barton et al (1995) também considera as características do sistema de turno como responsáveis pelos problemas nos ritmos biológicos, no sono e na vida familiar e social que, por sua vez, podem levar a queixas de saúde física e mental. As diferenças individuais, situacionais e as estratégias de *coping* adotadas podem modificar esse processo, tanto no sentido de atenuar, como de agravar os problemas.

O modelo do processo do trabalho em turnos, desenvolvido por Smith et al (1999), explica que com as mudanças do horário no trabalho em turnos ocorre uma perturbação dos ritmos biológicos, sono, vida familiar e social. Esses distúrbios podem resultar em efeitos agudos sobre o humor e desempenho e, eventualmente, efeitos crônicos sobre a saúde física e mental.

Knutsson e Boggild (2000) construíram um modelo, segundo o qual as perturbações decorrentes do trabalho em turnos se expressam através de três vias, quais sejam: as alterações dos ritmos circadianos, do comportamento e dos padrões sócio-temporais. De acordo com os autores, o trabalhador se expõe a alterações nos ritmos circadianos. Sem o sono suficiente e o

descanso adequado, os níveis de energia e motivação diminuem, prejudicando o pensamento crítico e a cognição.

Observa-se, a partir destes modelos que as relações entre o trabalho em turnos e a saúde são complexas e multifacetadas. Em que pese algumas diferenças, os modelos propostos basicamente reconhecem três questões centrais afetadas pelo trabalho em turnos: os ritmos circadianos, incluindo o ciclo vigília-sono, mudanças nos hábitos e comportamentos de saúde, assim como alterações na esfera sócio-familiar. Trata-se, portanto, de considerar diferentes dimensões da vida humana, que remetem à fisiologia, psicologia, patologia, sociologia, ergonomia, economia, política e ética (COSTA, 2003b). Desta forma, para se avaliar a saúde e qualidade de vida dos trabalhadores em turnos se faz necessária uma abordagem abrangente e interdisciplinar, considerando um grande número de fatores que envolvem aspectos biológicos, os esquemas de trabalho e as condições sociais em que se inserem os trabalhadores.

Cabe ressaltar que os efeitos deletérios do trabalho em turnos não podem ser generalizados a todos os trabalhadores em turnos (KOLLER, 1983). Em diversos estudos, se observa um grupo que não apresenta evidências de alterações à saúde, além daqueles que até preferem trabalhar à noite (KAPUR e HOUSE, 1998). As diferenças entre os trabalhadores quanto aos efeitos do trabalho noturno serão abordados no item referente à tolerância ao trabalho noturno.

2.3.4 Aspectos específicos relacionados à saúde psíquica

Um aspecto a ser considerado no que concerne às relações entre os horários de trabalho e a saúde psíquica se refere à escassez de dados epidemiológicos sobre a prevalência de distúrbios psiquiátricos e psicossomáticos em trabalhadores em turnos, como discutem Vogel et al (2012) em revisão sobre esta temática.

Para Woo e Postolache (2008), há evidências de que o trabalho em turnos contribui para desenvolver ou agravar os distúrbios do humor, principalmente em indivíduos vulneráveis. Esses distúrbios têm sido observados durante e após a experiência do trabalho em turnos, além de também se associarem à duração da exposição (WOO e POSTOLACHE, 2008).

As relações entre a cronobiologia e a depressão também foram abordados em estudos mais antigos, como o de Scott, Monk e Brink (1997), que investigaram o trabalho em turnos em relação ao risco para depressão. Os autores observam que os pacientes deprimidos têm os ritmos circadianos diferentes da população saudável, com o relógio biológico endógeno funcionando de forma anormal ou com respostas não padronizadas aos marcadores ambientais. Além disso, comentam que a síndrome da má adaptação do trabalho em turnos tem sintomas comuns ao quadro depressivo como os distúrbios do sono, alterações do apetite, apatia e dificuldade de concentração. Há que se considerar, ainda, os estressores psicossociais do trabalho em turnos, como as interferências na vida familiar e social, que podem potencializar ou induzir sintomas depressivos.

Scott, Monk e Brink (1997) também observaram um aspecto importante em relação ao gênero. O estudo mostrou que 60% das mulheres declararam que o trabalho em turnos já havia interferido na vida familiar em algum momento ou sempre, enquanto para a maioria dos homens, o horário de trabalho nunca interferiu em sua vida doméstica. A prevalência de depressão foi maior entre as mulheres (22,6% *versus* 13,4% na população masculina). Os autores também constataram que a chance de manifestar depressão tendia a aumentar com o tempo de exposição ao trabalho em turnos. O estudo conclui que o trabalho em turnos é fator de risco para depressão, principalmente entre os sujeitos mais vulneráveis, particularmente entre as mulheres (SCOTT, MONK e BRINK, 1997).

Estudo de coorte realizado na Inglaterra com seis categorias ocupacionais analisou o impacto do trabalho em turnos na saúde mental dos trabalhadores, observando diferenças de gênero. Para o sexo masculino o impacto é maior em relação ao horário da noite enquanto para as mulheres, os padrões de turnos variados resultam em impacto maior. Quatro ou mais anos de exposição ao turno de trabalho estão associados ao aumento de risco de problemas de saúde mental, ansiedade e depressão (BARA e ARBER, 2009).

Driesen et al (2011) estudaram queixas depressivas numa população de trabalhadores heterogênea através de abordagem longitudinal. Não foi observado impacto importante do trabalho em turnos sobre o humor deprimido após o intervalo de 10 anos. Porém, entre os homens que trabalhavam em turnos com idade de 45 anos ou mais, foi identificado um aumento em 37% do risco para o desenvolvimento desse quadro. Nas análises retrospectivas foram identificadas altas chances de apresentarem distúrbio depressivo e humor deprimido nos ex-trabalhadores em turnos ou entre aqueles que atuavam, naquele momento, fora do

horário diurno. Entre aqueles que apresentaram sintomas depressivos havia uma chance de 1,98 para trocar o horário para o turno diurno e de 2,96 para adoecer, comparados aos que não apresentavam tais sintomas. Quanto às mulheres, houve uma tendência, mas não significativa, de um risco menor de desenvolvimento do humor deprimido entre aquelas do trabalho em turno, quando comparadas as mulheres do horário diurno. Os autores concluem que o impacto do trabalho em turnos no desenvolvimento do humor deprimido aumenta vagarosamente ao longo do tempo.

Uma investigação com enfermeiros mostrou que o mal-estar dos enfermeiros (tensão psicológica, baixa capacidade para o trabalho e baixo envolvimento laboral) estava associado com o estresse no ambiente de trabalho, caracterizado através da insegurança e do trabalho em turnos (ELOVAINIO et al, 2010). O estudo conduzido por Ruggiero (2003) também com enfermeiros mostrou maior prevalência de depressão e baixa qualidade do sono nos trabalhadores noturnos, comparados aos diurnos.

As relações entre o sono e a saúde mental também são descritas por Seligmann-Silva (2011). Entre os trabalhadores transferidos para o turno fixo diurno por questões de alterações no sono, havia um grupo que havia superado o sofrimento mental, e também relatavam melhora no sono. No entanto, entre aqueles que continuavam com sintomas de sofrimento psíquico, também mantinham queixas relacionadas ao sono. Segundo Seligmann-Silva (2011), os distúrbios do sono agravam a fadiga patológica e podem levar a quadros psicopatológicos.

Sabe-se que o sono tem função reparadora essencial à saúde e bem estar. Assim, independente dos horários de trabalho, a má qualidade do sono e o sono de duração curta estão relacionadas a problemas ligados à saúde física e mental (ZEE e TUREK, 2006; MORENO, 2004). A insônia e a insatisfação com o sono mostram-se fortemente associadas com distúrbios mentais, particularmente entre as mulheres (OHAYON e PARTINEN, 2002). Estudo realizado nos Estados Unidos também demonstrou que a insônia estava associada a maior risco de acidente entre a população geral (OR = 1,6), sendo a chance maior entre os trabalhadores (OR = 1,9). Kessler et al (2012) relataram sobre a dificuldade de distinguir a insônia primária daquela associada à comorbidades com doenças físicas e mentais e uso de substâncias, mas identificou, entre as pessoas com depressão maior, 5,5 mais chances de apresentar insônia.

Um modelo explicativo para a associação entre trabalho em turnos e a depressão considera três dimensões da vida do trabalhador, que se relacionam à demanda biológica, a aspectos ligados aos horários de trabalho e ao repouso e, ainda, às demandas sociais e domésticas. Combinados, estes aspectos contribuem para as alterações dos ritmos circadianos e dos padrões de sono que, por sua vez, interferem no nível de estresse do trabalhador. O ajuste deste conjunto de fatores, além de outros individuais como a vulnerabilidade para depressão, eventos de vida negativos e o tempo de exposição ao trabalho em turnos, vão definir o nível de vulnerabilidade do trabalhador que pode levar a diferentes graus, variando desde a ausência de qualquer sintoma ou até chegar a um quadro de desordem depressiva maior (SCOTT, MONK e BRINK, 1997).

A figura 1 descreve o modelo proposto por Tyerman (2009) a partir da adaptação do modelo geral proposto por Knutsson and Boggild (2000), descrito no item anterior. O modelo aponta os efeitos adversos mais comuns em enfermeiros que trabalham em turnos: dessincronização interna, alterações do ciclo vigília-sono, mudança nos padrões alimentares e na atividade física e prejuízos na vida social. Tyerman (2009) refere o comprometimento do bem-estar psicológico, a diminuição da energia, a redução da satisfação com o trabalho e o prejuízo na cognição, todos os sintomas comuns à depressão. O modelo postula que estes efeitos psicológicos adversos podem prejudicar a eficiência no trabalho e ameaçar a segurança do paciente.

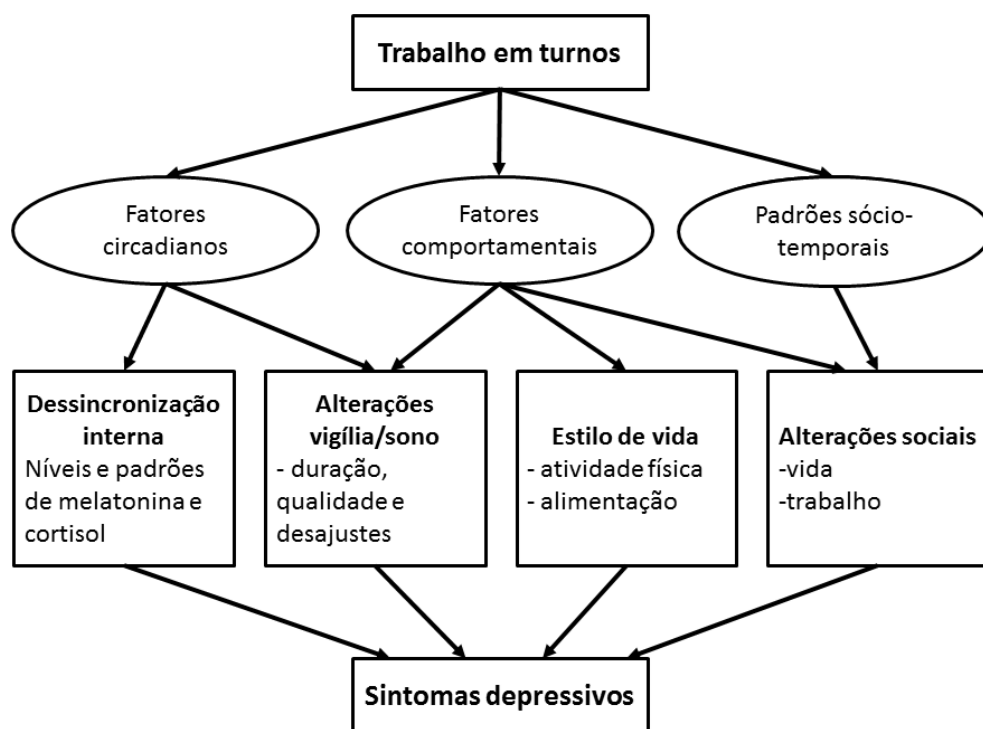


Figura 1 – Modelo elaborado por Tyerman (2009) sobre o processo de trabalho em turnos e a relação com sintomas depressivos, adaptado a partir do modelo conceitual proposto por Knutsson e Boggild (2000) (tradução livre).

Da mesma forma que o observado em relação aos modelos teóricos voltados para a saúde física, as relações entre o horário de trabalho e desfechos psíquicos não se dão de forma direta e homogênea (KOLLER, 1983), sendo mediadas por diversos fatores.

Em que pese os efeitos negativos do trabalho noturno, a literatura sobre esta temática revela diferenças importantes entre as pessoas quanto à tolerância ao trabalho noturno, como descrevemos no item que se segue.

2.3.5 Fatores relacionados à tolerância ao trabalho em turnos e noturno

A literatura científica mostra que alguns trabalhadores expostos ao trabalho noturno desenvolvem doenças, outros não apresentam deterioração na saúde, enquanto outros até preferem trabalhar à noite e não manifestam problemas de saúde. Neste sentido, Koller (1983) aponta que algumas condições adversas podem levar a queixas e danos à saúde, ao passo que outras favorecem a adaptação ao turno de trabalho (KOLLER, 1983).

A partir de estudos realizados em refinarias, Koller (1983) propôs um modelo para descrever a dinâmica entre a exposição ao trabalho em turnos e as condições de saúde. Segundo este modelo, o trabalhador atravessa três fases ao longo da exposição ao trabalho em turnos cuja duração é variável. A primeira, chamada de *adaptação*, refere-se aos primeiros anos de atividades em turnos. O trabalhador descobre os efeitos dos turnos de trabalho e consegue (ou não) se manter naquelas condições. Segue-se o estágio de *sensibilização*, em que o trabalhador pode não apresentar sintomas e queixas, mas chega ao limite da tolerância. Assim, quando ocorre algum evento, mesmo insignificante, pode se desestabilizar e a doença se manifestar. Nesta fase, as estratégias de *coping*, a satisfação com o trabalho e a vida familiar e social vão ter papéis importantes no surgimento de problemas de saúde e bem estar do trabalhador. Assim, o estresse repetido e forçado da ressincronização dos ritmos biológicos em combinação com os estressores psicossociais podem ser decisivos no adoecimento (KOLLER, 1983; KOLLER et al, 1984; TOTTERDELL, 2004). A terceira fase, referida como de *acumulação*, ocorre após muitos anos de exposição ao trabalho em turnos. Corresponde ao período em que os trabalhadores chegam com queixas e sintomas acumulados sendo, provavelmente, a etapa na qual os maiores problemas de saúde se manifestam. Nesta etapa as condições financeiras e sociais tendem a melhorar, mas o comportamento de risco se mostra acumulado. A idade pode ter papel importante como fator de risco para o aparecimento de doenças e prejuízos ao sono. (KOLLER, 1983; KOLLER et al, 1984; TOTTERDELL, 2004).

Como o trabalho à noite tende a afetar os indivíduos em diversas esferas da vida, os fatores envolvidos na tolerância ao trabalho noturno são muito diversificados. Os fatores envolvidos incluem características individuais, como a idade, sexo, hábitos de sono e temperamento, alguns aspectos do ambiente familiar e social, como a situação conjugal, o número e idade dos filhos e o apoio da família, assim como fatores ligados ao ambiente laboral como o grau de interação no trabalho, o estresse ocupacional, a satisfação com o trabalho e o salário, além de fatores ligados ao esquema de horários, como a duração da jornada, o número de noites trabalhadas e as folgas no fim de semana (SCOTT, 2000).

Diversos estudos identificam os aspectos envolvidos nas relações entre os turnos de trabalho e a saúde, entre os quais o sistema de turnos e as características individuais e de trabalho que tanto podem aliviar como podem potencializar os efeitos da ruptura dos horários de dormir e acordar. Assim, diversos aspectos estão correlacionados e interagindo, podendo

contribuir positivamente ou dificultar a tolerância ao turno de trabalho, ressaltando-se assim a complexidade que envolve o fenômeno (TAMAGAWA; LOBB; BOOT, 2007; SAKSVIK et al 2011).

Um aspecto cronobiológico apontado em estudo de revisão sobre a tolerância ao trabalho em turnos (SAKSVIK et al, 2011) é o chamado *cronotipo*, que se refere à preferência individual em relação ao horário para realização de atividades. O cronotipo decorre da classificação dos indivíduos em matutinos, vespertinos e intermediários (ALAM et al, 2008). São classificados como matutinas as pessoas que tem a preferência por realizar suas atividades bem cedo pela manhã, demonstrando dificuldade em permanecer acordados até tarde da noite. Já os vespertinos são indivíduos que manifestam dificuldade em acordar cedo, demonstrando mais facilidade para se manter acordados até tarde da noite do que os indivíduos matutinos. Como observa Alam et al (2008), há evidências de que o cronotipo resulta de fatores genéticos ligados ao sistema de temporização circadiano, sociodemográficos, como idade e gênero, além de aspectos individuais, como o estilo de vida. Assim, indivíduos classificados como vespertino manifestariam menos dificuldade em lidar com o trabalho noturno, quando comparados a indivíduos matutinos.

Um fator importante que pode afetar a tolerância é o gênero, já que a vida cotidiana é mais complexa para as mulheres em função do papel tradicionalmente atribuído a elas quanto aos cuidados da casa e a atenção às crianças. Desta forma, as trabalhadoras se sobrecarregam mais frequentemente, comprometendo inclusive a disponibilidade de tempo para dormir (ROTENBERG et al, 2001). Em revisão da literatura, Saksvik et al (2011) encontraram maiores problemas de tolerância ao trabalho em turnos entre as mulheres, quando comparadas aos homens. Estas tendem a apresentar menor capacidade para utilizar estratégias de *coping* além de apresentarem mais frequentemente queixas de fadiga, alterações no sono, maior uso de medicamento para dormir e obesidade.

Saksvik et al (2011) também apontam aspectos da personalidade, como a apatia e neuroticidade como características associadas à baixa tolerância ao trabalho em turnos. Já aqueles que apresentam maior extroversão, escores mais altos de flexibilidade (em oposição à rigidez) e controle emocional interno, apresentavam maior tolerância. As relações entre traços da personalidade e a tolerância também foram estudadas por Tamagawa, Lobb e Boot (2007), que observaram baixa tolerância associada a traços de ansiedade elevada, estilo

emocional repressivo e humor negativo, assim como a baixa capacidade de utilizar estratégias de *coping* para lidar com as demandas do trabalho noturno.

Com relação aos fatores sociais, destaca-se o apoio social e familiar, apontado como importante no processo de tolerância ao regime de trabalho. A rede de sociabilidade tanto pode sobrecarregar o trabalhador, como pode ajudá-lo a lidar melhor com o trabalho em turnos (MORENO, 2004). Alguns estudos apontam para um maior número de divórcios entre os trabalhadores que atuam em esquemas de turnos, comparados a outros trabalhadores (SCOTT, 2000; CARPENTIER e CAZAMIAN, 1977).

Em estudo com trabalhadores da saúde de quatro países, Barnes-Farrell et al (2008) ressalta a pouca atenção dada à interface entre a vida pessoal e o trabalho como aspecto relevante do bem estar dos trabalhadores. Os autores observaram que as características dos turnos de trabalho como a duração do turno, trabalho aos domingos e horas de trabalho semanais estavam associadas com os aspectos do conflito trabalho-família assim como o bem estar físico e tensão psicológica dos trabalhadores. Nesta mesma linha, Shields (2002) observa que o trabalho em horários não usuais pode limitar a participação do trabalhador em atividades de lazer, afetando, ainda o convívio familiar (SHIELDS, 2002).

Além das características pessoais, a organização do trabalho também vai contribuir para a tolerância ao turno de trabalho. Moreno, Fischer e Rotenberg (2003) assinalam as escalas de turnos como importantes para aumentar a tolerância ao trabalho noturno, destacando as seguintes características:

O número de turnos consecutivos de trabalho, a duração de cada turno, os horários de início e final dos diversos turnos, a direção do rodízio entre os vários turnos, a regularidade dos horários de trabalho, a flexibilidade do sistema de turnos, os horários parciais ou em turno completo, a distribuição do tempo livre (pausas entre jornadas de trabalho em turnos) (pg. 35).

Estudo realizado sobre sistemas de turno com enfermeiras identificou melhor avaliação subjetiva do bem estar entre aquelas que trabalhavam em horário fixo noturno, quando comparadas ao grupo que trabalhava em turnos alternantes. Para os autores, os fatores sociais e estilos de vida contribuíam mais para a avaliação do que o ajuste do ritmo biológico, avaliado através da temperatura oral. Além disso, aquelas que estavam em horário

rotativo declararam um maior esforço para completar o turno do que o grupo com horário fixo noturno. A regularidade do turno noturno fixo permitia às trabalhadoras construir um padrão de vida para atender os cuidados dos filhos e atividades domésticas. Desta forma, admite organização de trabalho de acordo com sua vida familiar, enquanto o turno alternante era visto como mais perturbador da rotina diária dificultando, desta forma, uma maior tolerância ao turno de trabalho (ALWARD e MONK, 1990).

No que tange à discussão sobre os esquemas de turnos que poderiam ser menos prejudiciais aos trabalhadores, sabe-se que não há uma resposta simples a esse respeito. Assim, Spurgeon e Cooper (2001) observam que não se pode generalizar as atitudes dos trabalhadores frente aos tipos de turnos, considerando os diversos fatores sociodemográficos que influenciam a visão dos trabalhadores. Os autores ressaltam a relevância de se considerar a escolha dos próprios trabalhadores.

A este respeito, Dirkx (1993) realizou estudo com enfermeiras do turno noturno permanente e não encontrou associação entre aquelas com maior número de noites trabalhadas e maior frequência de queixas de saúde e de fadiga crônica. Com relação à razão da escolha pelo trabalho noturno a metade da amostra respondeu por razões familiares; quase todas deste grupo contavam com o apoio dos parceiros para lidar com os inconvenientes do turno da noite. O grupo de enfermeiras que trabalhava mais noites utilizava mais comportamentos paliativos de enfrentamento como fumar ou consumir bebida alcoólica, mas também estavam mais envolvidas em atividades esportivas. O estudo conclui que as trabalhadoras que realizavam muitos plantões noturnos faziam um esforço maior do que o outro grupo, mas, em contrapartida, tinham feito escolha pelo seu horário de trabalho e recebiam apoio de seus parceiros.

Neste contexto, é importante destacar que qualquer horário, incluindo o padronizado durante a semana, pode agir como agente estressor se não atender as necessidades individuais do trabalhador. Desta forma, um dos fatores que facilita a tolerância ao turno de trabalho é a possibilidade de se ter controle sobre seus horários, sendo possível planejar de forma mais flexível seus horários de trabalho (TOTTERDELL, 2004).

Ao analisar as respostas dos trabalhadores sobre horários de trabalho, Holton, Lee e Tidd (2002) observaram que os empregados mais satisfeitos e com desempenho mais efetivo foram aqueles que puderam escolher seus horários e carga horária de acordo com suas

necessidades. Portanto, a maior congruência entre as preferências dos trabalhadores e as práticas das organizações favorecem a satisfação, desempenho e comprometimento com o trabalho (TOTTERDELL, 2004).

Outra forma de analisar a auto-avaliação dos trabalhadores quanto aos esquemas de turno foi empregada por Wallace, Owens e Levens (1990) em estudo realizado na Austrália. Os autores consultaram os trabalhadores quanto ao tempo transcorrido para se “adaptar” ao trabalho em turnos, categorizado em nunca, anos, meses, semanas e imediatamente, tendo observado maior percentual de trabalhadores com boa saúde entre aqueles classificados como adaptados. Já os indivíduos que avaliaram ter levado anos para se adaptar ou declararam nunca ter se adaptado ao turno de trabalho (considerados ‘não adaptados’), apresentaram maior percentual de distúrbio psíquico não psicótico quando comparados com os trabalhadores que se adaptaram rapidamente.

Estudo em refinaria na Áustria identificou a razão médica como o principal motivo para os trabalhadores em turnos mudar seus horários e entre aqueles que permaneciam nos turnos a principal razão para manter-se no turno de trabalho era financeira. A grande maioria dos profissionais diurnos e ex-trabalhadores de turno estava satisfeita com seus horários (96,5% e 93,7%, respectivamente), mas 51,5% do grupo que atuava em turnos gostariam de passar para o horário diurno (KOLLER, KUNDI e CERVINKA, 1978).

Em estudo com 587 enfermeiros e parteiras verificou-se o impacto da escolha de trabalhar à noite na tolerância ao trabalho por turnos. 81% dos trabalhadores do turno fixo à noite escolherem o seu horário de trabalho, contra apenas 20% do turno rotativo. Quando indagados sobre a razão do trabalho noturno as respostas mais frequentes estavam relacionadas a conciliar com as responsabilidades domésticas e com o incentivo financeiro. O estudo conclui que circunstâncias individuais dos trabalhadores por turnos são particularmente importantes para influenciar suas escolhas para trabalhar à noite (BARTON, 1994).

Para analisar as relações entre o trabalho em turno, a satisfação e o estresse entre mulheres, Kandolin e Toropainen (1990) analisaram quatro aspectos da satisfação: satisfação com o trabalho em turnos, com a disposição (arranjo) do sistema de turnos, com a sequência das noites de trabalho e a objeção em trocar para o turno do dia. Segundo os resultados, quando o sistema de turnos permitia tempo livre suficiente para a recuperação em relação ao

turno trabalhado e o fato de contar com ajuda do parceiro nas atividades domésticas contribuíam para a maior satisfação das mulheres e menos sintomas de estresse.

A este respeito, Fenwick e Tausig (2001) criticam a ausência de informação sobre a escolha ou imposição do horário de trabalho nos estudos sobre os horários de trabalho e suas relações com a saúde. Para estes autores, a falta de controle sobre seu horário de trabalho está fortemente associada a efeitos negativos à saúde e à relação familiar. Aqueles com maior controle apresentaram menos problemas de conflitos trabalho-família. Desta forma, os horários de trabalho fora do padrão habitual podem permitir ao trabalhador controlar melhor as demandas e responsabilidades da vida profissional e familiar. Nesta linha de pensamento, Peters, Rijk e Boumans (2009) mostraram que os trabalhadores mais satisfeitos com o horário de trabalho irregular apresentaram menos queixas de saúde e menos exaustão emocional. A satisfação com o horário de trabalho envolve características de casa e do ambiente de trabalho.

Burch et al (2009) mostraram que um melhor desempenho e maior satisfação com o horário de trabalho estão associados a um sono adequado, tipo circadiano vespertino, aumento da idade e satisfação com o trabalho, condições estas favoráveis a uma maior tolerância ao trabalho em turnos. Portanto, trabalhadores mais satisfeitos com seus horários de trabalho e que escolheram permanecer no turno noturno seriam aqueles com maior capacidade para se acomodar a horários de trabalho irregulares ou mais expostos a condições favoráveis a tolerância ao horário noturno. De fato, a opinião do trabalhador sobre seus horários de trabalho pode ser considerada um reflexo de sua tolerância e pode sintetizar alguma forma de revelar a interação das diversas variáveis que afetam suas vidas e sua saúde (FISCHER et al, 1990).

2.4. O trabalho noturno e o sofrimento mental em equipes de médicos e de enfermagem

Para subsidiar o presente estudo, elaboramos uma síntese da literatura sobre as relações entre o trabalho noturno e o sofrimento psíquico em equipes de médicos e de enfermagem, com foco nos estudos quantitativos. Para tanto, realizamos uma busca bibliográfica utilizando as bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e o banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES) na busca por textos que tratassem desta temática.

Foram utilizados os seguintes descritores: *shift work, shiftwork, night work, nightwork*, em combinação com as palavras *mental health, minor psychiatric disorder, common mental disorders, psychological distress, stress, burnout, depression, anxiety* e suas correspondências em português e espanhol. Em português, foram utilizados os seguintes termos referentes ao sofrimento psíquico: estresse, ansiedade, *burnout*, distúrbio psíquico menor, transtorno psiquiátrico menor, transtorno mental comum e depressão. Embora com definições distintas, os termos foram escolhidos por expressarem, de alguma forma, o sofrimento psíquico do trabalhador. Foram selecionados os textos que versavam sobre médicos e trabalhadores da enfermagem.

Realizou-se uma análise inicial dos títulos e resumos, considerando os seguintes critérios de inclusão: (i) data de publicação entre 1990 e 2013, (ii) clareza dos resultados quanto à (in)existência da associação entre trabalho em turnos (ou noturno) e desfechos ligados à saúde psíquica e (iii) inclusão de médicos ou trabalhadores da enfermagem como sujeitos de pesquisa.

Foram identificados 162 textos dos quais foram selecionados 39, com base nos critérios de inclusão. Dentre estes, cerca da metade foi desenvolvida no Brasil (19 estudos). Dentre os demais, dois contaram com a participação de pesquisadores brasileiros (TEPAS et al, 2004 e BARNES-FARRELL et al, 2008). Dos estudos nacionais, apenas um foi realizado na região Nordeste (MEDEIROS et al, 2009) e um no Norte do país (FARINA, 2004); os demais foram realizados nas regiões Sul e Sudeste.

Dos 39 textos selecionados, 29 foram publicados na forma de artigos, um como nota de pesquisa, cinco como dissertações, dois como teses e dois como revisões sistemáticas.

No que se refere ao campo empírico, a maioria dos estudos foi realizada em instituições hospitalares públicas, frequentemente em hospitais universitários. Um estudo teve como cenário um hospital particular (FERREIRA E DE MARTINO, 2009) e outros dois foram realizados em instituições públicas e particulares (ARDEKANI et al, 2008; GUIDO, 2003).

Em relação à categoria profissional, a equipe de enfermagem foi o grupo de trabalhadores eleito na maioria das pesquisas. Alguns estudaram apenas o enfermeiro, outros incluíram na amostra, técnicos e auxiliares de enfermagem. Poucos trabalhos incluíram os médicos como objeto de estudo: Dermici et al (2010), Silva e Gomes (2009) e Farina, (2004).

Os resultados que revelam a escassez de estudos com médicos ratificam e atualizam a afirmativa de Gaspar, Moreno e Menna-Barreto (1998) sobre as poucas investigações com esta categoria profissional. Outro aspecto a ser considerado são as poucas pesquisas realizadas em hospitais privados, o que possivelmente se deve à maior dificuldade em obter autorização para a coleta de dados.

A análise dos textos evidencia clara desigualdade regional, pela concentração de pesquisas nas regiões Sudeste e Sul que contrasta com a escassez em outras. Observa-se também um aumento recente nos estudos nesta área, mostrando que em nenhum momento a temática esteve tão presente no debate acadêmico como nos últimos anos.

Um total de 32 estudos baseia-se em abordagens quantitativas. Chama a atenção nos resultados, a diversidade de constructos e escalas utilizados na avaliação do sofrimento psíquico, tais como: estresse, ansiedade, *burnout*, distúrbio psíquico menor, transtorno psiquiátrico menor, transtorno mental comum, estados emocionais e depressão. Tais achados confirma a crítica de Fernandes et al (2006) que afirmam não haver um eixo teórico-metodológico que possa direcionar os estudos sobre a saúde mental e o trabalho. Brant e Minayo Gomez (2011) também apontam para a frágil delimitação conceitual entre termos como sofrimento e transtorno mental que pode originar problemas metodológicos.

Os estudos utilizam diversos instrumentos, entre os quais os mais comuns no material selecionado são voltados para o *screening* de distúrbios psíquicos menores ou transtornos mentais comuns, detectados através do *Self-report questionnaire* (SRQ) ou do *General Health Questionnaire* (GHQ), seguidos do Inventário de *Burnout* de Maslach e diferentes escalas e instrumentos para avaliação do estresse, da ansiedade e da depressão.

Uma observação a destacar se refere às análises apresentadas nos estudos quantitativos que em sua maioria tem um caráter descritivo sem um tratamento estatístico mais elaborado. As exceções são os estudos cuja metodologia envolvia análise de regressão logística múltipla, para determinar as variáveis mais fortemente associadas ao desfecho, como observado nos estudos de GOMES et al, 2009; BORGES, 2006; YANG et al, 2004; SUZUKI et al, 2004; ESTRYN-BEHAR et al, 1990. Tais estudos permitem analisar o efeito conjunto das variáveis sobre o desfecho. Por exemplo, Gomes et al. (2009) observaram não só maiores chances de desenvolver estresse e reações negativas ao trabalho entre os enfermeiros que trabalhavam em turnos (comparados aos demais), como observaram que o estresse associado à instabilidade

profissional e à carreira tendia a influenciar mais fortemente os que trabalhavam em turnos do que aqueles que atuavam em horários diurnos.

Em que pese as limitações dos estudos quanto às análises realizadas e ao uso de diferentes escalas e constructos para avaliação do desfecho, cabe ressaltar a predominância de resultados que apontam para uma associação entre o trabalho em turnos e o sofrimento psíquico, que corresponde a 77% (27 dentre os 35 estudos empíricos).

