

“Jornada profissional e autoavaliação de saúde em enfermeiros assistenciais de hospitais públicos no Rio de Janeiro”

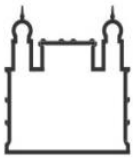
por

Juliana da Costa Fernandes

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

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

Rio de Janeiro, maio de 2015.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Jornada profissional e autoavaliação de saúde em enfermeiros assistenciais de hospitais públicos no Rio de Janeiro”

apresentada por

Juliana da Costa Fernandes

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Angela Maria Mendes Abreu

Prof.^a Dr.^a Marisa Moura

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

A razão da minha vida, minha avó Etelvina (in memoriam)

Agradecimentos

Meus agradecimentos, primeiramente, a Deus pela oportunidade de aperfeiçoamento contínuo, pela força e, principalmente, pelas pessoas especiais que Ele colocou em meu caminho.

Aos meus avós, Joaquim e Etelvina (in memoriam), amores da minha vida, por toda dedicação, amor e carinho recebidos ao longo desses anos. Agradeço profundamente, pois sem vocês nada disso seria possível. Meu maior aprendizado veio de vocês. Os amarei eternamente!

A minha mãe, Maria de Fátima, pela força e incentivo dados a mim desde que eu era bem pequenina, a fim de que eu conseguisse alcançar meus objetivos. Agradeço, inclusive, as broncas recebidas, as quais já posso reconhecer o quão foram - e ainda são - importantes para o meu crescimento e amadurecimento. Obrigada por todos os momentos dedicados a mim, pelas palavras, pelos conselhos, pelo amor, pela honestidade, pelo afeto e pela amizade de sempre. Sem você eu nada seria!

A minha madrinha Maria Helena e meus primos Carlos, Rafael, Ricardo, Patrícia, Anna Caroline e Raquel, pelo apoio, incentivo e palavras de carinho. Sou grata por tudo que já fizeram, e não posso deixar de registrar aqui o quanto são especiais em minha vida. Amo vocês!

Ao meu namorado, Giliard, pelo apoio e compreensão pelos momentos em que precisei me isolar para finalizar este trabalho, como também pelas suas sábias palavras e seu ombro amigo em todas as vezes que eu precisei. Obrigada pela paciência, amor, cumplicidade e compreensão durante todo esse tempo.

A minha amiga Maria Penha, por toda força e ajuda na elaboração dessa dissertação. “Um irmão pode não ser um amigo, mas um amigo será sempre um irmão”. Muito obrigada por tudo.

A equipe do Laboratório de Educação, Ambiente e Saúde, pelo apoio e palavras de incentivo, muito obrigada pelo acolhimento, auxílio, paciência e conversas.

As minhas orientadoras, Lúcia Rotenberg, pela confiança em mim depositada, oportunidade e pelos direcionamentos durante a construção dos estudos de mestrado; e a Luciana Portela, pela dedicação e pelos seus ensinamentos valiosos para minha formação acadêmica. Obrigada pelo apoio incomensurável!

Aos amigos da turma de mestrado, em especial a Gabriele, por sua amizade durante esses anos. Agradeço pela ajuda e palavras nos momentos difíceis, mas também pelos momentos de alegria que vivenciamos.

Aos participantes do estudo, pois, sem eles, esta dissertação não seria possível.

Ao corpo docente da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, pelos ensinamentos na minha formação.

Aos funcionários do Serviço de Gestão Acadêmica (SECA) da ENSP/FIOCRUZ e da secretaria do Pavilhão Lauro Travassos, pelas informações e ajuda durante a realização do mestrado.

A todas as pessoas que, de diferentes formas, me apoiaram no desenvolvimento desta dissertação. Muito obrigada!!

Deus abençoe a todos!!!

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”
Antoine de Saint-Exupery.

RESUMO

A duração da jornada de trabalho é um aspecto essencial das relações entre o trabalho e a saúde, tendo em vista os efeitos deletérios das jornadas extensas à saúde física e mental, qualidade de vida e cuidado do trabalhador. O objetivo desta dissertação foi testar a associação entre a jornada profissional e a autoavaliação de saúde (AAS) de enfermeiros em hospitais públicos no Rio de Janeiro, Brasil. A dissertação baseia-se no banco de dados proveniente do “Estudo da Saúde dos Enfermeiros”, estudo epidemiológico de corte transversal nos 18 maiores hospitais públicos (> 150 leitos) do município do Rio de Janeiro, englobando as esferas municipal, estadual e federal. Participaram 3229 enfermeiros (82,7% do grupo elegível) entre abril de 2010 e dezembro de 2011, através do auto-preenchimento de um questionário multidimensional relativo a dados sociodemográficos, ocupacionais e de saúde. A jornada de trabalho baseia-se em um recordatório das horas trabalhadas ao longo de uma semana, considerando os plantões diurnos e noturnos em todos os locais de trabalho, sendo categorizada segundo os tercis da distribuição para homens e mulheres. A AAS, considerada um preditor da morbimortalidade em estudos epidemiológicos, foi utilizada como desfecho, tendo sido categorizada em três níveis: bom (muito bom e bom), regular e ruim (ruim e muito ruim). O tratamento dos dados incluiu análises bivariadas, através do teste do qui-quadrado e Anova (nível de significância de 5%) e análises múltiplas através da regressão logística binária, tendo como referência o grupo com jornada mais curta (o primeiro tercil), utilizando-se dois desfechos separadamente: a AAS ruim e a AAS regular. Todas as análises foram estratificadas segundo o gênero. A idade média do grupo de estudo foi de cerca de 40 anos; a maioria dos trabalhadores era casada. A jornada média semanal foi de 55 horas para as mulheres e 61 horas para os homens. Homens e mulheres foram semelhantes quanto à AAS, com proporções em torno de 65%, 27% e 7% para AAS boa, regular e ruim, respectivamente. Entre as mulheres, aquelas com jornada mais elevada (superior a 61 horas semanais) tiveram mais chance de referir AAS regular, comparadas àquelas com jornada de trabalho curta, após ajuste pelas variáveis de confundimento (RC=1,33; IC:1,03-1,72). Entre os homens, no modelo final após todos os ajustes aqueles com jornada intermediária (49,5 a 70,5 horas semanais) tiveram mais de duas vezes mais chance de classificar sua saúde como regular (RC=2,29; IC:1,14-4,59), comparados aos que trabalhavam até 49 horas/semana. Nenhuma associação significativa foi observada entre as longas jornadas de trabalho e a AAS ruim. A adoção de plantões de 12 horas, bem como o acúmulo de empregos é uma realidade nos hospitais brasileiros, resultando em jornadas extensas. Portanto, os resultados apresentados apontam para a premência de se promover intervenções na organização do trabalho e ações voltadas para a valorização da profissão de enfermagem de modo a reduzir a vinculação a diversos empregos, contribuindo assim para atenuar possíveis efeitos sobre a saúde dos trabalhadores e a qualidade do atendimento nos hospitais.

DESCRITORES: jornada de trabalho, enfermagem, nível de saúde

ABSTRACT

Weekly work hours is an essential aspect of the relations between work and health, considering the effects of long work hours on physical and mental health and workers' quality of life. The aim of this dissertation was to test the association between weekly working hours and self-rated health (SRH) of nurses working in public hospitals in Rio de Janeiro, Brazil. The dissertation is based on the databank from the "Nurses' Health Study", an epidemiological cross-sectional study in 18 largest public hospitals (> 150 beds) in the city of Rio de Janeiro, encompassing the municipal, state and federal levels. A total of 3229 nurses (82.7% of the eligible group) participated in the study, performed between April 2010 and December 2011, through a multidimensional self-filled questionnaire including sociodemographic, occupational and health data. The weekly work hours was computed from a recordatory of working hours each day along seven consecutive days, considering both diurnal and nocturnal work as well as all jobs in nursing. This variable was categorized according to tertiles of the distribution for men and women. SRH, considered a predictor of morbidity and mortality in epidemiological studies, was used as the outcome. It was categorized into three levels: good (very good and good), regular and poor (poor and very poor). The processing of the data, based on SPSS, included bivariate analysis (using the chi-square test and ANOVA - 5% significance level) and multivariate analyzes by binary logistic regression, having as the reference group the one with the shortest weekly work hours (first tertile). All analyzes were stratified according to gender. The mean age for the study group was around 40 years old, most workers were married. The mean weekly work hours were 55 hours for women and 61 hours for men. Male and female workers did not differ as to SRH; the proportion of good, fair and poor was around 65%, 27% and 7%, respectively. Among women, the group corresponding to the longest working week (over 61 hours per week) had a higher chance of reporting SRH as fair, compared to those with short work hours, after adjustment for confounding variables (OR = 1.33; CI: 1.03-1.72). Among men, in the final model those with intermediate hours (49,5-70,5 hours per week) were more than twice as likely to rate their health as fair (OR = 2.29; CI: 1.14-4.59) compared to those with the shortest working week (up to 49 hours). No significant association was observed between long work hours and poor SRH. In conclusion, the adoption of 12-hour shifts, as well as multiple job holding, is a reality in Brazilian hospitals. Therefore, the presented results point to the urgency of promoting interventions in work organization and valorization of the nursing profession so as to reduce the current situation of multiple jobs, thus contributing to reduce possible effects on workers' health and the quality of care in hospitals.

KEYWORDS: working hours, nursing, status of health.

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação de mestrado no campo da Saúde Pública, na subárea de Saúde, Trabalho e Ambiente, tem como objetivo contribuir com estudo pertinente ao mundo do trabalho. Parto da concepção de que as questões de saúde e trabalho não podem ser discutidas separadamente e que a temática da Saúde do Trabalhador tem ganhado destaque na atualidade. O enfoque deste projeto é a saúde do trabalhador enfermeiro.

Meu interesse pelo tema a ser estudado decorre de minha formação acadêmica com graduação em Enfermagem, juntamente com a minha vivência em pesquisas no campo da Saúde do Trabalhador junto a um grupo científico de que participo, no Curso de Especialização em Saúde Pública, e por fim no Mestrado.

Após concluir a graduação em Enfermagem, na qual trabalhei como bolsista de Extensão em projeto voltado para a Saúde da Família, tive oportunidade de ingressar em outra instituição para aprofundar meus conhecimentos científicos. Nesta ocasião, trabalhei como pesquisadora de campo no estudo *Trabalho noturno, estresse psicossocial do trabalho e fatores de risco para doenças cardiovasculares entre enfermeiros - O Estudo da Saúde dos Enfermeiros*. Trata-se de um estudo epidemiológico seccional realizado pelo Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde, IOC, FIOCRUZ, e coordenado pelas Dr^a Rosane Härter Griep e Dr^a Lúcia Rotenberg. Esta pesquisa foi desenvolvida em 18 hospitais públicos com mais de 150 leitos localizados no município do Rio de Janeiro, englobando todas as esferas de governo (municipal, estadual e federal), e as instituições universitárias.

O instrumento utilizado na pesquisa foi um questionário multidimensional intitulado: “*Estudo da Saúde dos Enfermeiros*”, elaborado pela equipe de pesquisa com escalas validadas na literatura, sendo dividido em três grandes blocos de perguntas referentes ao Trabalho Profissional, à Saúde e à História Pessoal. Posteriormente, pude atuar em outras atividades do grupo de pesquisa. Assim, participei do grupo que promoveu oficinas de discussão dos resultados do estudo epidemiológico junto aos trabalhadores da enfermagem dos hospitais envolvidos e ingressei em outro estudo. Este se referiu aos profissionais de enfermagem de um único hospital público do município do Rio de Janeiro, tendo também utilizado um questionário multidimensional, associado agora com aferições de medidas antropométricas.

Concomitantemente, ingressei no Curso de Especialização em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ. Esta experiência marcou a minha trajetória na Academia, pois a diversidade de conteúdo, a riqueza das aulas somadas com minha experiência atual, ampliou

meu olhar para a área de Saúde do Trabalhador. Desta forma, tive a oportunidade na Especialização de dar o primeiro passo de estudo e envolvimento como o mundo do trabalho, estudando em minha monografia de conclusão de curso, a jornada de trabalho e comportamentos de vida dos profissionais enfermeiros. Depois cursei, na mesma Escola, a disciplina *Saúde e direito: Trajetória da crítica e a crítica de uma trajetória*, a qual aguçou ainda mais meu interesse.

Assim, de modo a dar prosseguimento nesse estudo, ingressei no Mestrado em Saúde Pública, na subárea Saúde, Trabalho e Ambiente da ENSP/FIOCRUZ. Desta forma, foi construído o tema aqui exposto, voltado para a associação entre a jornada de trabalho e a autoavaliação da saúde do profissional enfermeiro atuante em hospitais de grande porte na cidade do Rio de Janeiro sendo este tema pertinente devido ao momento atual das relações de saúde e trabalho.

A presente dissertação foi estruturada no formato de um artigo formatado para publicação. O texto está organizado em sete capítulos. Os capítulos 1, 2 e 3 correspondem à Fundamentação Teórica, Objetivo e Métodos da dissertação. O Capítulo 4 corresponde ao texto completo de um artigo a ser submetido à publicação, incluindo as respectivas referências bibliográficas. Seguem-se as Considerações Finais, Referências Bibliográficas da dissertação e os Anexos, que correspondem aos Capítulos 5, 6 e 7, respectivamente.

SUMÁRIO

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 O tempo de trabalho e a saúde	12
1.2 O trabalho de enfermagem assistencial com foco na jornada de trabalho no Brasil	18
1.3 A autoavaliação da saúde como preditora da condição de saúde	21

2. OBJETIVO

3. MÉTODOS .

3.1 Descrição do “Estudo da Saúde dos Enfermeiros”, no qual se insere essa dissertação	25
- Local do estudo	25
- População do estudo e instrumento de coleta de dados	25
- Coleta de dados	26
- Aspectos éticos do estudo	26
3.2 Aspectos metodológicos relativos à dissertação	26
- Variável de exposição: Jornada de trabalho profissional	26
- Variável de desfecho: Autoavaliação de saúde	27
- Outras variáveis utilizadas no estudo.	27
- Tratamento estatístico dos dados	30
- Considerações éticas para a análise dos dados provenientes do Estudo da Saúde dos Enfermeiros	32

4 ARTIGO A SER SUBMETIDO À PUBLICAÇÃO

Jornada profissional e saúde em enfermeiros de hospitais públicos no Rio de Janeiro segundo o gênero

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. ANEXOS

Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .	79
Anexo 2: Aprovação do CEP: Estudo da Saúde dos Enfermeiros	81
Anexo 3: Questões extraídas do questionário: “Estudo da Saúde dos Enfermeiros” utilizadas na dissertação	82
Anexo 4: Parecer consubstanciado do CEP-ENSP com aprovação do uso do banco de dados	87

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 O Tempo de trabalho e a saúde

O tema “horas de trabalho” é de extrema importância e ganha destaque na pauta em debates públicos, principalmente, em países em desenvolvimento, de acordo com relatórios da Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2007). Ao longo dos anos, a OIT busca regularizar a jornada de trabalho através de Convenções. A primeira foi realizada em 1919, tendo estabelecido o limite dos horários de trabalho para as indústrias e fábricas; fixou, assim 8 horas diárias, totalizando 48 horas por semana. Na 30ª Convenção, aprovada em 1930, essa regulação foi ampliada para todos os setores da economia (OIT, 2007). Outras Convenções promovidas pela OIT completam o quadro internacional sobre a regulamentação do tempo de trabalho, garantindo aos trabalhadores pelo menos um dia de descanso por semana, e férias anuais remuneradas. A Convenção de 1957 sobre a regulamentação do trabalho em tempo parcial e sobre o trabalho noturno foi aprovada pela Conferência da OIT. Em 2012, define-se horário semanal de trabalho como jornada de trabalho fixada por leis e regulamentos, assim como horas extras, definidas como as horas dedicadas ao trabalho, além daquelas previstas por lei (OIT, 2013).

No contexto atual, o processo de globalização, que implica o aumento da produtividade e da circulação de bens e serviços, influencia fortemente a organização do trabalho. Como resultado desse processo, não só ocorrem alterações no uso da força de trabalho, exigindo-se que o trabalhador seja cada vez mais qualificado e polivalente, mas também a tendência ao prolongamento das jornadas de trabalho (MUFORESE, 2004; CARUSO et al, 2006).

Cabe destacar uma dimensão importante da diversificação do tempo de trabalho, que se refere a sua programação em relação aos dias e horários de trabalho. À medida que mais empresas se deslocam para estender seu horário de funcionamento ou introduzir operações contínuas de 24 horas, há um aumento proporcional de seus funcionários que trabalham em turnos diversos e nos finais de semana, com diferentes arranjos (OIT, 2007). Os serviços que se utilizam do tele-trabalho, por exemplo, frequentemente são disponibilizados 24 horas por dia, sete dias por semana permitindo aos trabalhadores lidar com clientes em um fuso horário diferente. Essa modalidade de trabalho inclui linhas telefônicas, comumente referidas como "call centers", muitos dos quais tiveram seus sistemas terceirizados para atuarem nos países em desenvolvimento. Em “call centers”, o horário de trabalho pode ser especialmente

estressante, considerando as metas rigorosas de desempenho e vigilância eletrônica (OIT, 2005).

Esse cenário se apresentava muito diversificado segundo os países. Segundo publicação da OIT de 2007, o número de pessoas que trabalhavam 50 horas ou mais em países da União Europeia se mantinha abaixo de 10%, variando de 1,4% na Holanda, para 6,2 % na Grécia e na Irlanda. De acordo com a OIT (OIT, 2007), o Reino Unido constituía a única exceção (15,5% da mão de obra). Dados dos EUA e Austrália mostram uma tendência ao aumento na proporção de trabalhadores com jornadas extensas, já que ao longo da década de 1990, a quantidade de trabalhadores submetidos a jornadas semanais superiores a 50 horas aumentou de 15% a 20%.

De fato, as estatísticas americanas sobre as jornadas extensas de trabalho geraram preocupação de diferentes instituições. Assim, em 2004, foi realizada uma conferência patrocinada pelo *Center for Disease Control and Prevention's (CDC)*, *National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH)*, da *University of Maryland School of Nursing*, e o *U.S. Department of Justice*. Neste evento foram discutidas as tendências do mundo do trabalho em relação às horas trabalhadas, já que de acordo com o Departamento de Dados dos Estados Unidos, a proporção de homens e mulheres com jornadas superiores a 40 horas semanais vinha aumentando consideravelmente (CARUSO et al,2006). Cabe mencionar estudos desta época que demonstravam sérias consequências na saúde dos trabalhadores submetidos a extensas jornadas de trabalho (PARK, 2001; SHIELDS, 1999; SPURGEON, HARRINGTON e COPPER, 1997).

A partir dessa conferência foram analisados os documentos e a literatura referente ao tema, que serviram como base inicial para o desenvolvimento de uma agenda intitulada *National Occupational Research Agenda (NORA)* que faz parte de um programa desenvolvido pelo Instituto Nacional de Segurança e Saúde Ocupacional (NIOSH). Esse programa buscava fornecer um quadro das pesquisas desenvolvidas pelas universidades, empresas de grande e pequeno porte, agências governamentais e organizações de trabalhadores sobre a saúde. Foram identificados problemas na área da segurança e saúde que exigiam atenção imediata considerando o ambiente laboral, o número de trabalhadores afetados e a gravidade dos riscos. Dessa forma, demandavam novas informações sobre segurança e a adoção de práticas voltadas para a promoção de mudanças em prol dos trabalhadores (CARUSO et. al, 2006). Alguns tópicos abordados na Conferência foram o impacto das longas horas de trabalho sobre

os indivíduos resultando em fadiga, alto nível de estresse, problemas na segurança do trabalho, problemas em relação aos familiares e à comunidade entre outros.

Com base neste material, Caruso et al (2006) desenvolveram um quadro conceitual buscando descrever as possíveis relações entre as longas jornadas de trabalho e seus impactos negativos à vida e saúde dos trabalhadores, como descrito na Figura 1. Na presente dissertação, utilizamos uma estrutura conceitual adaptada dessa autora para analisar as relações entre as longas jornadas e a saúde dos trabalhadores.