A concentração de publicações em anos recentes (entre 2008-2013) remete ao comentário de Brant e Minayo Gomez (2011) sobre a crescente produção científica sobre a temática *trabalho e saúde*. No entanto, os autores apontam lacunas importantes que dificultam o avanço do conhecimento, como a falta de precisão conceitual, abordagens de forma pontual e unidisciplinar, estudos descritivos com análises restritas e pesquisas que apresentam sínteses simplificadas e com pouca articulação entre teoria e prática. Pode-se concluir, a partir do material analisado, que o mesmo se aplica especificamente aos estudos sobre o trabalho em turnos e suas relações com a saúde mental.

Considerando os desfechos de interesse para a presente Tese, fizemos um levantamento, dentre os 32 estudos quantitativos sobre o trabalho em turnos ou noturno em profissionais da saúde, daqueles que analisavam os transtornos mentais comuns (ou transtornos psíquicos menores) e a depressão, cuja síntese é apresentada, respectivamente, nos Quadros 1 e 2.

Apesar dos avanços do conhecimento científico sobre a questão ainda são poucos os estudos brasileiros nesta área, principalmente em relação a equipes de médicos, sendo necessárias investigações complementares, considerando a importância da saúde mental do trabalhador da saúde e o impacto a seu bem-estar e à qualidade do serviço prestado ao paciente.

Quadro 1 – Sumário dos principais estudos sobre as relações entre o trabalho em turnos e noturno e **transtornos mentais comuns**.

Autor(es) e ano de publicação	Objetivos	Instrumentos utilizados	População estudada e local	Esquema de trabalho	Principais resultados
Diniz et al, 2012	Investigar se os distúrbios psíquicos menores estão associados ao trabalho noturno atual ou no passado.	SRQ-20	1134 enfermeiras em hospitais públicos no Brasil	<p>(1) Plantão noturno: 19-7h, seguido de folga de 60 ou 36 h,</p> <p>(2) plantão diurno: 7-19h, seguido de 60 ou 36h,</p> <p>(3) plantão de 24h (7-7h) seguido de 120h de folga e (4) trabalho diurno nos dias de semana.</p> <p>Foram considerados os horários de trabalho em todos os locais.</p>	<p>Foi observado um gradiente dose-resposta entre o trabalho noturno atual e as chances de manifestar DPM com OR=1,5 e OR=2,1 para as que trabalhavam até 5 noites e 6 ou mais noites por quinzena, respectivamente.</p> <p>A associação também foi observada entre as trabalhadoras que deixaram o trabalho noturno por razões ligadas à saúde, fadiga, sono ou estresse (OR=1,8), mas não entre as que referiram outras razões para a saída.</p> <p>Obs.: grupo de referência: trabalhadoras sem nenhuma experiência no trabalho noturno.</p>
Borges, 2006	Avaliar a capacidade para o trabalho, a estrutura temporal do sono, da 6-sulfatoximelatonina e do cortisol em trabalhadores em turnos da área de enfermagem.	SRQ-20	696 enfermeiro, técnicos e auxiliares de um hospital público no Brasil.	<p>(1) Plantão diurno: 7-13h ou 13-19h</p> <p>(2) Plantão noturno: 19-7h, seguido de folga de 60 ou 36 h.</p>	<p>Trabalhadores menos tolerantes ao trabalho em turnos referiam menor qualidade do sono, menores níveis de alerta, maiores escores no SRQ20.</p> <p>Foi encontrada associação entre longas jornadas de trabalho (acima de 44 horas semanais) e distúrbios emocionais.</p>

Autor(es) e ano de publicação	Objetivos	Instrumentos utilizados	População estudada e local	Esquema de trabalho	Principais resultados
Farina, 2004	Discutir as relações entre o trabalho e o sofrimento psíquico de médicos e enfermeiros de Pronto-Socorro e de CTI (Centro de Terapia Intensiva) de um Hospital Geral.	SRQ-20	41 médicos e enfermeiros de um hospital universitário no Amazonas, Brasil.	<p>CTI:</p> <p>(1) 12 horas trabalhadas para 60 de folga – 12/60 – (noturno ou diurno)</p> <p>(2) Diarista: 30 horas semanais</p> <p>(3) Médico: 12 horas por semana.</p> <p>Pronto-socorro: Esquema de trabalho não descrito</p>	<p>36,6% da amostra apresentou sofrimento psíquico (SRQ 20).</p> <p>Sofrimento relatado devido à grande quantidade de leitos para cuidar, plantões noturnos, carga horária extensa, falta de pessoal, e segunda jornada de trabalho (dados de entrevista).</p> <p>A natureza do trabalho hospitalar produz sintomas psíquicos; principalmente entre os mais jovens e menos experientes.</p>
Arimura, 2010	Examinar a relação entre o trabalho por turnos, saúde mental e erros médicos auto relatados.	Questionário Geral de Saúde (GHQ-28)	454 enfermeiros em dois hospitais gerais no Japão	<p>Hospital 1 (três turnos): 08:30–17:00, 16:30–01:00 e 01:00–08:30.</p> <p>Hospital 2:</p> <p>Dois turnos: 16:30–09:20, (incluindo 2h de cochilo) ou</p> <p>Três turnos: 08:30–16:50h, 16:30–00:50h e 00:30–08:50h.</p>	<p>O trabalho em turno (OR = 2.1) e baixa saúde mental (OR = 1.1) estiveram associados a erro médico.</p> <p>O sono e a saúde mental dos enfermeiros hospitalares eram relativamente pobres (ruins).</p>

Autor(es) e ano de publicação	Objetivos	Instrumentos utilizados	População estudada e local	Esquema de trabalho	Principais resultados
Ardekani et al, 2008	Determinar a prevalência de transtornos mentais entre enfermeiros de trabalho em turnos	Questionário Geral de Saúde (GHQ-28)	1195 enfermeiros de hospitais em Shiraz, Iran.	Esquema de trabalho não descrito	45.4% dos enfermeiros apresentaram sofrimento mental, sendo mais comum entre as mulheres. Os trabalhadores do turno fixo diurno apresentaram mais sintomas de ansiedade e disfunção social (subescalas do GHQ28) do que o grupo de profissionais do turno rotativo, com associação significativa (p=0,035 e p=0,0001, respectivamente).
Elovainio et al, 2010	Investigar se contrato de trabalho inseguro e trabalho em turnos estão associados com indicadores de bem-estar reduzido: sofrimento psicológico, baixo envolvimento com o trabalho e baixa habilidade no trabalho.	Questionário Geral de Saúde - (GHQ 12)	2100 enfermeiros da Finlândia	Esquema de trabalho não descrito	O trabalho em turnos esteve associado com o sofrimento psicológico (Psychological distress) e com todos os indicadores de bem estar reduzido. A média do escore da escala de sofrimento psicológico foi 2,00 (IC 1,97-2,02) para os trabalhadores em turno e 1,95 (1,92-1,98) para aqueles que não trabalhavam em turno (p = 0,03).

Quadro 2 – Sumário dos principais estudos sobre as relações entre o trabalho em turnos e noturno e **depressão**.

Autor(es) e ano de publicação	Objetivos	Instrumentos utilizados	População estudada e local	Esquema de trabalho	Principais resultados
Oyane et al, 2013	Investigar as relações entre trabalho noturno e ansiedade, depressão, insônia, sonolência e fadiga entre enfermeiros noruegueses.	Escala <i>Hospital Anxiety and Depression</i>	2.059 enfermeiros, Noruega	Esquema de trabalho não descrito. Perguntado sobre turno rotativo, turno noturno fixo, turno diurno fixo e outros tipos de turno.	Não observou associação com o horário de trabalho.
Embriaco et al, 2012	Identificar a prevalência e fatores de risco associados à sintomas depressivos entre médicos de unidades de cuidados intensivos	Ces-D scale (depressão)	189 médicos, França	Esquema de trabalho não descrito.	Sintomas depressivos foram encontrados em 23,8% da população do estudo. O número de noites trabalhadas por mês e nos últimos sete dias esteve associada à presença de sintomas depressivos.
Tyerman, 2009	Examinar a relação entre o trabalho em turnos e sintomas depressivos em enfermeiras.	Ces-D scale (depressão)	152 enfermeiras, Canadá	1) Trabalho em turno: aquele fora do horário tradicional: 9 -17 h. 2) Trabalho noturno: 19 - 7h; 3) Haviam turnos de 12 horas e de 8 horas	Análise bivariada não mostrou correlações estatísticas significativas entre os escores do CES-D e turno de trabalho, mas identificou correlação com falta de concentração, diminuição da motivação para concluir tarefas, dificuldade para dormir entre outros efeitos adversos.

Autor(es) e ano de publicação	Objetivos	Instrumentos utilizados	População estudada e local	Esquema de trabalho	Principais resultados
Skipper et al, 1990	Explicar os efeitos do trabalho em turnos à saúde física e depressão mental dos enfermeiros	Ces-D scale (depressão)	482 enfermeiras, Estados Unidos	Esquema de trabalho não descrito.	Não observou associação com o horário de trabalho. Nenhum dos dois modelos propostos encontrou associação positiva entre trabalho por turnos relacionado à saúde física ou depressão mental das enfermeiras.
Vargas e Dias, 2011	Estimar a prevalência de depressão em equipes de enfermagem de UTIs	Inventário de depressão de Beck	67 trabalhadores de enfermagem, Brasil	Esquema de trabalho não descrito.	Identificou-se prevalência de 28,4% de depressão. Apresentaram-se associações significativas entre depressão e estado civil - separado, divorciado (OR=1,52), trabalho noturno (OR=1,46) e dupla jornada (OR=2,11).
Ruggiero, 2003	Analisar a fadiga crônica, qualidade do sono, ansiedade e depressão em enfermeiras de cuidados críticos	Inventário de depressão de Beck	142 enfermeiras, Estados Unidos	Esquema de trabalho não descrito.	Enfermeiros do turno da noite relataram mais depressão e pior qualidade de sono do que os enfermeiros do turno diurno.

3. JUSTIFICATIVA

O trabalho hospitalar integra os chamados serviços essenciais, que são disponibilizados à população diuturnamente. Assim, na área hospitalar, a maioria dos profissionais exerce atividades em equipes que se revezam, caracterizando o regime de turnos ou plantões. No Brasil, os hospitais adotam tradicionalmente os turnos fixos (diurnos ou noturnos) o que, aliado a outros fatores, favorece o engajamento em mais de um vínculo de trabalho (PORTELA, 2012). Assim, os profissionais da saúde frequentemente vivenciam longas jornadas profissionais que se conjugam ao trabalho noturno em uma atividade reconhecidamente insalubre do ponto de vista psíquico e emocional (ARDEKANI et al, 2008; DINIZ et al, 2012).

Embora haja uma vasta literatura sobre as relações entre o trabalho noturno e a saúde, os aspectos ligados ao sofrimento mental têm sido negligenciados (VOGEL et al, 2012). Estes autores argumentam sobre a demanda por estudos que avaliem a prevalência de distúrbios psiquiátricos entre os trabalhadores em turnos com base em instrumentos confiáveis que permitam analisar os trabalhadores quanto ao horário de trabalho e, em especial, analisar diferenças entre os trabalhadores noturnos que desenvolvem e que não desenvolvem problemas de saúde (VOGEL et al, 2012). As diferenças entre os trabalhadores são expressão da maior ou menor tolerância ao esquema de trabalho, o que, por sua vez, se reflete em sua própria avaliação quanto à preferência ou à escolha pelos turnos de trabalho (v. item 2.3.5).

A análise da literatura sobre os desfechos psíquicos e suas relações com o horário de trabalho em profissionais da saúde revela a escassez de estudos que incluam médicos como sujeitos e que adotem hospitais privados como lócus da pesquisa. Além disso, destaca-se a demanda por um maior investimento em investigações epidemiológicas multivariadas que permitam avaliar de forma adequada o papel de variáveis sócio-demográficas, laborais e relativas ao estilo de vida na associação entre o horário de trabalho e desfechos ligados à saúde.

A partir destas reflexões, a presente Tese aborda o sofrimento em médicos e equipe de enfermagem que atuam em dois hospitais em Manaus, considerando possíveis relações com o trabalho noturno.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Investigar o sofrimento psíquico (transtornos mentais comuns e depressão) quanto a sua relação com o horário de trabalho em equipes de enfermagem e de médicos de dois hospitais gerais de Manaus.

4.2 Objetivos específicos

1. Descrever o perfil sociodemográfico e relativo ao trabalho, saúde e hábitos de vida segundo os horários de trabalho nas equipes de enfermagem e de médicos;
2. Estimar a prevalência de transtornos psíquicos menores e de depressão nas equipes de enfermagem e de médicos;
3. Avaliar a associação entre horários de trabalho e a presença de distúrbios psíquicos menores e de depressão nas equipes de enfermagem e de médicos;
4. Analisar a associação entre o desejo de sair dos plantões noturnos e o sofrimento psíquico nas equipes de enfermagem e de médicos.

5. MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico seccional, realizado em dois hospitais gerais do município de Manaus. O primeiro, um hospital universitário, dispendo atualmente de 150 (cento e cinquenta) leitos, de complexidade terciária no Sistema Estadual de Saúde, considerado referência para a Região Norte do Brasil. O segundo, um hospital geral da rede privada de saúde, dispendo de 79 leitos cadastrados, mantém contrato com a Secretaria Estadual de Saúde e disponibiliza 60% da sua capacidade ao Sistema Único de Saúde. Os dados foram coletados entre julho e dezembro de 2012.

5.1 População do estudo

Foram considerados elegíveis todos os profissionais médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, que atuavam na assistência à saúde na época da coleta de dados. Foram excluídos trabalhadores de licença médica, licença maternidade, afastados para estudar, cedidos para outras unidades de saúde e em função administrativa. Os funcionários foram convidados a fazer parte do estudo por meio de cartazes afixados em locais de maior circulação nos hospitais. Além disso, os responsáveis de cada setor foram contatados para a apresentação da pesquisa.

5.2 Pré-teste e estudo piloto

Durante os meses de junho e julho de 2012, foram realizados o pré-teste do instrumento de coleta de dados e o estudo piloto.

O pré-teste teve como objetivo avaliar a clareza do instrumento e aperfeiçoar suas questões e envolveu 17 trabalhadores de uma unidade de saúde da rede estadual (policlínica). Esta etapa permitiu ajustar o instrumento.

Já o estudo piloto incluiu 30 profissionais de saúde do hospital universitário que trabalhavam no Laboratório e Farmácia, setores que funcionavam 24 horas e cujos trabalhadores não fizeram parte do estudo principal. Esta etapa permitiu testar os aspectos relacionados aos procedimentos de entrega e recolhimento dos questionários

5.3 Instrumento de coleta de dados

O questionário padronizado com 18 páginas estava dividido em três segmentos: questões sobre o trabalho, com 35 perguntas; relacionadas à saúde, com 24 perguntas; e 19 questões sobre os dados sócio-demográficos. O instrumento adotado é uma versão resumida e adaptada daquele descrito e utilizado em pesquisa denominada ‘A saúde dos enfermeiros’ realizada em 18 hospitais do município do Rio de Janeiro (FERNADES et al, 2013; GRIEP et al, 2013).

A primeira parte do instrumento incluiu informações sobre o tipo de vínculo, jornada semanal de trabalho e plantões noturnos obtidas por meio de entrevista face-a-face. A parte final do questionário, que continha escalas e instrumentos acerca do processo de trabalho e as condições sócio-demográficas e de saúde, foi preenchida pelo próprio participante (Apêndice 1). A participação de entrevistadores treinados evitou perdas importantes, em função da complexidade que envolve a avaliação dos múltiplos empregos e a combinação de diferentes horários de trabalho.

Assim, o questionário foi composto pelos seguintes blocos de variáveis:

- Sócio-demográficas: como idade, sexo, situação conjugal, escolaridade, presença de filhos menores de 6 anos, renda familiar, naturalidade e sobrecarga doméstica.

- Relacionadas à saúde e hábitos de vida: transtorno mental comum, depressão, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, índice de massa corpórea (IMC), atividade física nas duas últimas semanas, queixas de insônia, auto percepção de saúde.

- Relacionadas ao trabalho: categoria profissional, tipo de hospital, tipo de vínculo, número de locais de trabalho, carga horária semanal, desequilíbrio esforço recompensa, excesso de comprometimento com o trabalho, necessidade de recuperação após o trabalho, intenção de abandonar a profissão, absenteísmo por motivo de doenças nos últimos 12 meses e problemas de saúde relacionados ao trabalho. Para os trabalhadores do turno noturno: número de noites trabalhadas nas últimas duas semanas, tempo de trabalho à noite, sono durante e após o plantão noturno, motivo de trabalhar no turno noturno e intenção de sair do seu turno. Para os trabalhadores que haviam trabalhado à noite no passado, foi perguntado quanto tempo de trabalho à noite e o motivo da saída do turno noturno.

Após as entrevistas, os questionários foram submetidos à revisão realizada por dois pesquisadores para detecção de erros e inconsistências. Em seguida, os dados foram inseridos

no programa Epi-Info (v.3.5.4) através de digitação dupla e independente. O comando *Validate* permitiu a comparação entre os dois bancos de dados, o que possibilitou a identificação de erros e inconsistências na digitação.

5.4 Tratamento dos dados

5.4.1 Variável de exposição

Foi definida como variável de exposição o “horário de trabalho”. Os indivíduos foram agrupados em 3 categorias definidas em função do turno de trabalho:

1. Diurnos exclusivos: atuavam durante o dia e nunca tinham trabalhado à noite;
2. Ex-noturnos: aqueles que já haviam trabalhado em plantões noturnos;
3. Noturnos: aqueles que trabalhavam à noite, regularmente, pelo menos uma vez por semana ou 4 vezes por mês no horário entre 22 e 5 horas.

5.4.2 Variáveis de desfecho

Para identificar transtorno mental comum (TMC) entre os trabalhadores foi aplicado o *Self-Reporting Questionnaire – SRQ*, versão com 20 questões, instrumento recomendado pela Organização Mundial de Saúde para rastreamento de transtornos mentais não-psicóticos. Trata-se de um questionário simples, auto-preenchido e validado no Brasil por Mari & Willians (1986). O ponto de corte para suspeição de TMC foi de sete respostas positivas tanto para homens como para mulheres. O ponto de corte adotado se baseou em pesquisas anteriores com trabalhadores de enfermagem e docentes (ARAÚJO et al, 2003, DELCOR et al, 2004, NASCIMENTO SOBRINHO et al, 2006, BORGES, 2006, PORTO et al, 2006; SANTOS et al, 2009; PINHO e ARAÚJO, 2012, BARBOSA et al, 2012). Os itens que compõem o instrumento SRQ-20 encontram-se no Anexo 1.

O *Patient Health Questionnaire – PHQ-9* (Anexo 2) foi utilizado para identificação de transtorno depressivo. Este instrumento é composto por nove questões correspondentes aos nove critérios de diagnóstico para transtorno depressivo maior apontados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV, 2002). Cada item foi pontuado de 0 a 3, referentes às respostas ‘nenhuma vez’, ‘vários dias’, ‘mais da metade dos dias’ e ‘quase todos os dias’, de acordo com a frequência das queixas investigadas nas duas últimas

semanas. Assim, a pontuação pode variar de 0 a 27. (CAMERON et al, 2008). A escala foi categorizada em dois níveis: ausência de quadro depressivo, escore < 9 pontos e depressão, pontuação \geq 9 pontos (SANTOS et al, 2013). Este instrumento foi traduzido e adaptado para o Português (FRAGUAS JR. et al, 2006), sua validade foi considerada satisfatória em estudo de base populacional (SANTOS et al, 2013). No contexto do presente estudo, a avaliação psicométrica também se apresentou satisfatória (SOUZA et al, em elaboração).

5.4.3 Descrição das co-variáveis utilizadas no estudo

- A **idade**, mensurada em anos, foi dicotomizada no valor correspondente à mediana da distribuição, ‘até 37 anos’ e ‘38 anos ou mais’;

- Para a análise da **situação conjugal** as respostas foram agrupadas em duas categorias: “casado ou vive em união estável” e “não vive com parceiro” (solteiro, separado, viúvo);

- Para o cálculo da **renda familiar** considerou a renda de todas as pessoas que contribuíam regularmente para as despesas da casa. As faixas de renda foram agrupadas em: ‘até R\$ 2.500,00’ e ‘acima de R\$ 2.500,00’;

- A **naturalidade** foi classificada em “não migrante” e “migrante”, sendo este último grupo formado por aqueles que nasceram em outros estados do Brasil ou em outros países.

- A **sobrecarga doméstica** foi avaliada considerando o número de moradores (excluindo-se o próprio entrevistado) e o grau de responsabilidade do profissional sobre as principais tarefas domésticas como cuidar das crianças/adolescentes, cuidar da limpeza, cozinhar, lavar e passar roupas (TIERNEY, ROMITO e MESSING, 1990, adaptado por AQUINO, 1996). Para a construção do indicador da sobrecarga doméstica fez-se o somatório dos escores relativos às quatro atividades domésticas básicas (lavar, passar, cozinhar, limpar) e, em seguida, multiplicou-se pelo número de moradores com exceção do próprio entrevistado. A dicotomização foi estabelecida no segundo tercil. Dessa forma, foram criados dois grupos de trabalhadores: alta e baixa sobrecarga doméstica (ARAÚJO et al 2003; AQUINO, 1996).

- O **tabagismo** foi avaliado em duas categorias. Foram classificados como ‘fumantes’ aqueles que fumavam naquele momento e aqueles que já fumaram no passado e ‘não fumantes’.

- O **consumo de bebida alcoólica** foi dicotomizado em três níveis: ‘nunca’; ‘até 4 vezes por mês’ e ‘mais de quatro vezes por mês’;

- O **índice de massa corporal (IMC)** foi auto-referido, calculado com peso (kg)/altura (m²). Para as análises o IMC foi agrupado em três categorias: baixo/normal (até 24), sobrepeso (25-29) e obesidade (maior de 30).

- A **atividade física** foi definida a partir das respostas ‘sim’ ou ‘não’ da prática nas duas últimas semanas.

- A variável **queixa de insônia** foi construída com base em 3 questões que avaliavam o sono do entrevistado nas últimas duas semanas. Utilizou-se uma escala de Likert com as opções: sempre, quase sempre, às vezes, raramente ou nunca. Quando o trabalhador respondeu, em pelo menos uma das perguntas, sempre ou quase sempre, considerou-se a presença de queixa de insônia (OHAYON e PARTINEN, 2002).

- A **auto percepção da saúde** foi avaliada pela seguinte pergunta: “De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como você considera o seu estado de saúde?”. Para efeito das análises, a variável foi agrupada em duas categorias: ‘Boa/muito boa’ e ‘Regular/ruim’.

- A **categoria profissional** foi avaliada em dois níveis, quais sejam: equipe de enfermagem e equipe de médicos, após a constatação da baixa adesão dos profissionais médicos à pesquisa.

- **Tipo de vínculo** do trabalhador foi agrupado em ‘permanente’, ou seja, os servidores públicos efetivos, ‘não permanente’, aqueles com carteira assinada (vínculo formal, CLT, terceirizado) ou profissional liberal, cooperado.

- O **número de horas semanais de trabalho profissional** foi categorizado no valor da mediana da distribuição: “até 45h” ou “acima de 45h”.

- A **intenção em abandonar a profissão** foi avaliada pela seguinte pergunta: “Durante os últimos 12 meses, com que frequência você pensou em abandonar a sua profissão?”. As respostas foram dicotomizadas em ‘Sim’ para as opções algumas vezes por mês, algumas vezes por semana e todos os dias e ‘não’, incluiu nunca e algumas vezes por ano.

- O **absenteísmo** foi categorizado em três níveis considerando as ausências ao trabalho por motivo de doença nos últimos 12 meses: ‘nenhum dia’, ‘poucos dias’ (até 9 dias) e muitos dias (10 dias ou mais).

- A variável **problemas de saúde relacionados ao trabalho** foi avaliada pela pergunta: “Nos últimos 12 meses, você teve alguma doença, acidente, ferimento ou outro problema de saúde relacionado ao trabalho?”. As respostas foram categorizadas em dois níveis: sim e não.

- A **intenção em deixar o turno noturno** foi avaliada pela seguinte pergunta: “atualmente, podendo escolher entre permanecer no horário noturno ou trocar para outro existente no seu local de trabalho, o que você decidiria?”. Apresentaram-se as seguintes categorias de respostas: não sairia; ficaria em dúvida; sairia em algum momento, sairia imediatamente; e indiferente que foram dicotomizadas em ‘Sim’ (desejar sair do turno noturno) ou ‘não’, incluindo neste último grupo as opções ‘não sairia’ ‘indiferente’ ou ‘em dúvida’.

- Para os trabalhadores que haviam trabalhado à noite no passado, foi questionado o **motivo para saída do turno noturno**. As opções de respostas foram categorizadas da seguinte forma: problemas relacionados à saúde, sono, cansaço ou desgaste; dificuldade para conciliar com estudo ou vida pessoal; e motivos relacionados ao trabalho.

5.4.4 Aspectos psicossociais do trabalho

- **Modelo desequilíbrio esforço recompensa (DER)**: versão resumida do modelo elaborado por Siegrist (1996) e adaptado por Chor et al (2008) para avaliação do estresse psicossocial no ambiente de trabalho. O instrumento inclui 3 questões para mensuração do esforço, 7 questões para recompensa e 6 questões para verificação do excesso de comprometimento com o trabalho. Cada item apresenta 4 possibilidades de respostas numa escala do tipo likert: concordo fortemente, concordo, discordo, discordo fortemente (1, 2, 3 e 4 pontos, respectivamente). A construção da variável se baseia no cálculo da razão entre os escores de esforço e de recompensa definida pela seguinte fórmula: $e/r*c$, onde “e” refere-se a pontuação da dimensão esforço, “r” o escore das perguntas relacionadas a recompensa e o “c” o fator de correção de 0,4286. Trabalhadores com escores superiores a um foram classificados com desequilíbrio entre o esforço e recompensa (SIEGRIST et al, 2004).

- **Excesso de comprometimento com o trabalho (ECT):** componente intrínseco do DER, caracterizado pela preocupação com o trabalho e a incapacidade de se desprender destas preocupações. Construiu-se uma variável dicotomizada cujo ponto de corte foi definido por sua mediana. Assim uma pontuação superior a 13 pontos foi considerada como excesso de comprometimento.

- A **necessidade de recuperação após o trabalho** foi definida a partir do somatório de 6 questões que avaliavam a necessidade do trabalhador se recuperar do esforço causado pelo trabalho (JANSEN, KANT e VAN DEN BRANDT, 2002). A variável contínua gerada foi dicotomizada no valor correspondente à mediana da distribuição: “menor necessidade de recuperação” (até 17 pontos) e “maior necessidade de recuperação” (18 pontos ou mais). (VAN VELDHOVEN e BROERSEN, 2003).

5.5 Tratamento estatístico dos dados

O tratamento dos dados foi realizado com o pacote estatístico SPSS (v.18,0). A caracterização da amostra em relação às variáveis sócio-demográficas, relacionadas ao trabalho e a saúde e hábitos de vida baseou-se em estatísticas descritivas: percentuais, média e desvio padrão.

As análises bivariadas foram realizadas, verificando a associação entre cada variável do estudo selecionada com o horário de trabalho, em seguida com os desfechos: transtorno mental comum e depressão. Nesta etapa foram utilizados os testes de qui-quadrado, adotando-se o nível de significância de 5%.

Posteriormente foram realizadas análises múltiplas por meio de regressão logística binomial, buscando identificar a associação entre o horário de trabalho e TMC e depressão, ajustadas pelas variáveis de confundimento. Foram incluídas no modelo logístico as variáveis selecionadas em modelo teórico operacional e que, na análise bivariada, apresentaram associação com a exposição e o desfecho com nível de significância inferior a 0,20 além daquelas que a literatura aponta como importantes para a temática. Definiu-se como categorias de referências aquelas na qual se esperava menor risco de apresentar TMC e depressão. Apresentaram-se as Razões de Chances (RC) brutas e ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança.

As seguintes variáveis foram testadas como possíveis fatores de confundimento: idade, sexo, escolaridade, presença de filhos menores de 6 anos, situação conjugal, sobrecarga doméstica, consumo de bebida alcoólica e desequilíbrio esforço-recompensa. O quadro 3 apresenta as definições das variáveis testadas como possíveis confundidores.

Quadro 3 – Características das variáveis testadas como fatores de confundimento.

Variável	Ponto de corte	Categorias	
		Referência	Exposição
Idade	Mediana	Até 37 anos	38 anos ou mais
Sexo		Masculino	Feminino
Escolaridade		Superior	Médio
Filhos menores 6 anos		Não	Sim
Situação Conjugal		Casado/união	Solt./separado/viúvo
Sobrecarga doméstica	2º tercil	Baixa sobrecarga	Alta sobrecarga
Consumo de bebida alcoólica		Até 4 vezes por mês	5 ou mais vezes por mês
Desequilíbrio esforço-recompensa		Não	Sim

No caso da equipe de médicos, cuja amostra foi muito reduzida para permitir as análises de regressão, as associações foram testadas através do teste de Fisher.

5.6 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz sob o número 18214/2012 (Anexo 3), atendendo as recomendações da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece diretrizes e normas que regulamentam estudos com seres humanos. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 2).

6. RESULTADOS

A amostra final do presente estudo (N=432) corresponde a 58% dos trabalhadores elegíveis. As perdas se referem a recusas e aos profissionais não encontrados, em sua maioria pela dificuldade de abordar os profissionais médicos.

A Tabela 1 descreve as equipes de enfermagem e de médicos segundo a adesão ao estudo nos hospitais público e privado.

Tabela 1 – Trabalhadores elegíveis e participantes dos dois hospitais do estudo. Manaus, AM, 2012.

Hospital	Médicos (%)		Enfermagem (%)		Total (%)	
	Elegíveis	Participantes	Elegíveis	Participantes	Elegíveis	Participantes
Público	194	9 (4,6)	297	244 (82,1)	491	252 (51,3)
Privado	111	47 (42,3)	144	132 (91,6)	255	180 (70,5)
Total	305	56 (18,3)	441	376 (85,2)	746	432 (57,9)

Entre os médicos elegíveis, 18,3% participaram do estudo, com maior adesão observada no hospital privado (42,3%). A adesão da equipe de enfermagem foi de 85,2%, sendo um pouco mais elevada no hospital privado do que no hospital público. Dadas as diferenças na adesão ao estudo entre as duas equipes, os resultados são apresentados separadamente para a equipe de enfermagem e de médicos.

6.1 Resultados relativos à Equipe de Enfermagem

6.1.1 Perfil geral da equipe de enfermagem quanto às variáveis sócio-demográficas, relacionadas ao trabalho profissional, saúde e hábitos de vida

As mulheres corresponderam à maioria da equipe de enfermagem (80,5%). A idade média foi 39,3 anos (desvio padrão $\pm 10,4$), variando entre 19 e 68 anos de idade; 42,9% tinham nível superior. A mediana correspondente à renda familiar foi de 2.500,00 reais mensais, 41,5% eram casados ou mantinham relação estável e 24,5 % tinham filhos menores de 6 anos. Quase 27% eram imigrantes de outros estados ou outros países (Tabela 2).

Tabela 2 - Características sócio-demográficas da equipe de enfermagem de dois hospitais em Manaus, AM. (n = 376).

Variáveis	n*	(%)
Sexo		
Masculino	73	19,5
Feminino	302	80,5
Idade (média e desvio-padrão)	39,3	±10,43
Situação conjugal		
Solteiros/separados/viúvos	214	58,5
Casados/união estável	152	41,5
Escolaridade		
Superior	158	42,9
Médio	210	57,1
Filhos menores de 6 anos		
Sim	89	24,5
Não	275	75,5
Renda familiar mensal		
Até 2.500,00 reais	167	51,0
Acima 2.500 reais	174	49,0
Naturalidade		
Não migrante	251	73,4
Migrante	91	26,6

* Foram excluídos os valores ausentes (*missing data*) de cada variável

Entre a equipe de enfermagem a maioria correspondia a técnicos ou auxiliares de enfermagem (84,6%). Cerca de 35% eram trabalhadores do hospital público e 48,1% eram servidores públicos regidos pelo RJU. Mais da metade trabalhava em mais de um local de trabalho; a carga horária semanal média foi de 44,17 horas; mais da metade fazia plantões noturnos (Tabela 3).

Com relação aos fatores psicossociais do trabalho, 43,1% desses profissionais foram classificados com desequilíbrio entre esforço e recompensa (razão esforço/recompensa superior a 1). Os escores médios para o excesso de comprometimento com o trabalho e para a necessidade de recuperação após o trabalho foram 13,6 e 17,8, respectivamente. Quase 9% declararam intenção de abandonar a profissão (Tabela 3).

Tabela 3 - Características do trabalho da equipe de enfermagem de dois hospitais em Manaus, AM. (n = 376).

Variáveis	n*	%
Categoria profissional		
Enfermeiro	58	15,4
Técnico e Auxiliar	318	84,6
Tipo de hospital		
Público	133	35,4
Privado	243	64,6
Tipo de vínculo		
Permanente	181	48,1
Não permanente	195	51,9
Número de locais de trabalho		
Um	162	43,1
Dois ou mais	214	56,9
Carga horária semanal (média e desvio-padrão)	44,17	±20,19
Horário de trabalho		
Diurno exclusivo	54	14,4
Ex-noturno	127	33,8
Noturno	195	51,9
Desequilíbrio Esforço-Recompensa		
Não	181	56,9
Sim	137	43,1
Excesso de comprometimento no trabalho (escore de 6 a 24) (média e desvio-padrão)	13,60	±3,07
Necessidade de recuperação após o trabalho (escore de 6 a 24) (média e desvio-padrão)	17,81	±3,53
Intenção de abandonar a profissão		
Sim	32	8,8

* Foram excluídos os valores ausentes (*missing data*) de cada variável.

Quanto aos aspectos relacionados à saúde, as prevalências de transtorno mental comum e de depressão foram, respectivamente, 25,5% e 13,1%. Entre os trabalhadores da enfermagem, 20,4% fumavam ou eram ex-fumantes, 3,6% ingeriam bebida alcoólica 5 ou mais vezes ao mês, quase dois terços tinham excesso de peso e mais de dois terços não realizaram atividade física nas duas semanas anteriores à participação na pesquisa. Quase um quarto referiu queixas de insônia e 25,5% declararam ter uma saúde regular ou ruim. Entre os trabalhadores, 12,5% referiram 10 dias ou mais de absenteísmo por problemas de saúde nos últimos 12 meses e 17,7% declararam ter tido, nos últimos 12 meses, algum problema de saúde (acidente, ferimento ou doença) relacionado ao trabalho (Tabela 4).

Tabela 4: Características de saúde e hábitos de vida da equipe de enfermagem de dois hospitais em Manaus, AM. (n = 376).

Variáveis	n*	%
Transtorno mental comum	94	25,5
Depressão	47	13,1
Tabagismo	75	20,4
Consumo de bebida Alcoólica		
Até 4 vezes por mês	149	40,9
5 ou mais vezes por mês	13	3,6
Índice de Massa Corpórea		
Sobrepeso/obesidade	211	63,0
Sem prática de atividade física	262	70,4
Queixa de insônia	79	21,7
Auto-percepção de saúde regular/ruim	93	25,5
Absenteísmo por doença nos últimos 12 meses		
Até 9 dias	65	17,6
10 dias ou mais	46	12,5
Problemas de saúde relacionados ao trabalho nos últimos 12 meses	65	17,7

* Foram excluídos os valores ausentes (*missing data*) de cada variável.

6.1.2 Perfil da equipe de enfermagem segundo o horário de trabalho

A descrição do grupo quanto ao horário de trabalho revela, entre os trabalhadores noturnos, menor proporção de mulheres e maior percentual de trabalhadores com nível de escolaridade superior. Este grupo apresentou menor proporção com renda familiar inferior a 2.500 reais, com filhos com idade de até 6 anos e de migrantes. Os trabalhadores diurnos com experiência anterior no trabalho noturno foram os que apresentaram maior idade média e maior sobrecarga doméstica, com valores significativamente superiores aos observados nos demais grupos (Tabela 5).

Tabela 5 – Variáveis sócio-demográficas segundo o horário de trabalho em equipe de enfermagem de dois hospitais em Manaus, AM. (n = 376).

Variáveis socioeconômicas	Diurno exclusivo	Diurno ex-noturno	Noturno
Mulheres (%)	45 (83,3)	106 (84,1)	151 (77,4)
Idade (média e desvio-padrão)***	34,39 (± 9,66)	41,26 (±11,39)	39,44 (± 9,60)
Nível de escolaridade (%)*			
Superior	20 (38,5)	43 (35,0)	95 (49,2)
Médio	32 (61,5)	80 (65,0)	98 (50,8)
Casados (%)	30 (58,8)	73 (59,8)	111 (57,5)
Com filhos menores de 6 anos (%)	14 (26,9)	31 (25,0)	44 (23,4)
Com renda familiar até 2.500 reais (%)	27 (55,1)	61 (54,5)	79 (43,9)
Migrante (naturalidade) (%)	13 (27,7)	35 (29,9)	43 (24,2)
Sobrecarga doméstica (média e desvio-padrão)**	15,02 (± 15,71)	24,58 (± 18,31)	20,55 (± 17,80)

* p <0,05; ** p <0,01; *** p<0,001 (testes de qui-quadrado para variáveis categóricas e análise de variância para variáveis contínuas)

Com relação às variáveis ocupacionais, a maior proporção de enfermeiros está entre aqueles que trabalhavam exclusivamente durante o dia (29,6%), com significância estatística. Com relação à escala de desequilíbrio esforço-recompensa, no grupo de trabalhadores noturnos foi observado o menor escore médio de recompensa (16,58), maior proporção de trabalhadores com mais de um vínculo (72,3%), que desejavam abandonar a profissão (12,2%), além de maior jornada de trabalho semanal (47,42 horas), todas com associação significativa (Tabela 6).

Tabela 6 – Variáveis relacionadas ao trabalho segundo o horário de trabalho em equipes de enfermagem de dois hospitais em Manaus, AM. (n = 376).

Variáveis relacionadas ao trabalho	Diurno exclusivo	Diurno ex-noturno	Noturno
Categoria profissional (%)*			
Enfermeiros	16 (29,6)	11 (8,7)	31 (15,9)
Técnicos/Auxiliares de enfermagem	38 (70,4)	116 (91,3)	164 (84,1)
Hospital público (%)	29 (53,7)	89 (70,1)	125 (64,1)
Vínculo permanente (%)*	18 (33,3)	70 (55,1)	93 (47,7)
Dois ou mais vínculos (%)***	21 (38,9)	52 (40,9)	141 (72,3)
Carga horária semanal (média e desvio-padrão) **	40,30 (± 14,37)	40,83 (± 17,12)	47,42 (± 22,79)
Esforço (escore de 3 a 12) (média e desvio-padrão)	7,06 (± 1,78)	6,83 (± 1,75)	7,12 (± 1,82)

Variáveis relacionadas ao trabalho	Diurno exclusivo	Diurno ex-noturno	Noturno
Recompensa (escore de 7 a 28) média e desvio-padrão)*	18,20 (± 3,34)	16,84 (± 3,16)	16,58 (± 3,49)
Desequilíbrio esforço-recompensa (média e desvio-padrão)	0,96 (± 0,36)	1,02 (± 0,43)	1,10 (± 0,53)
Excesso de comprometimento (escore de 6 a 24) (média e desvio-padrão)	13,21 (± 3,24)	13,62 (± 3,34)	13,60 (± 3,07)
Necessidade de recuperação (escore de 6 a 24) (média e desvio-padrão)*	17,52 (± 4,29)	18,55 (± 3,27)	17,42 (± 3,41)
Intenção abandonar profissão (%)*	5 (9,4)	4 (3,3)	24 (12,2)

* p <0,05; ** p <0,01; *** p<0,001 (testes de qui-quadrado para variáveis categóricas e análise de variância para variáveis contínuas)

Os resultados sobre as características de saúde e hábitos de vida segundo o horário de trabalho são descritos na tabela 7, todos sem diferença estatística. Entre os trabalhadores do horário da noite ou que já atuaram em plantões noturnos estavam as maiores prevalências de transtornos mentais comuns (25,6% e 26,4%, respectivamente) e depressão (15,0% e 13,2%, respectivamente), assim como os maiores percentuais de fumantes/ex-fumantes (22,1% e 21,1%, respectivamente) e de trabalhadores com queixas de insônia (21,0% e 24,3%, respectivamente).

Tabela 7 – Variáveis relacionadas à saúde e hábitos de vida segundo o horário de trabalho em equipes de enfermagem de dois hospitais em Manaus, AM. (n=376).

Variáveis relacionadas à saúde	Diurno exclusivo n (%)	Diurno ex-noturno n (%)	Noturno n (%)
Transtornos mentais comuns	11 (21,6)	32 (25,6)	51 (26,4)
Depressão	4 (7,8)	18 (15,0)	25 (13,2)
Fumantes e ex fumantes	7 (13,5)	27 (22,1)	41 (21,1)
IMC			
Sobrepeso	16 (34,8)	43 (39,8)	67 (37,0)
Obesidade	11 (23,9)	28 (25,9)	46 (25,4)
Consumo de bebida alcoólica			
Até 4 vezes por mês	24 (44,4)	58 (47,5)	67 (35,6)
5 ou mais vezes por mês	3 (5,6)	5 (4,1)	5 (2,7)
Sem prática de atividade física	41 (77,4)	93 (75,0)	128 (65,6)
Queixa de insônia	7 (13,7)	26 (21,0)	46 (24,3)
Auto percepção de saúde regular/ruim	11 (21,6)	41 (33,1)	41 (21,6)
Absenteísmo por doença			
Até 9 dias (%)	8 (15,4)	26 (21,1)	31 (16,0)
Acima de 9 dias (%)	6 (11,5)	20 (16,3)	20 (10,3)
Problemas de saúde relacionados ao trabalho nos últimos 12 meses (%)	9 (17,6)	24 (19,4)	32 (16,7)

* p <0,05; ** p <0,01; *** p<0,001 (testes de qui-quadrado para variáveis categóricas e análise de variância para variáveis contínuas)

6.1.3 Prevalência de transtornos mentais comuns e de depressão na equipe de enfermagem

Nas análises bivariadas, o transtorno mental comum se associou à idade (prevalência maior entre os mais jovens), à presença de filhos com idade de até 6 anos e àqueles com alta sobrecarga doméstica. A prevalência dos TMC foi maior entre as mulheres (27,3%) do que entre os homens (18,1%), embora sem significância estatística (Tabela 8).

Tabela 8. Prevalência do transtorno mental comum segundo variáveis sócio-demográficas em equipes de enfermagem de dois hospitais em Manaus, AM. (n=376).

Variável	Transtorno mental comum	
	n (%)	p
Sexo		0,107
Masculino	13 (18,1)	
Feminino	81 (27,3)	
Idade		0,015
Até 37 anos	58 (31,5)	
38 anos ou mais	35 (20,2)	
Situação conjugal		0,879
Casados/união estável	53 (25,1)	
Solteiro/separado/viúvo	39 (25,8)	
Escolaridade		0,177
Superior	45 (29,2)	
Médio	48 (23,0)	
Filhos menores de 6 anos		0,007
Sim	32 (36,4)	
Não	60 (22,1)	
Renda familiar mensal		0,933
Até 2.500,00 reais	45 (26,0)	
Acima 2.500 reais	42 (25,6)	
Raça/cor		0,823
Branca	22 (26,5)	
Não branca	68 (25,3)	
Naturalidade		0,451
Não migrante	68 (27,4)	
Migrante	21 (23,3)	
Sobrecarga doméstica		0,032
Baixa	45 (21,4)	
Alta	44 (31,7)	

De acordo com a Tabela 9, diversas variáveis se mostraram significativamente associadas ao TMC. Maior prevalência de TMC foi observada entre os trabalhadores com exposição ao trabalho noturno por 1 a 9 anos, assim como entre aqueles no grupo identificado como de desequilíbrio esforço-recompensa, com alto esforço, com baixa recompensa, com excesso de comprometimento com o trabalho, que referiram alta necessidade de recuperação e intenção de abandonar a profissão.

Tabela 9. Prevalência do transtorno mental comum segundo variáveis ocupacionais em equipes de enfermagem de dois hospitais em Manaus, AM. (n=376).

Variável	Transtorno mental comum	
	n (%)	p
Categoria profissional		0,625
Enfermeiro	16 (28,1)	
Técnico e Auxiliar de enfermagem	78 (25,0)	
Tipo de hospital		0,780
Público	62 (25,9)	
Privado	32 (24,6)	
Tipo de Vínculo		0,738
Permanente	47 (26,3)	
Não permanente	47 (24,7)	
Número de locais de trabalho		0,469
Apenas 1	37 (23,6)	
2 ou mais	57 (26,9)	
Jornada de trabalho semanal		0,195
Até 45 horas	44 (22,7)	
46 horas ou mais	50 (28,6)	
Tempo de exposição trabalho noturno		0,037
Sem exposição	20 (21,5)	
De 1 a 9 anos	58 (30,5)	
Acima de 10 anos	14 (16,9)	
Desequilíbrio Esforço Recompensa		<0,001
Não	29 (16,4)	
Sim	54 (39,4)	
Esforço		<0,001
Baixo	16 (11,5)	
Alto	72 (34,6)	
Recompensa		0,004
Baixa	59 (33,3)	
Alta	27 (19,0)	

Variável	Transtorno mental comum	
	n (%)	p
Excesso de comprometimento no trabalho		<0,001
Não	24 (13,5)	
Sim	64 (42,4)	
Necessidade de recuperação após o trabalho		<0,001
Menor	15 (9,5)	
Maior	77 (42,1)	
Intenção de abandonar a profissão		0,002
Não	76 (23,2)	
Sim	15 (48,4)	

A tabela 10 mostra os resultados das análises bivariadas entre as características de saúde e hábitos de vida e o transtorno mental comum. Os trabalhadores que relataram queixa de insônia e auto-percepção de saúde regular ou ruim apresentaram prevalências de TMC (59,2% e 60,9%) significativamente superiores às observadas nos grupos sem estas características (16,6% e 13,9%, respectivamente). O absenteísmo por doença e problemas de saúde relacionados ao trabalho nos últimos 12 meses também se associaram significativamente com o transtorno mental comum.

Tabela 10. Prevalência de transtorno mental comum segundo características de saúde e hábitos de vida em equipe de enfermagem de dois hospitais em Manaus, AM. (n=376).

Variável	Transtorno mental comum	
	n (%)	p
Tabagismo		0,756
Não	73 (25,3)	
Fumante/ex-fumante	20 (27,0)	
Consumo de bebida alcoólica		0,324
Até 4 vezes por mês	39 (26,5)	
5 ou mais vezes por mês	1 (7,7)	
IMC		0,335
Abaixo/normal	38 (30,9)	
Sobrepeso	28 (22,6)	
Obesidade	23 (27,4)	
Atividade Física nas últimas 2 semanas		0,381
Sim	31 (28,7)	
Não	63 (24,3)	
Queixa de insônia		<0,001
Não	47 (16,6)	
Sim	45 (59,2)	
Auto-percepção de saúde		<0,001
Boa/muito boa	37 (13,9)	
Regular/ruim	56 (60,9)	

Variável	Transtorno mental comum	
	n (%)	p
Absenteísmo por doença nos últimos 12 meses		<0,001
Sem	46 (17,9)	
Até 9 dias	28 (43,8)	
10 dias ou mais	20 (46,5)	
Problemas de saúde relacionados ao trabalho nos últimos 12 meses		<0,001
Não	59 (19,5)	
Sim	35 (56,5)	

A Tabela 11 se refere às análises bivariadas entre as variáveis sócio-demográficas e a depressão, não indicando nenhuma associação significativa.

Tabela 11. Prevalência de depressão segundo variáveis sócio-demográficas em equipe de enfermagem de dois hospitais em Manaus, AM. (n=376).

Variável	Depressão	
	n (%)	p
Sexo		0,997
Masculino	9 (13,0)	
Feminino	38 (13,1)	
Idade		0,340
Até 37 anos	27 (14,8)	
38 anos ou mais	19 (11,4)	
Situação conjugal		0,499
Casados/união estável	25 (12,0)	
Solteiro/separado/viúvo	21 (14,5)	
Escolaridade		0,448
Superior	23 (14,7)	
Médio	24 (12,0)	
Filhos menores de 6 anos		0,138
Sim	16 (18,0)	
Não	31 (11,8)	
Renda familiar mensal		0,340
Até 2.500,00 reais	25 (14,7)	
Acima 2.500 reais	18 (11,2)	
Raça/cor		0,216
Branca	14 (17,5)	
Não branca	32 (12,1)	
Naturalidade		0,178
Não migrante	28 (11,4)	
Migrante	15 (17,0)	
Sobrecarga doméstica		0,154
Baixa	28 (10,9)	
Alta	22 (15,8)	

Os resultados das análises bivariadas entre as características do trabalho e a depressão são apresentados na tabela 12. À exceção do tempo de trabalho noturno, os resultados se assemelharam àqueles relativos ao transtorno mental comum, com associações significativas em relação ao desequilíbrio esforço-recompensa, alto esforço, baixa recompensa, excesso de comprometimento com o trabalho, alta necessidade de recuperação e intenção de abandonar a profissão.

Tabela 12. Prevalência de depressão segundo características ocupacionais em equipe de enfermagem de dois hospitais em Manaus, AM. (n=376).

Variável	Depressão	
	n (%)	p
Categoria profissional		0,145
Enfermeiro	11 (19,0)	
Técnico e Auxiliar de enfermagem	36 (11,9)	
Tipo de hospital		0,581
Público	29 (12,3)	
Privado	18 (14,4)	
Tipo de Vínculo		0,475
Permanente	25 (14,4)	
Não permanente	22 (11,8)	
Número de locais de trabalho		0,683
Apenas 1	21 (13,9)	
2 ou mais	26 (12,4)	
Jornada de trabalho semanal		0,475
Até 45 horas	22 (11,8)	
46 horas ou mais	25 (14,4)	
Horário de trabalho		0,724
Diurno exclusivo	5 (9,3)	
Ex-noturno	19 (13,5)	
Noturno	28 (12,7)	
Tempo de exposição trabalho noturno		0,154
Sem exposição	9 (10,1)	
De 1 a 9 anos	31 (16,4)	
Acima de 10 anos	7 (8,9)	
Desequilíbrio Esforço Recompensa		<0,001
Não	9 (5,1)	
Sim	31 (23,5)	
Esforço		<0,001
Baixo	5 (3,6)	
Alto	39 (19,3)	
Recompensa		0,007
Baixa	30 (17,3)	
Alta	10 (7,1)	

Variável	Depressão	
	n (%)	p
Excesso de comprometimento no trabalho		<0,001
Não	6 (3,5)	
Sim	36 (24,2)	
Necessidade de recuperação após o trabalho		<0,001
Menor	2 (1,3)	
Maior	43 (24,3)	
Intenção de abandonar a profissão		0,003
Não	36 (11,3)	
Sim	9 (30,0)	

As análises bivariadas entre as características de saúde e hábitos de vida e a depressão são descritas na tabela 13. Os trabalhadores que relataram queixa de insônia e auto percepção de saúde regular ou ruim apresentaram maiores prevalências de depressão (32,9% e 30,8%, respectivamente) quando comparados com o grupo sem queixa de insônia (7,6%) e com auto percepção de saúde boa/muito boa (7,3%), ambas com associação significativa. Absenteísmo por doença e problemas de saúde relacionados ao trabalho nos últimos 12 meses também apresentaram associação significativa com a depressão.

Tabela 13. Prevalência de depressão segundo características de saúde e hábitos de vida em equipe de enfermagem de dois hospitais em Manaus, AM. (n=376).

Variável	Depressão	
	n (%)	p
Tabagismo		0,806
Não	37 (13,0)	
Fumante/ex-fumante	10 (14,1)	
Consumo de bebida alcoólica		0,280
Até 4 vezes por mês	16 (11,3)	
5 ou mais vezes por mês	0 (0,0)	
IMC		0,666
Abaixo/normal	15 (12,3)	
Sobrepeso	16 (12,7)	
Obesidade	13 (16,5)	
Atividade Física nas últimas 2 semanas		0,438
Sim	16 (15,2)	
Não	31 (12,2)	
Queixa de insônia		<0,001
Não	21 (7,6)	
Sim	25 (32,9)	

Variável	Depressão	
	n (%)	p
Auto percepção de saúde		<0,001
Boa/muito boa	19 (7,3)	
Regular/ruim	28 (30,8)	
Absenteísmo por doença nos últimos 12 meses		<0,001
Não	18 (7,2)	
Até 9 dias	13 (20,6)	
10 dias ou mais	15 (34,9)	
Problemas de saúde relacionados ao trabalho nos últimos 12 meses		0,002
Não	30 (10,4)	
Sim	16 (25,0)	

6.1.4 Relações entre o horário de trabalho e os desfechos de interesse

A tabela 14 se refere à associação entre o horário de trabalho e os transtornos mentais comuns na equipe de enfermagem. Não houve associações significativas no grupo de trabalhadores noturnos, tampouco naquele com experiência prévia no trabalho noturno.

Com relação à depressão, as análises brutas e ajustadas mostraram maiores chances de depressão entre aqueles que já tinham trabalhado em plantões noturnos e entre aquelas que trabalhavam à noite, naquele momento, porém sem significância estatística (Tabela 15).

Tabela 14 – Resultados da análise de regressão logística entre o horário de trabalho e o **transtorno mental comum** na equipe de enfermagem de dois hospitais em Manaus, AM.

Horário de trabalho	n	RC Bruta	RC ajustada ¹	RC ajustada ²	RC ajustada ³	RC ajustada ⁴
Diurno exclusivo	51	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Ex-noturno	120	0,95 (0,42-2,17)	0,98 (0,43-2,24)	1,32 (0,56-3,11)	1,30 (0,55-3,11)	1,29 (0,54-3,09)
Noturno	189	1,11 (0,51-2,40)	1,20 (0,55-2,63)	1,50 (0,67-3,35)	1,49 (0,66-3,34)	1,37 (0,60-3,10)

RC – razões de chance; ¹Modelo ajustado pelo **sexo**, ²Modelo 1 + ajuste pela **idade**, ³Modelo 2 + ajuste pela **sobrecarga doméstica**, ⁴Modelo 3 + ajuste pelo **desequilíbrio esforço-recompensa**.

Tabela 15 – Análise de regressão logística entre o horário de trabalho e a **depressão** na equipe de enfermagem de dois hospitais em Manaus, AM.

Horário de trabalho	n	RC Bruta	RC ajustada ¹	RC ajustada ²	RC ajustada ³	RC ajustada ⁴
Diurno exclusivo	51	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Ex-noturno	120	1,76 (0,55-5,66)	1,76 (0,55-0,65)	2,35 (0,71-7,78)	2,46 (0,74-8,22)	1,82 (0,53-6,28)
Noturno	189	1,51 (0,49-4,65)	1,50 (0,48-4,64)	1,94 (0,61-6,17)	1,86 (0,58-5,96)	1,50 (0,45-4,94)

RC – razões de chance; ¹Modelo ajustado pelo **sexo**, ²Modelo 1 + ajuste pela **idade**, ³Modelo 2 + ajuste pela **escolaridade**, ⁴Modelo 3 + ajuste pelo **desequilíbrio esforço-recompensa**.

6.1.5 Perfil dos trabalhadores noturnos, com destaque para o desejo de deixar os plantões noturnos e suas relações com os transtornos mentais comuns e a depressão

Entre os trabalhadores da enfermagem que faziam plantões noturnos 77,4% eram mulheres, 57,5% casados, 49,2% tinham curso superior. Mais da metade tinha renda familiar mensal acima de 2.500 reais e quase um quarto era migrante de outros estados brasileiros ou de outros países (Tabela 16).

Tabela 16 - Características sócio-demográficas da equipe de enfermagem que trabalhava à noite em dois hospitais em Manaus, AM. (n = 195).

Variáveis	n*	(%)
Sexo		
Masculino	44	22,6
Feminino	151	77,4
Idade (média e desvio-padrão)	39,4	±9,60
Situação conjugal		
Solteiros/separados/viúvos	82	42,5
Casados/união estável	111	57,5
Escolaridade		
Superior	95	49,2
Médio	98	50,8
Filhos menores de 6 anos		
Sim	44	23,4
Não	144	76,6
Renda familiar mensal		
Até 2.500,00 reais	79	43,9
Acima 2.500 reais	101	56,1
Naturalidade		
Não migrante	135	75,8
Migrante	43	24,2
Sobrecarga doméstica		
Baixa	116	63,4
Alta	67	36,6

* Foram excluídos os valores ausentes (*missing data*) de cada variável

Quanto às variáveis relacionadas ao trabalho, 84,1% dos trabalhadores noturnos eram técnicos e auxiliares de enfermagem, 64,1% eram vinculados à instituição privada e 72,3% trabalhavam em mais de um local. A jornada média de trabalho semanal foi de 47,42 horas (DP± 22,79); 45,5% apresentaram desequilíbrio entre esforço e recompensa (esforço maior que a recompensa) e 12,2% referiram à intenção de abandonar a profissão (Tabela 17).

Tabela 17 - Características do trabalho da equipe de enfermagem que trabalhava à noite em dois hospitais em Manaus, AM. (n = 195).

Variáveis	n*	%
Categoria profissional		
Enfermeiro	31	15,9
Técnico e Auxiliar	164	84,1
Tipo de hospital		
Público	125	35,9
Privado	70	64,1
Tipo de vínculo		
Permanente	93	47,7
Não permanente	102	52,3
Número de locais de trabalho		
Um	54	27,7
Dois ou mais	141	72,3
Carga horária semanal		
(média e desvio-padrão)	47,42	±22,79
Desequilíbrio Esforço-Recompensa		
Não	91	55,5
Sim	73	45,5
Excesso de comprometimento no trabalho (escore de 6 a 24)		
(média e desvio-padrão)	13,69	±2,85
Necessidade de recuperação após o trabalho (escore de 6 a 24)		
(média e desvio-padrão)	17,42	±3,41
Intenção de abandonar a profissão		
Sim	23	12,2

* Foram excluídos os valores ausentes (*missing data*) de cada variável.

Quanto às variáveis relacionadas à saúde, mais de um quarto dos trabalhadores da enfermagem foram categorizados no grupo com TMC e 13,2% com indicativos de depressão. Quase dois terços encontravam-se obesos ou com sobrepeso; proporção semelhante referiu não ter praticado atividade física nas duas semanas que precederam a coleta de dados, 24,3% referiram queixas de insônia e 21,6% percebiam sua saúde como regular ou ruim (Tabela 18).

Tabela 18: Características de saúde e hábitos de vida da equipe de enfermagem que trabalha à noite de dois hospitais em Manaus, AM. (n= 195).

Variáveis	n*	%
Transtorno mental comum	51	26,4
Depressão	25	13,2
Tabagismo	41	21,1

Variáveis	n*	%
Consumo de bebida Alcoólica		
Até 4 vezes por mês	67	35,6
5 ou mais vezes por mês	5	2,7
Índice de Massa Corpórea		
Sobrepeso/obesidade	112	62,2
Sem prática de atividade física	128	65,6
Queixa de insônia	46	24,3
Auto percepção da saúde regular/ruim	41	21,6
Absenteísmo por doença nos últimos 12 meses		
Até 9 dias	31	16,0
10 dias ou mais	20	10,3
Problemas de saúde relacionados ao trabalho nos últimos 12 meses	32	16,7

* Foram excluídos os valores ausentes (*missing data*) de cada variável.

O número médio de noites trabalhadas nas últimas duas semanas foi 4,65 (DP $\pm 2,03$), com tempo médio de 8,29 anos neste horário de trabalho (DP $\pm 7,49$). Quase três quartos estavam trabalhando no horário da noite para conciliar com os estudos, trabalho ou com a família; 33,7% saíam do turno noturno, se pudessem escolher (Tabela 19).

Tabela 19: Características referentes ao trabalho noturno em equipes de enfermagem que atuam em plantões noturnos em dois hospitais de Manaus, AM. (n=195).

Variáveis	n*	%
Noites trabalhadas em 2 semanas		
(média e desvio-padrão)	4,65	$\pm 2,03$
Tempo de trabalho noturno (em anos)		
(média e desvio-padrão)	8,29	$\pm 7,49$
Motivo para trabalhar à noite		
Gosta	12	6,3
Conciliar estudo/família/emprego	136	72,0
Imposição do serviço	22	11,6
Aumentar os rendimentos	19	10,1
Desejo de sair do plantão noturno		
Não	128	66,3
Sim	65	33,7

Foram excluídos os valores ausentes (*missing data*) de cada variável.

As análises estatísticas detectaram associação significativa entre o desejo de deixar os plantões noturnos e a escolaridade. Assim, 60,0% dos profissionais que manifestaram o desejo de deixar o turno da noite tinham nível superior, enquanto a maioria dos trabalhadores que não referira este (56,3%) tinha nível médio. As demais variáveis não se mostraram associadas ao desejo de sair do turno da noite (Tabela 20).

Tabela 20 – Variáveis sócio-demográficas, segundo o desejo de sair dos plantões noturnos em equipes de enfermagem de dois hospitais em Manaus, AM. (N=195).

Variáveis sócio-demográficas	Desejo de sair dos plantões noturnos	
	Não	Sim
Mulheres (%)	97 (75,8)	52 (80,0)
Idade (média e desvio-padrão)	40,04 (\pm 10,38)	38,66 (\pm 7,78)
Nível de escolaridade (%)**		
Superior	55 (43,7)	39 (60,0)
Médio	71 (56,3)	26 (40,0)
Casados (%)	71 (56,3)	39 (60,0)
Com filhos menores de 6 anos (%)	29 (23,4)	13 (21,0)
Renda familiar mensal		
Com renda até 2.500 reais (%)	58 (49,2)	21 (34,4)
Com renda > 2.500 reais (%)	60 (50,8)	40 (65,6)
Sobrecarga doméstica		
Baixa	74 (61,7)	41 (67,2)
Alta	46 (38,3)	20 (32,8)

* p <0,05; ** p <0,01; *** p<0,001 (testes de qui-quadrado para variáveis categóricas e análise de variância para variáveis contínuas)

Entre os trabalhadores que gostariam de deixar o plantão noturno 87,7% tinham dois ou mais locais de trabalho, contra 64,8% no grupo que não declarou tal desejo e a média de horas trabalhadas semanalmente no grupo com intenção de sair do horário noturno era de quase 55 horas, superior a média da carga horária semanal do grupo que não tinha desejo de deixar este turno, 43,69 horas (variáveis com p<0,01). A maior média de excesso de comprometimento com o trabalho também se encontra entre aqueles que desejavam sair do horário noturno, 14,28 (\pm 2,73) e quase 20% tinham intenção de abandonar a profissão, ambas com significância estatística. (Tabela 21).

Tabela 21 – Variáveis relacionadas ao trabalho, apresentadas em percentuais, médias e desvio-padrão, com intenção de deixar o turno noturno de equipes de enfermagem em dois hospitais de Manaus, AM. (n = 195).

Variáveis relacionadas ao trabalho	Desejo de sair dos plantões noturnos	
	Não	Sim
Categoria profissional (%)		
Enfermeiros	18 (14,1)	13 (20,0)
Técnicos/Auxiliares de enfermagem	110 (85,9)	52 (80,0)
Hospital público (%)	77 (60,2)	47 (72,3)
Vínculo permanente (%)*	54 (42,2)	38 (58,5)
Dois ou mais locais de trabalho (%)**	83 (64,8)	57 (87,7)
Carga horária semanal (média e desvio-padrão)**	43,69 (± 22,06)	54,75 (± 22,72)
Esforço (média e desvio-padrão)	6,94 (± 1,83)	7,44 (± 1,79)
Recompensa (média e desvio-padrão)	16,54 (± 3,72)	16,70 (± 3,08)
Desequilíbrio esforço-recompensa (média e desvio-padrão)	1,08 (± 0,57)	1,11 (± 0,45)
Excesso de Comprometimento (escore entre 6 e 24) (média e desvio-padrão)*	13,27 (± 2,76)	14,28 (± 2,73)
Necessidade de recuperação (escore entre 6 e 24) (média e desvio-padrão)*	17,83 (± 3,37)	16,75 (± 3,35)
Intenção abandonar profissão (%)*	10 (8,1)	12 (18,8)

* p <0,05; ** p <0,01; *** p<0,001 (testes de qui-quadrado para variáveis categóricas e análise de variância para variáveis contínuas)

Considerando o motivo de trabalhar à noite, a maioria dos trabalhadores de ambos os grupos referiu escolher o horário de trabalho por favorecer a conciliação com atividades de estudo, família ou outro emprego (Tabela 22). A duração média do sono em uma noite habitual é significativamente menor entre os trabalhadores que desejam deixar os plantões noturnos, comparados ao outro grupo. Ademais, quase dois terços dos trabalhadores que referem o desejo de deixar os plantões noturnos refere não dormir após o plantão noturno, enquanto um pouco menos da metade refere não dormir após o plantão noturno (p<0,05).

Tabela 22 – Variáveis relacionadas ao trabalho noturno e sono, apresentadas em percentuais, médias e desvio padrão, com intenção de deixar o turno noturno de equipes de enfermagem em dois hospitais de Manaus, AM. (n = 195).