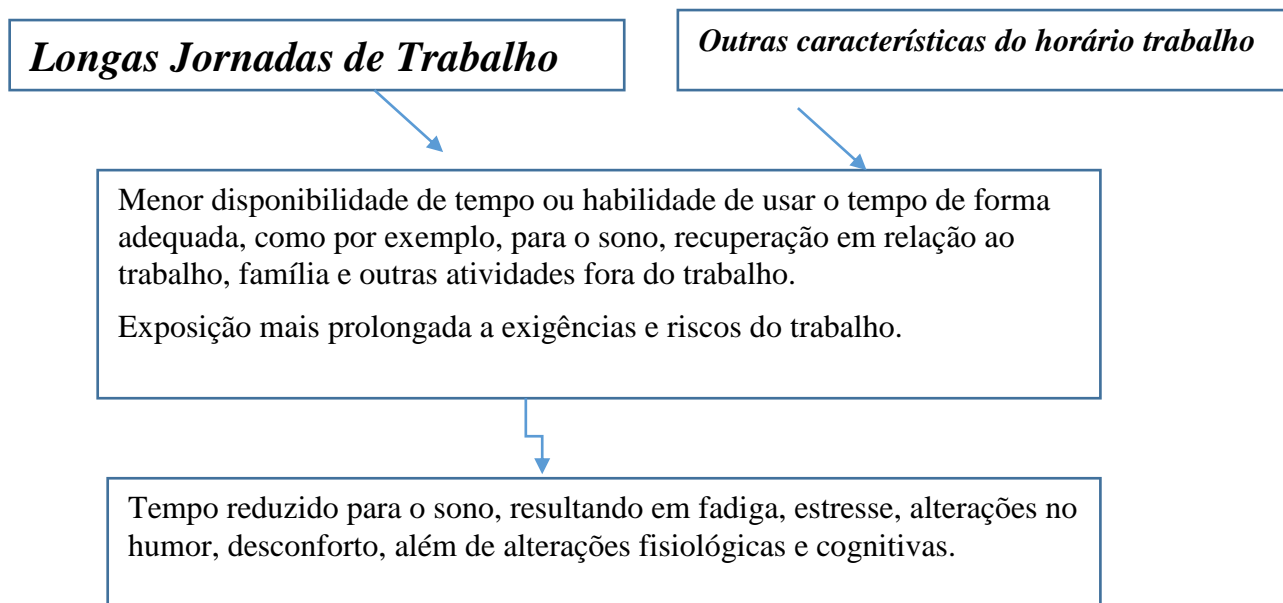


Figura 1: Esquema adaptado do estudo de Caruso et al (2006).

De acordo com o esquema descrito na Figura 1, o tempo disponível para atividades diferentes das profissionais (ditas como ‘*não-trabalho*’) sofre redução devido ao fato de o trabalhador despender mais tempo nas atividades remuneradas, o que pode ter como consequências, o tempo menor para o sono, a recuperação após trabalho e a convivência com a família, além de uma exposição mais prolongada a riscos e demandas laborais (CARUSO et al., 2006).

Somam-se a esses fatores, as novas características do trabalho, tais como a flexibilidade e novos arranjos, o trabalho em turnos, que podem resultar em fadiga e estresse, que muitas vezes estimulam a adoção, por parte do trabalhador, de comportamentos de vida não saudáveis como, por exemplo, o aumento do consumo de bebida alcoólica, o uso de tabaco, menos tempo para se exercitar e preparar uma dieta balanceada, entre outros. Assim,

as longas horas de trabalho podem impactar várias dimensões da vida desde o âmbito do trabalho até a vida em comunidade (CARUSO et al. 2006).

Alguns estudos da literatura sobre esta temática contribuem para o melhor entendimento das relações entre as horas trabalhadas e seus possíveis efeitos na saúde e na vida de trabalhadores.

Um aspecto frequentemente estudado se refere ao sono, considerado uma necessidade biológica (CARUSO, 2013). Diversos autores atribuem a alta prevalência de distúrbios do sono ao número crescente de pessoas submetidas a longas jornadas de trabalho (AKERSTED et al., 2002, VIRTANEN et al., 2009a).

Estudos conduzidos por Virtanen (2009 a, b), mostram que a curta duração do sono e queixas sobre a dificuldade em adormecer ou despertar com sensação de cansaço são mais frequentes em pessoas cuja jornada de trabalho é superior a 55 horas semanais, comparadas às que trabalham entre 35 e 40 horas semanais. Virtanen et al (2009b) concluem que as longas jornadas de trabalho são preditoras de distúrbios do sono. Sabe-se que os distúrbios do sono podem causar impacto negativo sobre a qualidade de vida com consequências que incluem, entre outras, maior risco de acidentes devido à fadiga, possivelmente em função da recuperação insuficiente depois do trabalho (CARUSO, 2013). Doenças cardiovasculares, transtornos mentais, distúrbios metabólicos e aumento das taxas de absenteísmo também são consequências da privação do sono (CARUSO, 2013; VIRTANEN et al., 2009 a; VIRTANEN et al., 2009 b; DEPNER et al., 2014).

Outros estudos, porém, não demonstram tão associação como, por exemplo, a pesquisa sueca com base em dados da Pesquisa Nacional de Condições de Vida, com amostra superior a 58.000. Não foi observada associação entre as longas jornadas de trabalho (superiores a 50 horas semanais) e o sono, mas somente com a fadiga (AKERSTED et al, 2002).

Um longo dia de trabalho implica provável redução na oportunidade para o descanso e a recuperação antes de voltar a trabalhar no dia seguinte. Assim, se outro período de serviço está previsto para o próximo dia, o indivíduo voltará a trabalhar menos descansado, resultando em um acúmulo de fadiga, caso persista por semanas essa situação. Por isso, as longas jornadas de trabalho são comumente pensadas como situações que geram fadiga (OIT, 2013). Algumas evidências sugerem uma ação indireta como estressor entre os trabalhadores já que implica maior tempo de exposição a fatores estressores no local de trabalho. Park (2001) também observou resultados semelhantes, como a tendência a referir queixas de fadiga entre aqueles expostos a 60 h ou mais de trabalho, comparados aos que trabalham por menos horas,

após o ajuste pela idade. A este respeito, o levantamento bibliográfico realizado por Van der Hulst (2003) revela efeitos negativos à saúde dos trabalhadores expostos a jornadas longas, entre os quais as doenças cardiovasculares e diabetes, além da aposentadoria por invalidez entre outros.

Caruso et al (2004) realizaram uma revisão integrativa da literatura publicada entre 1995 e 2002, sobre saúde e segurança associados a horas extras e turnos de trabalho. As horas extras foram definidas como mais de 40 horas semanais e os turnos de trabalho prolongados foram definidos como aqueles com mais de 8 horas de trabalho por dia. Foi observada associação entre as longas horas de trabalho (denominada como ‘*overtime*’) em relação à autoavaliação da saúde ruim, ao aumento das taxas de lesões, doenças e mortalidade, como também o aumento de consumo de álcool e pior desempenho em testes neuropsicológicos. Quatro estudos descrevem redução do estado de alerta e aumento da fadiga e de lesões, além da redução da função cognitiva e de vigilância associados a jornadas de 9 a 12 h por dia (CARUSO et al., 2004).

A pesquisa conduzida por Shields (1999) refere-se a uma amostra representativa da população do Canadá, tendo examinado dados de depressão e mudanças no comportamento de saúde com base nos dados da *National Population Health Survey* de (1994-1995 e 1996-1997). Segundo a autora, a chance de referir episódios de depressão foi duas vezes maior em mulheres que estavam expostas a mais de 35 horas semanais do que aquelas que trabalhavam o considerado normal ou padrão. Já no grupo masculino, nenhuma relação foi encontrada. Quanto aos comportamentos de saúde, os homens que trabalhavam mais de 41 horas semanais tiveram 40% mais chances de apresentar excesso de peso, não tendo sido observada associação significativa no grupo feminino. As longas jornadas se associaram ao uso excessivo de tabaco, tanto nos homens quanto nas mulheres, enquanto o consumo de álcool foi significativamente mais alto apenas entre as mulheres que trabalhavam mais de 41 horas semanais, não tendo sido observadas relações com a prática de atividade física em nenhum dos grupos estudados.

Estudo longitudinal com grande amostra buscou avaliar possíveis efeitos causais das jornadas extensas de trabalho em relação a comportamentos de saúde em trabalhadores de indústrias da Coreia do Sul. Os resultados revelam que todos os comportamentos de saúde investigados foram influenciados pelo tempo dedicado ao trabalho. Assim, com a redução de uma hora de trabalho na semana, aumenta-se em 5% a probabilidade da prática de exercício físico regular e reduz-se a probabilidade de fumar em 9% (principalmente entre os que

consomem pelo menos 20 cigarros por dia), além de reduzir o consumo de álcool (AHN, 2013). A análise estratificada pelo gênero mostrou efeitos diferenciados para homens e mulheres, considerando ainda o grau de instrução e a idade. Assim, observou-se que a redução da jornada de trabalho tem um efeito benéfico sobre a atividade física para as mulheres, os menos escolarizados (ensino médio ou menos), e a população mais idosa (entre 56-65 anos). Os efeitos não se mostraram significativos entre os homens, os mais instruídos e mais jovens (AHN, 2013).

As relações entre a jornada de trabalho e a saúde também foram objeto de estudo realizado na região da Catalunha, Espanha, publicado por Artazcoz et al. (2007). Os autores revelam maior propensão a fumar mais e dormir menos (6 horas ou menos por noite) entre as pessoas que trabalham de 51 a 60 horas semanais. Além disso, os homens que trabalhavam de 51-60 h por semana eram mais propensos a relatar estado de saúde mental ruim, hipertensão arterial, insatisfação no trabalho e nenhuma prática de atividade física no tempo livre. A autoavaliação de saúde foi o único indicador de saúde não relacionado com longas horas de trabalho, quer em homens ou em mulheres (ARTAZCOZ et al., 2007).

Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos mostrou que longas horas de trabalho ou horas extras em excesso aumentam substancialmente o risco de lesões e acidentes de trabalho. Estes resultados são compatíveis com a hipótese de que longas horas de trabalho, indiretamente, precipitam acidentes de trabalho, por exemplo, através da indução de fadiga ou estresse. Um resultado notável da análise era a detecção de um efeito dose-resposta, em que o número de horas de trabalho por semana (mais de 40h) e o número de horas trabalhadas por dia (mais de 8h) foram positivamente associados com um risco maior de lesão. Esta constatação corrobora a ideia de que pode haver um processo causal que liga longas horas de trabalho com acidentes de trabalho. Os trabalhadores sujeitos a muitas horas extras apresentam chance aumentada em 61% na taxa de ferimento, em comparação àqueles que não realizam horas extras. Jornadas superiores a 60 horas semanais e 2 horas-extras por dia se mantêm associadas a maiores riscos de lesão mesmo após o controle pela idade, sexo, ocupação, indústria e região (DEMBE et al, 2005).

Em suma, a temática do excesso de horas de trabalho tem sido uma preocupação em diversos países. Como observam Caruso et al (2004; 2006), os riscos decorrem da menor disponibilidade de tempo para o sono ou repouso, levando à menor recuperação pós trabalho. A maior exposição a riscos no local de trabalho também é relevante neste contexto. Em conjunto, estes fatores podem levar a distúrbios do sono, fadiga, estresse, alterações no

humor, desconforto e dor, redução no tempo para se exercitar, preparar e consumir uma dieta nutritiva. Além disso, esta configuração das horas de trabalho pode aumentar comportamentos negativos em relação à saúde, como o uso de tabaco e consumo de álcool (CARUSO et al., 2004; CARUSO, 2006).

Diante do exposto, considerando a relevância crescente atribuída ao tempo total dedicado às atividades profissionais com possíveis repercussões à saúde, a presente dissertação aborda as longas jornadas de trabalho de enfermeiros. O item que se segue descreve as características do trabalho em enfermagem, com destaque para as jornadas de trabalho praticadas nos hospitais brasileiros.

1.2 O Trabalho de Enfermagem com foco na Jornada de Trabalho no Brasil

No Brasil, o trabalho de enfermagem é regulamentado pelo Decreto n.94.406/87, com base na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que descreve as atribuições de cada profissional dessa categoria, regido pela CLT de acordo com o artigo sétimo e firmada em acordo coletivo junto ao sindicato (dos enfermeiros, de técnicos e auxiliares de enfermagem), facultada a compensação de horários e a redução da jornada.

A atividade das equipes de enfermagem envolve fatores de risco de natureza física, química, biológica e psicossocial cujos efeitos se fazem sentir com grande intensidade, o que justifica a inclusão destes trabalhadores no grupo das profissões consideradas desgastantes (PAFARO E MARTINO, 2004; MULLER, 2004).

A análise do absenteísmo por doença permite constatar alguns fatores do trabalho relevantes no contexto da enfermagem. Em um estudo com profissionais de enfermagem no município do Rio de Janeiro, Ferreira et al (2012) observou taxas de 20,3% e 16,6% para o absenteísmo curto (1 a 9 dias) e longo (10 dias ou mais), respectivamente. Aqueles profissionais que referiram mais de um emprego, doenças osteomusculares e avaliaram sua saúde como ruim ou regular apresentaram chances mais elevadas de absenteísmo.

Como os hospitais têm funcionamento contínuo ao longo das 24 horas nos 365 dias do ano, as equipes de enfermagem que atuam nestas instituições têm suas atividades organizadas segundo plantões. No Brasil, são adotados plantões fixos, ou seja, o contrato ou as normas de trabalho prevêm que os profissionais devem exercer suas atividades sempre no mesmo horário, seja durante a noite (geralmente de 19 às 7h) ou durante o dia (de 7 às 19h). O trabalho é frequentemente organizado segundo escalas designadas como 12/60, segundo a qual o trabalho se dá por 12 horas, seguidas por 60 horas de folga ou escalas 12/36, em que o

trabalho se dá por 12 horas, seguidas por 36 horas de folga. Os hospitais estaduais no município do Rio de Janeiro adotam a escala de 24 horas semanais, geralmente através de um plantão de 24 horas por semana. Além dos esquemas de plantões, há ainda os trabalhadores que atuam como diaristas com grande variedade quanto ao número de horas de trabalho por dia (PORTELA et al, 2005; ROTENBERG et al, 2008; SILVA et al, 2010; SILVA, ROTENBERG e FISCHER, 2011).

Diversos autores comentam sobre o multiemprego entre os profissionais da enfermagem, facilitado pelo regime de plantões, uma prática que leva ao aumento da jornada de trabalho (ELIAS e NAVARRO, 2006; SILVA, ROTENBERG e FISCHER, 2011; FERNANDES et al, 2013 e GRIEP et al, 2013). Assim, um aspecto central das relações trabalho-saúde nas equipes de enfermagem que atuam em hospitais é a extensão das jornadas de trabalho praticadas pelos trabalhadores. De acordo com Griep et al. (2013), 34,9% dos enfermeiros de grandes hospitais públicos no Rio de Janeiro trabalhavam mais de 60 horas/semana e 53,8% trabalhavam de 30 a 60 horas/semana. Estes dados contrastam com os observados em 15 países europeus em que a maior jornada semanal foi de 38,7 horas (Polônia), seguida de 37,5 horas (Eslováquia). A Holanda foi o país no qual a jornada semanal se revelou a mais baixa: 25,3 horas por semana.

A situação das jornadas de trabalho na enfermagem configura um agravante para o adoecimento desses profissionais (GRIEP et al,2013). De acordo com o estudo de Silva et al. (2006), os profissionais submetidos a jornadas de trabalho longas têm uma probabilidade maior de cometer erros durante a execução de suas tarefas, de estarem expostos a níveis de estresses maiores do que o grupo cuja carga horária de trabalho é menor.

Elias e Navarro (2006), Silva, Rotenberg e Fischer (2011), Portela et al (2005), Lipscomb (2004) e Silva et al (2010) demonstraram que a longa jornada de trabalho profissional interfere de forma negativa na vida desses profissionais. Os autores concluíram que as longas jornadas associaram-se negativamente à saúde do trabalhador, podendo resultar em episódios de estresse, fadiga, ansiedade, déficits de desempenho, altas demandas e alto comprometimento com o trabalho e tempo de recuperação insuficiente.

Por constituir uma profissão exercida majoritariamente por mulheres, além das atividades profissionais, há as tarefas não ocupacionais como o trabalho doméstico e o cuidado com os filhos, constituindo uma nova jornada de trabalho (PORTELA et al 2005; SILVA et al, 2010; SILVA, ROTENBERG E FISCHER, 2011; FERNANDES et al, 2013). Neste contexto, a alta carga de trabalho decorrente do multiemprego e do plantão de 12 horas

se soma às atividades domésticas. Este acúmulo de trabalhos gerou a expressão *tripla* jornada de trabalho utilizada por Aquino (1993), para se referir à dupla jornada (trabalho profissional e doméstico) acoplada a dois vínculos de trabalho, comum em profissionais de saúde no Brasil, incluindo a enfermagem. Outros estudos voltados para a análise conjunta do trabalho profissional e doméstico em equipes de enfermagem são os de Portela et al (2005), Silva et al (2010), Silva, Rotenberg e Fischer (2011), Griep et al (2013) e Fernandes et al (2013).

O estudo de Portela et al. (2005) em um hospital público do município do Rio de Janeiro, Brasil, mostrou que o trabalho doméstico por mais de 28 horas/semana estava associado à falta de tempo para a vida pessoal. As queixas de varizes eram mais frequentes entre as enfermeiras com carga total de trabalho (profissional e doméstico) acima de 84 horas por semana. Pode se concluir que ambos os ambientes - profissional e doméstico - são relevantes na avaliação da sobrecarga de trabalho sobre a saúde desse grupo profissional na vida familiar e social (PORTELA et al, 2005).

Em outra pesquisa, Silva, Rotenberg e Fischer (2011) analisaram os fatores associados à jornada de trabalho extensa em profissionais de enfermagem em um hospital universitário do município de São Paulo. Os autores demonstraram que para esses profissionais, ser o único responsável pela renda familiar está associado ao duplo vínculo profissional, resultando em demandas excessivas, exposições prolongadas a ambientes insalubres, além de problemas de saúde. Também foi observada a associação entre o trabalho noturno e jornadas profissionais longas, já que cerca de 50% dos trabalhadores noturnos referiam pelo menos, mais um emprego diurno ou noturno. Esta é uma característica comum na área de enfermagem brasileira, que pode resultar em uma redução do tempo de sono, já que o tempo que seria destinado a dormir (de dia) geralmente não é destinado ao repouso, mas sim a outras atividades, sejam domésticas, sejam profissionais, nem sempre possibilitando que o trabalhador considere suas necessidades de lazer e descanso.

No estudo de Fernandes et al. (2013), foram analisadas as jornadas profissional, doméstica e total (profissional e doméstica) quanto à associação com práticas e comportamentos de saúde em 2279 enfermeiros de grandes hospitais públicos no Rio de Janeiro. Constatou-se que as enfermeiras apresentavam uma jornada semanal total de 77,1 horas e os enfermeiros, 73,7 h semanais. A carga de trabalho profissional era maior no grupo masculino. Em contrapartida, a carga doméstica era, em média, 9 horas mais extensa no grupo feminino (21,4 h/semana) quando comparado ao grupo masculino (12,7 h/semana). Foi observada a associação entre as longas jornadas profissionais e totais com o elevado consumo

de alimentos fritos, a ausência da prática de exercícios físicos e um elevado índice de massa corporal (IMC) no grupo feminino, o que não foi observado no grupo masculino. Este dado pode estar relacionado ao acúmulo de funções na vida particular, e profissional, podendo resultar em maior exposição a fatores de risco para a saúde e menor tempo para os cuidados pessoais.

A literatura descrita aponta para efeitos negativos das jornadas de trabalho das equipes de enfermagem à saúde e qualidade de vida, justificando análises específicas sobre esta temática. Para tal, abordamos, no item que se segue, a autoavaliação da saúde, no sentido de apresentar uma variável que expresse o estado de saúde dos trabalhadores a partir de sua própria percepção sobre a saúde.