Variáveis relacionadas ao trabalho noturno e ao sono	Desejo de sair dos plantões noturnos	
	Não	Sim
Motivo trabalhar à noite (%)		
Gosta	12 (9,6)	0 (0)
Conciliar estudo/família/emprego	85 (68,0)	51 (79,7)
Necessidade do serviço	15 (12,0)	7 (10,9)
Aumentar os rendimentos	13 (10,4)	6 (9,4)
Permitido dormir neste hospital (%)		
Sim	105 (97,2)	43 (91,5)
Não	3 (2,8)	4 (8,5)
Dorme no plantão deste hospital (%)		
Sim	55 (52,4)	30 (69,8)
Não	50 (47,6)	13 (30,2)
Quanto é permitido dormir neste hospital (média e desvio-padrão em horas)	2,62 (± 0,82)	2,90 (± 1,04)
Quanto dorme por plantão neste hospital (média e desvio-padrão em horas)	2,33 (± 0,75)	2,62 (± 0,82)
Dorme após plantão noturno*		
Sim	66 (52,0)	24 (36,9)
Não	61 (48,0)	41 (63,1)
Quanto dorme após plantão (média e desvio-padrão em horas)	4,35 (± 1,62)	4,00 (± 1,51)
Quanto dorme noite habitual (média e desvio-padrão em horas)*	7,74 (± 1,89)	7,48 (± 1,92)
Quanto precisa de sono após plantão (média e desvio-padrão em horas)	6,06 (± 2,69)	6,27 (± 2,71)

* p <0,05; ** p <0,01; *** p<0,001 (testes de qui-quadrado para variáveis categóricas e análise de variância para variáveis contínuas)

Entre aqueles que desejavam deixar o plantão noturno 34,4% apresentavam transtorno mental comum e o grupo que não declarou tal intenção apresentou prevalência de 21,3%, com valor de p limítrofe para significância estatística (P = 0,05). As demais variáveis não se mostraram associadas ao desejo de sair do plantão noturno (Tabela 23).

Tabela 23 – Variáveis relacionadas à saúde e hábitos de vida segundo o desejo de deixar o turno noturno na equipe de enfermagem de dois hospitais de Manaus, AM. (n = 195).

Variáveis relacionadas à saúde e hábitos de vida	Desejo de sair dos plantões noturnos	
	Não	Sim
Transtorno mental comum (%)	27 (21,3)	22 (34,4)
Depressão (%)	14 (11,3)	10 (15,9)
Fumantes e ex fumantes (%)	29 (22,8)	12 (18,5)
IMC (%)		
Sobrepeso	42 (36,2)	25 (39,7)
Obesidade	35 (30,2)	11 (17,5)
Consumo de bebida alcoólica (%)	44 (34,9)	31 (47,7)
Sem prática de atividade física (%)	89 (69,5)	38 (58,5)
Queixa de insônia (%)	27 (22,0)	17 (26,6)
Auto percepção saúde regular/ruim (%)	23 (18,5)	16 (25,0)
Absenteísmo		
Até 9 dias (%)	15 (11,7)	15 (23,4)
Acima de 9 dias (%)	14 (10,9)	5 (7,8)
Problemas de saúde relacionados ao trabalho nos últimos 12 meses (%)	21 (16,7)	9 (14,1)

* p <0,05; ** p <0,01; *** p<0,001 (testes de qui-quadrado para variáveis categóricas e análise de variância para variáveis contínuas)

As análises de regressão logística mostraram maiores chances de manifestar transtornos mentais comuns e depressão entre os trabalhadores que desejavam deixar os plantões noturnos, porém as associações não foram significativas (tabelas 24 e 25).

Tabela 24 – Análise de regressão logística entre o desejo de sair do plantão noturno e o **transtorno mental comum** em equipe de enfermagem de dois hospitais em Manaus, AM.

Desejo de sair do plantão noturno	n	RC bruta	RC ajustada ¹	RC ajustada ²	RC ajustada ³
Não	120	1,0	1,0	1,0	1,0
Sim	63	1,94 (0,99-3,79)	1,92 (0,98-3,77)	1,96 (0,98-3,94)	1,93 (0,95-3,90)

¹Ajustada pelo sexo, ²Modelo 1 + ajuste pela **idade**, ³Modelo 2 + ajuste pela **escolaridade**.

Os trabalhadores da equipe de enfermagem que expressaram vontade de sair do horário noturno também mostraram maior chance de apresentarem depressão, mesmo após ajuste (Tabela 25), mas sem significância estatística.

Tabela 25 – Análise de regressão logística entre o desejo de sair do plantão noturno e a **depressão** na equipe de enfermagem de dois hospitais em Manaus, AM.

Desejo de sair do plantão noturno	n	RC bruta	RC ajustada ¹	RC ajustada ²	RC ajustada ³
Não	120	1,0	1,0	1,0	1,0
Sim	63	1,42 (0,59-3,40)	1,47 (0,61-3,55)	1,47 (0,61-3,55)	1,43 (0,58-3,48)

¹ Ajustada pelo sexo, ² Ajustada pelo Modelo 1 + ajuste pela **idade** e ³ Modelo 2 + ajuste pela **escolaridade**.

6.2 Resultados relativos à equipe de médicos

6.2.1 Perfil geral da equipe de médicos quanto às variáveis sócio-demográficas, relacionadas ao trabalho profissional, saúde e hábitos de vida

Como observado na tabela 1, a equipe de médicos foi constituída de 56 profissionais, dos quais a maioria (69,9%) eram homens. A idade média dos participantes foi de 41,5 anos (DP \pm 11,44, variando entre 25 e 65 anos); 82,1% dos médicos eram casados ou mantinham relação estável e 25,0 % tinham filhos menores de 6 anos. Cerca de metade era imigrante de outros estados ou outros países (Tabela 26).

Tabela 26 - Características sócio-demográficas dos médicos de dois hospitais em Manaus, AM. (n = 56).

Variáveis	n*	(%)
Sexo		
Masculino	39	69,6
Feminino	17	30,4
Idade (média e desvio-padrão)	41,5	\pm 11,44
Situação conjugal		
Solteiros/separados/viúvos	10	17,9
Casados/união estável	46	82,1
Filhos menores de 6 anos		
Sim	14	25,0
Não	42	75,0
Naturalidade		
Não migrante	28	50,9
Migrante	27	49,1

* Foram excluídos os valores ausentes (*missing data*) de cada variável

A maioria dos médicos (83,9%) era oriunda do hospital privado; apenas 10,7% tinham vínculo permanente. Quase a totalidade trabalhava em dois ou mais locais; a jornada semanal média foi de 63,1 horas; mais da metade trabalhava à noite em pelo menos um local (Tabela 27).

Os dados relativos à escala esforço-recompensa revelaram um percentual de 43,8% dos profissionais classificados com desequilíbrio entre esforço e recompensa (esforço maior que a recompensa); 3,8% declararam intenção de abandonar a profissão (Tabela 27).

Tabela 27 - Características do trabalho de médicos em dois hospitais de Manaus, AM. (n = 56).

Variáveis	n*	%
Tipo de hospital		
Público	09	16,1
Privado	47	83,9
Tipo de vínculo		
Permanente	06	10,7
Não permanente	50	89,3
Número de locais de trabalho		
Um	01	1,8
Dois ou mais	55	98,2
Carga horária semanal		
(média e desvio-padrão)	63,05	±32,04
Horário de trabalho		
Diurno exclusivo	03	5,4
Ex-noturno	21	37,5
Noturno	32	57,1
Desequilíbrio Esforço-Recompensa		
Não	27	56,3
Sim	21	43,8
Excesso de comprometimento no trabalho (escore de 6 a 24) (média e desvio-padrão)		
	14,31	±3,09
Necessidade de recuperação após o trabalho (escore de 6 a 24) (média e desvio-padrão)		
	18,09	±2,47
Intenção de abandonar a profissão		
Sim	02	3,8

* Foram excluídos os valores ausentes (*missing data*) de cada variável.

Quanto aos aspectos relacionados à saúde, as prevalências encontradas de transtorno mental comum e de depressão entre os médicos foram, respectivamente, 17,9% e 8,9%. Entre os médicos participantes, 22,6% fumavam ou eram ex-fumantes, 1,8% ingeriam bebida alcoólica 5 ou mais vezes ao mês, mais de dois terços estavam com excesso de peso e quase a metade não realizou atividade física nas duas semanas anteriores à sua participação na pesquisa. Um percentual de 15,7% referiu queixas de insônia e 21,4% declararam ter uma saúde regular ou ruim. Considerando os 12 meses que precederam a participação na pesquisa, 9,4% referiram 10 dias ou mais de absenteísmo por problemas de saúde e 7,4% declararam ter tido algum problema de saúde como acidente, ferimento ou doença relacionado ao trabalho (Tabela 28).

Tabela 28: Características de saúde e hábitos de vida de médicos em dois hospitais em Manaus, AM. (n = 56).

Variáveis	n*	%
Transtorno mental comum	10	17,9
Depressão	5	8,9
Tabagismo	12	22,6
Consumo de bebida Alcoólica		
Até 4 vezes por mês	22	40,0
5 ou mais vezes por mês	1	1,8
Índice de Massa Corpórea		
Sobrepeso/obesidade	34	65,4
Sem prática de atividade física	25	47,2
Queixa de insônia	8	15,7
Auto percepção da saúde regular/ruim	12	21,4
Absenteísmo por doença nos últimos 12 meses		
Até 9 dias	11	20,8
10 dias ou mais	5	9,4
Problemas de saúde relacionados ao trabalho nos últimos 12 meses	4	7,4

* Foram excluídos os valores ausentes (*missing data*) de cada variável.

6.2.2 Perfil da equipe de médicos segundo o horário de trabalho

A Tabela 29 descreve as características sócio-demográficas dos médicos considerando os horários de trabalho. Como apenas três médicos referiram trabalhar de dia sem experiência no trabalho noturno, os dados destes profissionais foram excluídos deste item, que se referem apenas aos médicos com experiência prévia ou atual no trabalho noturno.

A proporção de trabalhadores noturnos foi maior entre os homens, comparados às mulheres. Neste grupo, observou-se maior proporção de casados, com filhos menores de 6 anos e migrantes. Nenhuma variável se mostrou significativamente associada ao horário de trabalho (Tabela 29).

Tabela 29 – Variáveis sócio-demográficas segundo o horário de trabalho em médicos de dois hospitais em Manaus, AM. (n = 53).

Variáveis socioeconômicas	Ex-noturno	Noturno
Mulheres (%)	8 (57,1)	6 (42,9)
Homens (%)	13 (33,3)	26 (66,7)
Idade (média e desvio-padrão)	41,90 (\pm 11,35)	41,90 (\pm 11,90)
Casados (%)	19 (43,2)	25 (56,8)
Com filhos menores de 6 anos (%)	6 (42,9)	8 (57,1)
Migrante (naturalidade) (%)	9 (34,6)	17 (65,4)
Sobrecarga doméstica (média e desvio-padrão)	5,45 (\pm 6,85)	2,65 (\pm 4,60)

* p <0,05; ** p <0,01; *** p<0,001 (testes de qui-quadrado para variáveis categóricas e análise de variância para variáveis contínuas)

Quanto às variáveis relacionadas ao trabalho, os trabalhadores noturnos apresentam carga horária semanal média significativamente superior àquela relativa aos ex-trabalhadores noturnos (76,4 h *versus* 46,1%, respectivamente), como descrito na Tabela 30.

Tabela 30 – Variáveis relacionadas ao trabalho segundo o horário de trabalho em médicos de dois hospitais em Manaus, AM. (n = 53).

Variáveis relacionadas ao trabalho	Ex-noturno	Noturno
Hospital público (%)	4 (19,0)	4 (12,5)
Vínculo permanente (%)	4 (19,0)	1 (3,1)
Dois ou mais vínculos (%)	20 (95,2)	32 (100,0)
Carga horária semanal (média e desvio-padrão) **	46,10 (\pm 24,70)	76,37 (\pm 31,47)
Esforço (média e desvio-padrão)	7,57 (\pm 1,72)	6,97 (\pm 1,66)
Recompensa (escore de 7 a 28) (média e desvio-padrão)	17,26 (\pm 2,74)	18,48 (\pm 3,48)
DER (média e desvio-padrão)	1,07 (\pm 0,29)	0,93 (\pm 0,25)
Excesso de Comprometimento (escore de 6 a 24) (média e desvio-padrão)	15,28 (\pm 3,02)	14,31 (\pm 3,09)
Necessidade de recuperação (escore de 6 a 24) (média e desvio-padrão)	17,95 (\pm 2,50)	18,16 (\pm 2,58)
Intenção abandonar profissão (%)	1 (5,0)	1 (3,3)

* p <0,05; ** p <0,01; *** p<0,001 (testes de qui-quadrado para variáveis categóricas e análise de variância para variáveis contínuas)

Nenhuma diferença significativa foi observada entre os dois grupos no que se refere às características relativas à saúde e hábitos de vida (Tabela 31). Percentuais mais altos de transtornos mentais comuns e de depressão foram observados entre os médicos que trabalhavam em plantões noturnos, que também apresentam maiores proporções de

trabalhadores com sobrepeso (36,7%), obesidade (36,7%) e que não praticaram atividade física nos 15 dias que antecederam a coleta de dados (51,7%).

Tabela 31 – Variáveis relacionadas à saúde e hábitos de vida segundo o horário de trabalho em médicos de dois hospitais em Manaus, AM. (n=53).

Variáveis relacionadas à saúde	Diurno ex-noturno	Noturno
Transtorno mental comum	3 (14,3)	6 (18,8)
Depressão	1 (4,8)	3 (9,4)
Fumantes e ex fumantes	5 (23,8)	7 (24,1)
IMC		
Sobrepeso	5 (26,3)	11 (36,7)
Obesidade	6 (31,6)	11 (36,7)
Consumo de bebida alcoólica		
Até 4 vezes por mês	8 (40,0)	14 (43,8)
5 ou mais vezes por mês	0 (0,0)	1 (3,1)
Sem prática de atividade física	9 (42,9)	15 (51,7)
Queixa de insônia	4 (21,1)	36 (10,3)
Auto percepção de saúde regular/ruim	5 (23,8)	6 (18,8)
Absenteísmo por doença		
Até 9 dias (%)	3 (15,0)	7 (23,3)
Acima de 9 dias (%)	4 (20,0)	1 (3,3)
Problemas de saúde relacionados ao trabalho nos últimos 12 meses (%)	1 (4,8)	3 (10,0)

* p <0,05; ** p <0,01; *** p<0,001 (testes de qui-quadrado para variáveis categóricas e análise de variância para variáveis contínuas)

6.2.3 Prevalência de transtornos mentais comuns e de depressão na equipe de médicos

As médicas apresentaram maior prevalência de TMC (23,5%) do que os médicos (15,4%), embora nenhuma variável sócio-demográfica tenha se associado significativamente aos transtornos mentais comuns. Os solteiros/separados/viúvo, sem filhos menores de 6 anos e não migrantes de outros estados ou países também apresentaram maiores proporções de TMC, quando confrontados aos respectivos grupos de comparação (Tabela 32).

Tabela 32. Prevalência do transtorno mental comum segundo variáveis sócio-demográficas em médicos de dois hospitais em Manaus, AM. (n=56).

Variável	Transtorno mental comum	
	n (%)	p
Sexo		0,464
Masculino	6 (15,4)	
Feminino	4 (23,5)	
Idade		<0,957
Até 37 anos	4 (16,7)	
38 anos ou mais	5 (16,1)	
Situação conjugal		0,269
Casados/união estável	7 (15,2)	
Solteiro/separado/viúvo	3 (30,0)	
Filhos menores de 6 anos		0,227
Sim	1 (7,1)	
Não	9 (21,4)	
Raça/cor		0,901
Branca	5 (17,2)	
Não branca	5 (18,5)	
Naturalidade		0,182
Não migrante	7 (25,0)	
Migrante	3 (11,1)	
Sobrecarga doméstica		0,786
Baixa	5 (13,9)	
Alta	3 (16,7)	

Foram observadas maiores prevalências de TMC entre os médicos com baixa recompensa e com maior necessidade de recuperação após o trabalho. Embora com valores limítrofes à significância, também se observou maior prevalência de TMC entre os trabalhadores classificados no grupo com desequilíbrio esforço-recompensa e com excesso de comprometimento com o trabalho (Tabela 33).

Tabela 33. Prevalência do transtorno mental comum segundo variáveis ocupacionais em médicos de dois hospitais em Manaus, AM. (n=56).

Variável	Transtorno mental comum	
	n (%)	p
Tipo de hospital		0,709
Público	2 (22,2)	
Privado	8 (17,0)	
Tipo de Vínculo		0,936
Permanente	1 (16,7)	
Não permanente	9 (18,0)	
Número de locais de trabalho		0,638
Apenas 1	0 (00,0)	
2 ou mais	10 (18,29)	

Variável	Transtorno mental comum	
	n (%)	p
Jornada de trabalho semanal		0,226
Até 60 horas	7 (24,1)	
61 horas ou mais	3 (11,5)	
Tempo de exposição trabalho noturno		0,617
Sem exposição	2 (25,0)	
De 1 a 9 anos	5 (21,7)	
Acima de 10 anos	3(12,5)	
Desequilíbrio Esforço Recompensa		0,051
Não	2 (7,4)	
Sim	6 (28,6)	
Esforço		0,401
Baixo	4 (25,0)	
Alto	6 (15,4)	
Recompensa		0,036
Baixa	6 (30,0)	
Alta	2 (7,1)	
Excesso de comprometimento no trabalho		0,050
Não	1 (5,0)	
Sim	9 (26,5)	
Necessidade de recuperação após o trabalho		0,043
Menor	1 (4,8)	
Maior	9 (26,5)	
Intenção de abandonar a profissão		0,251
Não	9 (17,6)	
Sim	1 (50,0)	

As maiores prevalências de TMC foram identificadas entre os médicos que relataram queixa de insônia e auto-percepção de saúde como regular ou ruim (62,5% e 41,7%, respectivamente) quando comparados com os grupos sem estas características (9,3%, e 11,4%, respectivamente), ambas com associações significativas. As demais variáveis não se mostram associadas ao desfecho (Tabela 34).

Tabela 34. Prevalência do transtorno mental comum segundo características de saúde e hábitos de vida em médicos de dois hospitais em Manaus, AM. (n=56).

Variável	Transtorno mental comum	
	n (%)	p
Tabagismo		0,537
Não	7 (17,1)	
Fumante/ex-fumante	3 (25,0)	
Consumo de bebida alcoólica		0,892
Nunca	6 (18,8)	
Até 4 vezes por mês	4 (18,2)	
5 ou mais vezes por mês	0 (0,00)	
IMC		0,913
Abaixo/normal	3 (16,7)	
Sobrepeso	3 (18,8)	
Obesidade	4 (22,2)	
Atividade Física nas últimas 2 semanas		0,367
Sim	4 (14,3)	
Não	6 (24,0)	
Queixa de insônia		<0,001
Não	4 (9,3)	
Sim	5 (62,5)	
Auto percepção de saúde		0,015
Boa/muito boa	5 (11,4)	
Regular/ruim	5 (41,7)	
Absenteísmo por doença nos últimos 12 meses		0,646
Sem	8 (21,6)	
Até 9 dias	1 (9,1)	
10 dias ou mais	1 (20,0)	
Problemas de saúde relacionados ao trabalho nos últimos 12 meses		0,092
Não	8 (16,0)	
Sim	2 (50,0)	

Dentre as variáveis sócio-demográficas, apenas a situação conjugal se mostrou associada à depressão na equipe de médicos. Os solteiros/separados/viúvos apresentaram maiores proporções de depressão do que os casados/união estável (Tabela 35).

Tabela 35. Prevalência de depressão segundo variáveis sócio-demográficas em médicos de dois hospitais em Manaus, AM. (n=56).

Variável	Depressão	
	n (%)	p
Sexo		0,598
Masculino	4 (10,3)	
Feminino	1 (5,9)	
Situação conjugal		0,010
Casados/união estável	2 (4,3)	
Solteiro/separado/viúvo	3 (30,0)	
Filhos menores de 6 anos		0,176
Sim	0 (00,0)	
Não	5 (11,9)	
Raça/cor		0,136
Branca	1 (3,4)	
Não branca	4 (14,8)	
Naturalidade		0,172
Não migrante	4 (14,3)	
Migrante	1 (3,7)	
Sobrecarga doméstica		0,507
Baixa	4 (11,1)	
Alta	1 (5,6)	

Os resultados da análise bivariada das características do trabalho em relação à depressão são apresentados na tabela 36. A proporção de médicos com depressão foi significativamente maior entre aqueles que referiram à intenção de abandonar a profissão do que entre aqueles que não manifestaram tal intenção.

Tabela 36. Prevalência de depressão segundo características ocupacionais em médicos de dois hospitais em Manaus, AM. (n=56).

Variável	Depressão	
	n (%)	p
Tipo de hospital		0,127
Público	2 (22,2)	
Privado	3 (6,4)	
Tipo de Vínculo		0,482
Permanente	1 (16,7)	
Não permanente	4 (8,0)	
Número de locais de trabalho		0,752
Apenas 1	0 (00,0)	
2 ou mais	5 (9,1)	
Jornada de trabalho semanal		0,550
Até 60 horas	2 (6,9)	
61 horas ou mais	3 (11,5)	

Variável	Depressão	
	n (%)	p
Tempo de exposição trabalho noturno		0,206
Sem exposição	2 (25,0)	
De 1 a 9 anos	2 (8,7)	
Acima de 10 anos	1 (4,2)	
Desequilíbrio Esforço Recompensa		0,409
Não	1 (3,7)	
Sim	2 (9,5)	
Esforço		0,339
Baixo	2 (12,5)	
Alto	2 (5,1)	
Recompensa		0,762
Baixa	1 (5,0)	
Alta	2 (7,1)	
Excesso de comprometimento no trabalho		0,604
Não	1 (5,0)	
Sim	3 (8,8)	
Necessidade de recuperação após o trabalho		0,573
Menor	1 (4,8)	
Maior	3 (8,8)	
Intenção de abandonar a profissão		0,021
Não	3 (5,9)	
Sim	1 (50,0)	

Quanto aos dados relacionados à saúde, os médicos que relataram queixa de insônia e auto-percepção de saúde regular ou ruim apresentaram maior prevalência de depressão (ambas com 25,0%) quando comparados com o grupo sem queixa de insônia (4,7%) e com auto-percepção de saúde boa/muito boa (4,5%), ambas com associação significativa (tabela 37).

Tabela 37. Prevalência de depressão segundo características de saúde e hábitos de vida em médicos de dois hospitais em Manaus, AM. (n=56).

Variável	Depressão	
	n (%)	p
Tabagismo		0,907
Não	3 (7,3)	
Fumante/ex-fumante	1 (8,3)	
Consumo de bebida alcoólica		0,950
Nunca	3 (9,4)	
Até 4 vezes por mês	2 (9,1)	
5 ou mais vezes por mês	0 (0,0)	

Variável	Depressão	
	n (%)	p
IMC		0,166
Abaixo/normal	0 (0,0)	
Sobrepeso	1 (6,3)	
Obesidade	3 (16,7)	
Atividade Física nas últimas 2 semanas		0,246
Sim	1 (3,6)	
Não	3 (12,0)	
Queixa de insônia		0,049
Não	2 (4,7)	
Sim	2 (25,0)	
Auto percepção de saúde		0,028
Boa/muito boa	2 (4,5)	
Regular/ruim	3 (25,0)	
Absenteísmo por doença nos últimos 12 meses		0,363
Sem	3 (8,1)	
Até 9 dias	0 (0,00)	
10 dias ou mais	1 (20,0)	
Problemas de saúde relacionados ao trabalho nos últimos 12 meses		0,163
Não	3 (6,0)	
Sim	1 (25,0)	

6.2.4 Relações entre o horário de trabalho e os desfechos de interesse

Como descrito anteriormente, praticamente todos os médicos trabalhavam à noite na ocasião da coleta de dados ou já tinham experiência prévia no trabalho noturno. Tendo em vista que os médicos sem experiência prévia no trabalho noturno constituem o grupo de referência para as comparações, a amostra reduzida neste grupo (apenas três médicos) nos levou a excluir as análises de regressão entre o horário de trabalho e os desfechos.

6.2.5 Perfil dos trabalhadores noturnos, com destaque para o desejo de deixar os plantões noturnos e suas relações com os transtornos mentais comuns e depressão

Entre os médicos que faziam plantão noturno apenas 18,8% eram mulheres. A média de idade era de 41,9 anos (DP±11,91, na faixa entre 27 e 63 anos), 25% tinham filhos menores de 6 anos e 54,8% eram migrantes de outros estados ou países (Tabela 38).

Tabela 38 - Características sócio-demográficas dos médicos que trabalham à noite em dois hospitais em Manaus, AM. (n = 32).

Variáveis	n*	(%)
Sexo		
Masculino	26	81,3
Feminino	6	18,8
Idade (média e desvio-padrão)	41,9	±11,91
Situação conjugal		
Solteiros/separados/viúvos	7	21,9
Casados/união estável	25	78,1
Filhos menores de 6 anos		
Sim	8	25,0
Não	24	75,0
Naturalidade		
Não migrante	14	45,2
Migrante	17	54,8
Sobrecarga doméstica		
Alta	8	25,8

* Foram excluídos os valores ausentes (*missing data*) de cada variável

Entre os médicos que faziam plantão noturno, 87,5% eram do hospital privado, 96,9% não tinham vínculo permanente com aquela instituição, todos trabalhavam em mais de um local e a média de horas da jornada semanal de trabalho era de 76,38 horas (DP±31,47). Foram identificados 37,0% do grupo com desequilíbrio entre esforço e recompensa e 3,1 com intenção de abandonar a profissão (Tabela 39).

Tabela 39 - Características do trabalho da equipe de médicos que trabalha à noite em dois hospitais em Manaus, AM. (n = 32).

Variáveis	n*	%
Tipo de hospital		
Público	4	12,5
Privado	8	87,5
Tipo de vínculo		
Permanente	1	3,1
Não permanente	31	96,9
Número de locais de trabalho		
Dois ou mais	32	100,0
Carga horária semanal (média e desvio-padrão)		
	76,38	±31,47
Desequilíbrio Esforço-Recompensa		
Não	17	63,0
Sim	10	37,0

Variáveis	n*	%
Excesso de comprometimento no trabalho (média e desvio-padrão)	13,63	±3,13
Necessidade de recuperação após o trabalho (média e desvio-padrão)	18,16	±2,58
Intenção de abandonar a profissão		
Sim	1	3,1

* Foram excluídos os valores ausentes (*missing data*) de cada variável.

Entre os médicos que trabalhavam à noite 18,8% foram classificados no grupo com transtornos mentais comuns e 9,4 % com depressão. Quase três quartos apresentavam sobrepeso ou obesidade e mais da metade não tinha realizado atividade física nos 15 dias que precederam a coleta de dados. Queixas de insônia foram relatadas por 10,3% desses trabalhadores (Tabela 40).

Tabela 40: Características de saúde e hábitos de vida da equipe de médicos que trabalha à noite em dois hospitais em Manaus, AM. (n = 32).

Variáveis	n*	%
Transtorno mental comum	6	18,8
Depressão	3	9,4
Tabagismo	7	24,1
Consumo de bebida Alcoólica		
Até 4 vezes por mês	14	43,8
5 ou mais vezes por mês	1	3,1
Índice de Massa Corpórea		
Sobrepeso/obesidade	22	73,3
Sem prática de atividade física	15	51,7
Queixa de insônia	3	10,3
Auto-percepção da saúde regular/ruim	6	18,8
Absenteísmo por doença nos últimos 12 meses		
Até 9 dias	7	23,3
10 dias ou mais	1	3,3
Problemas de saúde relacionados ao trabalho nos últimos 12 meses	3	10,0

* Foram excluídos os valores ausentes (*missing data*) de cada variável.

O número médio de noites trabalhadas nas últimas duas semanas foi 5,97 (DP ±3,34), com tempo médio de 13,43 anos neste horário de trabalho (DP ±11,84). Mais de um terço estava trabalhando no horário da noite para conciliar com os estudos, trabalho ou com a família e 63,3% sairiam do turno noturno, se pudessem escolher (Tabela 41).

Tabela 41: Características referentes ao trabalho noturno em equipes de médicos que atuam em plantões noturnos em dois hospitais de Manaus, AM, 2012 (n=32).

Variáveis	N	%
Noites trabalhadas em 2 semanas (média e desvio-padrão)	5,97	±3,34
Tempo de trabalho noturno (média e desvio-padrão)	13,43	±11,84
Motivo para trabalhar à noite		
Gosta	1	3,3
Conciliar estudo/família/emprego	11	36,7
Imposição do serviço	7	23,3
Aumentar os rendimentos	11	36,7
Desejo de sair do plantão noturno		
Não	11	36,7
Sim	19	63,3

*Foram excluídos os valores ausentes (*missing data*) de cada variável.

Com relação ao desejo de deixar os plantões noturnos, não foram observadas diferenças significativas entre os trabalhadores que referiram e os que não referiram tal desejo no que concerne às variáveis sócio-demográficas (Tabela 42).

Tabela 42 – Variáveis sócio-demográficas, segundo o desejo de sair dos plantões noturnos entre médicos de dois hospitais em Manaus, AM, 2012 (N=32).

Variáveis sócio-demográficas	Desejo de sair dos plantões noturnos	
	Não	Sim
Idade (média e desvio-padrão)	43,45 (± 14,04)	40,89 (±10,33)
Casados (%)	2 (18,2)	5 (26,3)
Com filhos menores de 6 anos (%)	8 (72,7)	15 (78,9)

* p <0,05; ** p <0,01; *** p<0,001 (testes de qui-quadrado para variáveis categóricas e análise de variância para variáveis contínuas)

Com relação às variáveis ocupacionais, observou-se que os médicos que desejariam sair do plantão noturno apresentaram os maiores escores médios de desequilíbrio esforço-recompensa, de esforço e do excesso de comprometimento com o trabalho, quando comparados àqueles que não declararam tal desejo, com associação significativa. No grupo

que manifestou este desejo foi observada menor necessidade de recuperação do trabalho (tabela 43).

Tabela 43 – Variáveis relacionadas ao trabalho segundo o desejo de deixar os plantões noturnos em médicos de dois hospitais de Manaus, AM. (n = 32).

Variáveis relacionadas ao trabalho	Desejo de sair dos plantões noturnos	
	Não	Sim
Carga horária semanal (média e desvio-padrão)	83,64 (± 30,93)	76,89 (± 28,41)
Esforço (média e desvio-padrão)*	6,09 (± 1,37)	7,42 (± 1,68)
Recompensa (média e desvio-padrão)	19,40 (± 3,17)	17,94 (± 3,75)
DER (média e desvio-padrão)*	0,79 (± 0,26)	1,00 (± 0,22)
Excesso de comprometimento (média e desvio-padrão)**	11,54 (± 2,58)	14,89 (± 2,89)
Necessidade de recuperação (média e desvio-padrão)*	19,64 (± 1,63)	17,58 (± 2,54)

* p <0,05; ** p <0,01; *** p <0,001 (testes de qui-quadrado para variáveis categóricas e análise de variância para variáveis contínuas)

A maior proporção de médicos que referiu o desejo de deixar os plantões noturnos alegou a conciliação com o estudo, família ou com outro emprego como razão para a escolha do trabalho noturno (47,4%). Entre os médicos que não referiram este desejo, mais da metade (54,5%) reportou o aumento dos rendimentos como principal motivo da escolha. O tempo em que é permitido dormir durante o plantão no hospital foi a única variável que diferiu significativamente entre os grupos, sendo maior entre aqueles que referiram o desejo de deixar os plantões noturnos (Tabela 44).

Tabela 44 – Variáveis relacionadas ao trabalho noturno e sono segundo o desejo de deixar os plantões noturnos em médicos de dois hospitais de Manaus, AM. (n = 32).

Variáveis relacionadas ao trabalho noturno e sono	Desejo de sair dos plantões noturnos	
	Não	Sim
Motivo trabalhar à noite (%)		
Gosta	2 (18,2)	5 (26,3)
Conciliar estudo/família/emprego	2 (18,2)	9 (47,4)
Necessidade do serviço	1 (9,1)	0 (0)
Aumentar os rendimentos	6 (54,5)	5 (26,3)
Permitido dormir neste hospital (%)		
Sim	5 (83,3)	5 (100,0)
Não	1 (16,7)	0 (0,0)

Variáveis relacionadas ao trabalho noturno e sono	Desejo de sair dos plantões noturnos	
	Não	Sim
Dorme no plantão deste hospital (%)		
Sim	3 (75,0)	3 (60,0)
Não	1 (25,0)	2 (40,0)
Quanto é permitido dormir neste hospital (média e desvio-padrão em horas)*	4,0 (± 0,71)	5,2 (± 0,84)
Quanto dorme por plantão neste hospital (média e desvio-padrão em horas)	4,0 (± 1,00)	4,33 (± 1,15)
Dorme após plantão noturno		
Sim	2 (18,2)	2 (10,5)
Não	9 (81,8)	17 (89,5)
Quanto dorme após plantão (média e desvio-padrão em horas)	4,5 (± 0,17)	4,00 (± 0,0)
Quanto dorme noite habitual (média e desvio-padrão em horas)	6,9 (± 1,37)	6,86 (± 1,32)
Quanto precisa de sono após plantão (média e desvio-padrão em horas)	5,6 (± 2,17)	6,7 (± 2,37)

* p <0,05; ** p <0,01; *** p <0,001 (testes de qui-quadrado para variáveis categóricas e análise de variância para variáveis contínuas)

A tabela 45 descreve os dados relacionados à saúde e hábitos de vida segundo o desejo de deixar os plantões noturnos. Entre aqueles que referiram este desejo, 31,6% foram classificados no grupo com transtorno mental comum, ao passo que nenhum médico do outro grupo foi classificado com TMC (p<0,05). As demais variáveis não se mostraram estatisticamente associadas ao desejo de sair do plantão noturno.

Tabela 45 – Variáveis relacionadas à saúde e hábitos de vida, apresentadas em percentuais, com intenção de deixar o turno noturno entre médicos em dois hospitais de Manaus, AM. (n = 32).

Variáveis relacionadas à saúde e hábitos de vida	Desejo de sair dos plantões noturnos	
	Não	Sim
Transtorno mental comum (%)*	0 (0,0)	6 (31,6)
Depressão (%)	0 (0,0)	2 (10,5)
Fumantes e ex-fumantes (%)	1 (10,0)	5 (27,8)

Variáveis relacionadas à saúde e hábitos de vida	Desejo de sair dos plantões noturnos	
	Não	Sim
IMC (%)		
Sobrepeso	4 (40,0)	7 (36,8)
Obesidade	4 (40,0)	6 (31,6)
Consumo de bebida alcoólica (%)		
Até 4 vezes por mês	4 (36,4)	8 (42,1)
5 ou mais vezes por mês	1 (9,1)	0 (0,0)
Sem prática de atividade física (%)	3 (30,0)	11 (61,1)
Queixa de insônia (%)	0 (0,0)	3 (16,7)
Auto percepção saúde regular/ruim (%)	1 (9,1)	4 (21,1)
Absenteísmo (%)		
Até 9 dias	2 (20,0)	4 (21,1)
Acima de 9 dias	0 (0,0)	1 (5,3)
Problemas de saúde relacionados ao trabalho nos últimos 12 meses (%)	0 (0,0)	3 (15,8)

* p <0,05; ** p <0,01; *** p<0,001 (testes de qui-quadrado ou de Fisher)

As análises da prevalência dos transtornos mentais comuns e da depressão segundo o desejo de deixar os plantões noturnos baseiam-se exclusivamente nos resultados do teste de Fisher. Diferentemente das análises relativas à equipe de enfermagem, o tamanho reduzido da amostra de médicos inviabilizou o uso de regressões logísticas para testar a associação entre o desejo de deixar os plantões noturnos e os desfechos de interesse.

7. DISCUSSÃO

7.1 Considerações sobre o perfil dos trabalhadores da saúde

A predominância feminina da equipe de enfermagem (80,5%) corrobora os estudos que apontam atividades do cuidado, particularmente na enfermagem, como essencialmente desenvolvidas por mulheres (COELHO, 2006; PADILHA, VAGHETTI e BRODERSEN, 2006; ROTENBERG, 2012). Estudos nacionais (ROTENBERG et al, 2008; MAGNAGO et al, 2010; VASCONCELLOS et al, 2012; GRIEP et al, 2013) e realizados em outros países (TEPAS et al, 2004; ARDEKANI et al, 2008; BJORVATN et al, 2012; OYANE et al, 2013) identificaram percentuais discretamente mais elevados de mulheres (entre 85% e 90%) entre os trabalhadores da enfermagem.

Explica-se a participação feminina na força de trabalho na enfermagem por ser atividade que remete à esfera doméstica e do cuidado das pessoas. Talvez também pela organização do trabalho em plantões, o que pode facilitar a conciliação com as atividades domésticas (FERNANDES et al, 2013). Vale destacar que o cuidado dos filhos pequenos e as atividades domésticas, comumente desenvolvidos pelas mulheres, se somam ao trabalho remunerado, gerando um acúmulo de responsabilidades. Tal situação pode levar à redução do tempo dedicado ao lazer e ao descanso, gerando efeitos negativos à saúde das trabalhadoras (ROTENBERG et al, 2008). Este acúmulo pode, ainda, influenciar o bem-estar e saúde mental do trabalhador (PINHO e ARAÚJO, 2012).

Na população de médicos as mulheres eram 30,4%. Em estudos brasileiros, Nascimento Sobrinho et al (2006) e Cabana et al (2007) também encontraram, em seus estudos com médicos, uma maior proporção de homens nas populações estudadas.

Chama atenção um percentual elevado de migrantes entre os participantes do estudo, resultado em consonância com a literatura que aponta a Amazônia como local de forte migração, com a maior taxa de crescimento urbano no país nas últimas décadas (GONÇALVES, 2001; BECKER, 2005). A Região Norte, particularmente o Amazonas, apresenta níveis atraentes de crescimento econômico e, com isso, elevou seu poder de atração de migrantes em busca de melhores empregos e condições de vida (JUTTEL, 2007). Entre 1995 e 2000, Manaus foi a cidade da Amazônia Legal que mais recebeu migrantes (IBGE 2000). Este fenômeno pode ser explicado pela criação da Zona Franca de Manaus (ZFM) em 1957 e reformulada em 1967, como área de livre comércio e de incentivos fiscais, passando a ser a principal propulsora da economia do Estado e responsável pelo intenso processo

migratório e por grande parte do crescimento populacional da cidade de Manaus (NAZARETH, BRASIL e TEIXEIRA, 2011).

Entre os estados do Norte do Brasil, o Amazonas ganha apenas do Pará na proporção de Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem por cada mil habitantes (LUZ, 2010). Cabe, ainda, considerar que a Região Norte é a que tem a menor proporção de médicos por habitantes (CFM, 2013). Assim, a carência de profissionais de saúde nesta Região pode ser um cenário que tende a atrair um expressivo número desses profissionais para o município de Manaus.

Mais de três quartos dos trabalhadores entrevistados eram técnicos e auxiliares de enfermagem, constituindo a maior força de trabalho hospitalar. Tal resultado vai ao encontro do comentário de Gonçalves (2007), segundo o qual o cuidado direto aos pacientes no ambiente hospitalar é prestado pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, que também provêm todo o instrumental e organização do ambiente necessários para a realização do cuidado.

Mais da metade da população de estudo era celetista, tanto na equipe de enfermagem como entre os médicos. Esta condição pode estar relacionada, por um lado às tendências recentes de mudança da forma de contrato de trabalho (DRUCK e BORGES, 2002) e à intensa reestruturação produtiva nos hospitais (COMARU, 2011) inclusive atingindo os profissionais de saúde (BARALDI e CAR, 2008). Autores que debatem a precarização do trabalho nos hospitais públicos brasileiros (FRANCO, DUCK e SELIGMANN-SILVA, 2010) remetem à perda de direitos trabalhistas, ritmo intenso de trabalho e pouca estabilidade, que pode gerar sofrimento ao trabalhador.

No entanto, por outro lado, pesquisa com equipe de enfermagem de três hospitais no Rio de Janeiro revela que a situação aparentemente desvantajosa no que concerne ao tipo de contrato das profissionais terceirizadas, cooperativadas e com contrato temporário não se expressa linearmente sobre o estresse ocupacional (COMARU, 2011).

Mais da metade da equipe de enfermagem e quase a totalidade dos médicos referiram trabalhar em dois ou mais locais, o que possivelmente se associa à elevada jornada semanal de trabalho. Tais resultados são semelhantes ao observado em outros locais no Brasil (ARAÚJO et al, 2003; GRIEP et al, 2013). Justifica-se, por um lado, pela busca dos trabalhadores de saúde por complemento na renda em função de baixos salários (NASCIMENTO SOBRINHO et al, 2006; SILVA, ROTENBERG e FISCHER, 2011). Outro aspecto que pode influenciar os

resultados do presente estudo é a carência de profissionais da área de saúde na Região Norte, conforme mencionado anteriormente (LUZ, 2010; CFM, 2013). No Brasil o quadro de acúmulo de empregos é uma característica própria do profissional de saúde (PORTELA, ROTENBERG e WAISSMANN, 2004; SILVA, ROTENBERG e FISCHER, 2011). O múltiplo vínculo expõe o trabalhador a cargas de trabalho mais elevadas e à redução no tempo para repouso e para se recuperar da jornada laboral (BROTTO e DALBELLO-ARAUJO, 2012), com reflexos sobre a saúde e o cuidado dos pacientes (SILVA, ROTENBERG e FISCHER, 2011; STIMPFEL, SLOANE e AIKEN, 2012).

Para exemplificar, estudo com enfermeiros mostrou que a insatisfação dos pacientes com o cuidado prestado era maior entre aqueles que eram assistidos por enfermeiros com jornada de trabalho diária superior a 13 horas (STIMPFEL, SLOANE e AIKEN, 2012). Além disso, os autores também identificaram que enfermeiros que atuavam em plantões com maior duração tinham maior chance de manifestar cansaço, *burnout*, insatisfação com o trabalho e intenção de deixar o cargo quando comparados àqueles que trabalhavam em plantões de menor duração (STIMPFEL, SLOANE e AIKEN, 2012).

Em consonância com estes resultados, estudo de revisão da literatura mostrou que o trabalho em turnos e longas horas de trabalho estavam relacionados à redução do sono, prejudicando o desempenho no trabalho e as funções cognitivas. Tais aspectos do trabalho também aumentam o risco de acidentes e de ampla gama de doenças crônicas como a obesidade, distúrbios cardiovasculares e gastrointestinais (CARUSO, 2014).

Mais da metade dos trabalhadores de ambas as equipes referiram trabalhar em plantões noturnos. Os hospitais prestam um serviço essencial, que ocorre de forma ininterrupta ao longo das 24 horas e nos 7 dias por semana. No entanto, vale destacar a importância para os cuidados que devem ser tomados para preservar a saúde daqueles que necessitam trabalhar à noite. Diversos estudos apontam para os prejuízos à saúde associados ao trabalho em turno e noturno, como problemas relacionados ao sono, fadiga, dificuldade para se recuperar do trabalho, doenças crônicas e sofrimento mental (COSTA, 2003b; FISCHER, MORENO e ROTENBERG, 2003; SILVA COSTA et al, 2011, DINIZ et.al. 2012; VOGEL et al, 2012). Este resultado também remete às vantagens apontadas por alguns trabalhadores para atuarem no turno noturno, tais como o incentivo financeiro, conciliação com os cuidados dos filhos durante o dia e maior disponibilidade de trabalho (BARTON, 1994; BURCH et al, 2009).

No que concerne ao estresse psicossocial no trabalho, os resultados relativos à escala esforço-recompensa mostram que mais de 40% dos trabalhadores das equipes de enfermagem e de médicos foram classificados no grupo com desequilíbrio esforço-recompensa (DER). Tal proporção foi superior às identificadas em outros estudos com trabalhadores da saúde (CONWAY et al, 2008, SILVA, ROTENBERG e FISCHER, 2011), nos quais as proporções foram de 16,1% e 7,8%, respectivamente. Essa diferença pode estar relacionada ao fato de terem sido estudadas populações culturalmente distintas, sob condições laborais diferentes. Porém, cabe considerar que no presente estudo foi utilizada a versão reduzida da escala de DER. Embora haja relativamente poucos estudos com base na escala reduzida, a investigação conduzida por Hämmig et al (2012) também revelam percentuais bem menores que os nossos em relação ao DER, quais sejam: 15,7% e 14,5% para médicos e equipes de enfermagem, respectivamente. Não foi possível identificar, nas condições do presente estudo, fatores que possam ter contribuído para este percentual tão alto de DER. Análises complementares serão realizadas com foco exclusivo nos resultados desta escala. Segundo o modelo teórico proposto por Siegrist (1996), o trabalho com alto grau de esforço despendido e não correspondido com um alto grau de recompensa, suscita tensões emocionais e aumenta o risco de doenças, inclusive transtornos mentais (SIEGRIST et al, 2012).

A proporção de 8,8% de trabalhadores da enfermagem e de 3,8% entre os médicos que manifestaram a intenção de abandonar a profissão é bastante inferior à observada em estudo com enfermeiros de hospitais no Rio de Janeiro, em que 22,1% manifestavam tal intenção (OLIVEIRA, 2014). Tal divergência pode estar associada a condições de trabalho e amostras diferentes. Cabe ressaltar que os resultados do presente estudo são semelhantes aos observados em hospitais na Bélgica, Noruega e Polônia, com proporção de 9,0% de enfermeiros que manifestaram esta intenção (HEINEN et al, 2013). Vale destacar a importância dessa variável, considerada como um indicador que antecipa a efetiva saída do trabalhador de sua ocupação (GRIEP et al, 2013) e que se mostra associada a características negativas do trabalho (GREGOV, KOVACEVIC e SLISKOVIC, 2011).

Entre os médicos o número reduzido de trabalhadores que desejaria deixar a profissão pode refletir melhores condições de trabalho e a valorização da ocupação em nossa cultura, explicando tais resultados.

O índice de absenteísmo por doenças encontrados entre a equipe de enfermagem no presente estudo foram ligeiramente inferiores ao observado em estudo realizado com equipe

de enfermagem de hospitais públicos no Rio de Janeiro (FERREIRA et al, 2012), que identificou frequências de 20,3% e de 16,6% referentes a até 9 dias de faltas e 10 ou mais dias, respectivamente. Entre os médicos os percentuais foram 20,8% para até 9 dias e 9,4% para 10 ou mais dias de absenteísmo nos últimos 12 meses.

De acordo com a literatura, diversos problemas de saúde associados ao ambiente laboral influenciam a falta ao trabalho, como os riscos biológicos, químicos, físicos, ergonômicos e psicossociais e aspectos comuns no trabalho dos profissionais da saúde, como longas jornadas, trabalho em plantões e ritmo intenso de trabalho, contribuindo, deste modo, para o desgaste físico e mental dos trabalhadores (SILVA E MARZIALE, 2006; LUND e LABRIOLA, 2009). Ferreira et al (2012) sugerem uma determinação múltipla e complexa para o absenteísmo por doença entre trabalhadores de enfermagem, com influência da situação conjugal, quantidade e tipo de vínculo empregatício. Os casados, separados e divorciados apresentavam maior número de faltas por doença do que os solteiros, tendo ocorrido o mesmo em relação aos que tinham mais de um emprego e os que eram servidores públicos. Portanto, o fenômeno não pode ser explicado apenas por problemas de saúde, merecendo estudos mais aprofundados para esclarecer os fatores envolvidos.

Mais de um quinto dos trabalhadores de ambas as equipes era fumante ou ex-fumante, mais de dois terços da equipe de enfermagem e quase a metade dos médicos referiram não ter praticado exercícios físicos nas duas semanas anteriores à coleta de dados, o que pode estar associado ao alto percentual de trabalhadores com sobrepeso ou obesidade, na faixa de dois terços. Dados semelhantes foram observados em estudo com enfermeiros, particularmente mais elevadas entre os homens, quando comparados às enfermeiras (FERNANDES et al, 2013).

Os altos percentuais destas características entre profissionais da saúde são preocupantes e podem estar relacionados ao ambiente laboral. A este respeito, Baggio e Formaggio (2008) e Soares et al (2011) comentam sobre as implicações da grande demanda de atividades, exigências e organização do trabalho destes profissionais, contribuindo significativamente para o (des) cuidado com a própria saúde. Fernandes et al (2013) também mostraram que os trabalhadores com jornadas mais extensas apresentaram maiores chance de não realizar exercícios físicos regulares de lazer, sugerindo que aqueles expostos a extensas jornadas de trabalho dispõem de menos tempo e motivação para o auto cuidado.

7.2 O perfil das equipes segundo o horário de trabalho (objetivo específico 1)

Em ambas as equipes a maioria dos trabalhadores atuava em plantões noturnos, com proporções baixas daqueles sem experiência (atual ou prévia) no trabalho noturno.

A proporção de homens foi maior entre os trabalhadores noturnos. Segundo dados da literatura, o trabalho noturno tem impacto diferenciado na saúde de homens e mulheres em decorrência da organização da vida cotidiana distinta entre os gêneros (ROTENBERG et al, 2001; BARA e ARBER, 2009). As mulheres frequentemente assumem as tarefas em casa e o cuidado dos filhos pequenos. Em que pese as dificuldades decorrentes do trabalho noturno para as mulheres com filhos pequenos, cabe destacar que a escolha dos plantões noturnos frequentemente está relacionado à possibilidade de cuidar dos filhos durante o dia, o que pode ser uma fonte adicional de desgaste e recuperação insuficiente (MENEZES, 1995; SOARES, 2005). Consistente com nossos resultados, o estudo de Scott, Monk e Brink (1997) mostrou que o trabalho em turno interfere mais na vida familiar das mulheres do que na dos homens, contribuindo para a fadiga, alterações do sono e maior dificuldade em relação ao descanso (ROTENBERG et al, 2001; SAKSVIK et al, 2011).

Quase três quartos da equipe de enfermagem e a totalidade dos médicos que trabalhavam em plantões noturnos tinham dois ou mais vínculos empregatícios, o que se coaduna com a maior carga horária semanal nestes grupos, quando contrastado com os que trabalham de dia. Estes resultados podem estar relacionados à baixa remuneração dos profissionais da saúde (NASCIMENTO SOBRINHO et al, 2006) cabendo, ainda, considerar que o duplo vínculo empregatício é frequentemente observado em equipes de enfermagem (SILVA BORGES, FISCHER, 2003; PORTELA, ROTENBERG e WAISSMANN, 2005).

Nossos resultados vão ao encontro de dados da literatura segundo os quais os trabalhadores em turnos tendem a trabalhar mais horas por semana do que aqueles com horário fixo (SMITH, 1998). No presente estudo, os profissionais da enfermagem do turno noturno também trabalhavam, em média, 7 horas a mais por semana do que aqueles que atuam no trabalho diurno.

Diversos estudos mostram que o trabalho por muitas horas combinado ao trabalho noturno pode contribuir para um quadro de saúde desfavorável (SPARKS et al, 1997; TEIXEIRA e MANTOVANI, 2009; ROSTA e AASLAND, 2011). Esta relação encontra respaldo em estudo que demonstrou a associação entre jornada de trabalho diária superior a 13 horas e maior chance de manifestar cansaço, *burnout* e intenção de deixar o cargo, além de

uma maior chance de insatisfação dos pacientes com o cuidado prestado (STIMPFEL, SLOANE e AIKEN, 2012). Outro estudo nesta linha identificou relação positiva entre a carga horária diária igual ou superior a 10 horas e sintomas de fadiga física e mental, irritabilidade, necessidade excessiva de sono e mal estar (ROSTA E GERBER, 2007).

Reforçando a importância desses achados, estudo com enfermeiros mostrou que o trabalho em turnos e longas horas de trabalho aumentam o risco para obesidade, lesões, doenças crônicas, reduz o desempenho no trabalho e pode comprometer a assistência (CARUSO, 2014). A autora também observa que a fadiga e privação do sono relacionada ao trabalho aumentam o risco de acidentes veiculares, podendo colocar outros em risco durante o trajeto.

Não foram encontradas associações significativas entre o trabalho noturno e aspectos de saúde e hábitos de vida nem na equipe de enfermagem, nem no grupo de médicos. Tais resultados podem ser explicados pelo “efeito do trabalhador sadio” considerado como um viés importante próprio de estudos transversais. Deste modo, os trabalhadores incapacitados ou com doenças graves usualmente deixam o turno da noite (Li e SUNG, 1999). Conseqüentemente, aqueles que permanecem no turno noturno tendem a apresentar melhor saúde e capacidade para superar as demandas do horário em turnos, sendo capazes de trabalhar neste horário apesar das alterações na vida familiar, social e riscos à saúde (BUXTON, HARTLEY E KRUEGER, 2002). Aqueles que optaram por trabalhar no turno diurno possivelmente reconheceram sua incapacidade de lidar com as dificuldades associadas ao trabalho noturno (COSTA, 2003a).

Considerando as alterações do sono, os trabalhadores da enfermagem do turno noturno e ex-noturnos apresentaram maior prevalência de queixa de insônia quando comparados com aqueles que nunca atuaram em turno noturno, mas sem associação significativa. Estes achados se assemelham aos observados por Rotenberg et al (2011) em estudo com equipes de enfermagem. Embora o trabalho em turnos e noturno traga inequivocamente prejuízos para o sono dos trabalhadores (SCOTT, 2000; EDÉLL-GUSTAFSSON, KRITZ e BOGREN, 2002; COSTA, 2003b; FISCHER, 2004b), diversos estudos não observam diferenças segundo o horário de trabalho (PORTELA, ROTENBERG, WAISSMANN, 2004; AKERSTEDT et al, 2008). Para Akerstedt et al (2008), esta ausência de diferença decorre do fato de que os trabalhadores frequentemente não reconhecem que possam ter problemas em relação ao sono,

por considerarem que as eventuais dificuldades em relação ao sono são ligadas ao trabalho, e não a um problema propriamente dito.

De acordo com nossos resultados, a prevalência de obesidade e sobrepeso, hábito de fumar e queixa de insônia na equipe de enfermagem foi maior entre os trabalhadores noturnos e ex-noturnos, quando comparado àqueles sem experiência no trabalho noturno. Embora sem significância estatística, os resultados são compatíveis com a concepção de efeitos a longo prazo do turno de trabalho. Estudos com outros desfechos já identificaram maior chance de referir problemas de obesidade (WANG et al, 20112) e queixas relacionadas ao sono (WANG et al, 2012; ROTENBERG et al, 2010) em ex-trabalhadores noturnos.

Diversos estudos ressaltam a importância de se considerar a experiência anterior e o motivo da saída dos trabalhadores em turnos (KOLLER, KUNDI e CERVINKA, 1978; FRESE e OKONEK, 1984; DRIESEN et al, 2011). Os trabalhadores que deixaram os plantões noturnos são provavelmente aqueles que tiveram maior dificuldade para lidar com seus horários de trabalho e podem ter sido forçados a trocar de horário de trabalho em decorrência dos efeitos indesejáveis no sono, vida familiar e social além das possíveis alterações no sistema nervoso e digestivo.

7.3 Considerações sobre a prevalência do sofrimento psíquico no grupo estudado (objetivo específico 2)

A prevalência dos TMC observada no presente estudo - 25,5% na equipe de enfermagem - foi maior do que o percentual detectado por Kirchhof et al (2009) em profissionais de enfermagem (18,7%), também através do SRQ-20. Entre os médicos, a prevalência foi 17,9%, menor do que no estudo de Nascimento Sobrinho et al (2006), com 26% de TMC. Os dados obtidos no presente estudo se assemelham aos obtidos por Cabana et al. (2007) em relação a médicos de UTI (17,7%) em cidades do Nordeste brasileiro, também utilizando o SRQ-20.

A prevalência detectada por Diniz et al (2012) e Araújo et al (2003), com valores maiores do que o aqui observado (33,7% e 33,3%, respectivamente) podem estar parcialmente relacionados ao fato de terem sido realizados exclusivamente com mulheres (trabalhadoras da enfermagem), nas quais a prevalência de DPM tende a ser maior que entre os homens (LUDERMIR, 2000).

Em relação a estudos que adotaram o GHQ como instrumento de rastreamento, Yang et al (2004) observaram 24,5% de morbidade psiquiátrica entre enfermeiros em Taiwan. Nota-se que os instrumentos utilizados para avaliar saúde mental são distintos, mas, em que pese as diferenças, tais resultados revelam sério problema de saúde mental entre os trabalhadores da saúde. Em síntese, a prevalência de sofrimento psíquico justifica a importância de estudos com classes profissionais, bem como a necessidade de se desenvolver estratégias de intervenção sobre o processo de trabalho que possam contribuir para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida desta população.

A prevalência de depressão parece variar também em função do instrumento adotado nos estudos da área. Os percentuais observados no presente estudo, 13,1% na equipe de enfermagem e 8,9% entre os médicos, mostraram-se inferiores aos obtidos por outros autores com amostras nacionais. Vargas e Dias (2011), por exemplo, encontraram 28,4% de prevalência ao utilizarem o inventário de depressão de Beck e Schmidt; Dantas e Marziale (2011) utilizaram a HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) em profissionais da enfermagem, tendo observado prevalência de 24,2% de sintomas depressivos. Possivelmente estes resultados são divergentes também em função das populações e condições de trabalho distintas, mas destaca-se aqui a magnitude do problema. A literatura mostra impacto múltiplo da depressão em termos de limitação da produtividade, no desempenho, absenteísmo e presenteísmo dos trabalhadores além de elevados custos com tratamento e prejuízos para familiares e a sociedade. (KESSLER et al, 2006; BENDER e FARVOLDEN, 2008; REIS, FERNANDES E GOMES, 2010).

Algumas características sócio-demográficas e do trabalho estavam associadas à saúde mental dos trabalhadores, resultados em consonância com o que descreve Seligmann-Silva (2011) sobre o campo da saúde mental do trabalhador, que envolve estressores ligados ao processo de trabalho e mecanismos psíquicos, moderados por características individuais, sociais e laborais.

O transtorno mental comum foi mais prevalente entre as mulheres, tanto na equipe médica como na enfermagem, embora sem diferença estatística. A presença de filhos menores de 6 anos e a sobrecarga doméstica na equipe de enfermagem também estiveram associadas ao TMC. Assim, esse conjunto de variáveis, reconhecidamente relacionado ao gênero feminino, mostrou-se associado à maior prevalência de TMC. As responsabilidades com filhos pequenos e com as tarefas domésticas, somadas ao trabalho remunerado, geram o

acúmulo de funções com possível efeito negativo à saúde das trabalhadoras (ROTENBERG et al, 2008, 2014; PORTELA et al, 2013). Este acúmulo decorre do fato de que as responsabilidades domésticas se mantêm socialmente como atribuição feminina, independente da participação das mulheres no mercado de trabalho, como discutem diversos autores (SORENSEN & VERBRUGGE, 1987).

Outros aspectos da socialização de gênero influenciam a maior prevalência do TMC entre as mulheres, como a manifestação de queixas em geral, já que elas as expressam com mais facilidade, quando comparadas aos homens que geralmente as evitam. Deste modo, o papel de ‘doente’ é mais aceito socialmente pelas mulheres, permitindo que taxas maiores de TMC apareçam no grupo de trabalhadoras (ROSTA e GERBER, 2007).

A ausência de diferença entre homens e mulheres quanto à prevalência da depressão na equipe de enfermagem e maiores proporções de homens com indicadores de depressão entre os médicos contraria as expectativas derivadas de estudos com outros instrumentos de rastreamento em trabalhadores, que apontam maior prevalência de depressão entre as mulheres. Por exemplo, Kessler et al (2006) identificaram proporções de 9% para mulheres e 4% para os homens, utilizando entrevista clínica. Yang et al (2012) identificaram 4,5% e 2,9% de transtorno depressivo maior, respectivamente para mulheres e homens com base no “Composite International Diagnostic Interview (CIDI)”. A ausência de estudos com o uso do PHQ-9 em populações de trabalhadores dificulta a comparabilidade dos nossos resultados com os de outros autores.

No presente estudo, ambos os desfechos associados à saúde mental se mostraram associados com a intenção de abandonar a profissão nas duas equipes de trabalhadores da saúde. Estes achados se assemelham aos de estudo desenvolvido por Embriaco et al (2012), em que os médicos que declararam querer deixar o seu trabalho apresentaram maiores taxas de sintomas depressivos do que os profissionais que não expressaram tal vontade.

Todas as variáveis que refletem o ambiente psicossocial no trabalho (segundo o modelo esforço-recompensa) se mostraram associadas tanto aos TMC como à depressão na equipe de enfermagem. Neste contexto, cabe destacar também o estudo de Rugulies et al (2006) sobre o impacto das características psicossociais do trabalho. Os autores apontam a falta de apoio dos supervisores e colegas, como fator preditor para o surgimento de sintomas depressivos severos. Recomenda-se que estudos futuros possam aprofundar essa questão, incluindo outras escalas de estresse psicossocial.

Proporções mais elevadas do TMC e de depressão foram observadas entre os trabalhadores que manifestaram maior necessidade de recuperação, maiores taxas de absenteísmo por doença e problemas de saúde relacionados ao trabalho na equipe de enfermagem. Estes resultados, assim como aqueles sobre o estresse psicossocial, refletem as relações entre as condições de trabalho, o modo de vida e a saúde dos trabalhadores. Em conjunto, esses achados remetem à descrição de Laurell e Noriega (1989) e posteriormente Seligmann-Silva (2011) sobre as condições de trabalho desvantajosas para a saúde mental. Os autores assinalam os prejuízos para a saúde, integridade e estabilidade mental do trabalhador quando há uma correlação desigual de poder entre o trabalho e o trabalhador, acarretando o desgaste.

7.4 As relações entre o trabalho noturno e o sofrimento psíquico dos trabalhadores (objetivo específico 3)

No presente estudo o horário de trabalho não se mostrou significativamente associado ao transtorno mental comum, tampouco com a depressão nas equipes de enfermagem ou médica. No entanto, na equipe da enfermagem, os trabalhadores noturnos e os ex-noturnos apresentaram maior prevalência de sofrimento psíquico, quando comparados àqueles sem experiência no trabalho noturno, aqui denominados “diurnos exclusivos”, principalmente em relação à depressão, com aumento de 50% e 82% nas chances de depressão entre os noturnos e ex-noturnos, respectivamente. Com relação à equipe médica, não foi possível realizar as comparações em decorrência do número reduzido de médicos diurnos exclusivos.

Entre os estudos que utilizaram instrumentos de *screening* de transtorno psíquico semelhantes ao nosso (SRQ-20 ou GHQ), a maior prevalência de TMC entre os trabalhadores em turnos (alternantes ou turnos noturnos fixos), comparados aos diurnos é observada de forma consistente, embora nem todos os estudos tenham descrito suficientemente os esquemas de trabalho. Diniz et al (2012), por exemplo, observaram maiores chances de manifestar DPM entre enfermeiras que trabalhavam à noite, comparadas às diurnas exclusivas. Os autores demonstraram, inclusive, um gradiente segundo a “dose de trabalho noturno com valores de OR=1,41 e OR=2,26 para as que trabalhavam até 5 noites e as que trabalhavam 6 noites ou mais, respectivamente. Apesar da descrição insuficiente quanto aos horários de trabalho, o estudo Suzuki et al (2004) revela prevalências significativamente maiores de DPM em enfermeiros dos plantões noturnos e horários irregulares, comparados

aos que trabalhavam de dia, resultado semelhante aos de Elovainio et al (2010), que se referem apenas ao que trabalham e que não trabalham em turnos.

Já Costa (2009) descreveu pior condição de saúde mental (avaliada através do GHQ) entre os trabalhadores de turnos alternantes comparados aos trabalhadores diurnos, porém sem significância estatística. Yang et al (2004) não observaram diferença na manifestação de DPM entre os que trabalhavam e os que não trabalhavam em turnos.

Observa-se, portanto, uma tendência à maior prevalência de TMC entre os que trabalham à noite ou em turnos alternantes, quando comparados aos que trabalham de dia. Considerando a complexidade das relações entre o trabalho e a saúde mental (SELIGMANN-SILVA, 2011), esta tendência tem um significado no sentido de indicar o horário de trabalho - noturno e em turnos alternantes - como um dos fatores a serem considerados na análise das relações entre características do trabalho e o sofrimento mental.

No estudo de Diniz et al (2012), cujas variáveis de exposição e desfecho foram definidas da mesma forma que no presente estudo, foi evidenciada uma heterogeneidade do grupo das ex-trabalhadoras noturnas quando analisadas segundo a razão da saída do trabalho noturno. Apenas um subgrupo (aquele que referiu razões relacionadas ao sono, cansaço ou saúde) apresentou maiores chances de apresentar TMC, quando comparado às que nunca haviam trabalhado à noite (OR=1,82) (DINIZ et al, 2012). No presente estudo, é possível que a heterogeneidade dos ex-trabalhadores noturnos tenha contribuído para reduzir as diferenças entre este grupo e os diurnos exclusivos.

Foi observado que os trabalhadores que deixaram o turno noturno apresentam prevalência de sofrimento mental superior à observada entre aqueles que nunca foram expostos ao horário noturno. Assim, é possível considerar que o trabalho noturno tenha um efeito a longo prazo, de forma que mesmo após sair do turno da noite, os trabalhadores ainda apresentaram maior sofrimento mental quando comparados com aqueles que trabalhavam exclusivamente durante o dia. Deste modo, há indicadores de que mesmo após deixar o horário noturno, uma proporção de profissionais permanece com queixas de saúde. Tais achados assemelham-se a resultados de outros estudos (FRESE e OKONEK, 1984; DINIZ et al, 2012) que identificaram alto percentual de problemas de saúde mental entre aqueles trabalhadores que haviam deixado o turno de trabalho.

Não identificamos na literatura estudos que utilizaram o PHQ 9 para rastreamento de depressão em grupos de trabalhadores. A prevalência de depressão observada entre a equipe

de enfermagem foi 13,1%, superior à detectada no estudo de âmbito nacional conduzido por Santos et al (2013) para validação do instrumento. Santos et al (2013) observaram prevalência de 8,9% de depressão, enquanto estudo realizado na Alemanha, também para validação, identificou 9,2% de ocorrência de depressão (MARTIN et al, 2006). Desta forma, as pesquisas citadas apontam para prevalências semelhantes à identificada entre os médicos do presente estudo, 8,9%. Tais diferenças nos percentuais de depressão entre equipes de enfermagem e médica podem ser explicadas pelas atribuições distintas dessas profissões.

Outras investigações com o PHQ 9 foram identificadas, mas com população de estudantes (ADEWUYA, OLA E AFOLABI, 2006), apenas com mulheres (OSÓRIO et al, 2009) ou com pacientes com quadros clínicos variados (SPITZER et al, 1999; KROENKE, SPITZER E WILLIAMS, 2001; PRECHAC et al, 2013).