1.3 A autoavaliação de saúde como preditora da condição de saúde

A autoavaliação da saúde ou saúde autoavaliada (*self-rated health*) é uma variável amplamente utilizada em pesquisas epidemiológicas. Através dela, o indivíduo classifica, entre algumas opções, seu estado de saúde. Este tipo de avaliação apresenta grande confiabilidade e é de fácil manuseio (BRUIN, 1996; MOSSEY E SHAPIRO, 1982; ILDER, 1997; BAILIS, 2003; DACHS, 2002; THEME-FILHA, 2005; SZWARCOWALD et al., 2005; HOFELMANN E BLANK, 2007; THEME-FILHA et al, 2008). É considerado um excelente indicador de morbidade e mortalidade e, por isso, é o mais utilizado para avaliar a saúde em estudos populacionais. Seu uso é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 1998).

A autoavaliação da saúde baseia-se em uma das seguintes perguntas: “Como você avalia o seu estado geral de saúde?”, “De uma maneira geral, como você considera a sua saúde?” ou “Comparada a pessoas da sua idade como você considera seu estado de saúde?”. As opções de resposta variam de uma avaliação de saúde “boa” a uma avaliação “ruim”. Há diferenças quanto às opções de resposta e categorização delas. Alguns estudos brasileiros utilizam as opções “muito boa”, “boa”, “regular”, “ruim” e “muito ruim”(DACHS, 2002; LIMA-COSTA et al., 2004; SZWARCOWALD et al., 2005; THEME FILHA et al., 2008). Outros usam as categorias “excelente”, “muito boa”, “boa”, “regular” e “ruim” (PHILLIPS, et al., 2005; SOUZA et al., 2008).

Este indicador é considerado um forte preditor tanto da morbidade, quanto da mortalidade, mesmo quando controlado pela presença de doenças ou incapacidade (ILDER, 1997; BURSTROM, 2001; SZWARCOWALD et al., 2005; THEME-FILHA et al., 2008). A

autoavaliação de saúde prediz, conscientemente, a mortalidade e o declínio da capacidade funcional do indivíduo, pois inclui as dimensões biológicas, psicológicas e sociais da saúde (DACHS, 2002; HÖFELMANN E BLANK, 2007; LIMA-COSTA et al. 2003a; SANTOS et al. 2007). Assim, embora seja avaliada por uma única pergunta, existem evidências de sua capacidade para captar as diferentes dimensões da saúde e, ao respondê-la, os indivíduos desenvolvem implicitamente um processo de ponderação destas dimensões (THEME-FILHA et al, 2008). Ela expressa a experiência de exposição à doença e o conhecimento acerca de suas causas e consequências e está relacionada a fatores psicológicos como o bem estar, satisfação, suficiência física, controle sobre a vida e qualidade de vida (PIKHART et al, 2001; VAN DOORSLAER E JONES, 2003; HÖFELMANN E BLANK, 2007).

Alguns autores afirmam que a avaliação da saúde representa uma visão multidimensional e subjetiva do indivíduo e consideram, portanto, um conjunto de variáveis sociodemográficas, de apoio social, de estilo de vida, do estado de saúde física, mental e funcional e de acesso a serviços de saúde (LIMA-COSTA, 2003b; PHILLIPS, 2005; SOUZA et al, 2008).

Algumas pesquisas têm demonstrado que a falta de atividade física no lazer, o hábito de fumar, os maus hábitos alimentares e a obesidade são fortemente associados com a autoavaliação da saúde ruim (MANDERBACKA, LAHELMA e MARTIKAINEN 1998; FROOM et al, 2004). Além disso, algumas evidências demonstram que os indivíduos com menor nível educacional, pertencentes a classes sociais e/ou trabalhos menos favorecidos, e por ter comportamentos de vida não saudáveis, avaliam sua saúde de forma negativa (; MCGEE, LIAO E COPPER 1999; BARROS e NAHAS,2001; BAUER et al, 2009; SILVA, 2012). No Brasil, o estudo de Szwarcwald et al. (2005) buscou identificar os fatores socioeconômicos que atuavam como determinantes da autoavaliação de saúde. Segundo os autores, pessoas com maior escolaridade e menor o número de doenças avaliavam melhor sua saúde. Em contrapartida, as mulheres referiam percepção da saúde ruim em maior frequência quando comparadas ao grupo masculino, havendo ainda variações de acordo com a idade.

No campo da saúde do trabalhador, a autoavaliação de saúde também é um desfecho comumente empregado, principalmente, em estudos epidemiológicos. Recentemente, uma investigação mostrou a importância desse desfecho em trabalhadores expostos a longas jornadas de trabalho (SONG et al, 2014).

Especificamente sobre os aspectos psicossociais do trabalho, Cheng et al. (2012) avaliaram os padrões da autoavaliação de saúde e de *burnout* em função da idade. Os autores verificaram que trabalhadores mais velhos avaliaram sua saúde de forma pior (explicado, em parte, pelo aumento do número de doenças com o avanço da idade). Contudo, ao estratificarem as análises por sexo foi observado que a ocorrência de transtornos emocionais mostrou-se um forte preditor de autopercepção ruim em mulheres mais jovens. Com relação a estudos com trabalhadores da enfermagem, Griep et al. (2011) mostraram que a exposição ao estresse psicossocial no trabalho estava fortemente associada à autoavaliação de saúde ruim. De fato, o ambiente psicossocial do trabalho tem mostrado grande participação no quadro geral de saúde de profissionais da enfermagem como mostra Lindholm et al. (2003). Segundo os autores, os trabalhadores expostos à alta demanda, baixo apoio social no trabalho e fora do trabalho apresentaram maior chance de avaliar sua saúde como ruim.

2 OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi testar a associação entre a jornada profissional e a autoavaliação da saúde em enfermeiros de hospitais de grande porte no município do Rio de Janeiro.

3 METODOS

3.1 Descrição geral do Estudo da Saúde dos Enfermeiros no qual se insere essa dissertação

Local do estudo

Esta dissertação decorre de um estudo mais amplo intitulado “Trabalho noturno e sua associação com fatores de risco para doenças cardiovasculares entre enfermeiros – O Estudo da Saúde dos Enfermeiros”, coordenado pelas Dras. Rosane Härter Griep e Lúcia Rotenberg. Trata-se de um estudo epidemiológico com delineamento transversal.

O estudo foi realizado nos dezoito maiores hospitais público no município do Rio de Janeiro (150 leitos ou mais), incluindo hospitais Federais (Institutos e Universitários), Estaduais e Municipais.

População do estudo e instrumento de coleta de dados

O estudo se baseou em um censo que incluiu todos os enfermeiros dos 18 hospitais selecionados. Todos os hospitais foram visitados, sendo realizadas reuniões junto às chefias de enfermagem para apresentação e divulgação do estudo. A partir da anuência da direção do hospital e aprovação do comitê de ética, obtinha-se a listagem com os nomes e setores de trabalho de todos os enfermeiros.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário auto preenchível, multidimensional e estruturado, organizado em três blocos, sendo o primeiro sobre o trabalho profissional, o segundo sobre a saúde e o terceiro bloco que incluiu dados sócio-demográficos, totalizando 118 questões. Este instrumento apresenta uma diversidade de questões relacionadas à saúde e aos aspectos ocupacionais, como comportamentos relacionados à saúde, trabalho profissional, características do trabalho em turnos, trabalho doméstico, doenças e sintomas e fatores psicossociais no trabalho.

O instrumento era entregue aos enfermeiros, acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a assinatura do TCLE (**Anexo 1**), o enfermeiro era instruído a preencher o questionário, lacrá-lo e devolve-lo à equipe de pesquisa.

Coleta de dados

A coleta de dados realizou-se entre o período de abril de 2010 a dezembro de 2011. Cada enfermeiro foi procurado por um membro da equipe de pesquisa responsável por explicar os objetivos da pesquisa, convidar o profissional a participar do estudo e recolher a assinatura no TCLE. O membro da equipe agendava dia e horário para devolução do questionário preenchido ou, em alguns hospitais, os questionários lacrados poderiam ser depositados em urnas.

Aspectos éticos do estudo

Antes da coleta de dados, os protocolos referentes à pesquisa do Projeto principal ao qual esta dissertação está vinculada foram submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz/CEP IOC-Fiocruz (**Anexo 2**). Posteriormente, o projeto foi aprovado por comitês de ética de alguns dos hospitais estudados, já que alguns que não tinham comitês aceitaram a aprovação pelo CEP da Fiocruz.

Os profissionais foram identificados através de um código numérico conhecido apenas pelos membros da equipe de pesquisa. Este código identificou todos os materiais da pesquisa. Desta forma, ainda que uma pessoa externa à equipe de pesquisa, por algum motivo, tivesse acesso aos materiais, não haveria possibilidade de identificação dos sujeitos estudados.

3.2 Aspectos metodológicos específicos relativos à dissertação

A seguir, são apresentadas as variáveis utilizadas na presente investigação (**Anexo 3**).

Variável de exposição: horas de trabalho profissional

A definição de “jornada” utilizada na presente dissertação refere-se à quantidade total de tempo gasto para executar as atividades de trabalho, englobando todos os vínculos empregatícios, seguindo o conceito proposto por Dal Rosso (1996). O cômputo da jornada semanal de trabalho profissional se baseou na pergunta: “Quantas horas você se dedicou ao trabalho profissional de enfermagem em cada dia da última semana? Use a tabela abaixo para fazer um recordatório. Considere, também, horas extras, trabalho levado para casa”. O somatório das horas de trabalho profissional relatadas pelo entrevistado (incluindo todos os

vínculos empregatícios durante os sete dias que antecederam a entrevista) gerou uma variável contínua com precisão de 30 minutos. Estes dados foram categorizados em função do tercil da distribuição segundo o gênero (v. quadro abaixo), tendo em vista resultados prévios que indicavam diferenças entre homens e mulheres quanto à duração da jornada profissional (FERNANDES et al., 2013).

Quadro 1: Classificação dos grupos de referência e de exposição em função do ponto de corte adotado.

	Jornada semanal de trabalho profissional		
	Grupo de referência	Grupos de exposição	
	1º tercil	2º tercil	3º tercil
Homens	Até 49h/semana	49,5h a 70,5h/semana	71h/semana ou mais
Mulheres	Até 46h/semana	46,5h a 60,5h/semana	61h/semana ou mais

Variáveis de desfecho: autoavaliação de saúde ruim e autoavaliação de saúde regular

O desfecho de interesse foi avaliado a partir da seguinte pergunta: “De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como você considera o seu estado de saúde?”. Esta pergunta apresentava cinco opções de resposta: (1) “Muito bom”, (2) “Bom”, (3) “Regular”, (4) “Ruim” e (5) “Muito Ruim”. Esta variável foi categorizada em 3 níveis: boa (“muito bom” e “bom”), regular (“regular”) e ruim (“ruim” e “muito ruim”). Para efeito das análises foram criadas duas variáveis de desfecho distintas, uma variável relativa à autoavaliação de saúde “regular” (*versus* “boa”) e outra relativa à autoavaliação de saúde “ruim” (*versus* “boa”).

Outras variáveis utilizadas no estudo

Variáveis sociodemográficas

- A **cor de pele autoreferida** foi definida de acordo com os parâmetros do IBGE. As categorias preta, parda, branca, amarela e indígena foram agrupadas em dois níveis: “brancos” e “não brancos” (pretos, amarelos, pardos e indígenas);

- A **situação conjugal** foi avaliada a partir das seguintes categorias: “casado/união estável” e “solteiro/sem companheiro”;
- A variável **grau de instrução** foi agrupada em: “Pós-graduação (strictu sensu e latu sensu)” e “Graduação”;
- A **renda per capita** foi avaliada a partir das questões sobre a renda familiar líquida (categórica) e do número de dependentes. Para cada enfermeiro(a), foi calculado o ponto médio do intervalo da renda, que foi dividido pelo número de dependentes. Esse cálculo gerou uma variável contínua, que foi categorizada em função do tercil (“até R\$ 1.394,83”; “entre R\$ 1.394,90 e R\$2.324,50”; entre “R\$2.324,83 e R\$ 7.440,00”);
- A **presença de filhos pequenos (menores de 6 anos) em casa** foi avaliada a partir das seguintes categorias: “sim” e “não”;
- A **idade**, mensurada em anos completos, avaliada na forma contínua da variável;
- A **jornada doméstica** foi avaliada a partir de um recordatório do tempo despendido com o trabalho doméstico, que se baseou na pergunta: “Nos últimos sete dias, quantas horas, aproximadamente, você dedicou ao trabalho doméstico?” O somatório das horas de trabalho doméstico relatadas pelo(a) entrevistado(a) gerou uma variável contínua que foi utilizada nas análises.

Variáveis ocupacionais

- O **horário de trabalho atual** foi categorizado em: “plantão diurno” e “plantão noturno”. Esta variável considera todos os vínculos profissionais, sendo considerados “noturnos” os trabalhadores que atuam em plantões noturnos em pelo menos um local;
- A avaliação do **pensamento de abandonar a enfermagem** baseia-se na seguinte questão: 1- “Durante os últimos 12 meses, com que frequência você pensou em abandonar a enfermagem?”, medida através de uma escala tipo Likert (1-5), cujos escores eram: (1) “Nenhuma vez”, (2) “Algumas vezes durante o ano”, (3) “Algumas vezes por mês”, (4) “Algumas vezes por semana” e (5) “Todos os dias”. Essa variável foi categorizada de acordo com a frequência, sendo classificada

como: “frequentemente” (pensa algumas vezes por mês ou mais) e “não frequentemente” (pensa algumas vezes durante o ano ou nenhuma vez);

- **Estresse psicossocial no trabalho:** avaliado segundo os modelos Desequilíbrio Esforço–Recompensa (DER) (SIEGRIST, 1996) e Demanda-Controle-Apoio Social (MDCA) (KARASEK, 1979). No primeiro, a dimensão “esforço” refere-se às demandas e obrigações percebidas pelo trabalhador; já a “recompensa” avalia o ganho financeiro (salário adequado), a auto estima (respeito e apoio por parte de colegas e superiores) e o *status* ocupacional (perspectivas de promoção, estabilidade no emprego e *status* social). Este modelo teoriza que a falta de reciprocidade entre o esforço despendido e a recompensa recebida pode ser um fator de risco para a saúde do trabalhador (SIEGRIST, 1996). A escala foi categorizada em tercís. Os tercís mais altos representam maiores níveis de estresse psicossocial no trabalho, de acordo como o modelo DER.

No segundo modelo (MDCA), altos escores referentes à dimensão controle representam um alto nível de autonomia sobre o trabalho, enquanto escores elevados referentes à demanda representam altas cargas físicas e mentais de exigência no ambiente de trabalho. O somatório dos escores de cada dimensão gerou uma variável contínua, posteriormente, dicotomizada na mediana. A partir desta divisão, foram definidas quatro situações distintas no ambiente de trabalho, a saber: **alta exigência** (alta demanda psicológica e baixo controle), **trabalho ativo** (alta de manda psicológica e alto controle), **baixa exigência** (baixa demanda psicológica e alto controle) e **trabalho passivo** (baixa demanda psicológica e baixo controle). O **apoio social no trabalho**, sub-dimensão do MDC, avaliou o apoio de superiores e colegas. De forma semelhante a descrita anteriormente, o somatório dos escores desta dimensão gerou uma variável contínua também dicotomizada na mediana. Desse modo, o apoio social no trabalho foi classificado como “alto” e “baixo”;

- O **número de vínculos** considerou todos os vínculos empregatícios na assistência relatados pelo participante. A variável foi categorizada em “1 emprego” e “2 ou mais empregos”;
- O **tipo de vínculo** foi avaliado segundo o tipo de contrato no hospital no qual foi realizada a pesquisa. A categoria de vínculo “servidor” incluiu os

enfermeiros contratados por concurso público; já a categoria “terceirizado” incluiu aqueles cujo vínculo era CLT, terceirizado ou outra forma de contrato, exceto através de concurso público;

- O **tempo de trabalho na área de enfermagem** foi avaliado em anos na forma contínua da variável.

Variáveis relacionadas à saúde

- O **tabagismo** foi avaliado em três categorias, sendo classificados como “fumantes” todos os que fumam atualmente, “ex-fumantes” todos que já fumaram e como “não fumantes” aqueles que nunca fumaram;
- A **atividade física** foi agrupada em duas categorias: sim, praticou atividade física nas últimas duas semanas anteriores à entrevista e não praticou atividade física;
- O **consumo de bebida alcoólica** foi categorizado em “nunca”, “até 4 vezes no mês”, “mais de 4 vezes no mês”;
- A duração do **sono noturno** foi categorizada em “até 6,5 h”, “de 7h a 8 h” e “mais do que 8h de sono”;
- O **índice de massa corporal (IMC)**, foi obtido por meio do peso (kg)/altura (m²) auto referidos e categorizado em “abaixo do peso” (IMC<18,49), “peso normal” (18,50 – 24,99), “sobrepeso” (25,00 – 29,99) e “obeso” (IMC≥30,00). Para efeito das análises, os indivíduos com baixo peso e peso normal foram agrupados na mesma categoria.

Tratamento estatístico dos dados

Todas as análises foram elaboradas separadamente para os grupos masculino e feminino, tendo em vista estudos prévios que revelam diferenças de gênero importantes na variável de exposição, inclusive da mesma amostra investigada no presente estudo (FERNANDES et al., 2013), além de diferenças na autoavaliação da saúde (KACHI et al., 2014). A caracterização da amostra quanto à variável de exposição e quanto às variáveis de desfecho se baseou em análises estatísticas bivariadas. Estas incluíram tanto as variáveis testadas como potenciais confundidoras, como outras variáveis de interesse em relação à

temática estudada, como o número de vínculos na enfermagem, pensar em abandonar a enfermagem, o tempo de trabalho na enfermagem, o estresse segundo o modelo demanda-controle e apoio social. Com relação às escalas de estresse no trabalho (MDCA e DER), há evidências de que ambas estão associadas independentemente ao desfecho em equipes de enfermagem (GRIEP et al., 2011) e em outras profissões (SILVA e BARRETO, 2012). Optou-se por utilizar apenas os dados relativos à escala de DER como potencial variável de confundimento, tendo em vista que as associações foram mais fortes em relação ao DER, comparadas ao MDC.

A associação entre a jornada profissional de trabalho e a autoavaliação da saúde foi analisada em duas etapas. A primeira diz respeito à definição das variáveis de confundimento, que se baseou na literatura da área (idade, renda *per capita*, situação conjugal) e em análises bivariadas em relação à variável de exposição e às variáveis de desfecho, utilizando o teste qui-quadrado e ANOVA (significância de 20%). Foram testadas como possíveis variáveis de confundimento as seguintes variáveis: (i) sociodemográficas: cor de pele auto referida, grau de instrução, ter filhos menores de 6 anos, jornada doméstica semanal, (ii) ocupacionais: horário de trabalho, tipo de vínculo profissional e desequilíbrio esforço-recompensa e (iii) relacionadas a saúde: índice de massa corporal, atividade física, tabagismo, consumo de bebida alcoólica e duração do sono noturno.

A segunda etapa refere-se ao modelo de regressão logística multivariado que testou a associação entre a jornada profissional e autoavaliação da saúde com base em uma sequência de ajustes que obedeceu a seguinte ordem, para ambos os grupos:

Modelo 1: ajustado pelas variáveis sociodemográficas

Modelo 2: modelo 1+ variáveis ocupacionais

Modelo 3: modelo 2+ variáveis relacionadas à saúde

As análises foram realizadas no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, IBM) versão 18.0.

Considerações éticas para análise do banco de dados provenientes do Estudo da Saúde dos Enfermeiros

Em relação aos aspectos éticos, a análise do banco de dados do Estudo da Saúde dos Enfermeiros foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da ENSP nº 709.990 (**Anexo 4**).