Entre as investigações que utilizaram outros instrumentos para *screening* da depressão, está a de Driesen et al (2011) com coorte com trabalhadores de diversos setores. Os autores observaram maior risco de manifestar humor deprimido entre os que trabalhavam em turnos, quando comparados com aqueles do horário diurno, com razões de chance superiores entre as mulheres (OR = 1,39 para os homens e OR = 1,69 para as mulheres). Segundo os autores, a ruptura dos ritmos biológicos e alterações nas relações sociais dentre os expostos ao trabalho noturno explicariam os resultados. Outros autores também descreveram maior frequência de distúrbios do humor entre os trabalhadores em turnos, quando comparados àqueles que atuavam durante o dia (SCOTT, 2000; BILDT e MICHÉLSEN, 2002; DRIESEN et al 2010).

Em contraste, Oyane et al (2013), assim como Skipper et al (1990) não encontraram diferenças significativas entre o grupo de enfermeiros que atuavam no turno noturno, comparado ao grupo que nunca havia trabalhado à noite. Goodrich e Weaver (1998) também não encontraram relação entre trabalho em turnos e sintomas depressivos em trabalhadores de diversos setores. Duas possíveis explicações foram aventadas pelos autores: os requisitos diferentes na seleção dos candidatos para cada turno e atribuições diferenciadas para os que atuavam nos diferentes horários de trabalho, funcionando como variáveis de confundimento.

De forma semelhante aos nossos resultados, observa-se em alguns estudos com equipes de enfermagem uma tendência à maior prevalência de sintomas depressivos entre os trabalhadores em turnos (incluindo o trabalho noturno) quando comparados aos que trabalham durante o dia, mesmo naqueles estudos que não encontraram associação significativa

(OYANE et al, 2013; GOODRICH e WEAVER, 1998). Deste modo, reafirma-se a complexidade das relações entre o trabalho e a saúde mental citada por Seligmann-Silva (2011). Em conjunto, estes resultados tem um significado no sentido de indicar o trabalho noturno e em turnos alternantes como fator envolvido no sofrimento mental ou psíquico associado ao trabalho.

Neste contexto, cabe destacar o gradiente dose-resposta entre o tempo de trabalho noturno e sintomas depressivos, com aumento da chance de depressão com o aumento no tempo de exposição ao trabalho em turnos alternantes até a faixa de 20 anos (SCOTT, MONK e BRINK, 1997). A partir dos 20 anos de trabalho noturno, os autores não observaram aumento da prevalência da depressão, tendo atribuído seus resultados à resistência individual daqueles que continuavam trabalhando em turnos.

Nossos resultados mostram que os trabalhadores da enfermagem que deixaram o turno noturno apresentam prevalência de depressão semelhante aos profissionais do turno noturno atual e superiores à observada entre os que nunca foram expostos ao trabalho noturno. Deste modo, há indícios de que mesmo deixando o horário noturno uma proporção de profissionais permanece com queixas depressivas. Tais achados assemelham-se aos de outro estudo que identificou alto percentual de queixas depressivas e transtornos depressivos entre aqueles trabalhadores que haviam deixado o turno de trabalho (OYANE et al, 2013). Em conjunto, estes resultados ressaltam a importância de considerar a história ocupacional no que concerne aos horários de trabalho. De fato, a restrição ao horário de trabalho atual implica o risco de desconsiderar possíveis efeitos a longo prazo do trabalho noturno, que se manifestam após a transferência para o trabalho diurno, como observado por Diniz et al (2012) em relação ao DPM.

A complexidade das relações entre o trabalho noturno e a saúde mental em termos da interação entre diversos fatores, deve ser considerada nos estudos nesta área. Driesen et al (2010), por exemplo, identificaram maior risco de desenvolver humor depressivo entre aqueles que faziam trabalho em turno, sendo as chances maiores entre as mulheres e entre aqueles com maior jornada de trabalho semanal. Portanto, o gênero e o número de horas de trabalho interagiram com o horário de trabalho, com influência sobre o humor do trabalhador. Trata-se de uma relação intrincada e multifacetada entre o trabalho em turnos e o sofrimento psíquico, envolvendo dimensões como características pessoais e de trabalho.

Os problemas e queixas relacionados ao sono devem ser considerados nos estudos sobre a saúde mental relacionada ao horário de trabalho, em particular os transtornos depressivos, sendo o sono a principal queixa dentre aqueles que trabalham à noite (SCOTT, 2000; RUGGIERO, 2003; AKERSTEDT, WRIGHT JR e KENNETH, 2009). Assim, problemas relacionados ao sono podem ser considerados como potencial confundidor nas análises que investigam o trabalho em turnos e a saúde mental, uma vez que podem estar associados tanto ao horário de trabalho como aos transtornos mentais. Lin et al (2012), em estudo com enfermeiras de Taiwan, encontraram associação entre a má qualidade do sono e a saúde mental entre as trabalhadoras que atuavam em turnos alternantes, quando comparadas com aquelas do horário diurno.

Além disso, mudanças de humor tem sido associadas ao padrão de sono irregular e à privação do sono, que são frequentes dentre aqueles que trabalham em sistema de turno (AKERSTEDT et al, 2008; RUGGIERO, 2003; FRANCO, DRUCK e SELIGMANN-SILVA, 2010). Como observa Arimura (2010), há uma dificuldade neste campo de estudos, pois não se pode afirmar se o sono de má qualidade, decorrente do trabalho por turnos, aumenta o risco de problemas de saúde mental ou se a morbidade psíquica decorrente do trabalho em turnos prejudica o sono.

7.5 Considerações sobre o desejo de deixar o trabalho noturno e suas relações com o sofrimento psíquico (objetivo específico 4)

Uma questão central a ser considerada nesta área de estudos se refere às diferenças entre as pessoas quanto aos efeitos do trabalho noturno e em turnos. Como conclui o relatório produzido pelo “*European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions*” (Best, 2000),

“Não há dúvida de que o trabalho em turnos e noturno pode causar problemas de saúde de vários tipos, com vários graus de severidade. No entanto, isso não ocorre em todos os locais, nem em todas as categorias, com uma inevitabilidade que resulte sempre em resultados estatisticamente significativos” (p. 10; tradução livre).

Esta diferenciação entre os trabalhadores traduz distinções que são observadas de forma consistente em grupos sujeitos a um mesmo esquema de horários. São diferenças que se manifestam desde a entrada no trabalho em turnos, já que se estima que cerca de 20% dos trabalhadores que ingressam no trabalho em turnos, deixam este esquema de trabalho em um

intervalo muito curto em função de sérios distúrbios. Aqueles que permanecem apresentam diferentes níveis de tolerância que se tornam mais ou menos evidentes em diferentes momentos e com diferentes intensidades (COSTA, 1996).

Há, inclusive, evidências de que estas diferenças podem se manifestar mesmo antes da entrada no trabalho em turnos. Por exemplo, em um estudo realizado na Suécia com candidatos a um emprego, Knutsson e Akerstedt (1992) observaram que aqueles que pleitearam o trabalho em turnos apresentavam padrões de sono menos rígidos do que os que se candidataram ao trabalho diurno. Estes dados sugerem uma auto seleção para o trabalho em turnos por indivíduos cujas características do sono podem facilitar a futura lida com o trabalho em turnos. Por outro lado, à parte os problemas assinalados na literatura, cabe apontar aspectos vantajosos do trabalho noturno, como o incentivo financeiro e a conciliação com o cuidado dos filhos durante o dia (BARTON, 1994; BURCH et al, 2009).

No presente estudo, o grau com que os trabalhadores manifestavam o desejo de deixar o trabalho noturno foi considerado como *proxy* da sua satisfação com o horário de trabalho que, por sua vez, pode refletir aspectos da tolerância ao trabalho em turnos, como propõe Axelsson et al. (2003). Investigação realizada por estes autores mostra que a satisfação com o esquema de trabalho se correlaciona com variáveis possivelmente envolvidas nos mecanismos subjacentes à tolerância ao trabalho em turnos e noturno, em especial fatores fisiológicos relacionados ao sono e à recuperação (AXELSSON et al, 2003).

No presente estudo, observamos que a razão de chance de manifestar TMC na equipe de enfermagem que refere desejar sair dos plantões noturnos foi próxima ao dobro daquela observada no grupo que não referia este desejo (OR=1,93). Estes dados nos levam a sugerir que o grupo que se mantém no trabalho noturno apresenta graus diferenciados de sofrimento psíquico de tal forma que aqueles que referem o desejo de sair apresentem maior proporção de trabalhadores que vivenciam transtornos psíquicos. Entre os médicos um percentual significativamente maior de trabalhadores com TMC foi observado entre os que desejam deixar os plantões noturnos, comparado ao observado entre os que não manifestam este desejo (31% e 0%, respectivamente).

Em consonância com nossos resultados, Dirkx (1993) mostrou que as enfermeiras que desejavam deixar o turno noturno apresentavam mais queixas sobre a saúde e fadiga crônica, sendo este resultado uma clara ilustração do mecanismo de auto seleção. Deste modo, podemos sugerir que o desejo de deixar o trabalho noturno pode se manifestar em maior

proporção entre os trabalhadores que vivenciam mais dificuldade para lidar com as demandas deste horário de trabalho.

Além disso, se considerarmos que o desejo de deixar o trabalho noturno reflete, em algum grau, fatores relacionados à tolerância, podemos considerar que nossos resultados são consistentes com os de WALLACE, OWENS e LEVENS (1990), que observaram relação positiva entre a não adaptação ao turno de trabalho e a presença de distúrbio psíquico não psicótico.

Como destaca Totterdell (2004), neste campo de estudo é essencial considerar possibilidade de se ter controle e planejamento sobre os horários como condição facilitadora para a tolerância ao turno de trabalho, ao passo que a falta de controle atuaria como agente estressor. Esta afirmativa está em consonância com os achados de Holton, Lee e Tidd (2002) em relação ao desempenho mais efetivo entre os trabalhadores mais satisfeitos com o horário, que correspondem àqueles que puderam planejar e escolher seus horários em função de suas necessidades pessoais. No que tange à presente pesquisa, é possível que o horário de trabalho não atenda as necessidades do trabalhador, podendo também contribuir para gerar o sofrimento psíquico.

Reforçando tal relação, Barton (1994) observa que circunstâncias individuais dos trabalhadores em turnos influenciam fortemente suas escolhas em relação ao trabalho noturno. A literatura mostra que as razões da escolha pelo turno noturno estão relacionadas à conciliação com as responsabilidades domésticas e com o incentivo financeiro (BARTON, 1994; BURCH et al, 2009). Assim, é plausível supor que a escolha pelo turno de trabalho para atender as suas necessidades pessoais funcionaria como proteção para sua saúde mental. Como observa Fischer et al (1990), a opinião sobre o horário de trabalho pode constituir uma síntese feita pelo trabalhador das diversas variáveis que influenciam a maior ou menor tolerância ao trabalho em turnos ou noturno.

Vogel et al (2009) apontaram a baixa demanda no trabalho e maior autonomia como fatores que contribuíam para maior satisfação em trabalhadores que atuam em horários não regulares (ou seja, não seguem o horário administrativo). Assim, trabalhadores satisfeitos quanto aos horários tendem a ser aqueles que vivenciam condições favoráveis de trabalho o que, por sua vez, poderiam funcionar como protetor para a saúde mental.

Particularmente com relação aos **fatores individuais** envolvidos na tolerância ao turno de trabalho é necessário considerar como o trabalhador percebe e vivencia este horário.

Assim, a satisfação pode estar relacionada à maior habilidade para se acomodar aos horários noturnos, como o tipo circadiano, ou associada às circunstâncias individuais como a conveniência para conciliar com estudo, cuidar da casa e dos filhos ou com outro emprego. Estudo de revisão sobre as contribuições das diferenças individuais para a tolerância ao trabalho em turnos, apontou o sexo masculino, os mais jovens, com hábitos de sono mais flexíveis, o tipo circadiano vespertino como aqueles cujas características se mostraram mais favoráveis à tolerância ao turno de trabalho (SAKSVIK et al, 2011).

Burch et al (2009) mostraram que o melhor desempenho no trabalho e maior satisfação com o trabalho noturno estão associados a um sono adequado, tipo circadiano vespertino e satisfação com suas atividades laborais, condições estas favoráveis à maior tolerância ao trabalho em turnos. Tais achados reforçam a hipótese de que tolerância depende de um conjunto de fatores. Boivin, Tremblay e James (2007) acrescentam que pessoas com distúrbios do sono, certas condições médicas e psiquiátricas além de reduzido apoio familiar podem ter mais dificuldade para ajustar-se ao turno de trabalho.

Diversos critérios têm sido adotados para identificar diferenças na tolerância ao trabalho noturno e em turnos. Burch et al (2009), por exemplo, utilizaram como critério o desempenho no trabalho, enquanto Akerstedt, Wright Jr e Kenneth (2009) analisaram a satisfação dos trabalhadores em relação ao horário de trabalho. Estudo de revisão sobre este tema identificou critérios ligados à duração e qualidade do sono, fadiga e nível de alerta, assim como diversas variáveis biológicas (SAKSVIK et al, 2011).

Um aspecto essencial a ser considerado no contexto do trabalho noturno se refere ao sono, ao qual estão relacionadas às principais queixas daqueles que trabalham à noite (SCOTT, 2000; COSTA, 2003a; AKERSTEDT, WRIGHT JR e KENNETH, 2009). No presente estudo, na equipe de enfermagem, aqueles que referiram desejo de deixar os plantões noturnos apresentaram menor duração do sono em uma noite habitual e maior proporção de trabalhadores que não dormem após o trabalho noturno. Estes resultados podem estar associados à maior proporção de trabalhadores com mais de um emprego neste grupo, comparado àqueles que não manifestam este desejo. Assim, é possível que a maior dificuldade de se recuperar do desgaste e aspectos ligados à privação do sono estejam relacionados à percepção negativa dos trabalhadores em relação ao horário de trabalho, contribuindo para a menor tolerância, expressa através do desejo de sair.

No entanto, é no grupo que deseja deixar o trabalho noturno que se observa um maior tempo em que é permitido dormir durante os plantões noturnos. Por um lado, este resultado pode ser considerado inesperado uma vez que a possibilidade de dormir por mais tempo no plantão poderia contribuir para reduzir a privação do sono. Mas, por outro lado, cabe considerar duas questões. Uma delas diz respeito ao fato de que mesmo em hospitais nos quais há permissão para dormir no plantão noturno por até três horas, há sempre um grupo que refere não dormir; o estudo conduzido por Silva-Costa et al (2011), por exemplo, cerca de 38% do grupo referiu não dormir durante o plantão noturno. Outro aspecto importante são as diferenças individuais na necessidade de sono, que não foram exploradas no presente estudo.

Segundo Scott (2000), os problemas do sono entre estes trabalhadores têm determinação multifatorial, pois além da alteração do sistema circadiano, há as demandas sociais e de trabalho, responsabilidades domésticas e condições ambientais que podem contribuir significativamente para favorecer ou dificultar o sono do trabalhador.

Em suma, o desejo de deixar o trabalho noturno aqui analisado como *proxy* da insatisfação com o horário de trabalho pode ser influenciado por variáveis de diversas naturezas cuja interação pode contribuir positivamente ou dificultar a tolerância ao turno de trabalho, ressaltando-se assim a complexidade que envolve o fenômeno (SMITH et al, 1999; TAMAGAWA; LOBB; BOOT, 2007; SAKSVIK et al 2011).

7.6 Limitações e aspectos positivos do presente estudo

Entre as limitações desta pesquisa destaca-se o fato de basear-se em estudo de desenho transversal, não permitindo estabelecer uma relação temporal entre os eventos que possa dar às relações entre exposição-desfecho um caráter de causalidade.

Inevitável em estudos no campo da saúde do trabalhador, o “efeito do trabalhador sadio” é um viés que não pode ser desconsiderado em estudos transversais (BUXTON, HARTLEY E KRUEGER, 2002). Refere-se à possível subestimação das respectivas prevalências dos desfechos uma vez que os trabalhadores investigados são aqueles mais capazes de resistir aos efeitos da variável de exposição, no caso, o trabalho noturno. Assim, excluir do grupo elegível pessoas afastadas do trabalho ou do trabalho noturno implica não considerar aqueles trabalhadores cujo afastamento pode estar relacionado a problemas de saúde mental. Estudo longitudinal com trabalhadores em turnos mostra que o risco relativo de transferência para os horários diurnos e de licença-médica foram altos (cerca do dobro e

triplo, respectivamente) entre os trabalhadores identificados com humor deprimido na linha de base (DRIESEN et al, 2010).

Destaca-se também a perda expressiva de médicos do grupo elegível. A menor adesão desses profissionais se assemelha à observada por outros autores que descrevem dificuldade relativas à participação dos médicos (BARBOSA et al, 2012; NASCIMENTO SOBRINHO et al, 2006; TUCUNDUVA et al, 2006). Estes resultados ratificam e atualizam a afirmativa de Gaspar, Moreno e Menna-Barreto (1998) sobre as poucas investigações com esta categoria profissional.

Buscamos levantar possíveis explicações para a baixa adesão dessa categoria de trabalhadores. Uma delas seria a falta de tempo para os médicos responderem o questionário em função de seus vários vínculos e carga horária semanal extensa. Alguns declararam trabalhar em até 5 locais diferentes, inclusive mencionando fazer plantões de 24 horas algumas vezes por semana. Particularmente destaca-se aqui os profissionais do hospital universitário onde a participação foi mínima (apenas 4,6% do grupo elegível). Neste local, algumas situações podem ter contribuído para a baixa adesão deste grupo. A organização dos horários dos médicos dificultou sua localização nos locais de trabalho. Outra possível situação seria a reforma no hospital universitário que se iniciou no momento da coleta de dados, levando ao deslocamento de alguns profissionais para outras unidades de saúde.

Além disso, a realização das análises de regressão nos dados relativos à equipe de enfermagem sem estratificar pelo gênero constitui uma limitação do estudo. É possível que este procedimento tenha mascarado associações que poderiam se manifestar diferentemente para homens e mulheres. Considerando a distribuição desigual de homens e mulheres, com apenas 73 pessoas na amostra masculina, optou-se por analisar o grupo como um todo e por incluir a variável “sexo” no modelo de regressão multivariado. Desse modo, esta variável passou a ser tratada como um possível confundidor. Este procedimento é visto por alguns autores da epidemiologia ocupacional como um equívoco tendo em vista possíveis diferenças de gênero tanto na variável de exposição como de desfecho (NIEDHAMMER et al, 2000; MESSING et al, 2003). De fato, como já comentado, a prevalência dos transtornos mentais comuns tende a diferir segundo o gênero, com prevalências maiores entre as mulheres.

Outra limitação se refere ao fato de que o horário de trabalho não é a única característica que diferencia os trabalhadores diurnos e noturnos, como observam Akerstedt e Knutsson (1986) ao analisar aspectos metodológicos dos estudos nesta área. Embora diversos

aspectos do ambiente de trabalho tenham sido considerados como possíveis variáveis de confundimento, em especial, os fatores psicossociais, é possível que algumas variáveis que diferem entre os trabalhadores diurnos e noturnos não tenham sido consideradas.

Além disso, não foram investigados alguns fatores sociais (como o apoio de familiares, colegas e chefias) apontados na literatura como facilitadores da tolerância ao turno de trabalho (MORENO et al, 2003), que também podem ter influenciado os resultados.

Ressalta-se também que os dados não podem ser generalizados para a população de médicos e equipes de enfermagem uma vez que não houve um procedimento metodológico que permitisse uma composição da amostra representativa dos trabalhadores de hospitais públicos e privados do município de Manaus.

Cabe destacar alguns aspectos positivos do presente estudo. Embora o efeito do trabalhador saudável seja inevitável em estudos transversais, as informações sobre a história ocupacional no que tange aos horários de trabalho permitiram lidar, ainda que de forma limitada, com este efeito através do ex-trabalhadores noturnos. Desta forma, a definição dos grupos de estudo buscou identificar, entre os trabalhadores diurnos, os ex-noturnos e analisá-los como um grupo à parte, em relação aos desfechos de saúde. A análise do grupo com experiência prévia no trabalho noturno é essencial no contexto do presente pesquisa tendo em vista as evidências de efeitos de longa duração do trabalho noturno em relação aos TMC (DINIZ et al, 2012) e à depressão (DRIESEN et al, 2011) que poderiam se manifestar mesmo após a transferência para o trabalho diurno. Este aspecto é essencial uma vez que a mudança de horários de trabalho é frequentemente observada no ambiente hospitalar, o que implica que os trabalhadores diurnos frequentemente têm experiência prévia no trabalho noturno, como confirmam nossos resultados. Este procedimento permitiu contornar uma limitação frequente nos estudos desta área, qual seja a comparação entre trabalhadores noturnos (ou em turnos alternantes) e diurnos, considerando apenas o horário de trabalho atual.

Cabe ainda destacar a relevância de se considerar o desejo dos trabalhadores noturnos quanto a permanecer ou não naquele horário de trabalho, o que permitiu diferenciar, dentre este grupo, o subgrupo com maior chance de manifestar TMC e a depressão. A maior chance de manifestar TMC entre os que referiram o desejo de deixar o trabalho noturno, tanto entre as trabalhadoras da enfermagem como entre os médicos, sugere que o uso desta variável como *proxy* da satisfação com o horário de trabalho foi bem sucedida no sentido de relacionar a insatisfação com o horário com o sofrimento psíquico dos trabalhadores.

Por fim, apesar das limitações aqui apontadas, os resultados contribuem para o conhecimento sobre os desfechos psíquicos e suas relações com o horário de trabalho em profissionais da saúde e, ainda que de maneira restrita, logrou incluir médicos como sujeitos de pesquisa e um hospital privado como lócus da pesquisa. A partir da análise aqui apresentada, considera-se importante maior investimento em investigações epidemiológicas multivariadas que permitam avaliar o papel de variáveis sócio-demográficas, laborais e relativas ao estilo de vida na associação entre o horário de trabalho e desfechos ligados à saúde mental.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, nenhum dos desfechos utilizados para avaliar o sofrimento mental se mostrou significativamente associado ao trabalho noturno. No entanto, as maiores prevalências dos TMC e de depressão entre os trabalhadores noturnos indicam a importância de se incorporar o horário de trabalho nas análises sobre as relações entre características laborais e o sofrimento mental.

As chances semelhantes de manifestar TMC e depressão entre os que foram expostos ao trabalho noturno no passado e os que trabalham à noite atualmente sugerem um possível efeito a longo prazo do trabalho noturno. Estes achados, que confirmam os de outros autores (DINIZ et al, 2012; OYANE et al, 2013), não podem ser desconsiderados nos estudos da área, devendo-se evitar a simples comparação entre trabalhadores diurnos e noturnos. Para tal, é essencial considerar a história ocupacional no que tange aos horários de trabalho, de forma a analisar aqueles com exposição prévia ao trabalho noturno como um grupo à parte.

Trabalhar à noite exige grande esforço do profissional uma vez que causa o desajuste dos ritmos biológicos e afeta as relações sociofamiliares (DRIESEN et al, 2011), podendo ser considerado um desafio em relação a várias esferas da vida. No presente estudo, o trabalho noturno esteve associado ao exercício profissional em dois ou mais locais e jornada semanal extensa, levando à maior exposição do trabalhador ao estresse do ambiente laboral, à menor disponibilidade de tempo para se recuperar da jornada de trabalho e, portanto, expondo-o a maiores chances de adoecimento.

O desejo de deixar o trabalho noturno foi considerado como *proxy* da satisfação com o horário de trabalho, tendo permitido distinguir, entre os trabalhadores noturnos, aqueles com maiores chances de manifestar sofrimento psíquico. Este grupo apresenta, em comparação com os demais trabalhadores, maior proporção de trabalhadores com dois ou mais vínculos profissionais, maior carga horária semanal e maiores indicadores de estresse psicossocial, como maior esforço e excesso de comprometimento com o trabalho, além de apresentar indicadores de maior privação do sono. Em conjunto, esses resultados evidenciam quão complexas são as relações entre os horários de trabalho e o sofrimento mental.

Considera-se importante promover um maior investimento em investigações epidemiológicas multivariadas que permitam avaliar o papel de variáveis sócio-demográficas, laborais e relativas ao estilo de vida na associação entre o horário de trabalho e desfechos ligados à saúde mental.

Em âmbito mais geral, propõe-se ampliar o conhecimento sobre o tema no sentido de subsidiar a elaboração de estratégias efetivas para melhoria das condições de saúde e de trabalho dos profissionais da saúde. Trata-se de considerar em conjunto tanto as questões no âmbito da saúde dos trabalhadores, como aspectos da qualidade e a eficácia dos serviços prestados pelos profissionais da saúde, com repercussões decisivas na saúde dos pacientes.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADEWUYA, A. O.; OLA, B. A.; AFOLABI, O. O. Validity of the patient health questionnaire (PHQ-9) as a screening tool for depression amongst Nigerian university students. **Journal of affective disorders**, v. 96, n. 1, p. 89-93, 2006.

AKERSTEDT T. et al. Disturbed sleep in shift workers, day workers, and insomniacs. **Chronobiol Int.**, 25(2):333-348, 2008.

AKERSTEDT T; KNUTSSON A. **Shift work, disease and epidemiology**. In: M. Haider, M. Koller, R Cervinka (eds). Night and shift work: long term effects and their prevention, Verlag Peter Lang, Frankfurt Am Main (p. 403-407), 1986.

AKERSTEDT, T.; WRIGHT J.R.; KENNETH P. Sleep loss and fatigue in shift work and shift work disorder. **Sleep medicine clinics**, v. 4, n. 2, p. 257, jun. 2009.

ALAM, M. F. et al . Caracterização e distribuição de cronotipos no sul do Brasil: diferenças de gênero e estação de nascimento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, 2008.

ALWARD, R. R.; MONK, T. H. A comparison of rotating-shift and permanent night nurses. **International journal of nursing studies**, v. 27, n. 3, p. 297-302, 1990.

American Academy of Sleep Medicine. **International classification of sleep disorders and coding manual**. 2. ed. Westchester: American Academy of Sleep Medicine, 2001.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV**: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2002.

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

ARAÚJO, T. M. Revisão de Abordagens Teórico-Metodológicas sobre Saúde mental e Trabalho In: Minayo Gomez, C. et al (Org.) **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

ARAÚJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 424-33, ago. 2003.

ARDEKANI Z.Z. et al. Prevalence of Mental Disorders among Shift Work Hospital Nurses in Shiraz, Iran. **Pakistan Journal of Biological Sciences**, Shiraz, n. 11, p. 1605-1609, 2008.

ARENDDT, J. Shift work: coping with the biological clock. **Occupational medicine**, v. 60, n. 1, p. 10-20, 2010.

ARIMURA, M. et al. Sleep, mental health status, and medical errors among hospital nurses in Japan. **Industrial health**, v. 48, n. 6, p. 811-817, 2010.

ASSUNÇÃO, A. A.; JACKSON FILHO, J. M. Transformações do trabalho no setor saúde e condições para cuidar. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO J. **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

AXELSSON J. et al. Hormonal changes in satisfied and dissatisfied shift workers across a shift cycle. **Journal of Applied Physiology**, Bethesda, v. 95, n. 5, p. 2099-2105, nov. 2003.

BAGGIO M. A, FORMAGGIO F. M. Trabalho, cotidiano e o profissional de enfermagem: o significado do descuidado de si. **Cogitare Enferm.**13(1):67-74, 2008.

BAKKER, A. B. et al. Effort–reward imbalance and burnout among nurses. **Journal of Advanced Nursing**, v. 31, n. 4, p. 884-891, 2000.

BARA, A. C.; ARBER, S. Working shifts and mental health—findings from the British Household Panel Survey (1995-2005). **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, Helsinki, p. 361-367, 2009.

BARALDI, S.; CAR, M. R. Flexibilização e desregulamentação laboral dos trabalhadores da área de enfermagem no Brasil: o caso PROFAE. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, Apr. 2008.

BARBOSA, G. B. et al. Mental health and work of Family Health Strategy professionals from a municipal district of Bahia State, Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 37, n. 126, p. 306-315, 2012.

BARNES-FARRELL, J. L. et al. What aspects of shiftwork influence off-shift well-being of health care workers ? **Applied Ergonomics**, v. 39, n. 5, p. 589-596, 2008.

BARTON, J. et al. The Standard Shiftwork Index: a battery of questionnaires for assessing shiftwork-related problems. **Work & Stress**, v. 9, n. 1, p. 4-30, 1995.

BARTON, J. Choosing to work at night: a moderating influence on individual tolerance to shift work. **J. Appl. Psychology**, Washington, v. 79, p. 449-454, 1994.

BECKER, B. K. Geopolítica da Amazônia. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 19, n. 53, p. 71-86, 2005.

BENDER, A.; FARVOLDEN, P. Depression and the workplace: a progress report. **Current psychiatry reports**, v. 10, n. 1, p. 73-79, 2008.

BEST. **Shiftwork and health**. European foundation for the improvement of living and working conditions. Série Best 1/2000. Dublin, Irlanda, 2000.

BILDT, C.; MICHÉLSEN, H. Gender differences in the effects from working conditions on mental health: a 4-year follow-up. **International archives of occupational and environmental health**, v. 75, n. 4, p. 252-258, 2002.

BJORVATN B. D. S. et al. Self-reported sleep and health among Norwegian hospital nurses in intensive care units. **Nurs Crit Care** 17: 180–188, 2012.

BOIVIN, D. B.; TREMBLAY, G. M.; JAMES, F. O. Working on atypical schedules. **Sleep Medicine**, v. 8, n. 6, p. 578-589, 2007.

BORGES F.N.S. **Trabalhadores de enfermagem: compreendendo condições de vida e trabalho e ritmos biológicos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2006. (Tese de Doutorado)

BORSOI, I. C. F. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. **Psicologia Soc.**, Porto Alegre, v. 19, 2007.

BRANT, L. C.; MINAYO GOMEZ, C. A temática do sofrimento nos estudos sobre trabalho e Saúde. In: Minayo Gomez, C. et al (Org.) **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

BRASIL. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil**. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: 2001.

BROTTO, T. C. A.; DALBELLO-ARAUJO, M. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador ?. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, São Paulo , v. 37, n. 126, dec. 2012.

BUB M.B.C, et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianopolis, v. 15, n. esp., p. 152-157, dez. 2006.

BURCH, J. B. et al. Shiftwork impacts and adaptation among health care workers. **Occupational medicine**, v. 59, n. 3, p. 159-166, 2009.

BUXTON, S.; HARTLEY, L.; KRUEGER, G. P. The Health and Safety Hazards of Shift Work: Strategies to Overcome Them. In: **VicRoads Internal Report**. Calton, p. 2002-2005, 2002.

CABANA, M. C. F. L. et al.; Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. **J. bras. psiquiatr.**, v. 56, n. 1, p. 33-40, 2007.

CALNAN, M. et al. Job strain, effort-reward imbalance and mental distress: a study of occupations in general medical practice. **Work & Stress**, v. 14, n. 4, p. 297-311, 2000.

CAMERON IM et al. Psychometric comparison of PHQ-9 and HADS for measuring depression severity in primary care. **British Journal of General Practice**, Bedfordshire, v. 58, n. 546, p. 32-36, jan. 2008.

CARPENTIER, J.; CAZAMIAN, P. **Night Work: Its Effects on the Health and Welfare of the Worker**. 56. ed. International Labour Organization, 82 p, 1977.

CARUSO, C. C. Negative impacts of shiftwork and long work hours. **Rehabilitation Nursing**, 39 (1), pp. 16–25, 2014.

CHOR, D. et al. The Brazilian version of the effort-reward imbalance questionnaire to assess job stress. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 219-224, jan. 2008.

COELHO, M. J. Maneiras de cuidar em Enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 59, n. 6, Dec. 2006.

COLQUHOUN, W. P. *et al.* **Shiftwork**: problems and solutions. Frankfurt: Am Main Lang, 1996.

COMARU C. **Estresse psicossocial e vínculo profissional em Trabalhadoras da enfermagem: uma análise da Flexibilização do trabalho a partir da escala Desequilíbrio esforço-recompensa**. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2011. (Dissertação de Mestrado).

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Demografia Médica no Brasil**: cenários e indicadores de distribuição. São Paulo: Vol. 2, 2013.

CONWAY, P. M. et al. Main and interactive effects of shiftwork, age and work stress on health in an Italian sample of healthcare workers. **Applied ergonomics**, v. 39, n. 5, p. 630-639, 2008.

COSTA, G. Multidimensional aspects related to shiftworkers' health and well-being. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.38, supl. dez. 2004.

COSTA G. **Saúde e trabalho em turnos e noturno**. In: FISCHER, F. M; MORENO, C. R. C.; ROTENBERG, L. Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas. São Paulo: Atheneu, p. 79-98, 2003a.

COSTA, G. Shift work and occupational medicine: an overview. **Occupational medicine**, v. 53, n. 2, p. 83-88, 2003b.

COSTA, G. The impact of shift and night work on health. **Applied ergonomics**, v. 27, n. 1, p. 9-16, 1996.

COSTA IMAR. **Trabalho por turnos, saúde e capacidade para o trabalho dos enfermeiros**. Coimbra: Universidade de Coimbra. 2009. (Dissertação de Mestrado)

DE FARIA, A. C.; BARBOZA, D. B.; DOMINGOS, N. A. M. Absenteísmo por transtornos mentais na enfermagem no período de 1995 a 2004. **Rev. bras. Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 34, n. 120, p.172-178, 2005.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: Estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez/Oboré, 1992.

DELCOR, N. S. et al. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, fev. 2004.

DEMIRCI, S. et al. Evaluation of burnout syndrome in oncology employees. **Medical Oncology**, v. 27, n. 3, p. 968-974, 2010.

DIRKX J. Adaptation to permanent night work: the number of consecutive work nights and motivated choice. **Ergonomics**, n. 36, p. 29-36, 1993.

DINIZ, T. B. et al. Minor psychiatric disorders among nursing workers—is there an association with current or former night work ?. **Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation**, v. 41, p. 2887-2892, 2012.

DRIESEN, K. et al. Depressed mood in the working population: associations with work schedules and working hours. **Chronobiology international**, v. 27, n. 5, p. 1062-1079, 2010.

DRIESEN, K. et al. The mutual relationship between shift work and depressive complaints—a prospective cohort study. **Scandinavian journal of work, environment & health**, Helsinki, p. 402-410, 2011.

DRUCK G, BORGES A. Terceirização: balanço de uma década. **Caderno CRH**; Brasília, 2002.

EDÉLL-GUSTAFSSON, U. M.; KRITZ, E. I. K.; BOGREN, I. K. Self-reported sleep quality, strain and health in relation to perceived working conditions in females. **Scandinavian journal of caring sciences**, Bergen, v. 16, n. 2, p. 179-187, 2002.

ELOVAINIO, M. et al. Insecurity and shiftwork as characteristics of negative work environment: psychosocial and behavioural mediators. **Journal of advanced nursing**, v. 66, n. 5, p. 1080-1091, 2010.

EMBRIACO, N. et al. Symptoms of depression in ICU physicians. **Annals of intensive care**, v. 2, n. 1, p. 1-8, 2012.

ESTRYN-BEHAR M. et al. Stress at work and mental health status among female hospital workers. *Br Journal IndMed*, 47:20-28, 1990.

FARIAS, S. M. C. et al . Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. *Revista. Esc. Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, n. 3, jun. 2011.

FARINA HAD. **Sofrimento psíquico: um estudo entre médicos e enfermeiros em um hospital de Manaus**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2004. (Dissertação de Mestrado)

FENWICK, R.; TAUSIG, M. Scheduling stress family and health outcomes of shift work and schedule control. *American Behavioral Scientist*, v. 44, n. 7, p. 1179-1198, 2001.

FERNANDES, J. D. et al . Saúde mental e trabalho: significados e limites de modelos teóricos. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, out. 2006.

FERNANDES, J. C. et al . Jornada de trabalho e comportamentos de saúde entre enfermeiros de hospitais públicos. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, out. 2013.

FERREIRA, L. R. C.; DE MARTINO, M. M. F. Stress no cotidiano da equipe de enfermagem e sua correlação com o cronótipo. *Estud. Psicol*. Campinas, v. 26, n. 1, mar. 2009.

FERREIRA, R. C. et al. Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, n. 2, p. 259-268, 2012.

FISCHER, F. M. **As demandas da sociedade atual: aspectos históricos do desenvolvimento do trabalho em turnos no mundo - conceitos, escalas de trabalho, legislação brasileira**. In: FISCHER, F. M; MORENO, C. R. C.; ROTENBERG, L. Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas. São Paulo: Atheneu, p. 3-17, 2004.

FISCHER et al. Individual Differences of shift and night work adaptation among truck drivers. IN: COSTA G, et al. **Shiftwork: Health, Sleep and Performance**. Frankfurt: Peter Lang, p. 646–650, 1990.

FISCHER, F.M.; MORENO, C.; ROTENBERG, L. **Trabalho em turno e noturno na sociedade 24 horas**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

FLO, E. et al. Shift work disorder in nurses: assessment, prevalence and related health problems. *PloS One*, v. 7, n. 4, p. e33981, 2012.

FRAGUAS JR. R. et al. The detection of depression in medical setting: a study with PRIME-MD. *J Affect Disord*, 91:11-17, 2006.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista Bras. Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, dez. 2010.

FRESE, M.; OKONEK, K. Reasons to leave shiftwork and psychological and psychosomatic complaints of former shiftworkers. **Journal of Applied Psychology**, v. 69, n. 3, p. 509, 1984.

GASPAR, S.; MORENO, C.; MENNA-BARRETO, L. Os plantões médicos, o sono e a ritmicidade biológica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 44, n. 3, set. 1998.

GLINA, D. M. R. et al. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 607-616, mar. 2001.

GOLOMBEK, Diego. A. **Cronobiologia humana**. Quilmes: Editorial de La Universidad Nacional de Quilmes, 260p, 2002.

GOMES, A. R.; CRUZ, J. F.; CABANELAS, S. Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 3, set. 2009.

GONÇALVES, A. J. Migrações Internas: evoluções e desafios. **Estudos Avançados**, v. 15, n. 43, p. 173-184, 2001.

GONÇALVES, L. **Processo de trabalho da enfermagem: bases qualitativas para o dimensionamento da força de trabalho de enfermagem nas unidades de internação**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2007. (Tese de Doutorado)

GOODRICH, S.; WEAVER, K. A. Differences in depressive symptoms between traditional workers and shiftworkers. **Psychological reports**, v. 83, n. 2, p. 571-576, 1998.

GREGOV, L.; KOVAČEVIĆ, A.; SLIŠKOVIĆ, A. Stress among Croatian physicians: comparison between physicians working in emergency medical service and health centers: pilot study. **Croatian Medical Journal**, Zagreb, v. 52, n. 1, p. 8-15, feb., 2011.

GRIEP, R. H. et al. Enfermeiros dos grandes hospitais públicos no Rio de Janeiro: características sociodemográficas e relacionadas ao trabalho. **Revista Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. spe, sep. 2013.

GUIDO L. A. **Stress e Coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica**. São Paulo: USP/Escola de Enfermagem, 2003. (Tese de Doutorado)

HAIDER M, KUNDI M, KOLLER M. **Methodological issues and problems in shiftwork research**. In L. Johnson, D. Tepas, W.P. Colquoun & M.J. Colligan (Eds.), *Biological rhythms, sleep, and shiftwork* (p. 145-163), Jamaica, NY: Spectrum. 1981.

HÄMMIG, O, BRAUCHLI, R, BAUER GF. Effort-reward and work-life imbalance, general stress and burnout among employees of a large public hospital in Switzerland. **Swiss Med Wkly.**;142:w13577, 2012.

HANSEN J, LASSEN CF. Nested case-control study of night shift work and breast cancer risk among women in the Danish military. **Occup Environ Med.** 69(8):551-556, 2012.

HAUS, E.; SMOLENSKY, M. Biological clocks and shift work: circadian dysregulation and potential long-term effects. **Cancer causes & control**, v. 17, n. 4, p. 489-500, 2006.

HEINEN, M. M. et al. Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries. **International Journal of Nursing Studies**, 50 (2), 174-184, 2013.

HOLTON, B. C.; LEE, T. W.; TIDD, S. T. The relationship between work status congruence and work-related attitudes and behaviors. **Journal of Applied Psychology**, 87, 903–915, 2002.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2000**. Microdados da Amostra. (www.ibge.gov.br), 2000.

INOUE, M.; TSURUGANO, S.; YANO, E. Job stress and mental health of permanent and fixed-term workers measured by effort-reward imbalance model, depressive complaints, and clinic utilization. **Journal of Occupational Health**, v. 53, p. 93-101, 2011.

JACQUES, M. G. O nexo causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a psicologia. **Psicologia Soc.**, Porto Alegre, v. 19, n. spe, 2007.

JANSEN, N. W.H.; KANT, I.J.; VAN DEN BRANDT, P. A. Need for recovery in the working population: Description and associations with fatigue and psychological distress. **International journal of behavioral medicine**, v. 9, n. 4, p. 322-340, 2002.

JUTTEL, L. P. Norte e Centro-Oeste, novos polos de migração. **Cienc. Cult.**, vol.59, no.4, p.10-11, 2007.

KANDOLIN, I.; KAUPPINEN-TOROPAINEN, K. The Psychosocial Aspects of Women's Shift Work. IN: COSTA G, et al. **Shiftwork: Health, Sleep and Performance**. Frankfurt: Peter Lang, 646–650, 1990.

KAPUR N.; HOUSE A. Working patterns and the quality of training of medical house officers: evaluating the effect of the “new deal”. **MEDICAL EDUCATION** , 32, 432-438,1998.

KESSLER, R. C. et al. Insomnia, comorbidity, and risk of injury among insured Americans: results from the America Insomnia Survey. **Sleep**, v. 35, n. 6, p. 825, 2012.

KESSLER, R. C. et al. Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of US workers. **American Journal of Psychiatry**, v. 163, n. 9, p. 1561-1568, 2006.

KIRCHHOF, A. L. C. et al. Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto - Enfermagem.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, jun. 2009.

KNAUTH, P.; COSTA, G. Psychosocial Effects. In. COLQUHOUN, W. Peter *et al.* **Shiftwork: problems and solutions.** Frankfurt: Lang, 1996.

KNUTSSON, A.; AKERSTEDT, T. The healthy worker effect: Self selection among Swedish shift workers. **Work and Stress**, 6, 163 – 168, 1992.

KNUTSSON, A.; BOGGILD, H. Shiftwork and cardiovascular disease: review of disease mechanisms. **Reviews on Environmental Health**, v. 15, n. 4, p. 359-372, 2000.

KOLLER M, KUNDI M, CERVINKA R. Field studies of shift work at an Austrian oil refinery. I. Health and psychosocial wellbeing of workers who drop out of shift work. **Ergonomics**, 21:835–847, 1978.

KOLLER, M. Health risks related to shift work. **International archives of occupational and environmental health**, v. 53, n. 1, p. 59-75, 1983.

KOLLER, M. et al. Health risk factors due to sensitization processes in shift workers. IN: WEDDERBURN, A.; SMITH, P. **Psychological Approaches to Night and Shift Work: International Research Papers.** Edimburgo: Department of Business Organization; Heriot-Watt University, 1984.

KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. W. The Phq-9. **Journal of general internal medicine**, v. 16, n. 9, p. 606-613, 2001.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário.** São Paulo: Cebes – Hucitec, 1989.

LI, C. Y.; SUNG, F. C. A review of the healthy worker effect in occupational epidemiology. **Occupational Medicine**, v. 49, n. 4, p. 225-229, 1999.

LIN, et al. atypical work schedules are associated with poor sleep quality and mental health in Taiwan female nurse. **International Archives of Occupational & Environmental Health**, v. 85, n. 8, p. 877, 2012.

LUDERMIR, A. Unemployment, informal work, gender, and mental health. **Cad Saúde Pública**, 16(3): 647–59, 2000.

LUND, T.; LABRIOLA, M. Sickness absence in Denmark: research, results, and reflections. **Scand J Work Environ Health Suppl**, v. 7, p. 5-14, 2009.

LUZ, S. Enfermagem: Quantos Somos X Onde Estamos. **Anais 3º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem**, Natal, RN, 2010. Disponível em: <http://www.portaldafenmagem.com.br>

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S.; MOYSES, N. M. N. Tendências do mercado de trabalho em Saúde no Brasil. **Conferência Internacional sobre Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde**, Rio de Janeiro, 2010.

MAGNAGO, T. S. B. et al. Nursing workers: Work conditions, social-demographic characteristics and skeletal muscle disturbances. **Acta paul enferm**, v. 23, n. 2, p. 187-93, 2010.

MANETTI, M. L.; MARZIALE, M. H. P. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. **Estudos de Psicologia**, v. 12, n. 1, p. 79-85, 2007.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **The British Journal of Psychiatry**, Londres, v. 148, n. 1, p. 23-26, 1986.

MARQUES M, GOLOMBEK D e MORENO CRC. **Adaptação temporal**. In: N. Marques e L.Menna-Barreto (Eds.), *Cronobiologia: Princípios e Aplicações*. Edusp e Editora Fiocruz, 1997.

MARQUES, N.; MENNA-BARRETO, L. **Cronobiologia: princípios e aplicações**. 2.ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1997.

MARTIN, A. et al. Validity of the brief patient health questionnaire mood scale (PHQ-9) in the general population. **General hospital psychiatry**, v. 28, n. 1, p. 71-77, 2006.

MARTINS, P. F. et al . Afastamento por doença entre trabalhadores de saúde em um hospital público do estado da Bahia. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, São Paulo , v. 34, n. 120, dec. 2009 .

MEDEIROS, S. M. et al. Possibilidades e limites da recuperação do sono de trabalhadores noturnos de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, 2009.

MENEZES G. M. S. **Trabalho Noturno e Saúde: um estudo com profissionais de enfermagem de um hospital público de Salvador**. Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1995.

MENNA-BARRETO, Luiz; MARQUES, Nelson. O tempo dentro da vida, além da vida dentro do tempo. **Ciência e Cultura**, Campinas, v. 54, n. 2, p. 44-46, out./dez. 2002.

MENNA-BARRETO L. **Cronobiologia Humana**. In: FISCHER, F. M; MORENO, C. R. C.; ROTENBERG, L. Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas. São Paulo: Atheneu, p. 33-41, 2003.

MENNA-BARRETO L, WEY D. Ontogênese do sistema de temporização - a construção e as reformas dos ritmos biológicos ao longo da vida humana. **Psicologia USP**, 2007, 18(2), 133-153, 2007.

MESSING, K. et al. Be the fairest of them all: Challenges and recommendations for the treatment of gender in occupational health research. **Am. J. Ind. Med.** 43, 618–629, 2003.

MINAYO-GOMES, C., *et al* (Org.) **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

MONK, Timothy H. Coping with the stress of shiftwork. **Work & Stress**, v. 2, n. 2, p. 169-172, 1988.

MORENO, C. R. C. Sono e estratégias relativas ao sono para lidar com os horários de trabalho. *In*: Fischer, Frida Marina (Org.). **Trabalho em Turnos e Noturno na Sociedade 24 horas**. São Paulo: Atheneu, 2004.

MORENO, C. R. C.; FISCHER, F. M.; ROTENBERG, L. A saúde do trabalhador na sociedade 24 horas. **São Paulo Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 1, mar. 2003.

NASCIMENTO SOBRINHO, C. L. et al . Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, jan. 2006.

NAZARETH, T.; BRASIL, M.; TEIXEIRA, P. Manaus: Crescimento Populacional e Migrações nos Anos 1990. **Revista Paranaense de Desenvolvimento**, Curitiba, n. 121, p. 201-217, jul./dez. 2011.

NETTERSTROM, B. et al. The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression. **Epidemiologic reviews**, v. 30, n. 1, p. 118-132, 2008.

NIEDHAMMER, I. et al. How is sex considered in recent epidemiological publications on occupational risks? **Occup. Environ. Med.** p. 521–527, 2000.

OHAYON, M. M.; PARTINEN, M. Insomnia and global sleep dissatisfaction in Finland. **Journal of Sleep Research**, v. 11, n. 4, p. 339-346, 2002.

OLIVEIRA, D. R. **A intenção de abandonar a profissão entre enfermeiros de grandes hospitais públicos no Rio de Janeiro**. (Dissertação), Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2014.

OLSSON, K., KANDOLIN, I., KAUPPINEN-TOROPAINEN, K. Stress and coping strategies of three-shift workers. **Le Travail Humain**, v. 53, p. 175–188, 1990.

OMS – **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas** – Coord. Organização Mundial da Saúde; trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.

OSÓRIO, F.D.L. et al. Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care **Perspect Psychiatr Care**, 45, pp. 216–227, 2009.

OYANE, N. M. F et al. Associations between nightwork and anxiety, depression, insomnia, sleepiness and fatigue in a sample of Norwegian nurses. **PloS One**, San Francisco, v. 8, n. 8, p. e70228, 2013.

PADILHA, M. I. C. S.; VAGHETTI, H. H.; BRODERSEN, G.. **Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva**. 2006.

PEREIRA, M. E. R.; BUENO, S. M. V. Lazer - um caminho para aliviar as tensões no ambiente de trabalho em UTI: uma concepção da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, out. 1997.

PETERS, V. P. J. M.; DE RIJK, A. E.; BOUMANS, N. P.G. Nurses' satisfaction with shiftwork and associations with work, home and health characteristics: a survey in the Netherlands. **Journal of advanced nursing**, v. 65, n. 12, p. 2689-2700, 2009.

PINHO, P. S.; ARAÚJO, T. M. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. **Rev. Bras. Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 3, set. 2012.

PRECHAC, P. M. et al . Prevalencia de depresión en la cohorte de pacientes de una unidad de insuficiencia cardíaca crónica. **Rev. Méd. Urug.**, Montevideo, v. 29, n. 3, sept. 2013 .

PONDE M. P.; CAROSO C. Lazer como fator de proteção da saúde mental. **Revista Ciências Médicas**, n. 12, p. 163-72, 2003.

PORTELA, Luciana Fernandes. **Relações entre o estresse psicossocial no trabalho segundo o modelo demanda-controle e a pressão arterial monitorada: o papel do trabalho doméstico**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública, 2012. (Tese de Doutorado)

PORTELA LF, ROTENBERG L, WAISSMANN W. Self-reported health and sleep complaints among nursing personnel working under 12 h night and day shifts. **Chronobiol Int**. 21(6):859-70, 2004.

PORTELA, L. F.; ROTENBERG, L.; WAISSMANN, W.. Health, sleep and lack of time: relations to domestic and paid work in nurses. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, oct. 2005.

PORTELA, L. F. et al The Influence of Domestic Overload on the Association between Job Strain and Ambulatory Blood Pressure among Female Nursing Workers. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 10, p. 6397-6408, 2013.

PORTO, L. A. et al. Association between mental disorders and work-related psychosocial factors in teachers. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 818-826, 2006.

REGIS FILHO, G. I. Síndrome da Má-adaptação ao trabalho em turnos: uma abordagem ergonômica. **Prod.**, São Paulo, v. 11, n. 2, dec. 2001.

REIS, A. L. P. P.; FERNANDES, S. R. P.; GOMES, A. F. Estresse e fatores psicossociais. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 30, n. 4, p. 712-725, 2010.

ROLLO, A. A. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo “globalizado”? In. SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Orgs.) **Trabalhador da Saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Editora da Unijuí, 2007.

RÖSSLER, W. Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. **European archives of psychiatry and clinical neuroscience**, v. 262, n. 2, p. 65-69, 2012.

ROSTA J, AASLAND O. G. Work hours and self rated health of hospital doctors in Norway and Germany. A comparative study on national samples. **BMC Health Serv Res.** 11:40, 2011.

ROSTA J, GERBER A: Excessive working hours and health complaints among hospital physicians: a study based on a national sample of hospital physicians in Germany. **German Medical Science**, 5:Doc09, 2007.

ROTENBERG, L. et al. Mental health and poor recovery in female nursing workers: a contribution to the study of gender inequities. **Rev Panam Salud Publica**, Washington , v. 35, n. 3, Mar. 2014.

ROTENBERG L, et al. A gender approach to work ability and its relationship to professional and domestic work hours among nursing personnel. **Appl Ergon.**;39(5):646-52, 2008.

ROTENBERG, L., et al. Gênero e trabalho noturno: sono, cotidiano e vivências de quem troca a noite pelo dia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, jun. 2001.

ROTENBERG L. **Aspectos sociais da tolerância ao trabalho em turnos e noturno, com ênfase nas questões relacionadas ao gênero.** In: FISCHER, F. M; MORENO, C. R. C.; ROTENBERG, L. Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas. São Paulo: Atheneu, p. 53-63, 2003.

ROTENBERG, L. et al. Housework and recovery from work among nursing teams: a gender view. **New Solutions**, v. 20, p. 497-510, 2010.

ROTENBERG, L., SILVA-COSTA A, DINIZ TB, GRIEP RH. Long-term deleterious effects of night work on sleep. **Sleep Science**, v. 4, p. 13-20, 2011.

ROTENBERG, L. Relações de gênero e gestão dos tempos – a articulação entre o trabalho profissional e doméstico em equipes de enfermagem no Brasil. **Laboreal**, Porto, v. 8, n. 1, p. 72-84, 2012.

RUGGIERO, J. S. Correlates of fatigue in critical care nurses. **Res. Nurs. Health**, n. 26, p. 434-444, 2003.

RUGULIES, R. et al. Psychosocial work environment and incidence of severe depressive symptoms: prospective findings from a 5-year follow-up of the Danish work environment cohort study. **American Journal of Epidemiology**, v. 163, n. 10, p. 877-887, 2006.

RUTENFRANZ, J., KNAUTH, P., ANGERSBACH, D. **Shift work research issues**. In L. Johnson D.I., Tepas, W.P., Colquhoun e M.J. Colligan (eds). The Twenty-four hour workday (NIOSH, US Department of health and Human Services, Cincinnati), 221-261, 1981.

SAKSVIK I.B. et al. Individual differences in tolerance to shift work: a systematic review. **Sleep Medicine**, v. 15, n. 4, p. 221-235, aug. 2011.

SANTOS-FILHO, S.B. **um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do HumanisaSuS**. In: SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. (Orgs.). **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Editora da Unijuí, p. 73-96, 2007.

SANTOS, K. O. B.; et al. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana Factor structure and internal consistency of the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 214-222, jan. 2009.

SANTOS, I. S. et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, ago. 2013.

SATO, L.; BERNARDO, M. H. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, dez. 2005.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S.; MARZIALE, M. H. P. Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, Apr. 2011.

SCOTT, A. J. Shift work and health. **Primary care**, v. 27, n. 4, p. 1057-1079, 2000.

SCOTT, A. J.; MONK, T. H.; BRINK, L. L. Shiftwork as a risk factor for depression: a pilot study. **International Journal of Occupational and Environmental Health**, v. 3, Supplement 2, p. S2-S9, 1997.

SCHWARTZ, J. R. Recognition of shift-work disorder in primary care. **Supplement to the Journal of Family practice**. v. 59, n. 1, jan. 2010.

SELIGMANN-SILVA, E. Saúde mental e automação: a propósito de um estudo de caso no setor ferroviário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 95-109, 1997.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo.** São Paulo, Cortez, 2011.

SHIELDS, M. et al. Shift work and health. **Health Reports**, Ottawa, v. 13, n. 4, p. 11-33, 2002.

SHIELDS, M. Unhappy on the job. **Health Reports**, Ottawa, v. 17, n. 4, p. 33-37, 2006.

SIEGRIST, J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. **Journal of Occupational Health Psychology**, v. 1, n. 1, p. 27, 1996.

SIEGRIST, J. et al. Depressive symptoms and psychosocial stress at work among older employees in three continents. **Globalization in Health**, Londres, v. 8, n. 27, 2012.

SIEGRIST, J. et al. The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons. **Social Science & Medicine**, v. 58, n. 8, p. 1483-1499, 2004.

SILVA, A. A.; ROTENBERG, L.; FISCHER, F. M. Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, Dec. 2011.

SILVA BORGES, F. N.; FISCHER, F. M. Twelve-hour night shifts of healthcare workers: a risk to the patients?. **Chronobiology international**, v. 20, n. 2, p. 351-360, 2003.

SILVA-COSTA, A. et al. Relationship between sleeping on the night shift and recovery from work among nursing workers - the influence of domestic work. **Journal of Advanced Nursing**. V. 67, p. 972-981, 2011.

SILVA D.M.P.P, MARZIALE M.H.P. Condições de trabalho versus absenteísmo-doença no trabalho de enfermagem. **Cienc Cuid Saúde**. 5(supl.): 166-72, 2006.

SILVA, M. C. M.; GOMES, A. R. S. Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. **Estud. Psicol.** Natal, v. 14, n. 3, dez. 2009.

SKIPPER, J. K.; JUNG, F. D.; COFFEY, L. C. Nurses and shiftwork: effects on physical health and mental depression. **Journal of Advanced Nursing**, North Carolina, n. 15, p. 835–842, 1990.

SMITH C.S. et al. A process model of shiftwork and health. **Journal Occup Health Psychol.**, n. 4, p. 207–218, 1999.

SMITH L. et al. Industrial shift systems. **Appl. Ergon.**, v. 29, n. 4, p. 273–280, aug. 1998.

SOARES R.E.S **Tempo, Trabalho e Modo de Vida. Um estudo de caso entre profissionais de enfermagem.** 81f. Dissertação (Mestrado em Antropologia)-Departamento de Antropologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2005.

SOARES, R. J. O. et al . Fatores facilitadores e impeditivos no cuidar de si para docentes de enfermagem. **Texto Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 4, dez. 2011.

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

SPARKS, K. et al. The effects of hours of work on health: a meta- analytic review. **Journal of occupational and organizational psychology**, v. 70, n. 4, p. 391-408, 1997.

SPITZER, R. L. et al. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. **Jama**, v. 282, n. 18, p. 1737-1744, 1999.

SPURGEON, A., COOPER, C. L. **Working Time, Health and Performance**, In Well Being in Organizations, Editors Cooper, Cary., & Robertson, Ivan, London, London, pp.91-124, 2001.

STIMPFEL, A. W.; SLOANE, D. M.; AIKEN, L. H. The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of burnout and patient dissatisfaction. **Health Affairs**, v. 31, n. 11, p. 2501-2509, 2012.

SUZUKI, K. et al. Mental health status, shift work, and occupational accidents among hospital nurses in Japan. **Journal Occup. Health**. Tokio, v. 46, 2004.

TAMAGAWA R.; LOBB B.; BOOTH R. Tolerance of shift work. **Appl. Ergon.** V. 38, n. 5, p. 635-642, 25 sep. 2007.

TARUMI, K., HAGIHARA, A., MORIMOTO, K. An Investigation into the Effects of Vacations on the Health Status in Male White-Collar Workers. **Environmental Health And Preventive Medicine**, 3 (1): 23-30, 1998.

TEIXEIRA, R. C.; MANTOVANI, M. F. Enfermeiros com doença crônica: as relações com o adoecimento, a prevenção e o processo de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, jun. 2009.

TEPAS, D. I. et al . The impact of night work on subjective reports of well-being: an exploratory study of health care workers from five nations. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo , v. 38, supl. dec. 2004.

TIERNEY D.; ROMITO P.; MESSING K. She ate not the bread of idleness: exhaustion is related to domestic and salaried working conditions among 539 Québec hospital workers. **Women Health**, v. 16, n. 1, p. 21-42, 1990.

TOTTERDELL, P. Work Schedules. in: BARLING, J.; KELLOWAY, E. K.; FRONE, M. R. (Ed.). **Handbook of work stress**. Sage, p. 35-62, 2005.

TUCUNDUVA, L. T. C. M. et al. A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 52, n. 2, abr. 2006.

TYERMAN, J. A. N. E. **Exploring the relationship between shift-work and depressive symptoms in female nurses**. 2009. (Dissertação de Mestrado)

VAN VELDHOVEN, M. J. P. M.; BROERSEN, S. Measurement quality and validity of the “need for recovery scale”. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 60, Suppl 1, p. i3-i9, 2003.

VARGAS, D.; DIAS, A. P. V. Prevalência de depressão em trabalhadoras de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva: estudo em hospitais de uma cidade do noroeste do Estado São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 19, n. 5, out. 2011.

VASCONCELLOS, I. R. R. de et al . Violência no cotidiano de trabalho de enfermagem hospitalar. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. spe2, 2012 .

VOGEL, M. et al. The effects of shift work on physical and mental health. **Journal of Neural Transmission**, v. 119, n. 10, p. 1121-1132, 2012.

WALLACE M.; OWENS W.; LEVENS M. Adaptation to twelve hour shifts. In: COSTA G. et al **Shiftwork: health, sleep and performance**. Frankfurt: Lang, 1990.

WANG, J. Work stress as a risk factor for major depressive episode(s). **Psychological Medicine**, v. 35, n. 6, p. 865-871, 2005.

WANG, J. L. et al. A population-based longitudinal study on work environmental factors and the risk of major depressive disorder. **American Journal of Epidemiology**, v. 176, n. 1, p. 52-59, 2012.

WANG XS, et al. Characteristics of the Million Women Study participants who have and have not worked at night. **Scand J Work Environ Health** 38:590-599, 2012.

WOO, J. M.; POSTOLACHE, T. T. The impact of work environment on mood disorders and suicide: Evidence and implications. **International Journal on Disability and Human Development**, Berlim, v. 7, n. 2, p. 185-200, 2008.

YANG, M. S.; PAN, S. M.; YANG, M.J. Job strain and minor psychiatric morbidity among hospital nurses in southern Taiwan. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, Malden, n. 58, p. 636–641, 2004.

ZEE, P. C.; TUREK, F. W. Sleep and health: everywhere and in both directions. **Archives of internal medicine**, Chicago, v. 166, n. 16, p. 1686-1688, 18 sep. 2006.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE 1

A 1. Qual a sua função neste local de trabalho?

- 1 Médico
- 2 Enfermeiro
- 3 Técnico de enfermagem
- 4 Auxiliar de enfermagem

A 2. Antes de ser _____ você trabalhava na área da saúde?

- 1 Sim. Qual? _____
- 2 Não.

A 3. Qual foi a primeira ocupação ou atividade remunerada da sua vida?

_____.

A 4. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

- 1 _____ anos.
- 2 Há menos de um ano. ____ dias; ____ meses

A 4a. Nesse hospital, seu vínculo é:

- 1 CLT
- 2 Funcionário público
- 3 Terceirizado
- 4 Cooperado
- 5 Profissional liberal
- 6 Outro. Qual? _____

A 4b. E o seu setor de trabalho:

- 1 Centro cirúrgico
- 2 CTI, UTI
- 3 Emergência/pronto atendimento
- 4 Clínicas médicas
- 5 Clínicas cirúrgicas
- 6 Ambulatório
- 7 Outro. Qual? _____

A 4c. Seu horário é:

- 1 Diarista
- 2 Plantões noturnos
- 3 Plantões diurnos
- 4 24 h
- 5 Plantões diurnos e noturnos
- 6 Outro _____

A 5. Além desse hospital, você trabalha em outros locais na área da saúde?

- 1 Não – **Vá para pergunta A 8 abaixo.**
- 2 Sim. Quantos? _____

A 6. Há quanto tempo você trabalha em mais de um local?

- 1 [] _____ anos.
 2 [] Há menos de um ano. ____ dias; ____ meses

A 7. Ainda considerando todos os seus locais de trabalho, o seu tipo de vínculo é:

- 1 [] Somente servidor público
 2 [] Somente contratado
 3 [] Servidor público e contratado
 4 [] Servidor público e autônomo
 5 [] Contratado e autônomo
 6 [] Servidor público, contratado e autônomo
 7 [] outra: _____

A 8. Considerando todos os seus locais de trabalho, quantas horas você se dedicou ao trabalho profissional na saúde em cada dia da última semana? Use a tabela abaixo para fazer um recordatório. (lembrar ao participante de considerar o horário **real trabalhado, considerando também horas extras)**

Dia	Ontem	Anteontem	E assim por diante...				
Horas							

A 9. Essas horas de trabalho profissional identificadas na pergunta anterior correspondem às suas atividades habituais?

- 1 [] Sim.
 2 [] Não, você costuma trabalhar MAIS HORAS por semana.
 3 [] Não, você costuma trabalhar MENOS HORAS por semana.

A 10. Considerando todos os seus locais de trabalho na área da saúde, você trabalha:

- 1 [] Somente em horários diurnos **Vá para pergunta A 24 na página 5**
 2 [] Somente em horários noturnos
 3 [] Em horários diurnos e noturnos
 4 [] Outra modalidade: _____

A 11 - Atualmente, você trabalha regularmente em plantões noturnos em algum local?

(Considere regularmente pelo menos 1 vez por semana ou 4 vezes por mês, entre 22 e 5 horas)

- 1 [] Sim. 2 [] Não. **Vá para pergunta A 24 na página 5**

A 12. Então vamos recordar em quais noites você trabalhou nas duas últimas semanas?

(Marcar as noites trabalhadas)

Dia da semana	Ontem	Anteontem	E assim por diante...											
Noite trabalhada														

A 13. Essas noites de trabalho mencionadas na pergunta anterior correspondem ao número habitual de noites de trabalho?

1 Sim.

2 Não, você costuma trabalhar MAIS NOITES por semana (*se necessário use este exemplo: Você faltou alguma noite da última semana*)

3 Não, você costuma trabalhar MENOS NOITES por semana (*se necessário use este exemplo: Você cobriu plantões de alguém ou fez complementações do seu plantão nessa última semana*)

A 14. Há quanto tempo você trabalha à noite na área da saúde?

_____ anos. 0 Há menos de um ano.

A 15. Qual o principal motivo que levou você a trabalhar à noite?

1 Imposição do serviço

2 Para conciliar com outro emprego ou com o estudo.

3 Para conciliar com o cuidado da casa ou dos filhos.

4 Porque gosto.

5 Para aumentar os rendimentos.

6 Outro. Qual?

7 Não sei. / Não lembro.

A 16. Atualmente, podendo escolher entre permanecer no horário noturno ou trocar para outro horário existente no seu local de trabalho, o que você decidiria?