4 ARTIGO A SER SUBMETIDO A PUBLICAÇÃO

Jornada de trabalho e saúde em enfermeiros de grandes hospitais públicos no Rio de Janeiro segundo o gênero

Jornada de trabalho e saúde em enfermeiros de hospitais públicos no Rio de Janeiro segundo o gênero

JC Fernandes¹, LF Portela^{1,2}, RH Griep¹, L Rotenberg¹

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

² Pós-doutoranda da Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz

JC Fernandes¹, LF Portela^{1,2}, RH Griep¹, L Rotenberg¹

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a associação entre horas de trabalho semanais e autoavaliação de saúde (AAS) de enfermeiros em hospitais públicos do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

MÉTODOS: Um total de 3.229 enfermeiros (82,7% do grupo de elegíveis) participou deste estudo transversal, realizado entre abril de 2010 e dezembro de 2011. O instrumento de coleta consistiu em um questionário multidimensional auto-preenchido, que incluiu dados sociodemográficos, ocupacionais e de saúde. As horas de trabalho semanais foram calculadas a partir de um recordatório das horas diárias de trabalho ao longo de sete dias consecutivos, considerando todos os empregos do indivíduo; esta variável foi categorizada de acordo com tercis da distribuição para homens e mulheres. O desfecho de interesse, autoavaliação de saúde, é considerado um preditor de morbidade e mortalidade em estudos epidemiológicos. Essa variável foi categorizada em três níveis: bom (muito bom e bom), regular e ruim (ruim e muito ruim). A análise estatística dos dados incluiu análises bivariadas (teste do qui-quadrado e ANOVA - 5% de significância) e multivariadas (regressão logística binária), tendo como grupo de referência aqueles com jornada trabalho curtas (primeiro tercil). Todas as análises foram estratificadas por sexo e elaboradas no programa SPSS.

RESULTADOS: Homens e mulheres não diferiram quanto à AAS; a proporção de autoavaliação boa, regular e ruim foi em torno de 65%, 27% e 7%, respectivamente. Entre as mulheres, o grupo correspondente à semana de trabalho mais longa (mais de 60 horas por semana) tinha maior probabilidade de relatar AAS como regular, em comparação com aqueles com jornada curta, após o ajuste para fatores de confusão (RC = 1,33; IC: 1,03-1,72). Entre os homens, no modelo final, aqueles com jornada média (49,5-70,5 horas por semana) tiveram mais que o dobro da probabilidade de avaliar sua saúde como regular (OR = 2,29; IC: 1,14-4,59) em comparação com aqueles com a semana de trabalho mais curta (até 49 horas). Não houve associação significativa entre longas horas de trabalho e AAS ruim.

CONCLUSÃO: A adoção de turnos de 12 horas, bem como o número de empregos, é uma realidade nos hospitais brasileiros. Portanto, os resultados apresentados apontam para a urgência em promover intervenções na organização do trabalho e valorização da profissão de enfermagem, de modo a reduzir o múltiplo vínculo e assim contribuir para mitigar possíveis efeitos sobre a saúde dos trabalhadores e a qualidade do atendimento nos hospitais.

DESCRIPTORIOS: jornada de trabalho, enfermagem, nível de saúde .

Working hours and health status among nurses from public hospitals in Rio de Janeiro – an analysis according to gender

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

² Pós-doutoranda da Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz

JC Fernandes¹, LF Portela^{1,2}, RH Griep¹, L Rotenberg¹

ABSTRACT

OBJECTIVE: The aim of this dissertation was to test the association between weekly working hours and self-rated health (SRH) of nurses working in assistance in public hospitals in Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

METHODS: A total of 3229 nurses (82.7% of the eligible group) participated in this cross-sectional study, performed between April 2010 and December 2011, through a multidimensional self-filled questionnaire that included sociodemographic, occupational and health data. The weekly work hours was computed from a recordatory of working hours each day along seven consecutive days, considering all jobs in nursing; this variable was categorized according to tertiles of the distribution for men and women. SRH, considered a predictor of morbidity and mortality in epidemiological studies, was used as the outcome. It was categorized into three levels: good (very good and good), regular and poor (poor and very poor). The processing of the data, based on SPSS, included bivariate analysis (using the chi-square test and ANOVA - 5% significance level) and multivariate analyzes by binary logistic regression, having as the reference group the one with the shortest weekly work hours (first tertile). All analyzes were stratified according to gender.

RESULTS: Male and female workers did not differ as to SRH; the proportion of good, fair and poor was around 65%, 27% and 7%, respectively. Among women, the group corresponding to the longest working week (over 60 hours per week) had a higher chance of reporting SRH as fair, compared to those with short work hours, after adjustment for confounding variables (OR = 1.33; CI: 1.03-1.72). Among men, in the final model those with intermediate hours (49,5-70,5 hours per week) were more than twice as likely to rate their health as fair (OR = 2.29; CI: 1.14-4.59) compared to those with the shortest working week (up to 49 hours). No significant association was observed between long work hours and poor SRH. In conclusion, the adoption of 12-hour shifts, as well as multiple jobholding, is a reality in Brazilian hospitals.

CONCLUSIONS: In conclusion, the adoption of 12-hour shifts, as well as multiple jobholding, is a reality in Brazilian hospitals. Therefore, the presented results point to the urgency of promoting interventions in work organization and valorization of the nursing profession so as to reduce the current situation of multiple jobs, thus contributing to mitigate possible effects on workers' health and the quality of care in hospitals.

KEYWORDS: working hours, nursing, health status

INTRODUÇÃO

O tempo dedicado ao trabalho é um componente essencial da exposição ocupacional (JOHNSON E LIPSCOMB,2006). Destaca-se o papel da Organização Internacional do Trabalho cujas Convenções regulamentam o tempo de trabalho quanto à garantia de um dia de descanso por semana, férias anuais remuneradas, o trabalho em tempo parcial e o trabalho noturno, entre outros aspectos. Em 2012 definiu-se horário semanal de trabalho como jornada de trabalho fixada por leis e regulamentos, além de horas extras, definidas como o tempo despendido no trabalho além do previsto por lei (OIT,2013).

Dal Rosso (2006) enfatiza a relevância do tempo dedicado ao trabalho no debate contemporâneo por suas implicações à saúde e qualidade de vida dos trabalhadores. Trata-se de considerar as exigências crescentes decorrentes do processo de globalização que desafiam os limites humanos, como observa Giannini (2013). Segundo esta autora, “graças à vida praticamente voltada ao trabalho, em geral intenso e acelerado, não raro temos percebido também em larga escala o aparecimento e instalação de impactos psicofisiológicos e sociais sobre trabalhadores” (p. 284).

A contribuição da comunidade científica para este debate tem se intensificado nos últimos anos, destacando-se o quadro conceitual proposto por Caruso e cols. (2006), que aborda a complexidade das relações entre o tempo dedicado ao trabalho e a saúde dos trabalhadores. Investigações epidemiológicas relativas a vários grupos ocupacionais apontam a influência das longas jornadas na incidência de depressão (KATO et al,2014; CHALUPAKA,2012), na hipertensão (YOO et al,2014), no ganho de peso (SOLOVIEVA et al,2013), na síndrome metabólica (KOBAYASHI et al,2012), além de outros desfechos de saúde (BAEE FABRY,2014).

As equipes de enfermagem constituem um grupo importante no contexto destas discussões tendo em vista os plantões longos, frequentemente de 12 horas, adotados em

hospitais tanto no Brasil (FERNANDES et al,2013) como em outros países (STIMPFEL, SLOANE E AIKEN, 2012) No Brasil, a prática do multiemprego é comum entre os profissionais da enfermagem, levando à exacerbação da jornada de trabalho (FERNANDES et al,2013; ELIAS E NAVARRO,2006; SILVA, ROTENBERG E FISCHER,2011; GRIEP et al,2013).

Tendo em vista a relevância desta temática no contexto atual e a escassez de estudos brasileiros sobre as jornadas de trabalho e suas relações com a saúde, o presente estudo aborda enfermeiros de hospitais públicos sob a perspectiva do tempo dedicado ao trabalho. Com base na consistência da autoavaliação da saúde como preditora da morbimortalidade em estudos epidemiológicos, (WHO, 1998; SZWARCOWAL et al, 2005) o estudo busca testar a hipótese de que os profissionais que dedicam mais tempo ao trabalho têm maior chance de avaliarem sua saúde como ruim ou como regular, comparados àqueles cuja jornada é curta. O objetivo deste estudo é analisar a associação entre a jornada profissional e a autoavaliação da saúde em enfermeiros de hospitais públicos no município do Rio de Janeiro.

MÉTODOS

Participantes e coleta de dados

Trata-se de um censo realizado nos dezoito maiores hospitais público no município do Rio de Janeiro, entre março de 2010 e dezembro de 2011. Foram incluídos no estudo todos os enfermeiros que trabalhavam nos hospitais.

A coleta de dados se baseou em questionário auto preenchível multidimensional e estruturado, organizado em três blocos, sendo o primeiro sobre o trabalho profissional, o segundo sobre a saúde e o terceiro sobre dados sócio demográfico, totalizando 118 questões. Uma equipe de profissionais treinados era responsável por entregar aos enfermeiros os questionários acompanhados do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após

a assinatura do TCLE o participante era instruído a preencher o questionário, lacrá-lo e devolve-lo à equipe de pesquisa no momento agendado.

Definição das variáveis

Variável de exposição

A definição de “jornada” refere-se à quantidade total de tempo gasto para executar as atividades de trabalho, englobando todos os vínculos empregatícios, seguindo o conceito proposto por Dal Rosso (1996). O cômputo da jornada semanal de trabalho profissional se baseou na pergunta: “Quantas horas você se dedicou ao trabalho profissional de enfermagem em cada dia da última semana. Use a tabela abaixo para fazer um recordatório. Considere, também, horas extras, trabalho levado para casa”. O somatório das horas de trabalho profissional relatadas pelo entrevistado (incluindo todos os vínculos empregatícios durante os sete dias que antecedeu a entrevista) gerou uma variável contínua categorizada em função do tercil da distribuição segundo o gênero, tendo em vista resultados prévios que indicam diferenças entre homens e mulheres quanto à duração da jornada profissional (FERNANDES et al., 20130). Para o grupo masculino foram adotados os valores “ ≤ 49 h/semana”, “de 49,5h a 70,5h” e “ ≥ 71 h/semana” para as jornadas curta, média e longa respectivamente. Para as mulheres, os valores adotados foram “ ≤ 46 h/semana”, “46,5h a 60,5h” e “ ≥ 61 h/semana”.

Variáveis de desfecho: autoavaliação de saúde ruim e autoavaliação de saúde regular

O desfecho de interesse foi avaliado a partir da seguinte pergunta: “De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como você considera o seu estado de saúde?”. Esta pergunta apresentava cinco opções de resposta: (1) “Muito bom”, (2) “Bom”, (3) “Regular”, (4) “Ruim” e (5) “Muito Ruim”. Esta variável foi categorizada em 3 níveis: boa (“muito bom” e “bom”), regular (“regular”) e ruim (“ruim” e “muito ruim”). Para efeito das análises foram

criadas duas variáveis de desfecho distintas, uma variável relativa à autoavaliação de saúde “regular” (*versus* “boa”) e outra relativa à autoavaliação de saúde “ruim” (*versus* “boa”).

Tratamento estatístico dos dados

Todas as análises foram elaboradas separadamente para os grupos masculino e feminino, tendo em vista estudos prévios que revelam diferenças importantes tanto na variável de exposição (FERNANDES et al., 2013) e de desfecho (KACHI et al., 2014). A caracterização da amostra quanto à variável de exposição e quanto às variáveis de desfecho se baseou em análises estatísticas bivariadas. Estas incluíram tanto as variáveis testadas como potenciais confundidoras, como outras variáveis de interesse em relação à temática estudada, como o número de vínculos na enfermagem, pensar em abandonar a enfermagem, o tempo de trabalho na enfermagem, o estresse segundo o modelo demanda-controle e apoio social. Há evidências de que ambas as escalas de estresse no trabalho (MDCA e DER) estão associadas independentemente ao desfecho em equipes de enfermagem (GRIEP et al., 2011) e em outras profissões (SILVA e BARRETO, 2012). Optou-se por utilizar apenas os dados relativos à escala de DER como potencial variável de confundimento, tendo em vista que as associações foram mais fortes em relação ao DER, comparadas ao MDC.

A associação entre a jornada profissional de trabalho e a autoavaliação da saúde foi analisada em duas etapas. A primeira diz respeito à definição das variáveis de confundimento, que se baseou na literatura da área (idade, renda *per capita*, situação conjugal) e em análises bivariadas em relação à variável de exposição e às variáveis de desfecho, utilizando o teste qui-quadrado e ANOVA (significância de 20%). Foram testadas como possíveis variáveis de confundimento as seguintes variáveis: (i) sociodemográficas: cor de pele auto referida, grau de instrução, ter filhos menores de 6 anos, jornada doméstica semanal, (ii) ocupacionais: horário de trabalho, tipo de vínculo profissional e desequilíbrio esforço-recompensa e (iii) relacionadas a saúde: índice de massa corporal, atividade física, tabagismo, consumo de

bebida alcoólica e duração do sono noturno. A segunda etapa refere-se ao modelo de regressão logística multivariado que testou a associação entre a jornada profissional e autoavaliação da saúde com base em uma sequência de ajustes que obedeceu a seguinte ordem, para ambos os grupos: *Modelo 1*: ajustado pelas variáveis sociodemográficas; *Modelo 2*: modelo 1+ variáveis ocupacionais e *Modelo 3*: modelo 2+ variáveis relacionadas à saúde.

Procedimentos éticos

O protocolo referente o Projeto principal, ao qual esta dissertação está vinculada, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz/CEP IOC-Fiocruz. Posteriormente, o projeto foi aprovado por comitês de ética de alguns dos hospitais estudados, já que alguns que não tinham comitês aceitaram a aprovação pelo CEP da Fiocruz.

RESULTADOS

De um total de 4830 enfermeiros cujos nomes foram obtidos nas listagens de todos os hospitais, foram considerados não elegíveis os que estavam licenciados (n=559), os que haviam preenchido o questionário em outro hospital (n=198) e os cedidos e exonerados (n=169), totalizando 3904 enfermeiros elegíveis. Destes, 3229 (82,7%) devolveram questionários preenchidos. As perdas se devem a recusas (n=478) e enfermeiros não encontrados em mais de três visitas ao setor durante um período de dois meses (n=197), totalizando 675 perdas (17,3%).

A amostra estudada foi composta de 3229 enfermeiros, que corresponde a 82,7% dos elegíveis, sendo 2818 (87,3%) do sexo feminino. A apresentação dos resultados está estruturada segundo as amostras feminina e masculina, respectivamente.

A idade média da amostra feminina foi de 39,7 anos (desvio-padrão±9,9 anos). Em relação à cor da pele autopercebida, 55,9% se declararam brancas; 55,9% eram casadas ou

viviam em união estável, 75,9% tinham pós-graduação. O tempo médio despendido com o trabalho doméstico foi de 21,4 horas semanais (DP±17,7 horas). A jornada profissional média foi de 55,1 horas semanais (DP±20,9 horas). Observou-se que 48,2% das enfermeiras trabalhavam em plantões noturnos, e cerca de dois terços trabalhavam em dois ou mais locais. Na amostra feminina, a autoavaliação da saúde como boa, regular ou ruim foi observada em 65,8%, 27,1% e 7,1%, respectivamente. Cerca de metade das participantes encontrava-se acima do peso, 23,7% fumavam ou já haviam fumado.

A **tabela 1** descreve a associação bivariada entre as variáveis sociodemográficas e a jornada profissional. Considerando as três categorias de jornada de trabalho, as enfermeiras que referiram maior jornada profissional correspondem às mais jovens e às que apresentaram menor jornada doméstica; neste grupo observa-se maior percentual daquelas com pós-graduação. Não foram observadas associações significativas em relação à situação conjugal, cor da pele autorreferida, renda *per capita* e a presença de filhos de até 6 anos.

Todas as características laborais investigadas se mostraram associadas à jornada profissional, como mostram os dados da **tabela 2**. Destaca-se, entre as trabalhadoras expostas à jornada profissional longa, um maior percentual que trabalhava à noite, que se enquadrava como terceirizadas, classificadas no grupo relativo ao trabalho em alta exigência (alta demanda e baixo controle), no trabalho classificado como ativo (alta exigência a alto controle) e que referia baixo apoio social no trabalho. No grupo que fazia jornadas longas, foi observado um maior percentual que referia o pensamento frequente de abandonar a profissão. Como esperado, neste grupo foi observado maior percentual de enfermeiras que tinham dois ou mais vínculos de trabalho. Comparado ao grupo com jornada curta, o grupo exposto à jornada longa tinha menor tempo de trabalho na enfermagem.

Dentre as variáveis relacionadas à saúde e estilo de vida, a prática de atividade física e a duração do sono por noite se mostraram associadas à jornada profissional. Como

apresentado na **tabela 3**, entre as enfermeiras que referiram longas jornadas estão os maiores percentuais daquelas que não praticam atividade física (72,2%) e aquelas cuja duração do sono é de até 6,5 horas por noite (49,5%).

As análises bivariadas entre as variáveis sociodemográficas e a autoavaliação da saúde não mostraram nenhuma associação significativa no grupo feminino (**tabela 4**).

Os resultados da análise bivariada entre as variáveis ocupacionais e a autoavaliação da saúde são apresentados na **tabela 5**. Foram detectadas diferenças significativas em relação a todas as variáveis de avaliação do estresse psicossocial. A proporção de enfermeiras classificadas nas situações consideradas de maior estresse (alto desequilíbrio esforço-recompensa, trabalho em alta exigência e baixo apoio social) foi maior nos grupos correspondentes à saúde ruim e regular do que no grupo que apresentou boa avaliação de sua saúde. Além disso, entre as trabalhadoras que avaliaram sua saúde como ruim, o percentual que referia o pensamento frequente de deixar a enfermagem foi maior do que o observado entre as que tiveram boa avaliação de sua saúde (41,0% e 17,7%, respectivamente).

A **tabela 6** mostra os resultados das análises bivariadas entre as variáveis relacionadas à saúde e os desfechos. A prática de atividade física, a duração do sono por noite e o IMC se mostraram significativamente associados à autoavaliação de saúde. Dentre as enfermeiras que avaliaram sua saúde como ruim ou como regular, foi observada maior proporção de mulheres que não praticavam atividade física, com menor duração do sono e obesas em relação as que tiveram boa avaliação de sua saúde.

O grupo masculino tinha idade média de 41,4 anos (DP±10,7 anos); 59,0% se declararam brancos, 68,3% eram casados ou viviam em união estável, 69,8% tinham pós-graduação. O tempo médio despendido com o trabalho doméstico foi de 12,7 horas semanais (DP±12,0 horas); o tempo médio de trabalho profissional foi de 61,3 horas/semana (DP±21,5 horas). A maioria dos participantes do sexo masculino trabalhava em plantões noturnos

(62,8%) e 79,1% relatou ter dois ou mais vínculos empregatícios na área de enfermagem. A avaliação de saúde boa, regular e ruim foi relatada por 65,5%, 27,6 e 6,8% dos enfermeiros; 29,5% eram fumantes ou já haviam fumado e 58,2% não praticavam atividade física.

As análises bivariadas das variáveis sociodemográficas em relação à exposição na amostra masculina são apresentadas na **tabela 7**. É possível observar que a média de idade é menor entre os trabalhadores com jornada longa. Nenhuma outra associação significativa foi observada em relação às demais variáveis estudadas.

Dentre as variáveis relacionadas ao trabalho, o horário de trabalho, o estresse psicossocial avaliado segundo o MDC, o número e tipo de vínculo e o tempo de trabalho na enfermagem se mostraram associadas à jornada profissional. Como apresentado na **tabela 8**, entre os enfermeiros que referiram longas jornadas estão os maiores percentuais daqueles trabalhavam à noite (72,6%), que foram classificados no grupo relativo à alta exigência no trabalho (33,6%), que tinham dois ou mais vínculos (92,5%) e eram terceirizados (47,8%). De modo semelhante ao observado para a amostra feminina, o grupo com jornada longa (quando comparado ao grupo com jornada curta) tinha menor tempo de trabalho na enfermagem.

Com relação às características de saúde e estilo de vida, apenas a o uso de tabaco e a prática de atividade física mostraram-se significativamente associados à jornada profissional (**tabela 9**). No grupo que fazia jornadas longas, foi observado um maior percentual que referia não praticar atividade física (66,4%). Por outro lado, quando comparado ao grupo com jornada curta, o grupo exposto à jornada longa apresentou menor proporção de fumantes/ex-fumantes.

A **tabela 10** descreve a associação bivariada entre as variáveis sociodemográficas e a autoavaliação de saúde. A única variável que se mostrou significativamente associada à autoavaliação da saúde foi a idade, que foi menor entre os enfermeiros que avaliaram sua saúde como regular (39,1 anos), em comparação à observada entre os que referiram boa

avaliação de saúde (42,3 anos). Não foram observadas associações significativas em relação à cor da pele autopercebida, situação conjugal, grau de instrução, renda *per capita*, a presença de filhos de até 6 anos e jornada doméstica.

O estresse psicossocial no trabalho avaliado segundo os modelos “desequilíbrio esforço-recompensa” e “demanda-controle” se mostrou significativamente associado à autoavaliação de saúde. Dentre os enfermeiros que avaliaram sua saúde como ruim foi observada maior proporção de indivíduos com alto desequilíbrio entre esforço e recompensa (53,8%) e de indivíduos classificados no grupo relativo ao trabalho de alta exigência (42,3%). Além disso, entre os trabalhadores que avaliaram sua saúde como regular, o percentual que referia o pensamento frequente de abandonar a enfermagem (36,6%) foi maior do que o observado entre os que avaliaram sua saúde como boa e ruim (19,9% e 33,3%, respectivamente). O grupo de trabalhadores que avaliou a saúde como ruim apresentou menor proporção de indivíduos com mais de um vínculo e, comparado ao grupo com autoavaliação de saúde boa, o grupo que avaliou sua saúde como ruim tinha mais tempo de trabalho na enfermagem (**tabela 11**).

A análise bivariada das características da saúde em relação aos desfechos está apresentada na **tabela 12**. A proporção de enfermeiros que não praticam atividade física foi maior nos grupos que referiram sua saúde como regular (72,3%) ou como ruim (78,6%), comparados aos que avaliaram sua saúde como boa (50,0%). Da mesma forma, o percentual de obesos também foi maior nos grupos que avaliaram sua saúde como regular (28,9%) ou como ruim (37,0%), comparados aos que tiveram boa avaliação da saúde. Já o uso do tabaco, o consumo de bebida alcoólica e a duração de sono por noite não se mostraram estatisticamente associados aos desfechos no grupo masculino.

A **tabela 13** apresenta os resultados das análises de regressão considerando a autoavaliação da saúde regular. Enfermeiras expostas a mais de 61 horas de trabalho por

semana (longa jornada profissional) tiveram 46% mais chances de avaliarem seu estado atual de saúde como regular quando comparadas as que tinham jornadas curtas (até 46h/semana). A associação entre a exposição e o desfecho se manteve significativa mesmo após os ajustes no modelo de regressão logística multivariado (RC=1,33; IC: 1,03-1,72). Quanto à amostra masculina, as razões de chance ajustadas mostram que os trabalhadores expostos a jornadas intermediárias (49,5-70,5 horas semanais) tiveram 2,29 (IC 1,14-4,59) mais chances de avaliarem seu estado de saúde como regular do que aqueles com jornadas mais curtas (≤ 49 h). Aqueles com jornadas superiores a 71h/semana tendem a avaliar seu estado de saúde como regular, porém essa relação não se mantém significativa após o ajuste pelas variáveis de confusão (**tabela 13**).

Nenhuma associação significativa foi observada entre a jornada profissional e a autoavaliação da saúde ruim em nenhuma das amostras estudadas (**tabela 14**).

Tabela 1- Caracterização da jornada profissional de trabalho do grupo feminino em função das variáveis sociodemográficas com base no teste qui-quadrado, Rio de Janeiro/RJ, Brasil, 2011.*

Variáveis Sociodemográficas	Jornada Profissional			p**
	Curta	Média	Longa	
Cor da pele autodeclarada (n,%)				
Branca	521(58,3)	500(56,6)	484(54,4)	0,251
Não Branca	372(41,7)	384(43,4)	405(45,6)	
Situação conjugal (n,%)				
Casado/união estável	504(33,3)	516(31,1)	492(32,5)	0,536
Solteiro/sem companheiro	393(33,2)	383(32,4)	406(34,4)	
Grau de instrução (n,%)				
Pós-graduação (<i>lato e stricto sensu</i>)	635(70,8)	668(74,3)	741(82,5)	<0,001
Graduação	259(29,2)	231(25,7)	159(17,5)	
Renda per capita (n,%)				
R\$2324,83 a R\$ 7440,00	132(15,9)	113(13,5)	108(12,6)	0,375
R\$ 1394,90 a R\$2324,50	390(46,9)	396(47,1)	416(48,7)	
Até R\$ 1394,83	310(37,2)	331(39,4)	330(38,7)	
Ter filho menor de 6 anos (n,%)				
Não	160(17,9)	181(20,3)	146(16,5)	0,111
Sim	735(82,1)	712(79,7)	740(83,5)	
Idade (média±DP)	41,8±10,8	38,9±9,4	38,3±9,0	<0,001
Jornada Doméstica (média±DP)	25,5±20,0	20,3±16,1	18,2±15,4	<0,001

*diferenças no tamanho da amostra se devem a dados não informados em cada variável

**teste de qui-quadrado de Pearson; ANOVA para os dados contínuos

Tabela 2- Caracterização da jornada profissional de trabalho do grupo feminino em função das variáveis ocupacionais com base no teste qui-quadrado, Rio de Janeiro/RJ, Brasil, 2011.*

Variáveis Ocupacionais	Jornada Profissional			p**
	Curta	Média	Longa	
Horário de trabalho (n,%)				
Diurno	561(65,2)	468(52,7)	340(38,3)	<0,001
Noturno	300(35,8)	420(47,3)	548(61,7)	
Pensa em abandonar a profissão (n,%)				
Não frequentemente	710(79,1)	737(81,5)	686(76,2)	0,022
Frequentemente	188(20,9)	167(18,5)	214(23,8)	
Desequilíbrio Esforço-Recompensa (n,%)				
Baixo	358(41,6)	282(32,4)	216(28,2)	<0,001
Médio	289(33,6)	288(33,1)	300(39,2)	
Alto	213(24,8)	301(34,5)	250(32,6)	
Demanda Controle (n,%)				
Baixa exigência	282(33,2)	230(27,2)	190(22,3)	<0,001
Trabalho passivo	221(26,0)	170(20,0)	155(18,2)	
Trabalho ativo	155(18,3)	223(26,4)	258(30,3)	
Alta exigência	191(22,5)	223(26,4)	249(29,2)	
Apoio social no trabalho (n,%)				
Alto	504(57,3)	455(51,2)	414(46,8)	<0,001
Baixo	376(42,7)	434(48,8)	470(53,2)	
Número de vínculos (n,%)				
Um vínculo	634(70,2)	224(24,7)	82(9,0)	<0,001
Dois vínculos ou mais vínculos	269(29,8)	684(75,3)	825(91,0)	
Tipo de vínculo (n,%)				
Servidor	616(70,6)	631(71,1)	564(64,0)	0,002
Terceirizado	262(29,4)	256(28,9)	317(36,0)	
Tempo de trabalho na enfermagem (média±DP)	16,7±10,83	14,64±9,11	14,0±8,5	<0,001

* diferenças no tamanho da amostra se devem a dados não informados em cada variável

**teste de qui-quadrado de Pearson; ANOVA para os dados contínuos

Tabela 3- Caracterização da jornada profissional de trabalho do grupo feminino em função das variáveis de saúde com base no teste qui-quadrado, Rio de Janeiro/RJ, Brasil, 2011.*

Variáveis de Saúde	Jornada Profissional			p**
	Curta	Média	Longa	
Uso do tabaco (n,%)				
Fumante	85(9,4)	72(8,0)	77(8,5)	0,858
Ex-fumante	134(14,9)	132(14,6)	135(15,0)	
Não-fumante	682(75,7)	698(77,4)	690(76,5)	
Prática de atividade física (n,%)				
Sim	297(33,2)	273(30,3)	250(27,8)	0,043
Não	597(66,8)	627(69,7)	650(72,2)	
Consumo de bebidas alcoólicas (n,%)				
Nunca	355(39,8)	350(39,0)	340(38,1)	
Até 4 vezes ao mês	452(50,7)	473(52,7)	485(54,3)	0,489
Mais 4 vezes ao mês	85(9,5)	75(8,3)	68(7,6)	
Duração do sono por noite (n,%)				
Até 6,5h	407(45,6)	415(46,3)	441(49,5)	
De 7 a 8h	406(45,5)	372(41,5)	352(39,6)	0,039
De 8,5 a 12h	79(8,9)	109(12,2)	97(10,9)	
Índice de massa corpórea (IMC) (n,%)				
Normal	420(49,2)	458(52,9)	401(46,4)	
Sobrepeso	263(30,8)	249(28,8)	273(31,6)	0,100
Obeso	170(20,0)	159(18,3)	190(22,0)	

* diferenças no tamanho da amostra se devem a dados não informados em cada variável

**teste de qui-quadrado de Pearson; ANOVA para os dados contínuos

Tabela 4 – Caracterização da autoavaliação de saúde do grupo feminino em função das variáveis sociodemográficas, Rio de Janeiro/RJ, Brasil, 20110.*

Variáveis Sociodemográficas	Autoavaliação de Saúde			p**
	Boa	Regular	Ruim	
Cor da pele autopercebida (n,%)				
Branca	1019(56,5)	416(55,8)	100(51,0)	0,346
Não Branca	786(43,5)	330(44,2)	96(49,0)	
Situação conjugal (n,%)				
Casado/união estável	999(54,8)	437(58,2)	113(56,8)	0,279
Solteiro/sem companheiro	824(45,2)	314(41,8)	86(43,2)	
Grau de instrução (n,%)				
Pós-graduação (<i>lato e stricto sensu</i>)	1389 (76,2)	564 (75,0)	151 (75,9)	0,813
Graduação	434 (23,8)	188 (25,0)	48 (24,1)	
Renda per capita (n,%)				
R\$2324,83 a R\$ 7440,00	227(13,3)	111(15,9)	33(18,2)	0,191
R\$ 1394,90 a R\$2324,50	815(47,6)	332(47,5)	86(47,5)	
Até R\$ 1394,83	671(39,1)	256(36,6)	62(34,3)	
Ter filho menor de 6 anos(n,%)				
Não	310(17,1)	149(19,9)	40(20,1)	0,199
Sim	1498(82,9)	601(80,1)	159(79,9)	
Idade (média±DP)	140,0±10,0	39,5±9,5	38,9±10,0	0,227
Jornada Doméstica (média±DP)	20,9±17,7	22,4±17,8	22,5±18,7	0,119

* diferenças no tamanho da amostra se devem a dados não informados em cada variável

**teste de qui-quadrado de Pearson; ANOVA para os dados contínuos

Tabela 5 – Caracterização da autoavaliação de saúde do grupo feminino em função das variáveis ocupacionais, Rio de Janeiro/RJ, Brasil, 2011.*

Variáveis Ocupacionais	Autoavaliação de Saúde			p**
	Boa	Regular	Ruim	
Horário de trabalho (n,%)				
Diurno	755(40,9)	302(39,8)	83(41,5)	0,836
Noturno	1089(59,1)	457(60,2)	117(58,5)	
Pensa em abandonar a profissão (n,%)				
Não frequentemente	1511(82,3)	576(76,1)	118(59,0)	<0,001
Frequentemente	324(17,7)	181(23,9)	82(41,0)	
Desequilíbrio Esforço-Recompensa (n,%)				
Baixo	577(35,6)	165(24,7)	28(15,3)	<0,001
Médio	520(32,1)	199(29,7)	43(23,5)	
Alto	524(32,3)	305(45,6)	112(61,2)	
Demanda-Controlle (n,%)				
Baixa exigência	527(30,6)	171(24,1)	26(13,6)	<0,001
Trabalho passivo	390(22,7)	148(20,9)	30(15,7)	
Trabalho ativo	419(24,4)	180(25,4)	47(24,6)	
Alta exigência	384(22,3)	210(29,6)	88(46,1)	
Apoio social no trabalho(n,%)				
Alto	991(55,2)	340(46,1)	81(41,3)	<0,001
Baixo	806(44,8)	397(53,9)	115(58,7)	
Número de vínculos (n,%)				
Um vínculo	659(35,7)	253(33,3)	64(32,0)	0,346
Dois vínculos ou mais vínculos	1185(64,3)	506(66,7)	136(68,0)	
Tipo de vínculo (n,%)				
Servidor	1196(66,8)	526(70,5)	136(71,2)	0,118
Terceirizado	595(33,2)	220(29,5)	55(28,8)	
Tempo de trabalho na enfermagem (média±DP)	15,3±9,8	15,0±9,0	14,7±9,6	0,647

* diferenças no tamanho da amostra se devem a dados não informados em cada variável

**teste de qui-quadrado de Pearson; ANOVA para os dados contínuos

Tabela 6 – Caracterização da autoavaliação de saúde do grupo feminino em função das variáveis de saúde, Rio de Janeiro/RJ, Brasil, 2011.*

Variáveis de Saúde	Autoavaliação de saúde			p**
	Boa	Regular	Ruim	
Uso do tabaco (n,%)				
Fumante	140(7,6)	79(10,4)	21(10,6)	0,137
Ex-fumante	285(15,5)	106(14,0)	28(14,1)	
Não-fumante	1410(76,8)	571(75,5)	150(75,4)	
Prática de atividade física (n,%)				
Sim	654(35,9)	162(21,4)	28(14,2)	<0,001
Não	1170(64,0)	596(78,6)	170(85,8)	
Consumo de bebidas alcoólicas (n,%)				
Nunca	697(38,3)	307(41,1)	74(38,4)	0,345
Até 4 vezes ao mês	956(52,4)	381(51,0)	107(55,4)	
Mais 4 vezes ao mês	170(9,3)	59(7,9)	12(6,2)	
Duração do sono por noite (n,%)				
Até 6,5h	771(42,4)	389(52,0)	133(67,5)	<0,001
De 7 a 8h	841(46,3)	290(38,8)	43(21,8)	
De 8,5 a 12h	205(11,3)	69(9,2)	21(10,7)	
Índice de massa corpórea (IMC) (n,%)				
Normal	980(55,9)	267(37,1)	60(31,5)	<0,001
Sobrepeso	511(29,2)	247(34,3)	53(27,7)	
Obeso	261(14,9)	206(28,6)	78(40,8)	

* diferenças no tamanho da amostra se devem a dados não informados em cada variável

**teste de qui-quadrado de Pearson; ANOVA para os dados contínuos

Tabela 7- Caracterização da jornada profissional de trabalho do grupo masculino em função das variáveis sociodemográficas com base no teste qui-quadrado, Rio de Janeiro/RJ, Brasil, 2011.*

Variáveis Sociodemográficas	Jornada Profissional			p**
	Curta	Média	Longa	
Cor da pele autopercebida (n,%)				
Branca	70(55,1)	71(61,7)	83(61,9)	0,453
Não Branca	57(44,9)	44(38,3)	51(38,1)	
Situação conjugal (n,%)				
Casado/união estável	88(68,8)	82(68,9)	92(67,2)	0,944
Solteiro/sem companheiro	40(31,2)	37(31,1)	45(32,8)	
Grau de instrução (n,%)				
Pós-graduação (<i>lato e stricto sensu</i>)	82(64,6)	88(73,9)	97(70,3)	0,271
Graduação	45(35,4)	31(26,1)	41(29,7)	
Renda per capita (n,%)				
R\$2324,83 a R\$ 7440,00	26(21,8)	13(11,6)	21(16,8)	0,053
R\$ 1394,90 a R\$2324,50	58(48,7)	48(42,9)	64(51,2)	
Até R\$ 1394,83	35(29,5)	51(45,5)	40(32,0)	
Ter filho menor de 6 anos (n,%)				
Não	32(25,0)	16(23,9)	33(24,6)	0,058
Sim	96(75,0)	101(76,1)	105(75,4)	
Idade (média±DP)	41,8±11,4	43,7±10,2	38,20±9,5	<0,001
Jornada Doméstica (média±DP)	14,2±13,7	12,5±11,5	11,7±10,7	0,294

* diferenças no tamanho da amostra se devem a dados não informados em cada variável

**teste de qui-quadrado de Pearson; ANOVA para os dados contínuos

Tabela 8- Caracterização da jornada profissional trabalho do grupo masculino em função das variáveis ocupacionais com base no teste qui-quadrado, Rio de Janeiro/RJ, Brasil, 2011.*

Variáveis Ocupacionais	Jornada Profissional			p**
	Curta	Média	Longa	
Horário de trabalho (n,%)				
Diurno	51(40,2)	57(47,9)	37(27,4)	0,003
Noturno	76(59,8)	62(52,1)	98(72,6)	
Pensa em abandonar a profissão (n,%)				
Não frequentemente	96(75,6)	92(76,7)	102(72,9)	0,762
Frequentemente	31(24,4)	28(23,3)	38(27,1)	
Desequilíbrio Esforço-Recompensa (n,%)				
Baixo	48(39,3)	44(38,6)	32(23,7)	0,053
Médio	38(31,1)	33(28,9)	49(36,6)	
Alto	36(29,6)	37(32,5)	54(39,7)	
Demanda-Controlle (n,%)				
Baixa exigência	49(42,2)	38(33,0)	32(24,4)	0,008
Trabalho passivo	14(12,1)	27(23,5)	19(14,5)	
Trabalho ativo	29(25,0)	27(23,5)	36(27,5)	
Alta exigência	24(20,7)	23(20,0)	44(33,6)	
Apoio social no trabalho (n,%)				
Alto	51(41,1)	47(40,5)	46(33,3)	0,350
Baixo	73(58,9)	69(59,5)	92(66,7)	
Número de vínculos (n,%)				
Um vínculo	65(50,4)	10(39,2)	7(7,5)	<0,001
Dois vínculos ou mais vínculos	64(49,6)	110(29,5)	86(92,5)	
Tipo de vínculo (n,%)				
Servidor	82(65,1)	91(76,5)	71(52,2)	<0,001
Terceirizado	44(34,1)	28(23,5)	65(47,8)	
Tempo de trabalho na enfermagem (média±DP)	16,0±11,6	19,1±10,1	13,8±9,6	<0,001

* diferenças no tamanho da amostra se devem a dados não informados em cada variável

**teste de qui-quadrado de Pearson; ANOVA para os dados contínuos

Tabela 9-Characterização da jornada profissional de trabalho do grupo masculino em função das variáveis de saúde com base no teste qui-quadrado, Rio de Janeiro/RJ, Brasil, 2011.*

Variáveis de Saúde	Jornada Profissional			p**
	Curta	Média	Longa	
Uso do tabaco (n,%)				
Fumante	10(7,8)	13(11,0)	14(10,1)	0,006
Ex-fumante	39(30,5)	19(16,1)	18(13,0)	
Não-fumante	79(61,7)	86(72,9)	106(76,8)	
Prática de atividade física (n,%)				
Sim	64(49,6)	49(41,2)	47(33,6)	0,028
Não	65(50,4)	70(58,8)	93(66,4)	
Consumo de bebidas alcoólicas (n,%)				
Nunca	40(31,3)	27(22,9)	38(27,7)	0,093
Até 4 vezes ao mês	60(43,5)	72(61,0)	82(59,9)	
Mais 4 vezes ao mês	28(25,2)	19(16,1)	17(12,4)	
Duração do sono por noite (n,%)				
Até 6,5h	59(48)	63(52,9)	80(58)	0,410
De 7 a 8h	49(39,8)	46(38,7)	49(35,5)	
De 8,5 a 12h	15(12,2)	10(8,4)	9(6,5)	
Índice de massa corpórea (IMC) (n,%)				
Normal	41(33,9)	37(33,0)	33(24,8)	0,505
Sobrepeso	53(43,8)	51(45,5)	70(52,6)	
Obeso	27(22,3)	24(21,5)	30(22,6)	

* diferenças no tamanho da amostra se devem a dados não informados em cada variável

**teste de qui-quadrado de Pearson; ANOVA para os dados contínuos

Tabela 10 – Caracterização da autoavaliação de saúde do grupo masculino em função das variáveis sociodemográficas com base no teste qui-quadrado. Rio de Janeiro/RJ, Brasil, 2011.*

Variáveis Sociodemográficas	Autoavaliação de Saúde			p*
	Boa	Regular	Ruim	
Cor da pele autoreferida (n,%)				
Branca	150(58,1)	67(61,5)	16(59,3)	0,839
Não Branca	108(41,9)	42(38,5)	11(40,7)	
Situação conjugal (n,%)				
Casado/união estável	179(67,5)	81(73,6)	15(53,6)	0,116
Solteiro/sem companheiro	86(32,5)	29(26,4)	13(46,4)	
Grau de instrução (n,%)				
Pós-graduação (<i>lato e stricto sensu</i>)	191(72,3)	69(62,2)	21(75,0)	0,168
Somente graduação	73(27,7)	42(37,8)	7(25,0)	
Renda per capita (n,%)				
R\$2324,83 a R\$ 7440,00	43(17,8)	15(14,4)	5(20,8)	0,622
R\$ 1394,90 a R\$2324,50	106(43,8)	54(51,9)	12(50,0)	
Até R\$ 1394,83	93(31,2)	35(33,7)	7(29,2)	
Ter filho menor de 6 anos (n,%)				
Não	51(19,5)	29(26,1)	4(14,3)	0,462
Sim	211(80,5)	82(73,9)	24(85,4)	
Idade (média±DP)	42,3±10,5	39,1±10,8	41,8±10,7	0,031
Jornada Doméstica (média±DP)	11,7±11,0	14,9±13,7	12,5±12,9	0,087

* diferenças no tamanho da amostra se devem a dados não informados em cada variável

**teste de qui-quadrado de Pearson; ANOVA para os dados contínuos

Tabela 11 – Caracterização da autoavaliação de saúde do grupo masculino em função das variáveis ocupacionais com base no teste qui-quadrado. Rio de Janeiro/RJ, Brasil, 2011.*

Variáveis Ocupacionais	Autoavaliação de Saúde			p**
	Boa	Regular	Ruim	
Horário de Trabalho (n,%)				
Diurno	76(28,4)	20(17,7)	8(28,6)	0,085
Noturno	192(71,6)	93(82,3)	20(71,4)	
Pensa em abandonar a profissão (n,%)				
Não frequentemente	214(80,1)	72(63,7)	18(66,7)	0,002
Frequentemente	53(19,9)	41(36,3)	9(33,3)	
Desequilíbrio Esforço-Recompensa (n,%)				
Baixo	108(41,7)	18(17,1)	6(23,1)	<0,001
Médio	80(30,9)	38(36,2)	6(23,1)	
Alto	71(27,4)	49(46,7)	14(53,8)	
Demanda-Controle (n,%)				
Baixa exigência	99(39,6)	21(20,2)	5(19,2)	<0,001
Trabalho passivo	47(18,8)	15(14,4)	4(15,4)	
Trabalho ativo	61(24,4)	30(28,8)	6(23,1)	
Alta exigência	43(17,2)	38(36,6)	11(42,3)	
Apoio social no trabalho (n,%)				
Alto	108(41,4)	37(33,9)	7(27,9)	0,159
Baixo	153(58,6)	72(66,1)	20(74,1)	
Tempo de trabalho na profissão (n,%)				
Até 8 anos	75(28,8)	37(34,3)	8(28,6)	0,529
De 9 a 19 anos	70(26,9)	34(31,4)	8(28,6)	
De 20 a 46 anos	115(44,3)	37(34,3)	12(42,8)	
Número de vínculos (n,%)				
Um vínculo	62(23,1)	15(13,3)	9(32,1)	0,032
Dois vínculos ou mais	206(76,9)	98(86,7)	19(67,9)	
Tipo de vínculo (n,%)				
Servidor	174(66,2)	70(64,2)	14(51,9)	0,332
Terceirizado	89(33,8)	39(35,8)	13(48,1)	
Cargo de chefia (n,%)				
Sim	179(68,1)	72(66,1)	20(74,1)	0,712
Não	82(31,9)	37(33,9)	7(25,9)	
Tempo de trabalho na enfermagem (média±DP)	17,1±11,0	14,3±0,8	17,7±10,7	0,049

* diferenças no tamanho da amostra se devem a dados não informados em cada variável

**teste de qui-quadrado de Pearson; ANOVA para os dados contínuos

Tabela 12 – Caracterização da autoavaliação de saúde do grupo masculino em função das variáveis de saúde com base no teste qui-quadrado. Rio de Janeiro/RJ, Brasil, 2011.*

Variáveis de Saúde	Autoavaliação de saúde			p**
	Boa	Regular	Ruim	
Uso do tabaco (n,%)				
Fumante	26(9,8)	9(8,1)	5(19,2)	0,462
Ex-fumante	50(18,8)	23(20,7)	6(23,1)	
Não-fumante	190(71,4)	79(71,2)	15(57,7)	
Prática de atividade física (n,%)				
Sim	133(50,0)	31(27,7)	6(21,4)	<0,001
Não	133(50,0)	81(72,3)	22(78,6)	
Consumo de bebidas alcoólicas (n,%)				
Nunca	60(22,6)	40(36,7)	9(33,3)	
Até 4 vezes ao mês	156(58,6)	54(49,5)	13(48,1)	0,069
Mais 4 vezes ao mês	50(18,8)	15(13,8)	5(18,6)	
Duração do sono por noite (n,%)				
Até 6,5h	126(48,8)	61(54,5)	21(77,8)	
De 7 a 8h	105(40,2)	43(38,4)	5(18,5)	0,060
De 8,5 a 12h	27(10,5)	8(7,1)	1(3,7)	
Índice de massa corpórea (IMC) (n,%)				
Normal	85(33,5)	23(22,1)	7(26,0)	
Sobrepeso	122(48,0)	51(49,0)	10(37,0)	0,037
Obeso	47(18,5)	30(28,9)	10(37,0)	

* diferenças no tamanho da amostra se devem a dados não informados em cada variável

**teste de qui-quadrado de Pearson; ANOVA para os dados contínuos

Tabela 13: Associação entre a jornada semanal de trabalho profissional e a autoavaliação de saúde regular (*versus* boa). Razão de chance (RC) e respectivo intervalo de confiança (95%) com base na regressão logística multivariada. Rio de Janeiro/RJ, Brasil, 2011

AMOSTRA FEMININA*					
Jornada Profissional	n (%)	RC bruta	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
≤ 46h	900(33,2)	1,00	1,00	1,00	1,00
46,5h - 60,5h	903(33,4)	1,16 (0,91-1,47)	1,18 (0,93-1,51)	1,11 (0,87-1,43)	1,10 (0,85-1,41)
≥61h	903(33,4)	1,46 (1,15-1,85)	1,51 (1,19-1,93)	1,39 (1,08-1,80)	1,33 (1,03-1,72)

AMOSTRA MASCULINA**					
Jornada Profissional	n (%)	RC bruta	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
≤ 49h	129(33,2)	1,00	1,00	1,00	1,00
49,5h – 70,5h	120(30,9)	2,36 (1,24-4,51)	2,65 (1,36-5,18)	2,38 (1,20-4,73)	2,29 (1,14-4,59)
≥71h	139(35,9)	2,60 (1,37-4,94)	2,29 (1,19-4,40)	1,97 (1,00-3,86)	1,83 (0,92-3,63)

* modelos de ajuste para a amostra feminina
 Modelo 1: renda, situação conjugal, jornada doméstica e idade;
 Modelo 2: modelo 1 +turno de trabalho, vínculo e DER;
 Modelo 3: modelo 2+ sono e atividade física.

**modelos de ajuste para a amostra masculina
 Modelo 1: renda, situação conjugal e idade;
 Modelo 2: modelo 1+turno de trabalho, vínculo e DER;
 Modelo 3: modelo 2+ atividade física.

Tabela 14: Associação entre a jornada semanal de trabalho profissional e a autoavaliação de saúde ruim (*versus* boa). Razão de chance (RC) e respectivo intervalo de confiança (95%) com base na regressão logística multivariada. Rio de Janeiro/RJ, Brasil, 2011

AMOSTRA FEMININA*					
Jornada Profissional	n (%)	RC bruta	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
≤ 46h	900	1,00	1,00	1,00	1,00
46,5h - 60,5h	903	1,09 (0,71-1,66)	1,09 (0,71-1,67)	0,98 (0,63-1,53)	0,94 (0,60-1,48)
≥61h	903	1,21 (0,80-1,86)	1,24 (0,78-1,87)	1,01 (0,64-1,59)	0,91 (0,57-1,45)

AMOSTRA MASCULINA**					
Jornada Profissional	n (%)	RC bruta	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
≤ 49h	129	1,00	1,00	1,00	1,00
49,5h – 70,5h	120	0,36 (0,07-1,83)	0,35 (0,07-1,82)	0,30 (0,06-1,62)	0,28 (0,05-1,62)
≥71h	139	1,45 (0,45-4,66)	1,67 (0,51-5,53)	1,19 (0,33-4,29)	1,19 (0,32-4,36)

* modelos de ajuste para a amostra feminina
 Modelo 1: renda, situação conjugal, jornada doméstica e idade;
 Modelo 2: modelo 1+turno de trabalho, vínculo e DER;
 Modelo 3: modelo 2+sono e atividade física.

**modelos de ajuste para a amostra masculina
 Modelo 1: renda, situação conjugal e idade;
 Modelo 2: modelo 1+turno de trabalho, vínculo e DER;
 Modelo 3: modelo 2+atividade física.

DISCUSSÃO

Os resultados confirmam parcialmente as hipóteses do estudo. Entre as mulheres, os dados ajustados indicam maior chance de avaliar a saúde como regular entre aquelas com jornada mais elevada (pelo menos 61 horas semanais). Já entre os homens, a chance de avaliar a saúde como regular no grupo com jornada intermediária (49,5-70,5 horas semanais) foi duas vezes maior do que naquele com jornada profissional inferior a 49 horas semanais. Esses resultados corroboram os de Song e cols. (2006), que observaram aumento superior a 40% na chance de classificar a saúde como regular e ruim entre trabalhadores (homens e mulheres em diversas profissões) com jornadas superiores a 60 horas semanais, comparados aos que apresentavam jornada menor (até 40 horas semanais).

Cabe destacar que a classificação das jornadas aqui realizada baseia-se no perfil do grupo estudado, ressaltando-se que mesmo a jornada intermediária aqui considerada já implica um tempo excessivo de trabalho, se comparado ao observado em outros países. De fato, o número de horas trabalhadas é alto ainda quando se considera o grupo de referência (tercil inferior), com limite máximo de 46 e 49 horas para mulheres e homens, respectivamente. Tais diferenças na extensão da jornada dificultam a comparação com resultados de outros autores. Por exemplo, Shields (1999) utilizou dados estatísticos da população canadense, tendo considerado como jornadas longas aquelas com duração superior a 41 horas semanais, o que corresponde a um grupo que estaria incluído na categoria de referência no caso do presente estudo. As dificuldades na comparação entre os estudos em função da diversidade na amplitude das jornadas são analisadas por van der Hulst (2003). Segundo a autora, alguns estudos, em particular, com trabalhadores japoneses, se referem a jornadas extremamente longas, de forma que o grupo de referência já inclui pessoas que trabalham mais que 40 horas semanais e que, portanto, já poderiam apresentar problemas de saúde decorrentes de longas jornadas. É possível, em função desta característica dos dados analisados no presente estudo, que as

associações detectadas tenham sido subestimadas, se comparadas a um grupo de referência com jornada menor.

Na presente investigação, a jornada semanal média – 55 e 61 horas semanais para mulheres e homens, respectivamente - confirma resultados prévios com profissionais de enfermagem, que também indicam jornadas extensas em decorrência da prática comum de vinculação a dois ou mais empregos (PORTELA et al, 2005; ROTENBERG et al, 2008). Estes valores contrastam com os observados por Hanselhorn et al. (2005) em enfermeiros de 15 países europeus, cuja jornada média variou de 24,5 horas na Holanda a 38,5 horas semanais na Eslováquia. Os valores descritos no presente estudo são, inclusive, superiores à jornada média – 48,8 horas - descrita por Song et al. (2014) em relação a trabalhadores em tempo integral na Coreia, país que ocupa a primeira posição em termos do tempo de trabalho entre os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).

Nossos resultados remetem à revisão conduzida por Caruso et al. (2006) sobre jornadas extensas, na qual foram consideradas tanto jornadas semanais que excediam 40 horas, como jornadas diárias superiores a 8 horas. Os autores observaram que as jornadas extensas se associaram com doenças e dados de mortalidade, além do maior consumo de álcool. Outra revisão importante neste contexto foi realizada por Van der Hulst (2003), ressaltando que a exposição a longas horas de trabalho se reflete em mudanças fisiológicas (redução da resposta imune) e comportamentais (redução das horas de sono). Dados mais recentes também apontam efeitos adversos de jornadas extensas em relação à duração e qualidade do sono (PARKES, 2015). Além disso, dados da literatura reportam a associação entre as longas jornadas e o diagnóstico da hipertensão referida pelos trabalhadores (YOO et al., 2014), a maior prevalência de síndrome metabólica (Kobayashi et al., 2012), o ganho de peso (SOLOVIEVA et al., 2013), assim como a maior incidência de doença coronariana (VIRTANEN et al., 2010) e de sintomas depressivos (KATO et al., 2014).

De acordo com Caruso et al (2006), os possíveis mecanismos e vias através dos quais as longas jornadas poderiam afetar a saúde enquadram-se em duas vertentes principais, quais sejam: (i)

a menor disponibilidade de tempo para o sono e recuperação, assim como para a família e o lazer e (ii) a maior exposição ou aumento na vulnerabilidade a demandas e riscos decorrentes do trabalho. No caso de equipes de enfermagem, a primeira via pode ser exemplificada por estudos epidemiológicos segundo os quais a partir de determinado limite, a jornada profissional se mostra associada a queixas de falta de tempo para o repouso e lazer, como observado por Portela et al. (2005) em três hospitais públicos no Brasil. Em outro estudo brasileiro, Pereira (2013) analisou, através de uma abordagem qualitativa, que os enfermeiros atribuem seu adoecimento à sobrecarga de trabalho e à falta de cuidado decorrentes do tempo excessivo dedicado ao trabalho profissional. Com relação à maior exposição a demandas do trabalho (segunda via), sabe-se que a equipe de enfermagem é usualmente exposta a ambientes insalubres do ponto de vista material que se combina a um alto desgaste emocional (ELIAS e NAVARRO, 2006). A este respeito, em estudo de grande porte que abrangeu mais de 500 hospitais nos EUA, Stimpfel et al. (2012) observaram que quanto mais longa a jornada de trabalho, maior o nível de *burnout* das enfermeiras e de insatisfação dos pacientes. Observa-se, portanto, que a atividade profissional de equipes de enfermagem apresenta diversos elementos da organização e do ambiente de trabalho que podem influenciar as relações entre as longas jornadas e a saúde dos trabalhadores.

A realização das análises separadas para as amostras feminina e masculina se deve a dados da literatura sobre diferenças de gênero tanto em relação à autoavaliação de saúde (KACHI et al., 2014), como em relação às jornadas profissionais (ROTENBERG et al., 2008), incluindo resultados prévios relativos ao mesmo grupo de enfermeiros analisado no presente estudo (FERNANDES et al., 2013). Além disso, a demanda por análises estratificadas no contexto do presente estudo fica evidenciada na investigação conduzida por Song et al. (2014) anteriormente mencionada. Após observar associação significativa entre a jornada profissional e a autoavaliação da saúde em uma amostra mista (razão de chance de 1,42), a estratificação segundo o gênero revelou associação significativa apenas na amostra feminina (razão de chance de 1,98). Outras investigações sobre o tempo excessivo de trabalho e desfechos de saúde em amostras mistas, no caso, sintomas de

depressão, também detectaram associações significativas apenas entre as mulheres (VIRTANEN et al,2011; SHIELDS,1999). Em conjunto, esses resultados reforçam a afirmativa de Hulst (2003) segundo a qual a análise de possíveis diferenças de gênero nas relações entre as jornadas de trabalho e a saúde constitui uma lacuna central a ser suprida em estudos sobre este tema.

Cabe ressaltar que as amostras feminina e masculina investigadas no presente estudo não diferiram quanto à autoavaliação da saúde, observando-se percentuais semelhantes de mulheres e homens nas três categorias de avaliação de saúde. Além disso, as duas amostras também se mostraram semelhantes em relação a algumas análises bivariadas, já que em ambas as amostras a autoavaliação da saúde se mostrou associada ao estresse psicossocial avaliado através de duas escalas independentes, ao pensamento frequente de deixar a profissão, à ausência de atividade física e ao índice de massa corpórea. É possível que a relativa homogeneidade do grupo investigado (todos são enfermeiros que atuam em hospitais públicos) tenha influenciado os resultados, o que merece aprofundamento em estudos futuros.

Também foi observado um perfil semelhante entre homens e mulheres expostos a jornadas classificadas como longas. São grupos que incluem maior proporção de pessoas mais jovens, que estão na profissão há menos tempo, terceirizados, que trabalham à noite, classificados na categoria de alta exigência (alta demanda e baixo controle) e que não praticam atividade física. Destacam-se outras características que foram observadas apenas na amostra feminina, quais sejam, maior proporção de trabalhadoras com curta duração do sono (inferior a 6,5 horas/noite), com alto desequilíbrio esforço-recompensa, com baixo apoio social e que referiram pensar frequentemente em deixar a profissão. Estes resultados expressam o quadro atual de deterioração das relações trabalho-saúde, em especial no que concerne à amostra feminina. De fato, no Brasil, os plantões de 12 horas com acúmulo de vínculos é uma realidade entre os enfermeiros, que chegam a fazer plantões de 24 horas em alguns hospitais (RIBEIRO-SILVA et al., 2006), o que ressalta a demanda por intervenções na organização do trabalho, incluindo aspectos ligados ao número de vínculos profissionais, que venham a beneficiar não só a saúde dos trabalhadores, mas também a qualidade da

assistência aos pacientes (STIMPFEL et al,2012). No que concerne ao perfil dos trabalhadores sujeitos a longas jornadas, cabe destacar a discussão empreendida por Härmä (2006) sobre o trabalho como fonte de adoecimento, enfatizando o papel do sono insuficiente aliado à má recuperação como via comum que ligaria as longas jornadas, o trabalho em turnos e o estresse ocupacional com a saúde dos trabalhadores.

Na presente investigação, as associações significativas nos dados ajustados referem-se exclusivamente à autoavaliação da saúde como regular. O baixo percentual de trabalhadores que avaliaram sua saúde como ruim – em torno de 7% – se assemelha a algumas investigações com amostras de trabalhadores. Barros e Nahas (2001), ao investigaram funcionários de uma indústria, encontram 0,5% de trabalhadores que avaliaram sua saúde como ruim. Já Kachi et al (2014) mostraram que, aproximadamente, 11% das mulheres e 9% dos homens referiram autoavaliação de saúde ruim. O baixo percentual de autoavaliação ruim decorre possivelmente do efeito do trabalhador saudável (PEARCE, CHECKOWAY e KRIEBEL,2007), no sentido de que os trabalhadores em piores condições de saúde não mais se encontram em atividade e, conseqüentemente, não teriam sido incluídos no grupo elegível. Trata-se de um viés inevitável em estudos de desenho transversal no campo da saúde do trabalhador.

Uma limitação da presente investigação, inevitável nos estudos com desenho seccional é a impossibilidade de estabelecer a relação de temporalidade entre a jornada profissional e a autoavaliação de saúde. Em outras palavras, o caráter seccional do estudo compromete a relação de causalidade entre a exposição e o desfecho. Embora tenham sido testadas diferentes variáveis como potenciais confundidoras, não pode ser descartada a possível influência de outros fatores não contemplados no estudo, como dados relativos à saúde mental e características mais específicas do trabalho em enfermagem (como as relações com pacientes e familiares). O viés de informação também pode ter sido relevante, uma vez que o estudo se baseia em dados autoreferidos. Outro aspecto que merece menção é composição da amostra. Os enfermeiros apresentam características particulares que combinam o trabalho em turnos e os múltiplos vínculos em ambientes considerados

desgastantes do ponto de vista emocional (ELIAS e NAVARRO, 2006). Além disso, o tamanho relativamente reduzido da amostra masculina pode ter influenciado alguns resultados. Nesse sentido, os achados não devem ser generalizados para outras categorias profissionais.

Cabe ressaltar, como ponto positivo do estudo, o uso das horas reais dedicadas ao trabalho profissional, como recomenda van der Hulst (2003). Esta informação foi obtida através do recordário das horas trabalhadas dia a dia ao longo de uma semana, o que dá uma dimensão mais real da variável de exposição, se comparado a informações gerais obtidas a partir dos serviços de recursos humanos sobre os horários de trabalho prescritos para os setores de trabalho. Este aspecto é especialmente relevante no caso de equipes de enfermagem, tendo em vista a flexibilidade de realizar trocas de plantão entre os profissionais (RIBEIRO-SILVA et al., 2006). Outro ponto positivo se refere à estratificação das análises segundo o gênero, que permitiu detectar diferenças relevantes nos resultados.

A complexidade das relações entre a jornada de trabalho e a saúde é enfatizada por diversos autores, tendo em vista a influência de uma gama de fatores ocupacionais (aspectos psicossociais como as demandas, recompensas, apoio social, controle sobre o trabalho e sobre o horário de trabalho e esquema de turnos, entre outros) e variáveis de ordem individual, como o perfil sociodemográfico e o trabalho doméstico (CARUSO et al, 2006; HARMA,2006). Neste contexto, cabe destacar que associações observadas no presente estudo foram detectadas mesmo após ajuste por diversas variáveis, o que sugere uma relação consistente entre o excesso de horas de trabalho e a visão dos trabalhadores sobre sua própria saúde.

Em suma, considerando que a autoavaliação da saúde expressa de forma consistente aspectos da morbimortalidade (SZWARCOWALD et al, 2005), os resultados apresentados apontam para a premência de se promover intervenções na organização do trabalho e na valorização da profissão capazes de amenizar o quadro atual de múltiplos empregos, com possíveis repercussões à saúde dos trabalhadores e à qualidade da assistência nos hospitais.

REFERÊNCIAS

Bae SH, Fabry D. *Assessing the relationships between nurse work hours/overtime and nurse and patient outcomes: systematic literature review*. Nurs Outlook. 2014 Mar-Apr;62(2):138-56.

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

Caruso CC, Bushnell T, Eggerth D, Heitmann A, Kojola B, Newman K, et al. *Long working hours, safety, and health: toward a National Research Agenda*. Am J Ind Med. 2006;49(11):930-42.

Chalupka S. *Overtime work as a predictor of a major depressive episode*. Workplace Health Saf. 2012; 60(4):192.

Dal Rosso S. *A jornada de trabalho na sociedade: o castigo de Prometeu/Sadi Dal Rosso*.—São Paulo: LTr,1996. página 27.

Elias MA, Navarro VL. *A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola*. Revista Latino-americana Enfermagem 2006,jul/ago;14(4):517-25.

Felli, VEA. *Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para redução da jornada de trabalho para 30 horas*. Enfermagem em Foco,2012;3(4):178-181.

Fernandes JC, Portela LF, Rotenberg L, Griep RH. *Jornada de trabalho e comportamentos de saúde entre enfermeiros de hospitais públicos*. Rev. Latino-Am. Enfermagem. set.-out. 2013.

Giannini EF. *Tempo e subjetividades perspectivas plurais*. Capítulo V-Tempo, trabalho e subjetividade-crisis da atualidade, página 283, Rio de Janeiro:7 letras: pequeno gesto,2013-394 p:23 cm.

Griep RH, Fonseca MJM, Melo ECP, Portlea LF, Rotenberg L. *Enfermeiros dos grandes hospitais públicos no Rio de Janeiro: características sociodemográficas e relacionadas ao trabalho*. Rev. Bras. Enferm. . 2013, vol.66, n.spe, pp. 151-157.

Hasselhorn HM, Tackenberg P, Muller BH, Witten-berg J, Kuemmerling A, Simon M. *Nursing in Europe: Intention to leave the nursing profession*. NEXT Study Group. 2005. pp 2-79.

Härmä M. *Workhours in relation to work stress, recovery and health*. Scand J Work Environ Health 2006;32(6,special issue):502–514

International Labour Office (OIT). *Working conditions laws report 2012: A global review*/Naj Ghosheh; International Labour Office - Geneva: ILO, 2013.

Johnson J, Lipscomb J. *Long working hours, occupational health and the changing nature of work organization*. American Journal of Industrial Medicine 49:921-929. (2006).

Kachi Y, Inoue M, Nishikitani M, Yano E. *Differences in self-rated health by employment contract and household structure among Japanese employees: a nationwide cross-sectional study*. J Occup Health. 2014;56(5):339-46. Epub 2014 Sep 17.

Kato R, Haruyama Y, Endo M, Tsutsumi A, Muto T. *Heavy overtime work and depressive disorder among male workers*. Occup Med (Lond). 2014; 64(8):622-8.

Kobayashi T, Suzuki E, Takao S, Doi H. *Long working hours and metabolic syndrome among Japanese men: a cross-sectional study*. BMC Public Health. 2012 May 31;12:395.

Parkes KR. *Sleep patterns of offshore day-workers in relation to overtime work and age*. Appl Ergon. 2015 May;48:232-9. Epub 2015 Jan 5.

Pearce N, Checkoway H, Kriebel D. *Bias in occupational epidemiology studies*. OCCUP ENVIRON MED. 2007;64:562-8.

Pereira, A V. *O cotidiano de enfermeiras e enfermeiros: relações de gênero a partir do tempo no hospital*. Revista Latino Americana de Enfermagem. <https://mc04.manuscriptcentral.com/rlae-scielo>. 2013.

Portela LF, Rotenberg L, Wasissmann W. *Health, sleep and lack of time: relations to domestic and paid work in nurses*. Rev Saúde Pública 2005, 39 (5):802-8.

Ribeiro-Silva, F, Rotenberg, L, Soares, R E, Pessanha, J, Ferreira, F P, Oliveira, P, Silva-Costa, A et al. *Sleep on the job partially compensates for sleep loss in night-shift nurses*. Chronobiology International, 23(6): 1389–1399, (2006) .

Rotenberg L, Portela LF, Banks B, Griep RH, Fischer FM, Landsbergis P. *A gender approach to work ability and its relationship to professional and domestic work hours among nursing personnel*. Appl Ergonomics. 2008;39:646-62.

Shields, M. *Long working hours and health*. Health Reports Autumn. 1999;11(2):33-48.

Silva AA, Rotenberg L, Fischer FM. *Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho*. Revista Saúde Pública 2011;45 (6);11 17-26.

Solovieva S, Lallukka T, Virtanen M, Viikari-Juntura E. *Psychosocial factors at work, long work hours, and obesity: a systematic review*. Scand J Work Environ Health. 2013 May 1;39(3):241-58. Epub 2013 Apr 16.

Song, J, Lee G, Kwon J, Park JW, Choi H, Lim S. *The association between long working hours and self-rated health*. Annals of Occupational and environmental Medicine,2014,26:2.

Stimpfel AW, Sloane DM, Aiken LH. *The Longer The Shifts For Hospital Nurses, The Higher The Levels Of Burnout And Patient Dissatisfaction*. Health affairs (Project Hope). 2012;31(11):2501-2509.

Szwarcwald CL; Souza-Júnior, PRB; Esteves, MA; Damacena, GN; Viacava, F. *Socio-demographic of self-rated health in Brazil*. Cad Saude Publica. 2005;21(Suppl 1):554-64.

Van der Hulst M. *Long workhours and health*. Scand J Work Environ Health 2003;29(3):171–188.

Virtanen M, Ferrie JE, Singh-Manoux A, Shipley MJ, Stansfeld SA, et al. *Long working hours and symptoms of anxiety and depression: a 5-year follow-up of the Whitehall II study*. Psychol Med.2011;41:2485–2494

Virtanen M, Ferrie JE, Singh-Manoux A, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot MG, Kivimäki M. *Overtime work and incident coronary heart disease: the Whitehall II prospective cohort study*. Eur Heart J. 2010 Jul;31(14):1737-44. doi: 10.1093/eurheartj/ehq124. Epub 2010 May 11.

Yoo DH, Kang MY, Paek D, Min B, Cho SI. *Effect of Long Working Hours on Self-reported Hypertension among Middle-aged and Older Wage Workers*. Ann Occup Environ Med. 2014 Sep 3;26:25.

Who – World Health Organization. *Preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO; 1998.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na atual configuração do mercado, é de suma importância, estudar as jornadas de trabalho e seu impacto à saúde, devido às novas organizações do mundo do trabalho que englobam a flexibilidade, a terceirização e modalidades que propiciam o aumento das horas trabalhadas. Como questão de destaque na sociedade moderna, este tema merece discussão entre todas as esferas de governo, entidades representativas da categoria profissional e da gestão hospitalar para melhor planejamento e organização do trabalho a fim de minimizar seus efeitos na vida do trabalhador.

Diante da escassa literatura nacional sobre o tema, propõe-se ampliar o conhecimento através de investigações epidemiológicas que permitam avaliar melhor o perfil dos trabalhadores expostos a longas jornadas no que concerne às variáveis sociodemográficas, ocupacionais e aquelas relativas ao estilo/comportamento de saúde entre os profissionais da enfermagem.

Por fim, diante do que foi apresentado nessa dissertação, faz-se necessário um investimento na saúde do trabalhador da enfermagem com foco na organização e condições de trabalho. Como fruto de reflexões sobre o tema, destacam-se algumas recomendações como, por exemplo, maior participação dos trabalhadores na gestão, buscando discussões e diálogos sobre as condições de trabalho e sua organização. Tais discussões poderão subsidiar ações do Sindicato e órgãos representativos da categoria para a elaboração de políticas voltadas para melhoria do ambiente de trabalho e reconhecimento do valor da profissão. Estes pontos devem ser considerados na legislação da regulamentação das horas de trabalho e da definição de salários, no sentido de favorecer a saúde dos trabalhadores e a qualidade do serviço prestado nos hospitais.

6 REFERENCIAS

- AQUINO, E.M.L.; ARAÚJO, M.J.S.; MENEZES, G.M.S. e MARINHO LFB. **Saúde e trabalho de mulheres profissionais de enfermagem em um hospital público de Salvador, Bahia** Rev. Brasileira de Enfermagem, 1993;(46).pp245–257.
- AHN, T. **Reduction of working time: Does it lead to a healthy lifestyle?** JEL categories:110,J80,C20. Agosto de 2013.
- ÅKERSTED T, KNUTSSON A, WESTERHOLM P, THEORELL T, ALFREDSSON L, KECKLUND G. **Sleep disturbances, work stress and work hours A cross-sectional study.** J Psychosom Res 2002;53:741-8.
- ARTAZCOZ L, CORTÈS I, BORRELL C, ESCRIBÀ-AGÜIR V, CASCANT L. **Gender perspective in the analysis of the relationship between long workhours, health and health-related behavior.** Scand J Work Environ Health. 2007 Oct;33(5):344-50.
- BAILIS, D.S, SEGALL, A., CHIPPERFIELD,JG. **Two views of self-rated general health status.** Soc Sci Med 2003;56(2):203-17.
- BAUER,G.F; HUBER,C.A.; JENNY,G.J.; MULLER,F.E HARMMING,O. **Socioeconomic status, working conditions and self-rated health in Switzerland:explaining the gradiente in men and women.** Int J Public Health. 2009;54(1):23-30.
- BAE SH, FABRY D. **Assessing the relationships between nurse work hours/overtime and nurse and patient outcomes: systematic literature review.**Nurs Outlook. 2014 Mar-Apr;62(2):138-56.
- BARROS, M.V., NAHAS, M.V. **Comportamentos de risco, autoavaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria.** Rev Saúde Pública 2001;35(6):554-63.
- BURSTROM, B., FREDLUND, P. **Self rated health: Is it a good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes?** J Epidemiol Community Health 2001;55(11):836-40
- BRUIN, A., PICA VET, H.S.J., NOSSIKOV, A., editors. **Health inteview surveys: towards international harmonization of methods and instruments.** Copenhagen: WHO, 1996. (Regional Publications European Series, 58)
- CARUSO CC, BUSHNELL T, EGGERTH D, HEITMANN A, KOJOLA B, NEWMAN K, et al. **Long working hours, safety, and health: toward a National Research Agenda.** *Am J Ind Med.* 2006;49(11):930-42.
- CARUSO CC. **Negative impacts of shiftwork and long work hours.** Rehabilitation Nursing, 39 (1), pp. 16–25, 2014.
- CARUSO CC, HITCHCOCK EM, DICK RB, RSSO M, SCHIMIT JM. **Overtime and Extended Work Shifts: Recent Findings on Illnesses, Injuries, and Health Behaviors.** NIOSH,abril, 2004.
- CHALUPKA S. **Overtime work as a predictor of a major depressive episode.** Workplace Health Saf. 2012; 60(4):192.

CHENG Y, CHEN I, CHEN C, BURRE, H, HASSELHORN. **The influence of age on the distribution of self-rated health, burnout and their associations with psychosocial work conditions.** *Jof Psychosomatic Research* 74(2013) 213-220

DACHS, J.N, W. **Determinantes das desigualdades na autoavaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998.** *Ciência & Saúde Coletiva* 2002;7(4):641-57.

Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987 (BR). **Dispõe sobre a Regulamentação da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências.** Diário Oficial da União [periódico na Internet].

DEMBE, A. E., ERICKSON, J.B., DELBAS, R. G. BANKS, S. M. **The impact of overtime and long work hours on occupational injuries and illnesses: new evidence from the United States.** *Occup Environ Med* 2005, 62: 588-597.

DEPNER CM1, STOTHARD ER, WRIGHT KP JR. **Metabolic consequences of sleep and circadian disorders.** *Curr Diab Rep.* 2014 Jul;14(7):507.

ELIAS MA, NAVARRO VL. **A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola.** *Revista Latino-americana Enfermagem* [internet] 2006, jul/ago;14(4):517-25.

FELLI, VEA. **Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para redução da jornada de trabalho para 30 horas.** *Enfermagem em Foco*, 2012;3(4):178-181.

FERNANDES JC, PORTELA LF, ROTENBERG L, GRIEP RH. **Jornada de trabalho e comportamentos de saúde entre enfermeiros de hospitais públicos.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. set.-out. 2013.

FERREIRA, R. C., GRIEP, R. H., FONSECA, M. J. M. e ROTENBERG, L. **Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2012, vol.46, n.2, pp. 259-268.

FROOM P, MELAMED S, TRIBER I, RATSON NZ, HERMONI D. **Predicting selfreported health: the CORDIS study.** *Prev Med* 2004;39(2):419-23.

GIANNINI, E F. **Tempo e subjetividades perspectivas plurais.** Capítulo V-Tempo, trabalho e subjetividade-crisis da atualidade, página 283, Rio de Janeiro: 7 letras: pequeno gesto, 2013-394 p:23 cm.

GRIEP, R H et al. **Enfermeiros dos grandes hospitais públicos no Rio de Janeiro: características sociodemográficas e relacionadas ao trabalho.** *Rev. bras. enferm.* [online]. 2013, vol.66, n.spe, pp. 151-157.

HASSELHORN, H. M., TACKENBERG, P., MÜLLER, B.H. **Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe.** SALTSA NEXT Study Group. Joint Program-me for Working Life Research in Europe Report. 7(7).

HÄRMÄ M. **Workhours in relation to work stress, recovery and health.** Scand J Work Environ Health 2006;32(6):502–514

HASSELHORN HM, TACKENBERG P, MULLER BH, WITTEN-BERG J, KUEMMERLING A, SIMON M. **Nursing in Europe: Intention to leave the nursing profession.** NEXT Study Group. 2005. pp 2-79.

HÖFELMANN, D.A., BLANK, N. **Autoavaliação de saúde entre trabalhadores de uma indústria no sul do Brasil.** Rev Saude Publica 2007; 41: 777-87.

IDLER EL, BENYAMINI Y. **Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies.**J Saúde Soe Behav 1997; 38:21-37

INTERNATIONAL LABOUR OFFICE (OIT).**Working time around the world: trends in working hours, laws and policies in a global comparative perspective.** Lee, Sang-Heon; Deirdre McCann and Jon C,2007.

INTERNATIONAL LABOUR OFFICE (OIT).**Working conditions laws report 2012:** A global review/Naj Ghosheh; International Labour Office - Geneva: ILO, 2013.

INTERNATIONAL LABOUR OFFICE (OIT). **‘Guidelines concerning a statistical definition of informal employment’, endorsed by the Seventeenth International Conference of Labour Statisticians, Seventeenth International Conference of Labour Statisticians, Report of the Conference, Geneva, 24 Nov. to 3 Dec.2003.**

INTERNATIONAL LABOUR OFFICE (OIT).**Hours of Work: From fixed to flexible?** (Geneva, ILO). 2005.

JOHNSON,J, LIPSCOMB, J. **Long working hours, occupational health and the changing nature of work organization.** American Journal of Industrial Medicine 49:921-929. (2006). Doi: 10.1002/ajim.20383

KACHI Y, INOUE M, NISHIKITANI M, YANO E. **Differences in self-rated health by employment contract and household structure among Japanese employees: a nationwide cross-sectional study.** J Occup Health. 2014;56(5):339-46. Epub 2014 Sep 17.

KATO R, HARUYAMA Y, ENDO M, TSUTSUMI A, MUTO T. **Heavy overtime work and depressive disorder among male workers.** Occup Med (Lond). 2014; 64(8):622-8.

KOBAYASHI T,SUZUKI E, TAKAO S, DOI H. **Long working hours and metabolic syndrome among Japanese men: a cross-sectional study.** BMC Public Health. 2012 May 31;12:395.

a-LIMA-COSTA, M.F., BARRETO, S.M., FIRMO, J.O., UCHOA E. **Socioeconomic position and health in a population of Brazilian elderly: the Bambui Health and Ageing Study (BHAS).** Rev Panam Salud Publica 2003;13(6):387-94.

b- LIMA-COSTA, M.F., BARRETO, S.M., GIATTI, L., UCHOA, E. **Socioeconomic circumstances and health among the brazilian elderly: a study using data from a national household survey.** Cad Saúde Pública 2003;19(3):745-57.

LINDHOLM M M., DEJ IN IN-KARLSSON E E., O STERGREN P. -O. & UDE´ N G. **Nurse managers' professional networks, psychosocial resources and self-rated health** (2003) *Journal of Advanced Nursing* 42(5), 506–515.

LIPSCOMB J, et al. **Health care system changes and reported musculoskeletal disorders among registered nurses.** *Am J Public Health* 2004;94(8):1431-5.

YOO DH,KANG MY, PAEK D, MIN B, CHO SI.**Effect of Long Working Hours on Self-reported Hypertension among Middle-aged and Older Wage Workers** .*Ann Occup Environ Med.* 2014 Sep 3;26:25.

MANDERBACKA,K;LAHELMA,E, e MARTIKAINEN,P. **Examining the continuity of self-rated health.** *Int. J. Epidemiol.* (1998) 27 (2):208-213.doi: 10.1093/ije/27.2.208

MCGEE,D.L;LIAO,Y;CAO,G;COOPER,R.S. **Self reported Health Status and Mortality in a Multiethnic US Cohort.** *Am. J. Epidemiol.* (1999) 149 (1):41-46.

MOSSEY, J.M., SHAPIRO, E. **Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly.** *Am J Public Health* 1982; 72: 800-8.

MUFORESE, NT. **O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais: reflexo das mudanças no mundo do trabalho.** Ribeirão Preto, 2004. (Tese de Doutorado).

MÜLLER, D. V. K. **A Síndrome de *burnout* no trabalho de assistência à saúde: estudo dos profissionais da equipe de enfermagem do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.** (Dissertação de Mestrado) Escola de Engenharia,Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil, 2004.

PAFARO, R.C;MARTINO, M.M.F. de. **Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas.** *Rev Esc Enferm USP* 2004; 38(2):152-6.

PARK,J., KIM, Y.,CHUNG,H.K.,HISANAGA,N.**Long working hours and subjective fatigue symptoms.** *Industrial Health*, 2001,39,250-254.

PARKES KR. **Sleep patterns of offshore day-workers in relation to overtime work and age.** *Appl Ergon.* 2015 May;48:232-9.

PEARCE N,CHECKOWAY H, KRIEBEL D. **Bias in occupational epidemiology studies.** *OCCUP ENVIRON MED.*2007;64:562-8.

PEREIRA, A V. **O cotidiano de enfermeiras e enfermeiros: relações de gênero a partir do tempo no hospital.** *Revista Latino Americana de Enfermagem.*
<https://mc04.manuscriptcentral.com/rlae-scielo>

PHILLIPS, L.J., HAMMOCK, R.L., BLANTON, J.M. **Predictors of self-rated health status among Texas residents.** *Prev Chronic Dis* 2005; 2: A12

PIKHART, H; ET AL . **Psychosocial work characteristics and self rated health in four post-communist countries.** *Epidemiol Community Health* 2001;55:624-630.

PORTELA LF, ROTENBERG L, WASISSMANN W. **Health, sleep and lack of time: relations to domestic and paid work in nurses.** Rev Saúde Pública [internet] 2005;39 (5):802-8.

RIBEIRO-SILVA, F, ROTENBERG, L, SOARES, R E, PESSANHA, J, FERREIRA, F P, OLIVEIRA, P, SILVA-COSTA, A ET AL. **Sleep on the job partially compensates for sleep loss in night-shift nurses.** Chronobiology International, 23(6): 1389–1399, (2006).

ROTENBERG L, PORTELA LF, BANKS B, GRIEP RH, FISCHER FM, LANDSBERGIS P. **A gender approach to work ability and its relationship to professional and domestic work hours among nursing personnel.** Appl Ergonomics. [internet] 2008;39.646-62.

SANTOS, S. M. ET AL. **Associação entre fatores contextuais e autoavaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2533-2554, nov. 2007.

SILVA, D. A. S. **Indicadores do estilo de vida e autoavaliação negativa de saúde em universitários de uma instituição pública do nordeste do Brasil.** Rev Bras Ativ Fis e Saúde • Pelotas/RS • 17(4):263-269 • Ago/2012.

SILVA AA, ROTENBERG L, FISCHER FM. **Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho.** Revista Saúde Pública [internet] 2011;45 (6);11 17-26.

SILVA AP, SOUZA JMP, F BORGES FNS, FISCHER FM. **Health-related quality of life and working conditions among nursing providers.** Rev Saúde Pública. 2010;44(4):718-25.

SILVA, BM,;LIMA, FRF; FARIAS, FSAB;CAMPOS, ACS. **Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Jul-Set; 15(3): 442-8.

SHIELDS, M. **Long working hours and health.** Health Reports Autumn. 1999;11(2):33-48.

SPUERGEON A, HARRINGTON JM, COOPER CL. **Health and safety problems associated with long working hours: a review of the current position.** Occup Environm Med. 1997;54:367-75.

SONG, J, ET AL. **The association between long working hours and self-rated health.** Annals of Occupational and environmental Medicine, 2014, 26:2.

SOUZA, M.C. ET AL. **Autoavaliação de saúde e limitações físicas decorrentes de problemas de saúde.** Rev Saúde Pública 2008;42(4):741-9.

SOLOVIEVA S, LALLUKKA T, VIRTANEN M, VIIKARI-JUNTURA E. **Psychosocial factors at work, long work hours, and obesity: a systematic review.** Scand J Work Environ Health. 2013 May 1;39(3):241-58. doi: 10.5271/sjweh.3364. Epub 2013 Apr 16.

STIMPFEL AW, SLOANE DM, AIKEN LH. **The Longer The Shifts For Hospital Nurses, The Higher The Levels Of Burnout And Patient Dissatisfaction.** Health affairs (Project Hope). 2012;31(11):2501-2509.

SZWARCWALD ,CL; SOUZA-JÚNIOR, PRB; ESTEVES, MA; DAMACENA, GN; VIACAVA, F. **Socio-demographic of self-rated health in Brazil.** Cad Saude Publica. 2005;21(Suppl 1):554-64.

THEME-FILHA, M.M., SZWARCOWALD, C.L., SOUZA-JÚNIOR, P.R.B. **Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003.** Cad Saude Publica. 2005;21(Suppl 1):S43-53.

THEME-FILHA,M.M., SZWARCOWALD, C.L., SOUZA JUNIOR, PR. **Measurements of reported morbidity and interrelationships with health dimensions.** Rev Saude Publica 2008; 42: 73-81.

VAN DOORSLAER E, JONES AM. **Inequalities in self-reported health: validation of a new approach to measurement.**J Health Econ. 2003 Jan;22(1):61.

VAN DER HULST M. **Long workhours and health.** Scand J Work Environ Health 2003;29(3):171–188.

a- VIRTANEN M,FERRIE JR,GIMENO D,VAHTERA J,ELOCAINIO M et al. **Long working hours and sleep disturbancs: The Whietall II Prospective cohort Study.**Sleep,Vol.32:737-745 número 6,2009.

b- VIRTANEN, M,SINGH-MANOUX A, FERRIER HE,GIMENO D,MARMOT MG, et al. **Long working hours and cognitive functions:the Whitehall II Study.** Am J Epidemiol 169:596-605.2009.

WILCOX,V,L,KASL, S.V. ILDER,E.L. **Self-rated health and physical disability in elderly survivor of a major medical event.** Journal of Gerontology: *SOCIAL SCIENCES* 1996, Vol. 51B, No. 2, S96-SI04.

WHO – World Health Organization. **Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity.** Geneve: WHO; 1998

ANEXOS

ANEXO 1: Termo de Compromisso Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Estudo da Saúde dos Enfermeiros

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Trabalho noturno e sua associação com fatores de risco para doenças cardiovasculares entre enfermeiros – O Estudo da Saúde dos Enfermeiros”, coordenado por pesquisadores da Fiocruz em parceria com a Federação Nacional dos Sindicatos dos Enfermeiros, cujo objetivo principal é conhecer aspectos da saúde de enfermeiros brasileiros. Os objetivos específicos desta pesquisa são: descrever o perfil dos enfermeiros quanto às variáveis sócio-demográficas, ao trabalho profissional (turno de trabalho, número de noites trabalhadas, número de empregos, tempo no turno, tempo na ocupação), e às condições de saúde física e mental referidas (incluindo queixas referentes ao sono, recuperação após o trabalho e estresse psicossocial no trabalho) e diagnóstico médico referido de hipertensão, diabetes e outras doenças cardiovasculares; avaliar a associação entre o trabalho noturno e fatores de risco para as doenças cardiovasculares, incluindo a hipertensão e o diabetes referidos e a obesidade; avaliar a associação entre queixas relacionadas ao sono e os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, considerando possibilidade aspectos do sono/repouso durante o plantão noturno e identificar os principais mediadores dos efeitos do trabalho noturno na ocorrência de doenças cardiovasculares, utilizando-se modelagem de equação estrutural. Você foi selecionado por ser um enfermeiro que atua em um hospital público de grande porte. 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 preencher o questionário, fornecendo informações sobre sua saúde e características do(s) seu(s) local(is) de trabalho. Não há nenhum risco relacionado com sua participação e não será necessária a realização de nenhum exame físico ou de laboratório. Os benefícios de sua participação se referem a um maior conhecimento acerca do perfil de saúde dos enfermeiros relacionados ao tipo de plantão que trabalha e as características da ocupação. Com essas informações, pretende-se subsidiar os sindicatos nas ações por melhores condições de trabalho e saúde dos enfermeiros. 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. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. O material será armazenado por um período de 5 anos no Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde – LEAS, do Instituto Oswaldo Cruz – Fiocruz. Ao recebermos o questionário e este Termo de Consentimento preenchidos, consideraremos que você entendeu os objetivos e que concorda em participar da pesquisa. Os resultados deste subprojeto serão resumidos em folhetos explicativos, que serão posteriormente enviados aos profissionais de enfermagem participantes. Além disso, pretende-se apresentar os resultados da pesquisa em fóruns relativos à enfermagem, tais como eventos científicos ou afins. A parceria com a Federação dos Sindicatos dos Enfermeiros permitirá que os resultados da pesquisa possam ser utilizados de maneira mais direta como subsidio na elaboração de propostas que leve em conta a proteção da saúde dos trabalhadores. Em qualquer etapa do estudo você terá acesso à pesquisadora responsável, Dr^a Rosane Härter Griep, que estará à disposição para esclarecer qualquer tipo de dúvida e fornecer maiores informações. Caso seja de seu interesse visite o site da pesquisa: www.ioc.fiocruz.br/enfsaude. Dúvidas sobre aspectos éticos da pesquisa entre em contato pelos telefones (21) 2562-1557, 2562-1554, 2562-1599 ou através do endereço eletrônico: enfsaude@fiocruz.br.

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. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. 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 Enfermeiro) dia mês ano

(Nome do Enfermeiro – letra de forma)

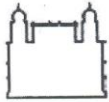
Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes deste estudo ao enfermeiro indicado acima.

_____/_____/_____
(Assinatura da pessoa que obteve o consentimento) dia mês ano



Pesquisadora responsável

ANEXO 2: Aprovação do CEP: Estudo da Saúde dos Enfermeiros



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP/FIOCRUZ

Rio de Janeiro, 26 de março de 2009.

Carta: 023/09

De: CEP/FIOCRUZ

Para: - Dra. Rosane Harter Griep e
- Dr. Ricardo Lourenço de Oliveira

Prezados Senhores,

Estamos encaminhando o parecer do protocolo **472/08** intitulado **"Trabalho noturno e sua associação com fatores de risco para doenças cardiovasculares entre enfermeiros"** com a deliberação de **APROVADO**.

Atenciosamente


Carla Dias Netto
Secretária Geral
CEP/Fiocruz

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
Fundação Oswaldo Cruz
Avenida Brasil, 4.036 - Sala: 705
Manguinhos - RJ. - CEP.: 21.040-360
Tels.: (21) 3882-9011 Fax: (21) 2561-4815
e-mail: etica@fiocruz.br

ANEXO 3: Questões extraídas do questionário: "Estudo da Saúde dos Enfermeiros" utilizadas na dissertação

VARIAVEIS OCUPACIONAIS

A4 -Há quanto tempo você trabalha na Enfermagem?

_____anos. Há menos de um ano.

A5 -Em quantos locais você trabalha na área da Enfermagem?

- Um
 Dois
 Três ou mais

A6-Sobre o Vínculo empregatício 1

Seu vínculo é CLT Funcionário público Terceirizado Outro _____

A9 –Quantas horas você se dedicou ao trabalho profissional de enfermagem em cada dia da última semana. Use a tabela abaixo para fazer um recordatório. Considere, também, horas extras, trabalho levado para casa.

	Ontem 1º dia	Anteontem 2º dia	Antes de anteontem 3º dia	4º dia	5º dia	6º dia	7º dia
Dia da semana							
Dia							
Noite							

A11 -ATUALMENTE, VOCÊ TRABALHA REGULARMENTE EM PLANTÕES NOTURNOS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM ALGUM LOCAL? (CONSIDERE REGULARMENTE PELO MENOS 1 VEZ POR SEMANA OU 4 VEZES POR MÊS)

Sim

Não VÁ PARA PERGUNTA A16

PERGUNTAS REFERENTES À ESCALA ESFORÇO- RECOMPENSA (A18)

A18 Considere seu trabalho na enfermagem e, assinale para cada afirmativa até que pontovocê 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 e 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

PERGUNTAS REFERENTES À ESCALA DEMANDA-CONTROLE

A21 A seguir, responda até que ponto você concorda ou discorda das seguintes afirmativas sobre o seu trabalho.

a- Meu trabalho me possibilita aprender coisas novas.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

b- Meu trabalho envolve muito trabalho repetitivo.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

c- Meu trabalho requer que eu seja criativo.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

d- Meu trabalho exige um alto nível de habilidade.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

e- Em meu trabalho, eu posso fazer muitas coisas diferentes.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

f- No meu trabalho, eu tenho oportunidade de desenvolver minhas habilidades especiais.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

g- O que tenho a dizer sobre o que acontece o meu trabalho é considerado.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

h- Meu trabalho me permite tomar muitas decisões por minha própria conta.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

i- Em meu trabalho, eu tenho pouca liberdade para decidir como fazer minhas próprias tarefas.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

j- Meu trabalho requer que eu trabalhe muito duro.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

k- Meu trabalho requer que eu trabalhe muito rapidamente.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

l- Eu não sou solicitado(a) a realizar um volume excessivo de trabalho.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

m- O tempo para a realização das minhas tarefas é suficiente.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

n- Algumas demandas que eu tenho que atender no meu trabalho estão em conflito umas com as outras.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

PERGUNTAS REFERENTES AO APOIO SOCIAL

r- Meu supervisor preocupa-se com o bem-estar de sua equipe de trabalho.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

s- Meu supervisor me ajuda a fazer meu trabalho.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

t- Meu supervisor me trata com respeito.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

u- As pessoas com quem eu trabalho são amigáveis.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

v- As pessoas com quem eu trabalho são colaborativas na realização das atividades.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

w- Eu sou tratado/a com respeito pelos meu colegas de trabalho

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

A22 Durante os últimos 12 meses, com que frequência você pensou em abandonar a enfermagem?

- Nenhuma vez
- Algumas vezes durante o ano
- Algumas vezes por mês
- Algumas vezes por semana
- Todos os dias

VARIAVEIS DE SAUDE

B1 -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

B11- Quantas horas você costuma dormir em uma noite habitual de sono? _____ horas

B15 -Qual é o seu peso atual (mulheres grávidas por favor informar o peso antes de engravidar)?

____|____|____| kg0[] não sei informar

B16 -Qual é a sua altura atual?

____|____|____| cm0[] não sei informar

B18 -Nas ULTIMAS DUAS SEMANAS, você praticou alguma atividade física?

[] Sim [] Não

B21 Você fuma cigarros?

[] Sim. Aproximadamente, quantos cigarros por dia? _____ cigarros

[] Não, fumei no passado, mas parei de fumar.

[] Não, nunca fumei.

B22 -Com que frequência você ingere bebidas que contém álcool?

1[] nunca - vá para a pergunta b26

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

VARIAVEIS SOCIODEMOGRAFICAS

C7 -Qual a sua idade? _____ anos

C9 -Qual seu grau de instrução? (considere aquele para o qual você já possui diploma ou certificado de conclusão)

1[] Universitário completo

2[] Pós-graduação(especialização, residência)

3[] Mestrado

4[] Doutorado

C14 -Você atualmente está casado(a) ou vive com alguém?

- 1[] Sim, está formalmente casado/a
2[] Sim, vive em união
3[] Não, mas já foi casado/a ou viveu com alguém
4[] Nunca foi casado/a ou viveu com alguém

C16 -Atualmente, você tem filhos menores de 6 anos você tem morando com você?

- 1[] não
2[] sim

C17-Segundo a classificação do Censo Brasileiro do IBGE,assinale a sua cor/raça:

- 1[] preta
2[] branca
3[] amarela
4[] parda(mestiço)
5[] indígena
6[] não sei/não quero responder

C18 – No MÊS PASSADO, qual foi aproximadamente sua renda familiar LÍQUIDA?

- 1[] Menos de 930 reais
2[] Entre 930 e 1859 reais
3[] Entre 1860 e 2789 reais
4[] Entre 2790 e 3719 reais
5[] Entre 3720 e 4649 reais
6[] Entre 4650 e 5579 reais
7[] Entre 5580 e 6509 reais
8[] Entre 6510 e 7439 reais
9[] 7440 reais ou mais
10[] não sei/não quero responder

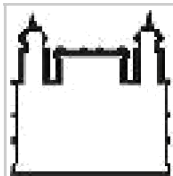
C19 -Quantas pessoas (adultos e crianças), INCLUINDO VOCE, dependem dessa renda para viver? Se for o caso, inclua dependentes que recebem pensão alimentícia.

- |_|_|_| pessoas
0[] não sei/não quero responder

C23- Nos últimos sete dias, quantas horas, aproximadamente, você dedicou ao trabalho doméstico?

	Ontem 1º dia	Anteontem 2º dia	Antes de anteontem 3º dia	4º dia	5º dia	6º dia	7º dia
Dia da semana							
Dia							
Noite							

Anexo 4: Parecer consubstanciado do CEP/ENSP com aprovação do uso do banco de dados



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Tempo dedicado ao trabalho e autoavaliação da saúde em enfermeiros de hospitais públicos no Rio de Janeiro e uma análise da jornada profissional

Pesquisador: Juliana da Costa Fernandes

Área

Temático

a:

Versão:

1

CAAE: 32249114.2.0000.5240

Instituição Proponente: Fundação Oswaldo Cruz

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 709.990

Data da Relatoria: 02/07/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto da Mestranda Juliana da Costa Fernandes, do Programa de SP, orientado por Lúcia Rotenberg e Rosane Härter Griep, qualificado em 28/03/2014.

Trata-se de uma análise do banco de dados de acesso restrito que consiste nas informações de 3229 enfermeiros que responderam ao questionário do estudo transversal denominado "Trabalho noturno e sua associação com fatores de risco para doenças cardiovasculares entre enfermeiros - O Estudo da Saúde dos Enfermeiros", coordenado pela pesquisadora Rosane Härter Griep e aprovado pelo CEP IOC- Fiocruz sob o nº 472/08.

Como o projeto de Daiana Rangel de Oliveira, CAAE 23354213.5.0000.5240, aprovado por este CEP em 03/12/2013, o projeto de pesquisa em apreciação trata-se de outro sub-projeto de aluno que analisará banco de dados da pesquisa guarda-chuva já realizada sob coordenação de suas orientadoras.

Assim, para esta dissertação, será utilizada a variável de desfecho "De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como você considera o seu estado de saúde?" com as seguintes opções de respostas: "muito bom", "bom", "regular", "ruim" e "muito ruim", e serão dicotomizados em dois níveis: muito bom/bom (referência), regular e ruim/muito ruim. Os dados



Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA - ENSP/ FIOCRUZ



serão analisados utilizando o programa SPSS versão 19. Análises descritivas univariadas e bivariadas para examinar fatores sócio-demográficos e ocupacionais associados à intenção de abandonar a enfermagem serão realizadas utilizando o teste de qui-quadrado com níveis de significância de 5%. A seguir, análises múltiplas serão realizadas buscando-se investigar a associação entre as variáveis sócio-demográficas e ocupacionais selecionadas e a autoavaliação de saúde entre os enfermeiros, considerando possíveis confundidores nessa associação. Analisar essas questões permitirá realizar inferências sobre o perfil dos enfermeiros que trabalham muito e como avaliam sua saúde.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo deste estudo é analisar a relação entre o tempo dedicado ao trabalho profissional e a autoavaliação da saúde em enfermeiros de hospitais de grande porte no município do Rio de Janeiro.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar o perfil da população do estudo segundo as variáveis sociodemográficas, relacionadas ao trabalho e à saúde;
- Descrever a jornada de trabalho profissional segundo os fatores sociodemográficos;
- Analisar a associação entre o tempo dedicado profissional e a saúde autoavaliada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora, "Não há nenhum risco relacionado ao uso do banco de dados. Todas as informações obtidas são confidenciais e não há possibilidade de identificação dos participantes no banco".

Quanto aos benefícios, a autora refere-se a contribuições para discussões sobre as condições de trabalho no Brasil, incluindo aspectos ligados à precarização e seu impacto sobre a saúde dos enfermeiros. E acredita que "poderá fornecer subsídios para discussões sobre organização do trabalho, no sentido de favorecer a saúde desses trabalhadores em seus ambientes ocupacionais, apontando questões para estudos futuros".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou:

Projeto de Pesquisa

na íntegra;

Formulário de

Encaminhamento;

Folha de Rosto gerada pela Plataforma Brasil assinada pelo pesquisador responsável; Orçamento Detalhado;

Cronograma;

Termo de Autorização para análise do banco de dados da pesquisa "Trabalho noturno e sua associação com fatores de risco para doenças cardiovasculares entre enfermeiros - O Estudo da Saúde dos Enfermeiros", assinado pela pesquisadora Rosane Härter Griep.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação", cujo modelo se encontra disponível em www.ensp.fiocruz.br/etica.

ESCOLA NACIONAL DE PÚBLICA
SERGIO AROUCA -ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 709.990

RIO DE JANEIRO, 05 de Julho de 2014

Assinado por Carla Lourenço de Andrade (coordenador)