1 Não sairia.

2 Ficaria em dúvida.

3 Sairia em algum momento.

4 Sairia imediatamente.

5 Indiferente.

A 17. Quando você trabalha à noite neste hospital é permitido descansar ou dormir?

1 Não. (Vá para a questão A 18 abaixo)

2 Sim. Por quanto tempo? _____ h _____ min

3 Não trabalha à noite neste hospital (Vá para a questão A 18 abaixo)

A 17a. Em relação a este seu horário para dormir ou descansar durante o plantão neste hospital, você diria que na maior parte das vezes:

1 Somente descansa (não consegue dormir)

2 Dorme por cerca de ____ h ____ minutos

3 Não dorme, nem descansa

8 Não informou

SE VOCÊ TRABALHA À NOITE APENAS NESTE LOCAL VÁ PARA A PERGUNTA

A21 página 5

SE VOCÊ TRABALHA À NOITE EM OUTRO(S) LOCAL(IS) VÁ PARA A PERGUNTA

A18 ABAIXO

A 18. Quando você trabalha à noite em seu outro vínculo (local 2) é permitido descansar ou dormir?

- 1 Não. (**Vá para a questão A 19** abaixo)
2 Sim. Por quanto tempo? _____ h _____ min
3 Não trabalho à noite no local 2 (**Vá para a questão A 19** abaixo)

A 18a. Em relação a este seu horário para dormir ou descansar durante o plantão (local 2), você diria que na maior parte das vezes:

- 1 somente descansa (não consegue dormir)
2 dorme por cerca de _____ h _____ minutos
3 não dorme, nem descansa
8 Não informou

A 19. Quando você trabalha à noite em seu outro vínculo (local 3) é permitido descansar ou dormir?

- 1 Não. (**Vá para a questão A20 na página 5**)
2 Sim. Por quanto tempo? _____ h _____ min
3 Não trabalho à noite no vínculo 1 (**Vá para a questão A20 na página 5**)

A 19a. Em relação a este seu horário para dormir ou descansar durante o plantão (local 3), você diria que na maior parte das vezes:

- 1 Somente descansa (não consegue dormir)
2 Dorme por cerca de _____ h _____ minutos
3 Não dorme, nem descansa
8 Não informou

A 20. Quando você trabalha à noite em seu outro vínculo (local 4) é permitido descansar ou dormir?

- 1 Não. (**Vá para a questão A21** abaixo)
2 Sim. Por quanto tempo? _____ h _____ min
3 Não trabalho à noite no vínculo 1 (**Vá para a questão A21** abaixo)

A 20a. Em relação a este seu horário para dormir ou descansar durante o plantão (local 4), você diria que na maior parte das vezes:

- 1 Somente descansa (não consegue dormir)
2 Dorme por cerca de _____ h _____ minutos
3 Não dorme, nem descansa
8 Não informou

A 21. De maneira geral, você costuma dormir após o plantão noturno?

- 1 Não. 2 Sim. Por quanto tempo? _____ h _____ min.

A 22. Após o plantão noturno, quantas horas você necessita de sono para se sentir descansado (a)?

_____ h

A 23. Em relação ao seu sono durante o dia, antes ou após o plantão noturno, nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS, com que frequência você:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
a) Teve dificuldade em pegar no sono?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b) Acordou durante o sono e teve dificuldade para dormir de novo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
c) Acordou antes da hora desejada e não conseguiu adormecer novamente?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
d) <input type="checkbox"/> Não dorme de dia, antes ou após um plantão noturno.					

PARA VOCÊ QUE TRABALHA À NOITE VÁ PARA A PERGUNTA A28 página 6

Perguntas a seguir PARA QUEM NÃO TRABALHA À NOITE EM NENHUM

LOCAL

A 24. Você já trabalhou à noite antes?

- 1 Sim, regularmente, 1 vez por semana
 2 Sim, regularmente, 2 a 3 vezes por semana
 3 Sim, regularmente, 4 ou mais vezes por semana
 4 Sim, raramente **Vá para A28 na página 06**
 5 Sim, ocasionalmente **Vá para A28 na página 06**
 6 Não **Vá para A28 na página 06**

A 24a. Por quanto tempo você trabalhou à noite antes?

_____ anos. Por menos de um ano. ____ dias; ____ meses

A 25. Qual a principal razão que o(a) levou a trabalhar à noite naquela ocasião?

- 1 Imposição do serviço
 2 Para conciliar com outro emprego
 3 Para conciliar com o estudo
 4 Para conciliar com o cuidado da casa ou dos filhos
 5 Porque gosta
 6 Para aumentar os rendimentos
 7 Outro _____
 8 Não sabe / não lembra

A 26. Há quanto tempo deixou de trabalhar à noite?

_____anos. Há menos de um ano. ____ dias; ____ meses

A 27. Qual a principal razão da sua saída do trabalho noturno?

- 1 Problema de saúde. Qual? _____
 2 Problema relacionado ao sono, cansaço ou desgaste
 3 Dificuldade para conciliar com outro emprego ou com estudo
 4 Dificuldade para conciliar com a vida familiar
 5 Necessidade do serviço
 6 Outra. Qual? _____

A 28. Quando você vem para cá (local 1), você vem direto de outro local de trabalho?

- 1 nunca 2 raramente 3 às vezes 4 muitas vezes 5 sempre
 6 Trabalha apenas em um local

A 29. Atualmente, você exerce função gratificada ou algum cargo de chefia na área da saúde?

1 Não. 2 Sim.

A 30. Há quanto tempo você trabalha na área da saúde?

_____ anos. 0 Há menos de um ano.

ESTA FOI A ÚLTIMA PERGUNTA DESTA PARTE DO QUESTIONÁRIO. AGORA GOSTARIA QUE CONTRIBUÍSSE PREENCHENDO AS PRÓXIMAS QUESTÕES. OBRIGADA POR SUA ATENÇÃO ATÉ O MOMENTO

RESPONDA APÓS LER DEVAGAR CADA PERGUNTA ATÉ O FINAL E TODAS AS OPÇÕES DE RESPOSTA

QUALQUER DÚVIDA, CONSULTE O ENTREVISTADOR. OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO

A 31. Durante os últimos 12 meses, com que frequência você pensou em abandonar a sua profissão?

- 1 Nenhuma vez
2 Algumas vezes durante o ano
3 Algumas vezes por mês
4 Algumas vezes por semana
5 Todos os dias

A 32. O quanto você está satisfeito/a com seu trabalho na sua profissão?

- 1 Muito satisfeito
2 Satisfeito
3 Nem satisfeito nem insatisfeito
4 Insatisfeito
5 Muito insatisfeito

A 33. Considere o seu trabalho neste hospital assinale para cada afirmativa até que ponto você concorda ou discorda das situações abaixo.

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

1 Discordo fortemente 2 Discordo 3 Concordo 4 Concordo fortemente

b- Frequentemente eu sou interrompido/a e incomodado/a no trabalho

1 Discordo fortemente 2 Discordo 3 Concordo 4 Concordo fortemente

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

1 Discordo fortemente 2 Discordo 3 Concordo 4 Concordo fortemente

d- Eu tenho o respeito que mereço dos meus chefes ou supervisores

1 Discordo fortemente 2 Discordo 3 Concordo 4 Concordo fortemente

e- Eu vejo poucas possibilidades de ser promovido(a) no futuro

1 Discordo fortemente 2 Discordo 3 Concordo 4 Concordo fortemente

f- Eu passei ou ainda posso passar por mudanças não desejadas.

1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente

g- Tenho pouca estabilidade no emprego.

1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente

h- Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, eu recebo o respeito e o reconhecimento que mereço.

1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente

i- As expectativas de promoção no trabalho estão de acordo com meu esforço e conquistas

1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente

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

1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente

k- Eu me sinto facilmente sufocado/a pela pressão do tempo.

1 [] Discordo fortemente 2 [] Discordo 3 [] Concordo 4 [] Concordo fortemente

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

1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente

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

1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente

n- As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho

1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente

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

1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente

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

1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente

A 34. Em relação ao seu trabalho na saúde, nos informe com que frequência acontece com você cada uma das situações abaixo:

a- Eu acho difícil relaxar no fim de um dia de trabalho.

1[] Sempre 2[] Frequentemente 3[] Algumas vezes 4[] Nunca

b- Ao fim do dia de trabalho eu me sinto realmente acabado/a.

1[] Sempre 2[] Frequentemente 3[] Algumas vezes 4[] Nunca

c- Por causa do meu trabalho, ao fim do dia eu me sinto muito cansado/a.

1[] Sempre 2[] Frequentemente 3[] Algumas vezes 4[] Nunca

d- Eu acho difícil prestar atenção ou me concentrar durante meu tempo livre depois de um dia de trabalho.

1[] Sempre 2[] Frequentemente 3[] Algumas vezes 4[] Nunca

e- Eu acho difícil me interessar por outras pessoas assim que eu chego do trabalho
1 [] Sempre 2 [] Frequentemente 3 [] Algumas vezes 4 [] Nunca

f- Quando eu chego em casa após o trabalho eu preciso ser deixado/a em paz por um tempo.
1 [] Sempre 2 [] Frequentemente 3 [] Algumas vezes 4 [] Nunca

A 35. Considerando a sua jornada de trabalho, com que frequência você dispõe de tempo para:

	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
Cuidar de si mesmo(a)? (estética, saúde, fazer coisas para si próprio)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Para as tarefas da casa? (compras, pagamentos, cozinhar...)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Para o repouso durante a semana? (excluir o tempo para o sono)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Para o lazer nos dias de folga?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

AS PERGUNTAS A SEGUIR REFEREM-SE À SUA SAÚDE

B 1. De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como você considera o seu estado de saúde?

1 [] Muito bom 2 [] Bom 3 [] Regular 4 [] Ruim 5 [] Muito ruim

B 2. Quando foi a última vez que você teve sua pressão arterial aferida por um profissional de saúde?

1 [] Há menos de 1 ano.

2 [] Entre 1 e 3 anos.

3 [] Há mais de 3 anos.

4 [] Nunca tive a pressão arterial aferida. **Vá para pergunta B 3 na página 10**

B 2a. Alguma vez algum médico ou outro profissional de saúde lhe disse que você tem ou teve pressão alta?

1 [] Sim, apenas uma vez.

2 [] Sim, mais de uma vez em dias diferentes.

3 [] Sim, apenas durante a gravidez.

4 [] Não. **Vá para pergunta B 3 na página 10**

B 2b. Algum médico lhe receitou algum medicamento para o tratamento da hipertensão arterial?

1 [] Sim, você faz uso constante.

2 [] Sim, você nunca usou.

3 [] Sim, usou e parou.

4 [] Sim, usa apenas quando a pressão se eleva.

5 [] Não, nunca receitou.

B 3. Quando foi a última vez que você fez exame de sangue para dosar seu colesterol sanguíneo?

- 1 Há menos de 1 ano.
- 2 Entre 1 e 3 anos.
- 3 Há mais de 3 anos.
- 4 Nunca medi colesterol sanguíneo. **Vá para pergunta B 4 abaixo**

B 3a Algum médico ou outro profissional de saúde lhe disse que você tem ou teve colesterol alto?

- 1 Sim, apenas uma vez.
- 2 Sim, mais de uma vez em diferentes exames.
- 3 Não. **Vá para pergunta B 4 abaixo**

B 3b. Algum médico lhe receitou algum medicamento para o tratamento do seu colesterol alto?

- 1 Sim, você faz uso constante.
- 2 Sim, você nunca usou.
- 3 Sim, usou e parou.
- 4 Não, nunca receitou.

B 4. Quando foi a última vez que você fez exame para dosar sua glicemia?

- 1 Há menos de 1 ano.
- 2 Entre 1 e 3 anos.
- 3 Há mais de 3 anos.
- 4 Nunca medi glicemia. **Vá para pergunta B 5 na página 11**

B 4a. Algum médico ou outro profissional de saúde lhe disse que você tem ou teve diabetes?

- 1 Sim, apenas uma vez.
- 2 Sim, mais de uma vez em diferentes exames.
- 3 Não. **Vá para pergunta B 5 na página 11**

B 4b. Alguma vez algum médico lhe receitou algum medicamento para o tratamento do diabetes?

- 1 Sim, você faz uso constante.
- 2 Sim, você nunca usou.
- 3 Sim, usou e parou.
- 4 Não, nunca receitou.

B 5. Alguma vez algum médico ou outro profissional de saúde lhe disse que você tem ou teve algum transtorno mental (ou problema psicológico ou estresse)?

- 1 Sim, apenas uma vez.
- 2 Sim, mais de uma vez em dias diferentes.
- 3 Sim, apenas durante a gravidez.
- 4 Não. **Vá para pergunta B 6 abaixo**

B 5a. Algum médico lhe receitou medicamento para o tratamento da algum transtorno mental (ou problema psicológico ou estresse)?

- 1 [] Sim, você faz uso constante.
2 [] Sim, você nunca usou.
3 [] Sim, usou e parou.
4 [] Sim, usa apenas quando acha necessário.
5 [] Não, nunca receitou.

B 6. Agora, nós gostaríamos de saber mais alguns aspectos da sua saúde física e emocional

	Sim	Não
a) Tem dores de cabeça freqüentes?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
b) Tem falta de apetite?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
c) Dorme mal?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
d) Assusta-se com facilidade?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
e) Tem tremores nas mãos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
f) Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
g) Tem má digestão?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
h) Tem sensações desagradáveis no estômago?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
i) Tem dificuldade de pensar com clareza?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
j) Tem se sentido triste ultimamente?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
l) Tem chorado mais do que de costume?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
m) Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
n) Tem dificuldades para tomar decisões?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
o) Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
p) É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
q) Tem perdido o interesse pelas coisas?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
r) Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
s) Tem tido a idéia de acabar com a vida?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
t) Sente-se cansado o tempo todo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
u) Você se cansa com facilidade?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

B 7. Você possui plano privado para assistência à saúde (plano de saúde)?

- 1 [] Sim. 2 [] Não.

B 8. Nos últimos 12 meses, você teve alguma doença, acidente, ferimento ou outro problema de saúde relacionado ao trabalho?

- 1 [] Sim. Qual? _____ 2 [] Não.

B 9. Nos últimos 12 meses, você esteve hospitalizado/a?

- 1 [] Sim. Por qual motivo? _____ 2 [] Não.

B 10. Nos últimos 12 meses, quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho devido a problema de saúde, consulta médica ou para fazer exames?

- 1 [] Nenhum
2 [] Até 9 dias

- 3 [] De 10 a 24 dias
 4 [] De 25 a 99 dias
 5 [] De 100 a 365 dias

B 10a. Nos últimos 12 meses, quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho devido a problema de saúde mental?

- 1 [] Nenhum
 2 [] Até 9 dias
 3 [] De 10 a 24 dias
 4 [] De 25 a 99 dias
 5 [] De 100 a 365 dias

B 11. Quantas horas você costuma dormir em uma noite habitual de sono? [para aquele que trabalha à noite, trata-se do sono nas noites em que não está de plantão]
 _____ horas

B 12. Para se sentir descansado, quantas horas de sono, em média, você necessita em cada noite?
 _____ horas

B 13. Nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS, com que frequência você:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
a) Teve dificuldade em pegar no sono?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b) Acordou durante o sono e teve dificuldade para dormir de novo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
c) Acordou antes da hora desejada e não conseguiu adormecer novamente?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
d) Sentiu-se muito sonolento durante o dia, de forma a prejudicar suas atividades	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

B 13a. O quanto você está satisfeito/a com seu sono?

- 1 [] Muito insatisfeito 4 [] Satisfeito
 2 [] Insatisfeito 5 [] Muito satisfeito
 3 [] Nem satisfeito, nem insatisfeito

B 14. Aproximadamente, quanto você pesava aos 20 anos de idade?
 _____ kg 0 [] Não sei informar

B 15. Qual é o seu peso atual (se grávida, informe seu peso antes da gravidez)?
 _____ kg 0 [] Não sei informar

B 16. Qual é a sua altura atual?
 _____ cm 0 [] Não sei informar

B 17. Como você classifica seu peso atual em relação ao seu peso ideal?

- 1[] Muito acima do ideal
- 2[] Um pouco acima do ideal
- 3[] Ideal
- 4[] Um pouco abaixo do ideal
- 5[] Muito abaixo do ideal

B 18. Nas últimas duas semanas, você praticou alguma atividade física?

- 1[] Sim.
- 2[] Não.

B 19. Nas últimas duas semanas, você usou algum tipo de medicamento (comprimidos, cápsulas, xaropes, adesivos cutâneos, cremes, pomadas, injeções, supositórios, colírios, gotas orais, nasais e auditivas, aerossóis e inalações)?

- 1[] Sim.
 - 2[] Não.
- Vá para pergunta B 20 na página 14**

B 19a. Alguns destes medicamentos foi utilizado sem prescrição médica?

- 1[] Sim.
- 2[] Não.

B 19b. Alguns destes medicamentos são medicamentos controlados (tais como psicotrópicos, ansiolíticos, antidepressivos, etc)

- 1[] Sim.
- 2[] Não.

B 20. Considerando que uma dose de café corresponde a um copinho descartável, quantos copinhos de café você consome por dia?

_____ Copos 0[] Nenhum, não bebo café.

B 21. Você fuma cigarros?

- 1[] Sim. Aproximadamente, quantos cigarros por dia?

_____ cigarros

- 2[] Não, fumei no passado, mas parei de fumar.

- 3[] Não, nunca fumei.

B22. Com que frequência você ingere bebidas que contém álcool?

- 1[] Nunca. **Vá para pergunta B 23 abaixo**

- 2[] Uma vez por mês ou menos

- 3[] 2 a 4 vezes por mês

- 4[] 2 a 3 vezes por semana

- 5[] Mais de 4 vezes por semana

B 22a. Quantas doses de bebida alcoólica você ingere nos dias em que costuma beber?

- 1[] 1 dose

- 2[] 2 a 4 doses

- 3[] 5 a 7 doses

- 4[] 8 a 10 doses

- 5[] Mais de 10 doses

Atenção: uma dose de bebida alcoólica corresponde por exemplo, a 1 lata ou meia garrafa grande de cerveja, ou a 1 chope, ou 1 copo de vinho, ou 1 dose de uísque ou cachaça ou outros destilados, ou 1 copo de caipirinha.

B 23 Alguma vez um médico lhe informou que você teve ou tem alguma das seguintes doenças?

- | | | |
|---|----------|----------|
| a- Infarto do miocárdio | 1[] SIM | 2[] NÃO |
| b- Cálculo na vesícula | 1[] SIM | 2[] NÃO |
| c- Angina (isquemia, má circulação no coração) | 1[] SIM | 2[] NÃO |
| d- Úlcera gástrica ou duodenal | 1[] SIM | 2[] NÃO |
| e- Acidente vascular cerebral | 1[] SIM | 2[] NÃO |
| f- Gastrite | 1[] SIM | 2[] NÃO |
| g- Insuficiência cardíaca | 1[] SIM | 2[] NÃO |
| h- Artrite reumatóide, reumatismo, artrose ou outro problema nas articulações | 1[] SIM | 2[] NÃO |
| i- Asma (bronquite asmática) | 1[] SIM | 2[] NÃO |
| j- Hérnia de disco | 1[] SIM | 2[] NÃO |
| k- Enfisema, bronquite crônica ou doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) | 1[] SIM | 2[] NÃO |
| l- Hipertireoidismo | 1[] SIM | 2[] NÃO |
| m- Doença do rim (insuficiência renal, pedra ou cálculo, nefrite, doença policística) | 1[] SIM | 2[] NÃO |
| n- Hipotireoidismo | 1[] SIM | 2[] NÃO |
| o- Trombose ou embolia | 1[] SIM | 2[] NÃO |
| p- Tuberculose | 1[] SIM | 2[] NÃO |
| q- Câncer | 1[] SIM | 2[] NÃO |
| r- Varizes | 1[] SIM | 2[] NÃO |
| s- DORT (doença osteomuscular) ou LER (lesão por esforço repetitivo, tendinite, sinovite) | 1[] SIM | 2[] NÃO |
| Outra condição/problema de saúde não listada anteriormente | 1[] SIM | 2[] NÃO |

Qual _____

B24. Durante as últimas duas semanas com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo:

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2. Se sentir “prá baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. Se sentir cansado ou com pouca energia.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5. Falta de apetite ou comendo demais.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6. Se sentir mal consigo mesmo/a ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7. Dificuldade para se concentra nas coisas como ler o jornal ou ver televisão.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? – Ou o oposto estar tão agitado/a ou inquieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

B24a. Se você assinalou qualquer um dos problemas da questão anterior (B22) indique o grau de dificuldade que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas.

- 1 [] Nenhuma dificuldade
- 2 [] Alguma dificuldade
- 3 [] Muita dificuldade
- 4 [] Extrema dificuldade

AS PERGUNTAS A SEGUIR SÃO SOBRE SEUS DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS

C 1. Em que Estado da Federação (do Brasil) você nasceu?

[] _____ 0 [] Nasci fora do Brasil.

C 2. Qual o grau de instrução da sua mãe?

- 1 [] Não frequentou escola.
- 2 [] Fundamental incompleto
- 3 [] Fundamental completo
- 4 [] Ensino médio incompleto
- 5 [] Ensino médio completo
- 6 [] Universitário incompleto
- 7 [] Universitário completo
- 8 [] Não conheci. / Não sei responder.

C 14. No mês passado, qual foi aproximadamente sua renda familiar líquida:

- 1[] Menos de 1.000 reais
- 2[] Entre 1.001 e 2.500 reais
- 3[] Entre 2.501 e 4.000 reais
- 4[] Entre 4.001 e 6.500 reais
- 5[] Entre 6.501 e 8.000 reais
- 6[] Entre 8.001 e 9.500 reais
- 7[] Entre 9.501 e 11.000 reais
- 8[] Acima de 11.000,00 reais
- 9[] Não sei. / Não quero responder.

C 15. Quantas pessoas (adultos e crianças), incluindo você, dependem dessa renda para viver? Inclua dependentes que recebem pensão alimentícia.

_____ pessoas 0[] Não sei / não quero responder

C 16. Incluindo você, quantas pessoas moram na sua casa?

_____ pessoa(s)

C 17. Alguma dessas pessoas precisa de cuidado especial, pela idade avançada, doença ou algum problema?

- 1[] Sim. Quem? (grau de parentesco) _____
- 2[] Não.

C18. Quando você está em casa, é de sua responsabilidade:

a- Cuidar das crianças/adolescentes?

- 1[] Sim, inteiramente. 3[] Divido igualmente. 5[] Não.
- 2[] Sim, a maior parte. 4[] Sim, a menor parte. 6[] Não tenho filhos.

b- Cuidar da limpeza?

- 1[] Sim, inteiramente. 2[] Sim, a maior parte. 3[] Divido igualmente.
- 4[] Sim, a menor parte 5[] Não.

c- Cozinhar?

- 1[] Sim, inteiramente. 2[] Sim, a maior parte. 3[] Divido igualmente.
- 4[] Sim, a menor parte 5[] Não.

d- Lavar roupas?

- 1[] Sim, inteiramente. 2[] Sim, a maior parte. 3[] Divido igualmente.
- 4[] Sim, a menor parte 5[] Não.

e- Passar roupas?

- 1[] Sim, inteiramente. 2[] Sim, a maior parte. 3[] Divido igualmente.
- 4[] Sim, a menor parte 5[] Não.

C 19. Nos últimos sete dias, quantas horas, aproximadamente, você dedicou ao trabalho doméstico?

HOJE ONTEM E ASSIM POR DIANTE...

Dia/horas	Ontem	Anteontem	E assim por diante...				
Dia da semana							
Horas por dia							

Agradecemos sua participação!

Seus comentários sobre a pesquisa:

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “O trabalho noturno e o sofrimento psíquico de profissionais de saúde em dois hospitais de Manaus” que está sendo realizada pela aluna Adenilda Teixeira Arruda do doutorado em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, sob a orientação das Profas. Dras Lúcia Rotenberg e Rosane Harter Griep. A pesquisa tem por objetivo analisar os transtornos mentais menores em profissionais de saúde de hospitais gerais de Manaus. Você foi selecionado por ser um profissional de saúde que atua em hospital geral de Manaus incluído na pesquisa. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum tipo de prejuízo. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder ao entrevistador uma pequena parte do questionário que dura cerca de cinco minutos e preencher o resto do questionário, fornecendo informações sobre a sua saúde, dados sócio-econômicos e características do(s) seu(s) local(is) de trabalho. Não será realizado nenhum exame físico ou de laboratório que possa implicar qualquer tipo de risco físico aos participantes. Não haverá nenhum tipo de identificação dos sujeitos da pesquisa. Os participantes serão identificados através de um código numérico só conhecido pela equipe de pesquisa. Garantimos que quaisquer informações que possam acarretar problemas junto a seus colegas, coordenação ou instituição não serão utilizadas ou divulgadas por esta pesquisa para evitar o risco de constrangimentos e retaliações. Os benefícios da participação do trabalhador referem-se a um maior conhecimento acerca do perfil de saúde dos profissionais de saúde. Com essas informações, pretende-se subsidiar ações por melhores condições de trabalho e saúde dos trabalhadores. Não haverá qualquer custo ou forma de pagamento pela sua participação no estudo. As informações obtidas serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. A divulgação dos dados não irá permitir sua identificação. Ao recebermos o questionário e este Termo de Consentimento preenchidos, consideraremos que você entendeu os objetivos e que concorda em participar da pesquisa. Em qualquer etapa do estudo você terá acesso à pesquisadora responsável, Adenilda Teixeira Arruda, que estará à disposição para esclarecer qualquer tipo de dúvida e fornecer mais informações. Caso seja de seu interesse, entre em contato pelos telefones (92) 9998 4508, (92)3621 2323 ou através do endereço eletrônico: adenildaarruda@gmail.com. Para maiores esclarecimentos quanto à ética do estudo, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz pelo telefone (21) 2598-2863. Rua Leopoldo Bulhões, nº. 1480 – Térreo Manguinhos, Rio de Janeiro RJ. CEP: 21041-210.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO E ASSINATURA

Li as informações acima e entendi o propósito deste estudo assim como os benefícios e riscos potenciais da participação no mesmo. Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar deste estudo. Entendo que não receberei compensação monetária por minha participação neste estudo. Eu recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

_____ / ____ / ____
(Assinatura do funcionário) dia mês ano

(Nome do funcionário – letra de forma)

_____ / ____ / ____
Assinatura do pesquisador responsável dia mês ano

Nome do pesquisador responsável

ANEXO 1

Self-Reporting Questionnaire - SRQ (Versão com 20 questões)

- a) Tem dores de cabeça frequentes?
- b) Tem falta de apetite?
- c) Dorme mal?
- d) Assusta-se com facilidade?
- e) Tem tremores nas mãos?
- f) Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?
- g) Tem má digestão?
- h) Tem sensações desagradáveis no estômago?
- i) Tem dificuldade de pensar com clareza?
- j) Tem se sentido triste ultimamente?
- k) Tem chorado mais do que de costume?
- l) Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?
- m) Tem dificuldades para tomar decisões?
- n) Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?
- o) É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?
- p) Tem perdido o interesse pelas coisas?
- q) Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?
- r) Tem tido a idéia de acabar com a vida?
- s) Sente-se cansado o tempo todo?
- t) Você se cansa com facilidade?

ANEXO 2

Patient Health Questionnaire – PHQ-9

1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas.
2. Se sentir “prá baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva.
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume.
4. Se sentir cansado ou com pouca energia.
5. Falta de apetite ou comendo demais.
6. Se sentir mal consigo mesmo/a ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a.
7. Dificuldade para se concentra nas coisas como ler o jornal ou ver televisão.
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem?
– Ou o oposto estar tão agitado/a ou inquieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume.
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a.

ANEXO 3

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/ FIOCRUZ

PROJETO DE PESQUISA

Título: O Trabalho Noturno e o Sofrimento Psíquico de Profissionais de Saúde em dois Hospitais de Manaus
Pesquisador: Adenilda Teixeira Arruda
Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/FIOCRUZ
Versão: 2
CAAE: 01491012.1.0000.5240

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 18214

Data da Relatoria: 04/05/2012

Apresentação do Projeto:

O interesse atual nas relações entre o trabalho e a saúde/doença mental decorre do crescente número de problemas psicológicos associados ao trabalho (SELIGMANN-SILVA, 1997). A Organização Mundial de Saúde aponta que 30% dos trabalhadores apresentam transtornos mentais menores. No Brasil os transtornos psicológicos são a terceira causa de concessão de benefício previdenciário como auxílio doença, afastamento do trabalho e aposentadorias por invalidez, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001). Diversas abordagens teórico-metodológicas descrevem as relações entre o processo de trabalho e o sofrimento psíquico. Em que pese suas diferenças, há um ponto de concordância entre elas: o trabalho pode ser considerado motivo de sofrimento para o trabalhador, muitas vezes limitando-o ou o impedindo efetivamente de trabalhar (BORSOI, 2007). Diversas abordagens teórico-metodológicas descrevem as relações entre o processo de trabalho e o sofrimento psíquico. O trabalho noturno é um aspecto da organização do trabalho que, conhecidamente tem impacto na saúde física e mental do trabalhador. Associado a outros estressores ambientais integra um conjunto múltiplo de fatores que leva a diversos agravos como alterações do sono, problemas gastrointestinais, cardiovasculares, obesidade e distúrbios psicológicos. Este projeto tem como objetivo analisar a associação entre o horário de trabalho e a ocorrência de transtornos mentais menores (TMM) em profissionais de saúde de hospitais gerais de Manaus. Será realizada uma pesquisa epidemiológica em dois hospitais gerais, um deles da rede pública e o segundo da rede particular de saúde da capital amazonense, no período entre 2012 e 2013. Os sujeitos (n=920) serão o conjunto de profissionais médicos e equipe enfermagem que atuam na assistência nestas unidades hospitalares. Como instrumento de coleta dos dados será utilizado um questionário padronizado de auto-preenchimento, dividido em três segmentos: questões sobre o trabalho, saúde e dados sócio-demográficos dos profissionais, incluindo-se o General Health Questionnaire (GHQ), contendo 12 itens. Serão realizadas análises univariadas e bivariadas para fins de verificação de associação entre o trabalho noturno e TMM e com cada uma das covariáveis estudadas. A análise multivariada será realizada por meio de regressão logística múltipla. Com os resultados espera-se contribuir com reflexões que possam apontar caminhos que busquem melhorias nas condições de trabalho destes profissionais.

População do estudo: Profissionais de saúde dois hospitais gerais do município de Manaus, um deles da rede pública e o segundo da rede particular de saúde (Hospital Beneficente Português do Amazonas e Hospital Universitário Getúlio Vargas). Serão incluídos profissionais médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam na assistência. Estima-se em torno de 920 trabalhadores elegíveis, ou seja, aqueles efetivos e contratados das duas Instituições hospitalares. Destes, 566 estão vinculados ao hospital universitário e aproximadamente 350 ao hospital particular.

Local: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/FIOCRUZ

Período: 2011 a dezembro de 2013

Tipo de estudo: Estudo epidemiológico seccional, que será realizado em dois hospitais gerais do município de Manaus, um deles da rede pública e o segundo da rede particular de saúde.

Tipo de projeto: Tese de doutorado do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz

Nome do orientador: Lúcia Rotenberg e Rosane Harter Griep

Fonte de financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - processo 402496/2010-8

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a associação entre o horário de trabalho e a ocorrência de transtornos mentais menores em médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam em dois hospitais gerais de Manaus.
-Estimar a prevalência de transtornos mentais menores em médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem;
-Descrever os trabalhadores noturnos e diurnos segundo os fatores sociodemográficos e ocupacionais;
-Avaliar a associação entre o horário de trabalho e a presença de transtornos mentais menores entre estes profissionais de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não será realizado nenhum exame físico ou de laboratório que possa implicar qualquer tipo de risco físico aos participantes. Não haverá nenhum tipo de identificação dos sujeitos da pesquisa. Os participantes serão identificados através de um código numérico só conhecido pela equipe da pesquisa. Os pesquisadores garantem que quaisquer informações que possam acarretar problemas junto a seus colegas, coordenação ou instituição não serão utilizadas ou divulgadas por esta pesquisa para evitar o risco de constrangimentos e retaliações.

Benefícios:

Os benefícios da participação do trabalhador referem-se a um maior conhecimento acerca do perfil de saúde dos profissionais de saúde. Com essas informações, pretende-se subsidiar ações por melhores condições de trabalho e saúde dos trabalhadores.

Após a conclusão da pesquisa os resultados serão divulgados aos profissionais dos hospitais participantes do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta bom referencial teórico e fundamenta sua pertinência e valor científico. Possui infraestrutura e metodologia adequadas aos objetivos. Possui financiamento com orçamento detalhado. O cronograma está adequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os Termos de Anuência dos dois hospitais participantes da pesquisa.

Foi apresentado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contendo todos os requisitos necessários ao bom entendimento do sujeito da pesquisa.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações.

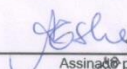
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 07 de Maio de 2012


Assinado por: Angela Esher Moritz
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP