UNICAMP

LUCIANA TIEMI KURANISHI FERREIRA

CAPACIDADE PARA O TRABALHO, QUALIDADE DE VIDA E SONOLÊNCIA ENTRE A EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UTI

WORK ABILITY, QUALITY OF LIFE AND SLEEPINESS AMONG THE NURSING TEAM AN ICU

Campinas
2012

UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

LUCIANA TIEMI KURANISHI FERREIRA

CAPACIDADE PARA O TRABALHO, QUALIDADE DE VIDA E SONOLÊNCIA ENTRE A EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UTI

WORKABILITY, QUALITY OF LIFE AND SLEEPINESS AMONG THE NURSING TEAM AN ICU

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP para obtenção do título de Mestra em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem e Trabalho.

Dissertation submitted to the Faculty of Medical Sciences, University of Campinas – UNICAMP for the title of Master of Nursing. Area of Concentration: Nursing and Work.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Inês Monteiro

Tutor: Associate Professor Maria Inês Monteiro

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA LUCIANA TIEMI KURANISHI FERREIRA E ORIENTADA PELA PROFA. DRA. MARIA INÊS MONTEIRO.

_____
Assinatura do (a) Orientador (a)

Campinas, 2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
ROSANA EVANGELISTA PODEROSO – CRB8/6652
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

F413c

Ferreira, Luciana Tiemi Kuranishi, 1987-
Capacidade para o trabalho, qualidade de vida e sonolência entre a equipe de enfermagem em UTI / Luciana Tiemi Kuranishi Ferreira. -- Campinas, SP : [s.n.], 2012.

Orientador : Maria Inês Monteiro.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Avaliação da capacidade de trabalho. 2. Condições de trabalho. 3. Trabalho em turnos. 4. Sono. I. Monteiro, Maria Inês. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Workability, quality of life and sleepiness among the nursing team in ICU.

Palavras-chave em inglês:
Work Capacity Evaluation
Working Conditions
Shift Work
Sleep

Área de Concentração: Enfermagem e Trabalho

Titulação: Mestra em Enfermagem

Banca examinadora:

Maria Inês Monteiro [Orientador]
Frida Marina Fischer
Heleno Rodrigues Corrêa Filho

Data da defesa: 03-07-2012

Programa de Pós-Graduação: Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

LUCIANA TIEMI KURANISHI FERREIRA (RA: 062470)

Orientador (a) PROFA. DRA. MARIA INÊS MONTEIRO

Membros:

1. **PROFA. DRA. MARIA INÊS MONTEIRO** _____
2. **PROFA. DRA. FRIDA MARINA FISCHER** _____
3. **PROF. DR. HELENO RODRIGUES CORRÊA FILHO** _____

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 03 de julho de 2012

DEDICATÓRIA

*Aos meus **pais** e **irmão,** que*

me incentivaram em todo momento,

não mediram esforços para ajudar e nunca me deixaram desistir.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela força nos momentos mais difíceis e desesperadores,

A Estrela por me guiar e confortar em todos os momentos de insegurança, dúvida e angústia,

Aos meus pais, Siley e Nilza, devo a minha eterna gratidão, por serem meu porto seguro e inspiração! Obrigada pelo amor incondicional, grande carinho, muita paciência e dedicação, preciosos conselhos, imensa compreensão e muito apoio durante todos esses meses de muito trabalho, sem vocês a concretização dessa dissertação seria impossível, essa conquista é NOSSA,

Ao meu irmão Caio, meu grande orgulho, e mesmo longe não recusou ajuda em todos os momentos que precisei,

Aos Professores Prof Dr. Heleno Rodrigues Corrêa Filho e Profa Dra Frida Marina Fischer, por aceitarem participar da minha banca, pelas contribuições, discussões e sugestões para construção desse trabalho,

A Professora Drª Maria Filomena Ceolim pela contribuição na qualificação, com sugestões e discussões pertinentes,

Aos estatísticos Cleyde e Helymar pela contribuição para as análises estatísticas do trabalho,

A todos os professores e funcionários da pós-graduação do departamento de Enfermagem,

As grandes amigas Patrícia Hirata e Flávia Mariotto que estiveram muito presentes, sempre compartilhando todos os bons momentos, os sofrimentos, as angústias, as alegrias, as viagens e momentos de felicidade nos encontros e saídas,

As amigas inseparáveis durante a graduação que na medida do possível contribuíram, com palavras e mensagens de apoio durante essa caminhada Amanda Sena, Andressa Nunciaroni, Erika Trovilho, Marina Fuzita e Katia Lacerda,

A todos os amigos que participaram direta ou indiretamente apoiando, aconselhando, confortando e incentivando em todos os momentos, cito, Stênio Manzoli, Valéria Masson, Tatiana Vedovato, Noelia Bedoya, Fabiane Dalben, Fernanda Sobral, Fernanda Silva, Mariana Akiti, Rosana Nazaro, Daniel Kacelnik, Jacimara Zandonella, Sabrina Coelho, Gabriel Lazari, Walter Catão, Felipe Bhering, Fabrício Rocha, Sara Santos, Ricardo Thomazelli, Patrícia Santos, Jessica Mello, Natacha Rodrigues;

Aos colegas do grupo de pesquisa e demais colegas da pós-graduação;

Aos colegas de trabalho e toda equipe de enfermagem, pelos aprendizados e crescimento pessoal e profissional;

Aos funcionários do IAMSPE, em especial aos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que participaram desta pesquisa.

A todos meu muito obrigada!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A Profª Drª Maria Inês Monteiro, por acreditar na concretização desse trabalho, pelos conhecimentos transmitidos, pela imensa compreensão e apoio durante as dificuldades e contratempos que surgiram, pelos conselhos, paciência, amizade, ensinamentos de vida e exemplo de pessoa e profissional. O meu muito obrigada!

“Se pensarmos pequeno, coisas pequenas teremos... Mas se desejarmos fortemente o melhor e principalmente lutarmos pelo melhor, o melhor vai se instalar em nossa vida.”

(Carlos Drummond de Andrade)

RESUMO

O trabalho em turnos entre a equipe de enfermagem que atua em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) pode ser prejudicial à saúde e características de estilo de vida, saúde e trabalho podem interferir e favorecer a diminuição da capacidade para o trabalho, qualidade de vida e aumento da sonolência. Os objetivos deste estudo foram avaliar a capacidade para o trabalho e associá-las as dimensões de qualidade de vida e sonolência; e as características sóciodemográficas, condições de saúde, trabalho e estilo de vida desses trabalhadores. Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, realizado entre 193 trabalhadores de enfermagem que atuavam em um hospital público de grande porte na cidade de São Paulo. Os questionários autorrespondidos, usados para o levantamento de dados, continham dados sociodemográficos, estilo de vida, aspectos de saúde e trabalho (QSETES); Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), qualidade de vida com o WHOQOL-BREF; Escala de sonolência de Epworth (ESS). Metade dos trabalhadores apresentou boa capacidade para o trabalho (51%). Pela análise de regressão linear univariada o ICT apresentou associação negativa com a sonolência ($p<0,001$) e associação positiva com todos os domínios de qualidade de vida, domínio físico ($p <0,001$), domínio psicológico ($p <0,001$), domínio relações sociais ($p <0,001$) e domínio meio ambiente ($p <0,001$). Houve associação entre ICT e a percepção de saúde comparada ($p<0,001$), hábito de tabagismo ($p=0,006$), IMC ($p=0,021$), presença de dor nos últimos seis meses ($p<0,001$) e problemas de saúde nos últimos 15 dias ($p<0,000$), satisfação com a vida atual ($p<0,000$) e uso de medicamento ($p<0,001$). Os turnos de trabalho apresentaram diferenças significativas com a qualidade de vida no domínio físico ($p=0,048$) e no domínio relações sociais ($p=0,026$). A partir da identificação e avaliação precoce do processo saúde-doença, é possível investir em programas preventivos, práticas de promoção à saúde e estimular ações que melhorem a qualidade de vida desses trabalhadores e com isso diminuir a sonolência e aumentar a capacidade para o trabalho.

Linha de pesquisa: Trabalho, Saúde e Educação

Palavras-chaves: Avaliação da capacidade de trabalho. Condições de trabalho. Trabalho em turnos. Sono. Qualidade de vida. Enfermagem.

ABSTRACT

Shift work between the nursing staff that works in intensive care units (ICUs) can be harmful to health and lifestyle characteristics, health and work can interfere with and facilitate the reduction of work ability, quality of life and increased sleepiness. The objectives of this study were to evaluate the ability to work and associate them with the dimensions of quality of life and sleepiness, and sociodemographic characteristics, health status, work and lifestyle of these workers. This is a cross-sectional epidemiological study, conducted among 193 nursing staff who worked in a large public hospital in São Paulo. The self questionnaires answered, used for data collection, containing sociodemographic data, lifestyle, health and labor aspects (QSETES) Index the Work Ability (ICT), quality of life with the WHOQOL-BREF; sleepiness scale Epworth (ESS). Half of the workers showed a good capacity for work (51%). By univariate linear regression analysis WAI negatively associated with sleepiness ($p < 0.001$) and positively associated with all domains of quality of life, physical ($p < 0.001$), psychological domain ($p < 0.001$), social relationships domain ($p < 0.001$) and environment domain ($p < 0.001$). An association between ICT and health perception compared ($p < 0.001$), smoking ($p = 0.006$), BMI ($p = 0.021$), pain in the last six months ($p < 0.001$) and health problems in the past 15 days ($p < 0.000$), satisfaction with current life ($p < 0.000$) and medication use ($p < 0.001$). The work shifts showed significant differences in the quality of life in the physical domain ($p = 0.048$) and the social relationships domain ($p = 0.026$). From the early identification and assessment of the health-disease process, it is possible to invest in preventive programs, health promotion practices and encourage actions that improve the quality of life of workers and thus reduce sleepiness and increase the capacity for work.

Keywords: Work Capacity Evaluation. Working Conditions. Shift Work. Sleep. Quality of Life. Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das frequências absolutas e relativas dos profissionais do IAMSPE, segundo variáveis sociodemográficas. São Paulo, 2012 (n=193).

Tabela 2 – Distribuição das frequências absolutas e relativas dos profissionais do IAMSPE, segundo características do trabalho. São Paulo, 2012 (n=193).

Tabela 3– Distribuição dos valores média e desvio padrão dos profissionais do IAMSPE, segundo as variáveis relacionadas ao trabalho. São Paulo, 2012 (n=193).

Tabela 4– Distribuição da equipe de enfermagem segundo aspectos da saúde e estilo de vida. São Paulo, 2012.

Tabela 5- Distribuição da equipe de enfermagem segundo exposição a fatores de risco ocupacionais. São Paulo, 2012 (n=193).

Tabela 6– Distribuição das frequências absolutas e relativas da equipe de enfermagem segundo a capacidade para o trabalho (ICT). São Paulo, 2012 (n=192).

Tabela 7– Distribuição das frequências absolutas e relativas dos profissionais de enfermagem, segundo aspectos relacionados ao ICT. São Paulo, 2012 (n=192).

Tabela 8 - Média dos escores da avaliação da qualidade de vida da equipe de enfermagem de UTI´s segundo domínios do WHOQOL-BREF. São Paulo, 2012.

Tabela 9- Médias (DP) de faixa etária por ICT escala de sonolência de Epworth . São Paulo, 2012.

Tabela 10 – Médias (DP) de faixa etária por domínios do Whoqol-Bref. São Paulo, 2012.

Tabela 11 – Médias (DP) de turnos por ICT, escala de sonolência de Epworth. São Paulo, 2012.

Tabela 12 – Médias (DP) de turnos por domínios do Whoqol-Bref. São Paulo, 2012.

Tabela 13 – Médias (DP) de gênero por ICT, escala de sonolência de Epworth. São Paulo, 2012.

Tabela 14 – Médias (DP) de gênero por domínios do Whoqol-Bref. São Paulo, 2012.

Tabela 15– Associação média (DP) do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) e variáveis de saúde, hábito e estilo de vida. São Paulo, 2012.

Tabela 16- Análise de regressão linear univariada para identificar os fatores relacionados com o escore do ICT (n=192).

Tabela 17- Análise de regressão linear univariada para identificar os fatores relacionados com o escore do ICT (n=192).

Tabela 18 - Análise de regressão linear multivariada para escore do ICT (n=102).

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Características do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)

Quadro 2 - Escala de graduação de Sonolência Excessiva (SE)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Organograma hierárquico do hospital

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEAMAS - Centros de Assistência Médico Ambulatorial

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas

CS – Centro de Saúde

DP – Desvio Padrão

DEPTO – Departamento

EPI – Equipamento de proteção individual

ESS – Escala de Sonolência de Epworth

FCM – Faculdade de Ciências Médicas

HSPE – Hospital do Servidor Público Estadual

IAMSPE – Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia Estatística

ICT – Índice de Capacidade para o Trabalho

IMC – Índice de Massa Corpórea

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

NCR – Unidade de terapia intensiva da neurocirurgia

OMS – Organização Mundial da Saúde

PSQI – Índice de Qualidade de Sono de Pittsburg

QSETES – Questionário com Dados Socio demográficos, Estilo de Vida, Trabalho e Aspectos de Saúde e Riscos Ocupacionais

QV – Qualidade de Vida

SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial

SAS- Statistical Analyses System

SE – Sonolência excessiva

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TI – Tecnologia da informação

UCO – Unidade coronariana

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

WAI – Work Ability Index

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

WHOQOL-Bref – Instrumento para avaliação da qualidade de vida versão abreviada

SUMÁRIO

RESUMO.....viii

ABSTRACT.....x

CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....19

1- INTRODUÇÃO.....21

1.1 – O trabalho em turnos.....21

1.2 – A Capacidade para o trabalho.....22

1.3 – Qualidade de vida e sonolência entre a equipe de enfermagem.....24

1.4 – Hipóteses de estudo.....26

2- OBJETIVOS.....28

2.1- Objetivo geral.....28

2.2- Objetivos específicos.....28

3- MATERIAL E MÉTODOS.....29

3.1- Características do estudo.....29

3.2- Descrição do local da pesquisa.....29

3.3- Sujeitos da pesquisa.....31

3.4- Coleta de dados.....31

3.5- Descrição dos instrumentos.....32

3.5.1 – Índice de capacidade para o trabalho (ICT).....32

3.5.2 – Questionário de Qualidade de vida - WHOQOL–BREF.....34

3.5.3 – Escala de Sonolência de Epworth - ESS 34

3.5.4 - Questionário sociodemográfico e estilo de vida.....35

3.6- Análise estatística.....35

3.7- Aspectos éticos.....36

4- RESULTADOS......37

4.1- Algumas características do trabalho no IAMSPE.....37

4.2- Dados sociodemográficos, estilo de vida e condições de trabalho.....37

4.3- Dados referentes ao Índice de Capacidade para o Trabalho, Qualidade de Vida e Sonolência.....44

5- DISCUSSÃO.....61

6- LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....76

7- CONCLUSÃO.....77

8- REFERÊNCIAS.....80

9- ANEXOS.....90

10- APÊNDICES.....102

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O interesse em estudar a capacidade para o trabalho, qualidade de vida (QV) e sonolência entre a equipe de enfermagem, na cidade de São Paulo originou-se a partir da minha experiência profissional.

Quando terminei a graduação enviei muitos currículos solicitando trabalho e minha primeira oportunidade de emprego foi atuar como docente supervisora de estágio em um Centro de Saúde (CS) pela escola técnica SENAC e, como era de se esperar, adorei a experiência.

Foi um grande desafio estar recém formada, sem experiência na área, deparar-me com a dificuldade para ensinar, executar a habilidade nos procedimentos técnicos com os alunos e nortear algumas condutas. Após a primeira experiência de trabalho, minha visão sobre a necessidade da pós graduação se solidificou bem como o desejo de compartilhar conhecimentos e experiências.

Assim, ingressei no mestrado e continuei a busca pelo emprego que me daria a experiência profissional e, após seis meses, ao ser aprovada em concurso público, fui chamada para trabalhar no Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE). Por cursar as disciplinas do mestrado, optei pelo período noturno de trabalho na enfermaria de neurologia clínica. Ainda assim, os primeiros dois meses de treinamento foram realizados no período diurno das 7h às 13h15.

Após assumir a enfermaria no período noturno, percebi algumas mudanças em relação à disposição para o trabalho, apetite, ciclo sono e vigília, com discreta diminuição da atenção, bem como ouvi relatos de outros integrantes da equipe de enfermagem relacionados ao mesmo tema. Deste modo, tendo em vista um setor como a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que demanda atenção e bom nível de alerta devido à instabilidade dos pacientes, questionei-me como ficam as questões relacionadas à capacidade para o trabalho e vida desses

trabalhadores. Isso porque meu nível de atenção após as 23 horas parecia diminuir, bem como o aumento da sensação de mal estar à medida que avançavam as horas, o que me incomodava muito, pois além do cansaço físico as horas de sono durante o dia eram fragmentadas.

Por meio de levantamento na literatura observei que não havia estudos que fizessem a relação entre a capacidade para o trabalho, qualidade de vida e sonolência entre esses trabalhadores. Para viabilizar o estudo no prazo determinado, devido à dificuldade para aprovação e autorização do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital no qual seria realizada a pesquisa, optei pela coleta de dados entre os profissionais de enfermagem atuantes nas UTI´s.

A Professora Dra. Maria Inês Monteiro é responsável pelo meu acompanhamento em estudos acadêmicos desde o primeiro ano de graduação onde iniciei como bolsista trabalho. Posteriormente, realizei duas iniciações científicas nas quais estudei as condições de saúde e estilo de vida entre motoristas de táxi na cidade de São Paulo [(1)].

Também, fui aluna de estágio supervisionado no Centro de Saúde DIC III onde desenvolvi atividades nos eixos de assistência, com consulta de enfermagem, gestão da unidade e educação continuada com os trabalhadores.

1- INTRODUÇÃO

1.1- O trabalho em turnos

Nas últimas décadas, houve aumento crescente na oferta dos serviços disponíveis à população durante períodos prolongados do dia e finais de semana e com isso a necessidade de os trabalhadores se revezarem em turnos de trabalho e horários irregulares para suprirem a demanda de produção de bens e prestação de serviços. Contudo, observou-se que essa organização do trabalho e revezamento em turnos, inclusive noturno, pode ser prejudicial a saúde, ocasionando impactos no bem estar físico, mental e social dos trabalhadores [(2)].

No que se refere ao campo da saúde, os problemas que afetam esses profissionais são semelhantes aos das demais áreas, isso porque todos estão sujeitos a sofrerem desgaste físico e mental consideráveis, pois para alguns trabalhadores falta autonomia, especialmente quando surgem dificuldades em controlar seus processos de trabalho. Além disso, muitos trabalhadores possuem mais de um vínculo empregatício, outros têm carga horária de trabalho excessiva, além de sofrerem com a pressão no desempenho da função [(3)].

Tendo em vista que o trabalho em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) é complexo, por ser uma unidade especializada e de alta complexidade, que necessita de recursos humanos em continuo aperfeiçoamento, e que seus trabalhadores, principalmente os técnicos em enfermagem, por desempenharem atividades assistenciais consideradas desgastantes como higiene, alimentação, terapêutica medicamentosa, curativos e cuidados manuais, verifica-se que esses profissionais estão sujeitos a vivenciarem um desgaste significativo, seja pelo trabalho cotidiano, pelos turnos e processos de trabalho [(4)].

Há diversos estudos relacionados à carga de trabalho entre profissionais de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), isso porque a demanda de trabalho nessas unidades é grande devido complexidade exigida pelos pacientes graves, que em sua

maioria são idosos, além da necessidade de instalação e manuseio de equipamentos de alta tecnologia, espaço físico diferenciado e pessoas treinadas e qualificadas [5].

Um estudo realizado por Gonçalves e Padilha [6] que avaliou a carga de trabalho da equipe de enfermagem exigida pelos pacientes predominantemente do sexo masculino e idosos, submetidos a tratamentos clínicos e/ou procedentes do centro cirúrgico, com baixa gravidade e baixa taxa de mortalidade identificou que a demanda foi elevada, com maior carga de trabalho da equipe de enfermagem nos pacientes internados por mais de seis dias e que evoluíram para óbito. Esses demandaram maior tempo de assistência na UTI.

Os profissionais de enfermagem que trabalham em unidades de alta complexidade, como as UTIs, sofrem desgaste físico e mental consideráveis devido a carga de trabalho exigida nesses setores, que é agravada pelo regime de trabalho em turnos, tornando-os susceptíveis a sofrerem distúrbios neuropsíquicos, cardiovasculares e gastrointestinais, tendo a vida social, a prejudicada em primeiro lugar [7].

Outros autores [8-9-10-11] referem que o trabalho em turnos podem ocasionar alterações fisiológicas e psicológicas, alterações do ritmo biológico, distúrbios do sono, problemas de saúde, diminuição do desempenho no trabalho, insatisfação no trabalho e isolamento social.

1.2 – A Capacidade para o trabalho

Estudos sobre população revelam o envelhecimento populacional brasileiro. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) no ano de 2002 a população considerada idosa, acima de 60 anos era de 14 milhões e espera-se que em 2025 seja de 33, 4 milhões. Há um aumento da população idosa nos países em desenvolvimento, e com isso a preocupação para que haja o envelhecimento ativo dessa população. Assim, por meio de medidas eficazes, espera-se maior participação dessas pessoas na sociedade de acordo com suas capacidades entre elas a participação no trabalho [12].

De acordo com Tuomi [13]:

> "*O conceito de capacidade para o trabalho abrange as capacidades física, mental e social do individuo em relação às exigências do trabalho e leva em consideração também, aspectos como educação, conhecimento, habilidade, experiência e motivação. A definição conceitual de capacidade para o trabalho representa a questão de o quanto o trabalhador esta bem no momento e num futuro próximo e o quanto está apto a fazer seu trabalho com relação às exigências do trabalho, à saúde e aos recursos mentais"*

Assim, com o aumento da expectativa de vida, a população economicamente ativa trabalhará por mais anos, o que poderá acarretar mudanças na capacidade para o trabalho desses profissionais.

Por ser uma tendência mundial, o envelhecimento populacional ocorrerá nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Portanto, uma atenção especial deve ser dada e este fator, para que as condições de vida e saúde não sejam afetadas com o passar dos anos, pois há uma tendência da redução de capacidade para o trabalho à medida que o indivíduo envelhece e aumenta o tempo de permanência na mesma função [14-15].

No estudo de Metzner e Fischer [15] a capacidade para o trabalho de trabalhadores em turnos fixos de 12 horas fica prejudicada, pois afeta a percepção da fadiga, aumentando-a, e dificulta a manutenção do sono, além de poder aumentar a carga de trabalho, influenciando assim na capacidade para o trabalho.

Em estudo realizado por Chillida [16] avaliou-se o índice de capacidade para o trabalho entre profissionais de enfermagem e identificou-se que um número considerável de

trabalhadores apresentou capacidade para o trabalho alterada entre as categorias moderada ou baixa e que o trabalho noturno interferia negativamente na qualidade de vida (QV) desses profissionais, uma vez que afetavam o humor, os hábitos de alimentação e de sono, além de causar prejuízo social.

Em outros estudos [17-18-19-20-21-22-23] que avaliaram a capacidade para o trabalho de profissionais em diversos ramos produtivos apontam-se e destacam-se a importância para a promoção da saúde no trabalho como um dos aspectos fundamentais na manutenção da qualidade de vida e capacidade para o trabalho.

Para isso, sabe-se que a prevenção de acidentes e de doenças ocupacionais realizadas por meio da promoção a saúde do trabalhador são essenciais. E essas discussões são necessárias para aprofundar os conhecimentos existentes para prevenir os agravos à saúde decorrentes do trabalho. Por meio das práticas educativas é possível proporcionar ao trabalhador autonomia para intervir em seus processos de trabalho, inclusive pelo reconhecimento dos problemas decorrentes dele para com isso manter boa qualidade de vida e prevenir os danos à saúde [24].

1.3 - Qualidade de vida e sonolência entre a equipe de enfermagem

Para a OMS [25] qualidade de vida é

> *"a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas*

crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente" [25].

Sabe-se que a qualidade de vida no trabalho depende de inúmeros fatores, entre eles, salário que evite a multiplicidade de empregos, espaço físico adequado que permita o exercício da equipe de enfermagem sem limitações, integração social, a fim de permitir um trabalho coeso, privacidade para guardar os materiais pessoais e refeitório, recursos materiais para o trabalho, satisfação no trabalho pela adequada remuneração e atividades laborais que proporcionem relaxamento antes do inicio do trabalho [26].

Em estudo que avaliou a relação de trabalho e a qualidade de vida entre médicos e enfermeiros foi encontrado que ambos os profissionais realizavam grandes esforços físicos, sofriam pressões psicológicas e apresentavam insegurança no trabalho, o que afetou, diretamente, a qualidade de vida dessa população [27].

Outros agentes estressores, também podem influenciar de maneira negativa os indicadores de qualidade de vida, pois a equipe de enfermagem está submetida a um rígido controle do tempo seja pela administração de medicamentos, banho no leito, aspiração de vias aéreas e curativos e/ou realização de outros procedimentos, podendo estar aliada a falta de materiais e equipamentos adequados, a existência de conflitos de relacionamentos entre os membros da equipe, ao estado crítico de saúde do paciente, a dupla jornada de trabalho devido à necessidade de complementação da renda e o trabalho em finais de semana e feriados pela forma de organização e estruturação do ambiente de trabalho em uma UTI [28].

Paschoa [29] avaliou a qualidade de vida entre auxiliares e técnicos de enfermagem que atuam em UTIs de um hospital escola e identificou escores médios insatisfatórios nos domínios físicos e meio ambiente, e concluiu que o trabalho pode ser um dos fatores que contribuíram para esse resultado, já que os aspectos de qualidade de vida são amplos.

Sabe-se que os transtornos do sono podem interferir consideravelmente na qualidade de vida de uma pessoa. Esses podem estar relacionados à insônia, a distúrbios respiratórios, a depressão e a distúrbios do movimento noturno. Uma má noite de sono pode ser prejudicial a curto, médio ou longo prazo, pois afetam as atividades diárias, o desempenho profissional, e ocasionam alterações no humor e alterações fisiológicas [30-31].

Em estudo realizado por Fischer [32] em trabalhadores de enfermagem, foi encontrado pior qualidade de sono em situações diurna, após o trabalho noturno, com diminuição dos níveis de alerta à noite à medida que aumentavam as horas de trabalho.

Dessa forma, busca-se por meio da abordagem à equipe de enfermagem e ao seu trabalho, entender como os trabalhadores atuantes em unidades complexas como as UTIs percebem sua capacidade para o trabalho, qualidade de vida e sonolência, esperando-se, com isso, que os dados possam fornecer subsídios para a discussão, elaboração e implementação de programas de promoção à saúde e possibilitando mudanças nas condições de trabalho para sua melhoria.

Assim, para nortear este estudo propõe-se a seguinte questão de pesquisa:

- A qualidade de vida, sonolência, características sociodemográficas, estilo de vida, condições de trabalho e problemas de saúde influenciam a capacidade para o trabalho dos trabalhadores que atuam predominantemente em turnos nas diferentes UTIs em um hospital público de grande porte na cidade de São Paulo?

1.4 – Hipóteses de estudo

- Há diminuição da capacidade para o trabalho entre os trabalhadores do turno noturno em relação ao turno diurno na equipe de enfermagem que atua em UTI.

- Há diminuição da qualidade de vida entre os trabalhadores do turno noturno em relação ao turno diurno na equipe de enfermagem que atua em UTI.

- Há aumento da percepção da sonolência entre os trabalhadores do turno noturno em relação ao turno diurno na equipe de enfermagem que atua em UTI.

2- OBJETIVOS

2.1- Geral

- Avaliar a capacidade para o trabalho e associá-la aos domínios de qualidade de vida e a sonolência entre a equipe de enfermagem atuante em diferentes Unidades de Terapia Intensiva.

2.2- Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, condições de saúde, trabalho e estilo de vida desses profissionais;
- Avaliar a capacidade para o trabalho e associá-la às características sociodemográficas, turno, categoria profissional e problemas de saúde;
- Avaliar a qualidade de vida e sonolência associada à faixa etária, sexo, turno, categoria profissional e problemas de saúde;

3- MATERIAL E MÉTODO

3.1- Características do estudo

Estudo epidemiológico transversal, descritivo e exploratório com levantamento de dados por meio da entrega dos questionários auto- respondidos a todos os trabalhadores em todos os turnos de trabalho. Foram utilizados questionários que avaliaram a qualidade de vida, sonolência e capacidade para o trabalho entre os integrantes da equipe de enfermagem que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva.

3.2- Descrição do local de pesquisa

Este estudo foi realizado no Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira (HSPE/IAMSPE) entre os trabalhadores da equipe de enfermagem que atuam nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI da Neurocirurgia 9 leitos, Unidade Coronariana (UCO) com 8 leitos, UTI gerais do 6º e 7º andares 32 leitos intensivos e 10 semi intensivos, e UTI pediátrica 6 leitos) que totalizam 65 leitos e aproximadamente 271 trabalhadores em turnos diurnos e noturnos de trabalho.

O Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira (HSPE) também é conhecido como Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), sendo uma entidade autárquica autônoma, sem fins lucrativos, e vinculado à Secretaria de Gestão Pública do Estado de São Paulo. O Hospital está localizado na zona sul da cidade de São Paulo.

O HSPE é um dos maiores Hospitais do Estado, contrata cerca de cinco mil trabalhadores, sendo aproximadamente dois mil profissionais da equipe de enfermagem, com regime de trabalho predominantemente em turnos diurno e noturno de 12 horas. O hospital oferece serviços em 43 especialidades nos 15 andares, com leitos hospitalares e atendimento ambulatorial.

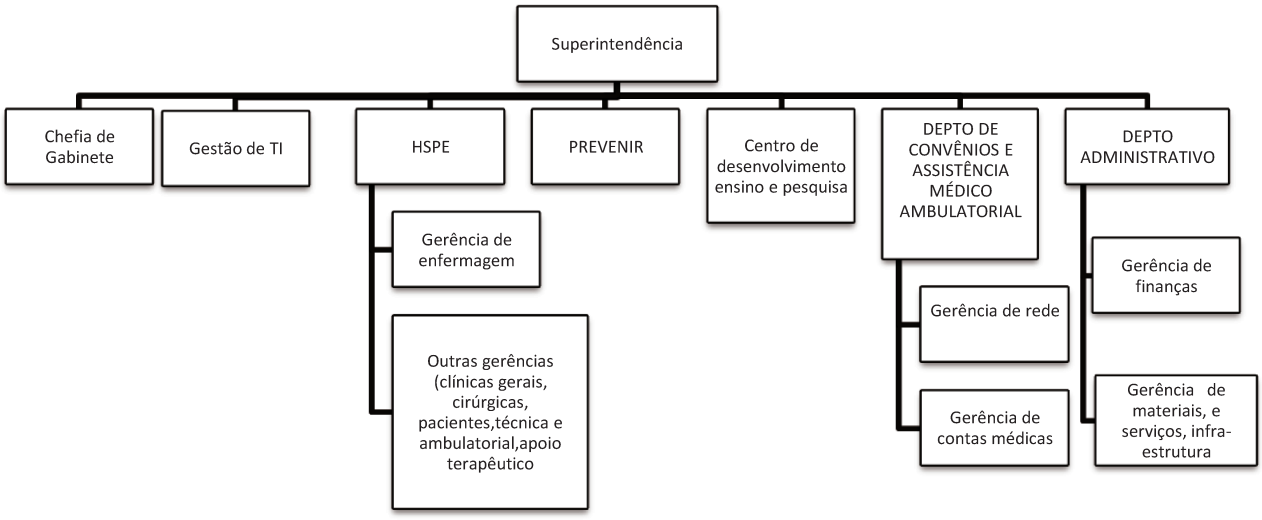
O hospital foi inaugurado em 1961 com 1200 leitos hospitalares. Porém, muitos quartos tiverem que ser desativados para fins administrativos, pois a planta inicial não possuíam salas para secretaria médica e de enfermagem, sala de reuniões, chefia de enfermagem e copa. Atualmente o HSPE conta com 1034 leitos [33].

A instituição é mantida pela contribuição compulsória mensal de 2% de cada funcionário público estadual e disponibiliza atendimento ambulatorial na capital e interior do Estado, nos 18 Centros de Assistência Médica Ambulatorial (Ceamas) espalhados pelas cidades no interior do estado. O complexo hospitalar conta com 108 mil metros quadrados, que incluem serviços de laboratório clínico, farmácia, banco de sangue, serviço de emergência e Hospital Dia para atender os pacientes de cirurgias eletivas, que necessitam de curto período de internação.

A estrutura física do hospital recebe regulares reformas, tanto pela deterioração por uso, quanto para adequação a novos equipamentos. A planta física do prédio é em formato de cruz, composta por duas alas, ímpar e par, além da ala central [34].

Sua organização é apresentada no organograma abaixo, no qual o superintendente é o responsável geral.

Figura 1- Organograma hierárquico do hospital



3.3- Sujeitos de pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram todos os profissionais integrantes da equipe de enfermagem (Enfermeiros assistenciais, encarregados e supervisores, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem) que atuam nas unidades de terapia intensiva do HSPE.

Os critérios de inclusão para o estudo foram: concordância em participar voluntariamente do estudo e estarem atuantes no local da pesquisa. Os de exclusão foram: profissionais afastados das atividades devido a férias, que entraram em afastamento ou que estavam em afastamentos prolongados ou licenças médicas no período da coleta dos dados.

3.4- Coleta de dados

Os trabalhadores foram abordados individualmente pela pesquisadora durante o horário de trabalho e foram explicados os objetivos do estudo e o modo de preenchimento do questionário. Da população total de 271, foram excluídos 24 trabalhadores que se encontravam em licença maternidade, médica e estavam afastados pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), ou entraram em afastamento por algum problema de saúde durante o período de coleta.

Assim, a coleta dos dados foi realizada por meio da entrega dos questionários auto respondidos aos 247 profissionais atuantes nas cinco UTI´s. Desses, houve devolução de 193 (78,1%) questionários, e mesmo após diversos retornos e esclarecimentos sobre a importância da participação, 54 (21,9%) dos trabalhadores não devolveram os questionários dentro do prazo estabelecido, mas não houve recusa direta e imediata de participação.

Desses trabalhadores não respondentes, 22 (40,7%) eram do sexo masculino, quase metade do número entre os respondentes e 32 (59,3%) eram do sexo feminino. Em relação aos turnos de trabalho, 3 (5,5%) trabalhavam no turno da manhã, 2 (3,7%) no turno da tarde, 25 (46,3%) no turno diurno e 24 (44,5%) no turno noturno, os dados proporcionalmente são semelhantes entre os respondentes. Em relação à categoria profissional 8 (14,8%) eram

enfermeiros e 46 (85,2%) técnicos de enfermagem, a maioria encontrada entre os respondentes também são dessa categoria, técnico em enfermagem.

Em relação aos locais de trabalho, os trabalhadores não respondentes pertenciam as seguintes unidades: 5 (9,3%) da UTI pediátrica, 5 (9,3%) da neurocirurgia, 8 (14,8%) da unidade coronariana, 27 (50%) da UTI e 9 (16,6%) da UTI crítica. Assim a distribuição dos dados foi semelhante entre os respondentes, no qual a maioria trabalhava na UTI geral. Iniciou-se a coleta de dados em setembro e foi finalizada no mês de novembro de 2011.

Os questionários continham os seguintes dados: variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, tempo no trabalho, renda familiar, filhos), hábitos e estilo de vida (uso e consumo de fumo, álcool, atividade física) [35], sintomas e doenças diagnosticadas, controle, demanda, apoio e índice de capacidade para o trabalho, qualidade de vida e sonolência.

3.5- Descrição dos instrumentos

A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação quatro de questionários para avaliação de dados sociodemográficos, estilo de vida, aspectos de saúde e trabalho (QSETES) [35]; Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) [13], Avaliação da qualidade de vida com o WHOQOL–BREF [36]; Escala de Sonolência de Epworth (ESS) [37-38].

3.5.1- Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)

O Índice de capacidade para o trabalho (ICT) é um questionário finlandês auto aplicável, traduzido por Fischer *et al* e validado por Martinez *et al* [39] e retrata o conceito que o próprio trabalhador tem sobre sua capacidade para trabalho [13](ANEXO 4).

O ICT é composto pelos seguintes itens [13]:

1) capacidade para o trabalho atual comparada a trabalhos anteriores (com a melhor de toda a vida), varia de zero a dez pontos, conforme assinalado pelo respondente;

2) capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho, possui uma questão sobre a capacidade física e outra sobre a capacidade mental, podendo variar entre um (muito baixa) e cinco (muito boa), com média entre as duas para o escore final;

3) número atual de doenças diagnosticadas pelo médico;

4) perda estimada ao trabalhador devido a doenças, que varia entre um (na minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar) e seis pontos (não há impedimento/ eu não tenho doenças), podendo ser assinalada mais que uma alternativa;

5) faltas ao trabalho devido a doenças no último ano, com variação entre um e cinco pontos;

6) prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos, com três alternativas;

7) recursos mentais, representada por três questões referentes a vida no geral. Possuem pontuação entre zero (nunca) e quatro pontos (sempre).

Quadro 1 – Características do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) [13]:

Pontos	Capacidade para o trabalho	Objetivos
7 - 27	Baixa	Restaurar a capacidade para o trabalho
28 - 36	Moderada	Melhorar a capacidade para o trabalho
37 - 43	Boa	Melhorar a capacidade para o trabalho
44 - 49	Ótima	Manter a capacidade para o trabalho

3.5.2- World Health Organization Quality of Life (WHOQOL–BREF)

O "*World Health Organization Quality of Life*" (WHOQOL–Bref) [36] é um instrumento para avaliação da qualidade de vida (QV). Sua versão abreviada é composta por 26 questões extraídas do WHOQOL-100 que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos [36] e é composta por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida-OMS, 2011) (ANEXO 5), sendo que os quatro domínios representam cada uma das 24 facetas do instrumento original (WHOQOL- 100).

"São elas: (a) Domínio I – Físico: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho; (b) Domínio II – Psicológico: sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais; (c) Domínio III Relações sociais: relações pessoais, suporte (apoio) social, atividade sexual; (d) Domínio IV – Meio ambiente: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidade de adquirir informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação/lazer e ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima e transporte." [36, 40-41]

3.5.3- Escala de Sonolência de Epworth - ESS

A "*Escala de Sonolência de Epworth*" publicada por Johns [37], no Hospital de Epworth, na Austrália e traduzida e validada por Bertolazi [38], descreve a frequência com que se pode dormir ou cochilar em situações comuns da vida cotidiana.

Consiste de oito questões que avaliam o grau de sonolência, pontuando cada questão de 0 a 3 de acordo com a menor ou maior probabilidade de ficar sonolento em determinadas situações comuns, podendo totalizar de 0 a 24 pontos, com menor pontuação indicando menos sonolência. São considerados pontuações anormais valores acima de dez (ANEXO 6).

As seguintes situações são pontuadas pelo respondente de acordo com sua chance de cochilar em cada uma delas: sentado e lendo, assistindo TV, parado em um lugar público, em uma viagem de carro com duração aproximada de uma hora como passageiro, deitado para descansar a tarde quando as circunstâncias permitem, sentado e conversando com alguém, sentado calmamente após o almoço, no carro parado por alguns minutos no trânsito. E utilizado o escore para cada situação acima: 0 – Nunca durmo; 1 – pequena chance de dormir; 2 – moderada chance de dormir; 3 – grande chance de dormir.

Quadro 2- Escala de graduação de Sonolência Excessiva (SE) por Nosek [42]

Pontuação Epworth	Características da SE
0 a 6 pontos	Normal
7 a 9 pontos	SE limite
10 a 14 pontos	SE leve
15 a 20 pontos	SE moderada
Acima de 20 pontos	SE

3.5.4- O QSETES (Questionário com dados sociodemográficos, estilo de vida, trabalho e aspectos de saúde e riscos no trabalho) [35] (ANEXO 3).

3.6- Análise estatística

Os dados foram inseridos em banco de dados no Programa Excel® e utilizado para a análise estatística dos resultados SPSS (Statical Package for the Social Sciences) versão 20 e Statistical Analysis Software - SAS (versão 9.1.3). Adotou-se o nível de 5% de significância estatística.

Os dados foram analisados por frequências absolutas (n) e relativas (%) e inseridas em tabelas de frequência de variáveis categóricas e estatísticas descritivas (média, desvio padrão, mínimo, mediana e máxima) e de variáveis contínuas.

Foi aplicado o alfa de Cronbach a fim de verificar a consistência interna dos instrumentos (ICT, Whoqol-Bref e Sonolência).

Por meio do teste de Shapiro-Wilk verificou-se a ausência da distribuição normal dos dados, e posteriormente, foram realizados os testes de Spearman afim de testar a existência de relacionamento entre duas variáveis ordinais, e os testes de Mann-Whitney para verificar a diferença de dois grupos independentes e Kruskall-Wallis para diferença nas classificações dos escores de três ou mais grupos independentes entre variável independente nominal e variável dependente ordinal e análises de regressão linear univariada e múltipla, utilizando o processo de seleção de *stepwise* [43].

3.7- Aspectos éticos

Quanto aos aspectos éticos o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) FCM/ Unicamp e aprovado em abril de 2011, sob parecer CEP: N° 287/2010 (ANEXO 1). Posteriormente, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do IAMSPE e aprovado em junho sob parecer CEP: nº 54/2011 (ANEXO 2).

Para a participação no estudo os trabalhadores foram orientados sobre a possibilidade de recusa e de se retirar da pesquisa em qualquer momento, a proteção e confidencialidade, o sigilo e anonimato dos dados fornecidos.

Assim, após breve apresentação do tema e dos objetivos da pesquisa, os trabalhadores foram convidados a participar do estudo mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), cuja cópia lhes foi entregue (APÊNDICE 1).

4- RESULTADOS

4.1- Algumas características do trabalho no IAMSPE

O trabalho na HSPE é caracterizado predominantemente por jornadas de doze horas de trabalho diurno e/ou noturno, sendo que alguns profissionais optam por plantões extras de doze horas perfazendo vinte e quatro horas de trabalho consecutivas.

O período de trabalho diurno é de 12 horas com horário de entrada às 7h e saída às 19h, com uma hora de almoço. Os trabalhadores do período da manhã iniciam a jornada de trabalho às 7h e concluem às 13h15, os do período vespertino das 13h15 às 19h e do noturno das 19 às 7h da manhã com uma hora de descanso. Há um acordo interno entre a chefia e supervisão noturna quanto a disponibilização de três horas destinadas ao descanso, mas por ser um acordo verbal não há local e mobiliário adequados ao descanso.

Sabe-se que o tempo para o descanso pode ser diferente de um hospital público em relação a um hospital privado.

A instituição oferece a ceia para os trabalhadores do noturno, que consiste em um lanche (dois pães recheados, um suco, um iogurte ou achocolatado, uma fruta e uma barra de cereal ou doce), pois o refeitório está em reforma há um ano.

O regime de trabalho é baseado na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) para todos os participantes desde estudo. Os benefícios são vale transporte ou direito a estacionamento do hospital, vale alimentação ou refeição, cesta básica, creche e, plano de assistência médica, descontada em folha de pagamento.

No que se refere à assistência médica, todos os servidores têm direito a assistência pelo próprio hospital e por clínicas conveniadas, podendo ser estendido à familiares (pais, filhos) mediante contribuição e desconto em folha de pagamento.

4.2- Dados sociodemográficos, estilo de vida e condições de trabalho

Em relação aos dados sociodemográficos na amostra estudada houve predominância do sexo feminino (74%) e faixa etária entre 30 e 39 anos (44%). A idade variou entre 21 e 58 anos sendo a média de 36,7 anos e (DP ±8,1). A maioria residia em São Paulo (62,7%), eram casados (42,5%), com filhos (53,8%), sendo que destes apenas 24 trabalhadores (11,92%) possuiam filhos menores que sete anos de idade. A escolaridade variou de ensino fundamental completo, apenas um trabalhador (0,51%), a pós-graduação completa (17,1%). O nível de escolaridade predominante foi ensino médio completo (40,9%) (Tabela 1).

Quanto à locomoção para o trabalho o meio de transporte mais utilizado foi ônibus (39,2%), seguido do carro (24,7%), porém muitos utilizavam mais de um transporte para chegar ao trabalho (28,3%), utilizando o metrô, ônibus ou trem e o tempo médio de deslocamento foi de 131 minutos (DP ± 76).

O tipo de moradia predominante foi alvenaria (92,75%). Em relação à religião 150 relataram ter uma crença, sendo a religião católica predominante (36,7%). Em relação ao Índice de massa corpórea (IMC) encontrou-se média de 26 (DP ± 4,7), sendo que apresentaram IMC entre 18,5 e 24,9 (41%), apresentaram IMC maior igual a 25 (36,8%) e IMC maior ou igual a 30 (16,6%).

Verificou-se por meio do teste de correlação de Spearman que o Whoqol-Bref apresentou associação significava para as variáveis IMC e tempo de deslocamento. Ou seja, com o aumento do IMC há uma tendência para diminuição da pontuação do domínio psicológico (p=0,024). Foi encontrada associação entre o aumento do tempo gasto para ida e volta ao trabalho com menores escores no domínio de meio ambiente (p= 0,000) e maior a sonolência (p=0,012).

Por meio do teste de correlação de Spearman encontrou-se associação estatística significativa negativa entre IMC e ICT (p=0,029) com tendência de diminuição do ICT à medida que aumenta o IMC.

Tabela 1 – Distribuição das frequências absolutas e relativas dos profissionais do IAMSPE, segundo variáveis sociodemográficas. São Paulo, 2012 (n=193).

Variáveis	Categorias	n	%
Sexo	Masculino	50	25,1
	Feminino	143	74,1
Idade (anos)	21-29	45	23,3
	30-39	85	44,0
	40-49	44	22,8
	≥ 50	14	7,2
	Não consta	5	2,6
Estado civil	Casado/companheiro (a)	82	42,5
	Solteiro	75	38,9
	Viúvo/Separado/ Divorciado	32	16,6
	Não consta	4	2,1
Cidade de residência	São Paulo	121	62,7
	Cidades metropolitanas	46	23,8
	Cidades não metropolitanas	6	3,1
	Não consta	20	10,4
Filhos	Sim	104	53,9
	Não	85	44,0
	Não consta	4	2,1
Escolaridade	Ensino fundamental completo	1	0,51
	Ensino médio incompleto	3	1,5
	Ensino médio completo	79	40,9
	Ensino superior incompleto	36	18,6
	Ensino superior completo	41	21,2
	Pós-graduação	33	17,1
Total		193	100

Foram encontradas três categorias profissionais sendo a maioria técnico de enfermagem (72%), e o local de trabalho predominante foi a UTI geral com (51,8%) e entre os respondentes houve predomínio do turno noturno (46,1%). Os dados referentes ao trabalho estão representados abaixo na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das frequências absolutas e relativas dos profissionais do IAMSPE, segundo características do trabalho. São Paulo, 2012 (n=193).

Variáveis	Categorias	n	%
Categoria profissional	Auxiliar em enfermagem	6	3,1
	Técnico em enfermagem	139	72,0
	Enfermeiro	48	24,9
Local de trabalho	UTI pediátrica	16	8,2
	UTI geral	100	51,8
	UTI Crítica	20	10,4
	UCO	26	13,5
	UTI neurocirurgia	31	16,1
Turno de trabalho	Manhã	19	9,8
	Tarde	10	5,2
	Diurno	75	38,9
	Noturno	89	46,1
Total		193	100

Em relação a possuir outro emprego 44,6% afirmaram possuir outro vínculo empregatício, sendo que, 79% em outro serviço de saúde. No HSPE, 48,2% relataram fazer horas extras. A proporção entre hora extra e horas trabalhadas na semana para os que trabalhavam somente no IAMSPE foi de 84% e para os trabalhadores que possuíam outro emprego foi de 68%.

O desemprego ocorreu para 63,2% dos profissionais em alguma etapa da vida profissional. A faixa salarial predominante foi de R$ 830,00 a R$ 1559,00 (36,8 %) e o valor do salário mínimo na época da coleta dos dados era de R$ 545,00.

A idade média em que se começou a trabalhar foi de 17,2 anos (DP ± 4,5), a média do tempo de trabalho na área da saúde foi de 9,7 anos com (DP ± 6,7), o tempo médio de trabalho no IAMSPE foi de 3,2 anos (DP ± 4,6), a média de horas extras na semana foi de 24,3 (DP ± 21,5) e número total de horas trabalhadas na semana com média de 22,4 e (DP ± 51,2), pois apesar da jornada semanal ser de 30 horas as entrevistas registraram os dias trabalhados contados a partir do primeiro útil da semana corrente e não os últimos sete dias anteriores à entrevista (Tabela 3).

Tabela 3– Distribuição dos valores média e desvio padrão dos profissionais do IAMSPE, segundo as variáveis relacionadas ao trabalho. São Paulo, 2012 (n=193).

Variáveis	Média	Desvio Padrão
Idade que começou a trabalhar (anos)	17,2	4,5
Tempo de trabalho na área da saúde (anos)	9,7	6,7
Tempo de trabalho no IAMSPE (em anos)	3,2	4,6
Total de hora extra na semana	24,3	21,5
Total de horas trabalhadas na semana	22,4	51,2

Os acidentes de trabalho ocorreram em 8,2% da amostra e, desses, 62,5 % foram com materiais perfuro cortantes, seguido por quedas 18,7%.

O uso de equipamentos de proteção individual (EPI) foi relatado por 90,7% dos trabalhadores, sendo as luvas de procedimento as mais citadas, seguidas por máscara e avental, entre outros.

O trabalho no HSPE foi considerado diferente de outros serviços de saúde para (42,8%) dos trabalhadores, entre os 155 que responderam a questão. As justificativas citadas pelos trabalhadores foram que “o ambiente é acolhedor”, “a carga horária de 30 horas semanais é

menor que outras instituições", "trabalha-se à vontade", "o ambiente é desorganizado", "há estabilidade e respeito ao funcionário", "ambiente é bom", "tem liberdade profissional", "a instituição não visa lucros, sendo menos rigorosa com a qualidade do serviço", "quase não existe controle de materiais", "maior autonomia", "a rotina é diferente", "existe um treinamento prévio", "tem horário de descanso", "grande rotatividade de profissionais em setores diferentes", "hospital é grande com maiores recursos", "dinâmica é diferente", "é sistematizado", "têm intercorrências", "mais tranquilo", "baixo salário", "desgastante", "estressante".

Alguns itens apontados pelos profissionais sobre o que realizam no trabalho foram: assistência e cuidados integrais (controle de sinais vitais, banho no leito, curativos, auxílio em procedimentos, transporte de pacientes, anotação de enfermagem, administração de medicações, coleta de exames, punção de acesso venoso, aspiração de vias aéreas, reposição de materiais no almoxarifado, higienização de inaladores) gerência e liderança (escala diária de serviço, visita aos pacientes, avaliação das necessidades dos pacientes, interação com a equipe multiprofissional, supervisão da equipe de enfermagem).

Em relação ao uso de medicamento, a maioria relatou não fazer uso de medicamento (61,1%), entre os trabalhadores que faziam uso de algum medicamento (37,8%), os mais citados foram os anticoncepcionais- repositores hormonais e anti-hipertensivos, seguido de analgésicos e outros.

Na amostra estudada, afirmaram ser tabagistas 9,8%; relataram uso de bebidas alcoólicas 28,5% e praticavam atividade física 36,3% e realizavam alguma atividade de lazer 93,8%. A presença de dor nos últimos seis meses foi relatada por 60,6% dos trabalhadores e dor na última semana 54,9%. Em relação à percepção de saúde comparada a outra pessoa da mesma idade, apenas 9,8% referiram saúde um pouco pior e 1,3% relataram ter saúde pior (Tabela 4).

Tabela 4– Distribuição da equipe de enfermagem segundo aspectos da saúde e estilo de vida. São Paulo, 2012.

Variáveis	Respostas	n	%
Tabagismo	Sim	19	9,8
	Não	173	89,6
	Não consta	1	0,5
Uso de bebidas alcoólicas	Sim	55	28,5
	Não	138	71,5
Atividade física	Sim	70	36,3
	Não	116	60,1
	Não consta	7	3,6
Atividade de lazer	Sim	181	93,8
	Não	12	6,2
Dor na última semana	Sim	106	54,9
	Não	83	43,0
	Não consta	4	2,1
Dor nos últimos seis meses	Sim	117	60,6
	Não	72	37,3
	Não consta	4	2,1
Saúde comparada com outra pessoa da mesma idade	Muito melhor	29	15
	Melhor	74	38,3
	Igual	62	32,1
	Um pouco pior	19	9,8
	Pior	3	1,3
	Não consta	6	3,1
Total		**193**	**100**

Em relação aos dados sobre exposição à fatores de risco no trabalho, a equipe de enfermagem referiu estar exposta a ruído e barulho (87,6%), a movimentos repetitivos (86%), ao trabalho ser estressante (90,7%), a realizarem esforço físico (97,9%), a contado com materiais perfuro cortantes (97,4%), e ao contato com algum tipo de líquido orgânico (93,3%) (Tabela 5).

Tabela 5- Distribuição da equipe de enfermagem segundo exposição a fatores de risco no trabalho. São Paulo, 2012 (n=193).

Variáveis	Categorias	n	%
Ruído/ Barulho	Sim	169	87,6
	Não	11	5,7
	Não consta	13	6,7
Movimento repetitivo	Sim	166	86,0
	Não	12	6,2
	Não consta	15	7,8
Trabalho estressante	Sim	175	90,7
	Não	7	3,6
	Não consta	11	5,7
Esforço físico	Sim	189	97,9
	Não	1	0,5
	Não consta	3	1,6
Perfuro cortantes	Sim	188	97,4
	Não	0	0
	Não consta	5	2,6
Líquido orgânico	Sim	180	93,3
	Não	2	1
	Não consta	11	5,7
Total		**193**	**100**

4.3- Dados referentes ao Índice de Capacidade para o Trabalho, Qualidade de Vida e Sonolência

O ICT foi calculado como descrito na metodologia, e na tabela 6 estão os resultados referentes à capacidade para o trabalho:

Tabela 6– Distribuição das frequências absolutas e relativas da equipe de enfermagem do segundo a capacidade para o trabalho (ICT). São Paulo, 2012.

Variáveis	Categorias	n	%
ICT	Ótima	55	28,6
	Boa	98	51,0
	Moderada	36	18,7
	Baixa	3	1,6
Total		192	100

Nota-se que a maioria apresentou boa capacidade para o trabalho (51%), seguida de ótima (28,6%), moderada (18,7%) e baixa (1,6%). A média do valor do ICT entre os pesquisados foi de 40,2 e mediana 41 (DP ±5,0), sendo o mínimo 27 e o máximo 49 pontos.

A consistência entre as variáveis componentes do cálculo do ICT foi avaliada por meio do coeficiente alfa do Cronbach padronizado obtendo 0,69, optou-se por utilizá-lo, pois o cálculo do escore do ICT utiliza muitos fatores.

Para o instrumento de qualidade de vida Whoqol-Bref encontrou-se alfa de Cronbach = 0,89 e para a escala de sonolência de Epworth = 0,82. Os resultados demonstram valores aceitáveis de 0,7, de acordo com a literatura [44].

A demanda de trabalho predominante encontrada foi à mista (97,4%), no qual o trabalho da enfermagem exige esforço físico e mental concomitantemente.

A média da capacidade atual para o trabalho foi 8,1 (DP ± 1,5), sendo o mínimo quatro e o máximo 10 (a pontuação do instrumento é de zero a 10 pontos). A capacidade física para o trabalho de acordo com as respostas obteve média 4,0 (DP ±0,8) e capacidade mental média de 4,0 (DP ± 0,7) e a capacidade total média de 7,7 (DP ± 1,3).

Entre os entrevistados 38,9% relataram a presença de doenças com diagnóstico médico, as mais frequentes foram: sinusite (6,7%), lesão por acidentes nas pernas e/ou pés (6,2%),

hipertensão arterial (5,7%), obesidade (5,7%), lesão nos braços e ou mãos (5,2%) e problemas respiratórios (5,2%). Foi referida a presença de alguma doença na própria opinião, sem o diagnóstico médico, sendo as mais frequentes: problemas respiratórios (57,5%), lesão nas costas (16,1%), doenças da parte superior costas ou região do pescoço com dores frequentes (14%), distúrbios emocionais (11,9%), dor nas costas que se irradiam para as pernas (11,4%). Nos últimos doze meses a maioria dos sujeitos (77,7%) não esteve ausente do trabalho.

Com relação aos dados relacionados ao ICT encontrou-se que os trabalhadores não estavam certos ou julgavam impossível manter a capacidade atual para o trabalho em dois anos (20,1%); verificou-se os trabalhadores referiram sentir-se capaz de apreciar as atividades diárias às vezes/raramente ou nunca (35,5%), e relataram que as vezes, raramente ou nunca mantém a capacidade de se sentir ativo e alerta (19,6%). Ter esperança para o futuro as vezes, raramente ou nunca foi citado por (21,6%) dos trabalhadores (Tabela 7).

Tabela 7– Distribuição das frequências absolutas e relativas dos profissionais de enfermagem, segundo aspectos relacionados ao ICT. São Paulo, 2012 (n=192).

Variáveis	Categorias	n	%
Capacidade para trabalhar após dois anos	Bastante provável	153	78,9
	Não estou certo	23	11,9
	Impossível	16	8,2
Sentir-se capaz de apreciar as atividades diárias	Sempre	64	33,0
	Quase sempre	59	30,2
	Ás vezes	54	27,8
	Raramente/nunca	15	7,7
Capacidade de se sentir ativo e alerta	Sempre	71	36,6
	Quase sempre	83	42,8
	Ás vezes	34	17,5
	Raramente/nunca	4	2,1
Esperança para o futuro	Continuamente	94	48,5
	Quase sempre	56	28,9
	Ás vezes	35	18,0
	Raramente/nunca	7	3,6
Total		**192**	**100**

Em relação aos domínios do Whoqol-Bref obteve-se no domínio físico média de 54,9 (DP ± 10,3), no domínio psicológico 63,8 (DP ± 12,7), no domínio de relações sociais 68,1 (DP ± 18,5) e no domínio meio ambiente média de 55,1 (DP ± 13,5) (Tabela 8).

Tabela 8 - Média dos escores da avaliação da qualidade de vida da equipe de enfermagem de UTI´s segundo domínios do WHOQOL-BREF. São Paulo, 2012.

Domínios do WHOQOL-BREF	Média	Mínimo	Máximo
Físico	54,9 (10,3)	28,6	78,6
Psicológico	63,8 (12,7)	25,0	100
Relações Sociais	68,1 (18,5)	8,3	100
Meio Ambiente	55,1 (13,5)	21,9	100

Observa-se menor média de ICT 38,3 (DP ± 5,9) e menor escore de sonolência 8,4 (DP ± 5,5) entre os trabalhadores com 50 anos e (Tabela 9).

Para avaliar comparar a diferença entre as variáveis faixas etária, ICT e sonolência foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, porém a associação entre essas variáveis não foram significativas ICT (p=0,094) e Epworth (p=0,489).

Tabela 9- Médias (DP) de faixa etária por ICT, escala de sonolência de Epworth. São Paulo, 2012.

Faixa Etária (anos)	ICT	Epworth
21-29	39,8 (4,9)	10,8 (5,5)
30-39	39,7 (5,4)	10,9 (5,3)
40-49	41,9 (3,9)	10,8 (5,2)
≥ 50	38,3 (5,9)	8,5 (5,5)
Total	40,1 (5,0)	10,6 (5,3)

Em relação aos domínios de qualidade de vida, houve semelhança da média no domínio físico entre a faixa etária de 30 a 39 anos 53,3 (DP ± 10,5) e faixa etária maior ou igual a 50 anos 53,3 (DP ± 9,5). A faixa etária de 30 a 39 anos apresentou menor média no escore do domínio psicológico 62,7 (DP ± 11,7) e domínio de relações sociais 64,6 (DP ± 18,3). A faixa etária de 21 a 29 anos obteve menor média no escore do domínio meio ambiente 54,1 (DP ± 12,7) (Tabela 10).

Para avaliar a associação entre as variáveis faixas etária e domínios de qualidade de vida foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, porém a associação entre essas variáveis não foram significativas domínio físico (p=0,302), domínio psicológico (p=0,714), domínio relações sociais (p=0,226), domínio ambiente (p=0,844).

Tabela 10- Médias (DP) de faixa etária por domínios do Whoqol-Bref. São Paulo, 2012.

		WHOQOL- Bref		
Faixa Etária (anos)	**Domínio Físico**	**Domínio Psicológico**	**Domínio Relações Sociais**	**Domínio Meio Ambiente**
21-29	55,0 (10,8)	65,0 (10,0)	72,0 (13,9)	54,1 (12,7)
30-39	53,3 (10,5)	62,7 (11,7)	64,6 (18,3)	54,6 (13,1)
40-49	57,2 (9,2)	64,1 (15,2)	68,4 (19,8)	55,6 (14,4)
≥ 50	53,3 (9,5)	64,0 (18,1)	69,9 (21,6)	56,8 (16,0)
Total	54,7 (10,3)	63,5 (12,7)	67,7 (18,0)	54,9 (13,5)

Verificou-se por meio do teste de correlação de Spearman que o Whoqol-Bref apresentou associação significativa com escore de sonolência. Assim, quanto maior a pontuação para o Epworth, menor é a pontuação no domínio físico (p=0,020), domínio psicológico (p=0,003) e domínio de relações sociais (p= 0,022).

As menores pontuações de ICT foram encontradas durante o período de trabalho diurno (manhã, tarde, diurno) em relação ao noturno que obteve a maior média de ICT 40,9 (DP ± 4,7). O turno da manhã apresentou maior escore de sonolência Epworth 13,2 (DP ± 6,8) (Tabela 11).

A associação entre as variáveis turnos de trabalho e ICT (p=0,530) e sonolência Epworth (p=0,230) não foram significativos. Foi utilizado o teste estatístico de Kruskal-Wallis.

Tabela 11 – Médias (DP) de turnos por ICT e escala de sonolência de Epworth. São Paulo, 2012.

Turnos	ICT	Epworth
Manhã	39,6 (5,1)	13,2 (6,8)
Tarde	39,7 (4,9)	8,5 (3,6)
Diurno	39,6 (5,4)	10,6 (5,5)
Noturno	40,9 (4,7)	10,6 (4,9)
Total	40,2 (5,0)	10,7 (5,3)

O turno da manhã obteve menor escore no domínio físico 51,5 (DP ± 10,5), o turno noturno apresentou menor escore no domínio psicológico 63,4 (DP ± 13,7) e relações sociais 64,5 (DP ± 17,9) e o turno diurno apresentou menor escore no domínio meio ambiente 54,0 (DP ± 13,2) (Tabela 12).

Obteve-se associação entre turnos e o domínio físico (p=0,048) e domínio relações sociais com (p=0,026) nos demais domínios as associações não foram significativas, domínio psicológico (p= 0,833) e domínio meio ambiente (p=0,847). Foi utilizado o teste estatístico de Kruskal-Wallis.

Tabela 12 – Médias (DP) de turnos por ICT, escala de sonolência de Epworth. São Paulo, 2012.

	WHOQOL-Bref			
Turnos	**Domínio Físico**	**Domínio Psicológico**	**Domínio Relações Sociais**	**Domínio Meio Ambiente**
Manhã	51,5 (10,5)	65,9 (12,0)	72,8 (19,1)	54,3 (14,9)
Tarde	53,9 (5,8)	65,0 (8,1)	66,7 (16,1)	55,6 (11,6)
Diurno	57,6 (8,9)	63,6 (12,2)	71,3 (18,8)	54,0 (13,2)
Noturno	53,5 (11,3)	63,4(13,7)	64,5 (17,9)	56,3 (13,8)
Total	54,9 (10,2)	63,8 (12,7)	68,1 (18,5)	55,1 (13,5)

O sexo feminino apresentou menor escore de ICT, média de 40,1 (DP ± 5,2) e maior sonolência pelo Epworth com média de 11,1(DP ± 5,3) (Tabela 13).

A associação entre sexo, ICT e sonolência não foram significativos, ICT (p=0,922), Epworth (p= 0,144). Foi utilizado o teste estatístico de Mann-Whitney.

Tabela 13 – Médias (DP) de sexo por ICT, escala de sonolência de Epworth. São Paulo, 2012.

Sexo	**ICT**	**Epworth**
Feminino	40,1 (5,2)	11,1 (5,3)
Masculino	40,5 (4,7)	9,6 (5,2)
Total	40,2 (5,0)	10,7 (5,3)

Em relação aos domínios de qualidade de vida do Whoqol-Bref obtiveram maiores escores o sexo feminino. No domínio físico 55,4 (DP ± 10,4), psicológico 63,8 (DP ± 12,5), relações sociais 69,3 (DP ± 18,4) e meio ambiente 55,7 (DP ± 13,1) (Tabela 14).

A associação entre sexo e domínios de qualidade de vida não foram significativos, domínio físico (p=0,286), domínio psicológico (p=0,763), domínio de relações sociais (p=0,134) e meio ambiente (p=0,213). Foi utilizado o teste estatístico de Mann-Whitney.

Tabela 14 – Médias (DP) de sexo por domínios do Whoqol-Bref. São Paulo, 2012.

	WHOQOL-Bref			
Sexo	**Domínio Físico**	**Domínio Psicológico**	**Domínio Relações sociais**	**Domínio Meio Ambiente**
Feminino	55,4(10,1)	63,8 (12,5)	69,3 (18,4)	55,7 (13,1)
Masculino	53,4(11,0)	63,7 (13,5)	64,3 (18,6)	53,3 (14,6)
Total	54,9(10,3)	63,8 (12,7)	68,1 (18,5)	55,1 (13,5)

Para avaliar a associação entre a variável categorias profissionais, sonolência, qualidade de vida e ICT foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, porém a associação entre eles não foi significativa: ICT (p=0,948), Epworth (p=0,687), domínio físico (p=0,128), domínio psicológico (p=0,901), domínio relações sociais (p=0,205), domínio ambiente (p=0,228).

Para avaliar a associação entre as variáveis setor (UTI pediátrica, UTI gerais, Unidade coronariana e UTI da neurocirurgia), sonolência, qualidade de vida e ICT foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, porém a diferença entre essas variáveis não foram significativas: ICT (p=0,135), Epworth (p=0,576), domínio físico (p=0,221), domínio psicológico (p=0,876), domínio relações sociais (p=0,880), domínio ambiente (p=0,181).

Por meio do teste de correlação de Spearman o ICT apresentou associação negativa significativa com o escore de sonolência Epworth (p= 0,000), ou seja, maiores escores de sonolência associam-se a menores escores de ICT.

Houve associação positiva entre o ICT e os domínios de qualidade de vida do Whoqol-Bref, domínio físico (p=0,000), domínio psicológico (p=0,000), domínio relações sociais (p=0,000) e domínio meio ambiente (p=0,000), ou seja, maiores escores de ICT estão associados a maiores escores em todos os domínios de qualidade de vida, pelo teste de correlação de Spearman.

Na associação entre as variáveis de saúde comparada e Índice de capacidade para o Trabalho (ICT) constatou-se que entre os trabalhadores que acreditavam ter uma saúde comparada pior e um pouco pior possuíam média de ICT de 36,2 e (DP ± 4,3), variando entre 29 e 45. Entre os que acreditavam ter saúde comparada igual à média de ICT foi 40 e (DP ± 5,0) variando de 27 a 48, já entre os que relataram saúde comparada melhor e muito melhor a média do ICT foi de 41,2 com (DP ± 4,7), variando de 27 a 49. Para comparar a diferença entre as variáveis, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis (Tabela 15).

Observou-se associação significativa entre saúde comparada e Epworth (p=0,017), domínio físico (p=0,002), domínio psicológico (p=0,002), domínio relações sociais (p=0,011), domínio meio ambiente (p=0,007), ao teste de Kruskal Wallis.

Na associação entre as variáveis Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) e presença de dor nos últimos seis meses, obteve-se menor valor médio de ICT entre aqueles que relataram dor nos últimos seis meses 39,2 (DP ± 4,9), variando de 27 a 48. Entre aqueles que não referiram dor obteve-se maior valor de ICT 41,8 (DP ±4,8). Para comparar a diferença entre as variáveis foi utilizado o teste de Mann-Whitney (Tabela 15).

Observou-se associação significativa entre presença de dor nos últimos seis meses domínio meio ambiente (p=0,014). Não houve diferença significativa para as demais variáveis e Epworth (p=0,688), domínio físico (p=0,698), domínio psicológico (p=0,087), domínio relações sociais (p=0,164), ao teste de Mann-Whitney.

Na associação entre as variáveis Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) e presença de dor na última semana, identificou-se menor valor médio de ICT entre aqueles trabalhadores que relataram a presença de dor 38,7 (DP ± 4,8), variando de 27 a 48. Para comparar a diferença entre as variáveis foi utilizado o teste de Mann-Whitney (Tabela 15).

Observou-se associação significativa entre presença de dor na ultima semana e domínio meio ambiente (p=0,030). Não foi encontrado diferença estatística significativa entre dor na ultima semana e Epworth (p=0,622), domínio físico (p=0,284), domínio psicológico (p=0,064), domínio relações sociais (p=0,108) ao teste de Mann-Whitney.

Na associação entre as variáveis Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) e uso de medicamentos, identificou-se diminuição do valor médio de ICT 38,4 e (DP ± 4,9), entre os que faziam uso de medicamento e apresentaram valor médio de ICT 41,3 (DP ± 4,8) entre os que não relataram uso de medicamento. Para comparar a diferença entre as variáveis foi utilizado o teste de Mann-Whitney (Tabela 15).

Observou-se associação significativa entre uso de medicamento e a sonolência de Epworth (p=0,001). Para as demais variáveis não se encontrou diferenças estatística significativas, domínio físico (p=0,936), domínio psicológico (p=0,364), domínio relações sociais (p=0,172), domínio meio ambiente (p=0,926), ao teste de Mann-Whitney.

Na associação entre as variáveis Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) e problema de saúde nos últimos 15 dias, observou-se que os trabalhadores que não relataram algum problema de saúde apresentaram valor médio de ICT 40,8 (DP ± 4,8), variando de 27 a 49. Em relação aos que relataram algum problema de saúde o valor médio de ICT foi de 37,6 (DP ± 4,8), variando de 27 a 48. Para comparar a diferença entre as variáveis foi utilizado o teste de Mann-Whitney (Tabela 15).

Observou-se associação significativa entre o relato de ter tido algum problema de saúde nos últimos 15 dias e sonolência de Epworth (p=0,038). Em relação às demais variáveis, não foi observada diferença estatística significativa: domínio físico (p=0,878), domínio psicológico (p=0,181), domínio relações sociais (p=0,291), domínio meio ambiente (p=0,343), ao teste de Mann-Whitney.

Na associação entre as variáveis Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) e tabagismo, identificou-se diminuição do valor médio de ICT 37,3 e (DP ± 4,7), entre os que relataram o hábito do tabagismo e valor médio de ICT 40,5 (DP ± 5,0) entre os não tabagistas. Para comparar a diferença entre as variáveis foi utilizado o teste de Mann-Whitney (Tabela 15).

Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre o tabagismo, sonolência e qualidade de vida, sendo seus valores: sonolência (p=0,775), domínio físico (p=0,951), domínio psicológico (p=0,887), domínio relações sociais (p=0,967) e domínio meio ambiente (p=0,123), ao teste de Mann-Whitney.

Na associação entre as variáveis Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) e atividade de física, identificou-se diminuição entre os não praticantes de atividade com valor médio de ICT 39,6 e (DP ± 5,1), e entre os que relataram realizar alguma atividade física o valor médio de ICT 41,0 (DP ± 4,9). Para comparar a diferença entre as variáveis foi utilizado o teste de Mann-Whitney (Tabela 15).

Observou-se a associação significativa entre a realização de atividade física e todos os domínios que qualidade de vida, no domínio físico (p=0,002), no domínio psicológico (p=0,005), no domínio relações sociais (p=0,025) e no domínio meio ambiente (p=0,003). Assim, os praticantes de atividade física apresentaram melhores escores de qualidade de vida (QV). Não obteve-se diferença estatística significativa entre a prática de atividade física e sonolência (p=0,095), ao teste de Mann-Whitney.

A associação entre as variáveis, satisfação com o trabalho e Índice de capacidade para o Trabalho (ICT) observou-se que entre os trabalhadores que estavam insatisfeitos, pouco satisfeitos ou nem satisfeitos e nem insatisfeitos apresentaram média de ICT de 39,5 e (DP ± 5,9). Entre os trabalhadores que relataram estarem satisfeitos com o trabalho a média de ICT

foi 40,4 e (DP ± 4,9) e entre os muito satisfeitos a média do ICT foi de 41,3 com (DP ± 3,9). Para comparar a diferença entre as variáveis foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis (Tabela 15).

Observou-se diferença estatística significativa entre satisfação no trabalho e sonolência (p=0,025), domínio físico (p=0,000), domínio relações sociais (p=0,018), domínio meio ambiente (p=0,000), não se encontrou diferença estatística significativa entre a satisfação no trabalho e o domínio psicológico (p=0,174), ao teste de Kruskal Wallis.

Na associação entre as variáveis, satisfação com a vida atual e Índice de capacidade para o Trabalho (ICT) observou-se que entre os trabalhadores que estavam insatisfeitos, pouco satisfeitos ou nem satisfeitos e nem insatisfeitos apresentaram média de ICT de 38,1 e (DP ± 5,4). Entre os que relataram estarem satisfeitos com a vida atual a média de ICT foi 40,2 e (DP ± 4,7) e entre os muito satisfeitos a média do ICT foi de 43,1 com (DP ± 4,1). Para comparar a diferença entre as variáveis foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis (Tabela 15).

Observou-se diferença estatística significativa entre a satisfação com a vida atual e todos os domínios de qualidade de vida: domínio físico (p=0,000), domínio psicológico (p=0,000), domínio relações sociais (p=0,000) e domínio meio ambiente (p=0,000). Não se encontrou diferença estatística significativa entre a satisfação no trabalho e a sonolência (p=0,295), ao teste de Kruskal Wallis.

Tabela 15– Associação média (DP) do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) e variáveis de saúde, hábito e estilo de vida. São Paulo, 2012.

			ICT				
Variáveis	**Total**	**%**	**Média (DP)**	**Mediana**	**Mínimo**	**Máximo**	**Valor p**
Saúde comparada	192	100	40,2 (5,0)	41	27	49	
Pior/Um pouco pior	22	11,4	36,2 (4,3)	36,5	29	45	0,000*
Igual	67	34,9	40,0 (5,0)	41	27	48	
Melhor/ Muito melhor	103	53,6	41,2 (4,7)	42	27	49	
Dor nos últimos 6 meses	188	100	40,2 (5,1)	41	27	49	
Sim	116	61,7	39,2(4,9)	40	27	48	0,001£
Não	72	38,3	41,8(4,8)	42	30	49	
Dor na última semana	188	100	40,2 (5,1)	41	27	49	
Sim	105	55,8	38,7(4,8)	39	27	48	0,000£
Não	83	44,2	42,0(4,8)	43	30	49	
Uso de medicamento	190	100	40,2 (5,1)	41	27	49	
Sim	72	37,9	38,4 (4,9)	39	27	49	0,000£
Não	118	62,1	41,3 (4,8)	42	27	49	
Problema de saúde nos últimos 15 dias	169	100	40,0 (5,0)	40	27	49	
Sim	46	27,2	37,6 (4,8)	37,5	27	48	0,000£
Não	123	72,8	40,8 (4,8)	41	27	49	
Tabagismo	191	100	40,2 (5,0)	41	27	49	
Sim	19	9,9	37,3 (4,7)	37	31	46	0,006£
Não	172	90,1	40,5 (5,0)	41	27	49	
Atividade física	186	100	40,1 (5,1)	41	27	49	
Sim	70	37,6	41,0 (4,9)	41,5	27	49	0,056£
Não	116	62,4	39,6 (5,1)	40	27	49	

Tabela 15 (continuação) – Associação média (DP) do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) e variáveis de saúde, hábito e estilo de vida. São Paulo, 2012.

			ICT				
Variáveis	**Total**	**%**	**Média (DP)**	**Mediana**	**Mínimo**	**Máximo**	**Valor p**
Satisfação com o trabalho	167	100	40,3 (5,1)	41	27	49	
Insatisfeito/ Pouco satisfeito/nem satisfeito nem insatisfeito	44	26,3	39,5 (5,9)	40	27	49	0,478*
Satisfeito	92	55,1	40,4 (4,9)	41,5	27	49	
Muito Satisfeito	31	18,6	41,3 (3,9)	42	34	48	
Satisfação com a vida atual	166	100	40,3 (5,1)	41	27	49	
Insatisfeito/ Pouco satisfeito/nem satisfeito nem insatisfeito	43	25,9	38,1 (5,4)	38	27	48	0,000*
Satisfeito	84	50,6	40,2 (4,7)	41	27	48	
Muito Satisfeito	39	23,5	43,1 (4,1)	43	33	49	

*Teste de Kruskal Wallis £Teste de Mann-Whitney

Para estudar os fatores de interesse relacionados com o escore do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) na amostra total foi utilizada a análise de regressão linear, modelos univariado e múltiplo com critério *Stepwise* de seleção de variáveis. As variáveis numéricas foram transformadas em postos (*ranks*) devido à ausência de distribuição normal [45]. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, p <0,05.

As variáveis testadas no modelo foram: todos os domínios de qualidade de vida do Whoqol-Bref, escala de sonolência de Epworth, turnos em quatro períodos (manhã, tarde, diurno e noturno), turnos longos agrupados de 12 horas (diurno e noturno), quatro UTIs (pediátrica, gerais, unidade coronariana e neurocirurgia), categoria profissional, sexo, idade, escolaridade, estado civil, IMC, atividade de lazer, tabagismo, atividade física, dor nos últimos

seis meses, ter tido algum problema de saúde nos últimos 15 dias, satisfação com o trabalho, satisfação com a vida atual, uso de medicamento e estresse.

Os resultados das análises de regressão linear univariada e multivariada (com critério *Stepwise* de seleção de variáveis) para estudar a relação dessas variáveis de interesse com o valor do escore do ICT na equipe de enfermagem. As tabelas 16,17 e 18 a seguir, são apresentados os dados.

Tabela 16. Análise de regressão linear univariada para identificar os fatores relacionados com o escore do ICT (n=192).

Variável referência	Parâmetro estimado	Erro padrão	R2	Valor p
Domínio físico (ranks)	0,33	0,07	0,0998	**<0,001**
Domínio psicológico (ranks)	0,42	0,07	0,1691	**<0,001**
Domínio relações sociais (ranks)	0,33	0,07	0,1008	**<0,001**
Domínio meio ambiente (ranks)	0,33	0,07	0,1088	**<0,001**
Epworth (ranks)	-0,29	0,10	0,0715	**<0,001**

Tabela 17. Análise de regressão linear univariada para identificar os fatores relacionados com o escore do ICT (n=192).

Variável referência	Parâmetro estimado	Erro padrão	R2	Valor p
Turnos				
(manhã X tarde)	1,18	21,71	0,0116	0,957
(manhã X diurno)	0,61	14,29		0,966
(manhã X noturno)	12,48	14,04		0,375
Turnos (diurno X noturno)	11,93	8,00	0,0116	0,138
UTIs				
(Pediátrica X Gerais)	-7,45	14,87		0,617
(Pediátrica X UCO)	-11,88	17,74	0,0024	0,504
(Pediátrica X NCR)	-7,49	17,19		0,664
Categoria profissional				
(auxiliar+ técnico X enfermeiro)	-0,32	9,09	0,0000	0,972
Sexo (feminino X masculino)	0,89	9,14	0,0001	0,922
Idade (ranks)	0,06	0,08	0,0031	0,451
Escolaridade				
(ensino fundamental + médio X superior incompleto)	8,88	10,96	0,0179	0,419
(ensino fundamental + médio X superior completo e pós)	-10,89	8,88		0,222
Estado civil				
(solteiro X casado)	-3,44	8,92	0,0133	0,701
(solteiro X viúvo/divorciado)	-18,36	11,76		0,120
IMC (ranks)	-0,18	0,08	0,0293	**0,021**
Atividade de lazer (sim/não)	-5,60	16,57	0,0006	0,736
Tabagismo (sim/não)	-36,96	13,18	0,0399	**0,006**
Atividade física (sim/não)	16,19	8,39	0,0198	0,055
Saúde Comparada				
(pior+um pouco pior X igual)	43,51	13,02	0,0970	**0,001**
(pior+um pouco piorX melhor+ muito melhor)	55,92	12,44		**<0,001**

Tabela 17 (cont). Análise de regressão linear univariada para identificar os fatores relacionados com o escore do ICT (n=192).

Variável referência	Parâmetro estimado	Erro padrão	R2	Valor p
Satisfação com o trabalho				
(Insatisfeito X satisfeito)	7,83	10,22	0,0179	0,445
(Insatisfeito X Muito satisfeito)	16,17	13,08		0,218
Satisfação com a vida atual				
(Insatisfeito X Satisfeito)	23,58	9,94	0,1058	**0,019**
(Insatisfeito X Muito satisfeito)	51,48	11,73		**<0,001**
Uso de medicamento (sim/não)	-32,87	7,98	0,0829	**<0,001**
Estresse (ranks)	-0,17	0,11	0,0153	0,140

Pelos resultados, verifica-se relação conjunta significativa do domínio psicológico do Whoqol-Bref, tabagismo e sonolência de Epworth com o valor do escore do ICT. Ou seja, os sujeitos com maiores valores do escore do ICT foram os que apresentaram maior escore do Whoqol-Bref no domínio psicológico, os que não fumam e com menor escore de sonolência de Epworth (Tabela 18).

Tabela 18. Análise de regressão linear multivariada para escore do ICT (n=106).

Variável referência	Parâmetro estimado	Erro padrão	R2 parcial	Valor p
Domínio psicológico (ranks)	0,41	0,08	0,2026	**<0,001**
Epworth (ranks)	-0,28	0,09	0,0635	**0,002**
Tabagismo (sim/ não)	-54,45	13,36	0,0992	**<0,001**

Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. R^2 Total: 0.3653. Intercepto (EP): 82.74 (13.29); P<0.001. Variáveis numéricas transformadas em postos (*ranks*) devido à ausência de distribuição Normal.

5- DISCUSSÃO

De acordo com os dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que revelam em 2009 a presença de aproximadamente 21 milhões de idosos no país, foi observado aumento do percentual de mulheres com mais de 60 anos e apontado um aumento da inserção dessas trabalhadoras no mercado de trabalho [46].

Os dados sociodemográficos desse estudo evidenciaram o predomínio do sexo feminino, fato que pode estar associado à categoria profissional, no qual o trabalho da enfermagem é considerado historicamente como atributo do gênero feminino devido a características como destreza, paciência, dedicação e por estar originalmente ligada à noção de caridade, abnegação, obediência e dedicação [47-48].

Na amostra estudada identificou-se faixa etária entre 30 e 39 anos (44%) e nível de escolaridade ensino superior completo entre (38,3%) dos entrevistados. Semelhante aos dados nacionais no qual essa faixa etária é economicamente ativa no país, e os dados apontam para aumento significativo do número de estudantes do ensino superior [49].

A maioria dos trabalhadores residia na cidade de São Paulo, e utilizavam majoritariamente ônibus e carro como meio de transporte para o trabalho. Porém é comum nos grandes centros urbanos o aumento do tempo de deslocamento devido ao trânsito pela quantidade excessiva de carros e pessoas. De acordo com o último Censo 2010 divulgado pelo IBGE a população no município de São Paulo chega a quase 11,5 milhões de habitantes [49].

No presente estudo foi encontrada associação entre o aumento do tempo de deslocamento da residência ao trabalho, a menores escores de qualidade de vida no domínio meio ambiente e maior sonolência.

O instrumento de qualidade de vida utilizado avaliou a percepção do indivíduo em relação a inúmeros fatores, e as facetas que podem ter contribuído para seu menor

desempenho no domínio meio ambiente associado ao deslocamento, são: a moradia, que avalia a satisfação em relação ao local que a pessoa mora, dorme e mantém seus bens materiais; os recursos financeiros que contribuem para a manutenção das necessidades e estilo de vida saudáveis e confortáveis e o meio de locomoção, seja ele referente à disponibilidade e acesso ao transporte, bem como a liberdade para se realizar as tarefas do cotidiano [36,50]. E uma possível hipótese para o aumento da sonolência entre trabalhadores pode ser devido à saída da residência para o trabalho em horário muito antecipado a entrada.

Nessa pesquisa, não se encontrou diferença estatística significativa entre turnos e aumento da sonolência. Porém, obteve-se maior escore médio de sonolência entre o turno da manhã. O que de certa forma reafirma o achado sobre associação entre o aumento do tempo de gasto para ida ao trabalho com a sonolência, pois à distância entre a residência e o local de trabalho podem favorecer que esses trabalhadores acordem muito antecipadamente para assumir o plantão as sete horas da manhã, sendo a média de deslocamento encontrada entre os trabalhadores de 131 minutos.

Em relação à religiosidade a maioria dos trabalhadores informou possuir alguma crença religiosa. Em estudo realizado por Gutierrez [51] no qual avaliou as concepções culturais relacionadas a o processo de morrer entre os profissionais de enfermagem em UTIs, verificou-se que possuir alguma crença ou religiosidade os ajudam a suportar a carga de trabalho imposta nessas unidades.

Na amostra estudada os trabalhadores relataram possuir outro vínculo empregatício (44,6%) sendo a maioria em outro serviço de saúde. Os dados são semelhantes a estudos realizados entre a equipe de enfermagem por Chillida [16] e Moreno [52]. Em outro estudo realizado entre enfermeiros gerenciais e assistenciais, que atuavam em um hospital escola possuíram duplo vínculo empregatício 45,8% Montanholi [53] e valor semelhante foi observado

entre a equipe de enfermagem, com amostra de 143 trabalhadores, de um hospital público na cidade Minas Gerais para duplo vínculo empregatício (42,7%) [54].

Aproximadamente metade dos trabalhadores relatou fazer hora extra, fato esse que pode estar relacionado à remuneração, pois a maioria dos trabalhadores que constituem a equipe de enfermagem recebiam remuneração de aproximadamente três salários mínimos [55]. Com isso, a necessidade e opção pela realização de horas extras favorecem a realização do trabalho em outros turnos além do previsto em contrato, o que pode levar a desregulação do ritmo circadiano podendo ocasionar distúrbios.

Em um estudo que avaliou os sintomas de dor abdominal, constipação e diarréia entre enfermeiras nos Estados Unidos, foi encontrado maior prevalência da síndrome do intestino irritável entre os trabalhadores de turnos rotativos, quando comparado aos trabalhadores do turno diurno ou noturno [9].

Em relação aos dados referentes ao trabalho, à idade média para início do trabalho foi 17 anos e aproximadamente 10 anos de trabalho na área da saúde. Verificou-se média de três anos de trabalho no Hospital.

A baixa média de permanência, três anos, encontrada nesta pesquisa pode estar relacionada a diversos fatores, entre eles, jornadas excessivas de trabalho, falta de plano de carreira, falta de incentivo ao aperfeiçoamento, falta de investimento em recursos humanos e materiais e média salarial inferior aos hospitais privados.

Em pesquisa qualitativa realizada entre enfermeiros de UTI, no qual se buscou conhecer a lógica da produção de saúde nessas unidades, foi identificado que o trabalho no funcionalismo público gera um aparente conformismo, mas é característica humana a necessidade de busca por melhores condições de vida, o que implica em condições laborais adequadas podendo influenciar no tempo de permanência na instituição [56].

Os dados encontrados nesse estudo em relação aos aspectos relacionados à saúde e estilo de vida, relataram tabagismo (9,8%), faziam uso de bebidas alcoólicas (28,5%), a minoria dos trabalhadores relatou praticar atividade física (36,3%) e a maioria referiram possuir alguma atividade de lazer 93,8%.

Comparando as porcentagens na capital de São Paulo e os dados da pesquisa, identificou-se que a porcentagem de tabagistas na capital é o dobro em relação ao dado estudo; os trabalhadores de enfermagem apresentaram o dobro da porcentagem em relação ao consumo de bebida alcoólica, quando comparados aos da cidade de São Paulo; e entre os praticantes de atividade física, os dados encontrados são semelhantes aos obtidos da cidade de São Paulo [57].

Em estudo realizado por Hilleshein [23] que avaliou a capacidade para o trabalho de enfermeiros em um hospital universitário, foi encontrado como resultado, médias superiores de ICT entre os não fumantes. Semelhante ao obtido nessa pesquisa, no qual o tabagismo foi um fator que influenciou para diminuição do valor do escore ICT pela análise de regressão multivariada.

As diversas formas de lazer, classificadas em manuais, físicas, artísticas, intelectuais ou sociais favorecem a promoção à saúde, pois permitem o descanso, recuperando a fadiga advinda do trabalho, promove a diversão, criando a ruptura da rotina diária, bem como o desenvolvimento pessoal e social [58].

Foi encontrada diferença estatística significativa entre a realização de atividade física e todos os domínios de qualidade de vida (QV), assim os maiores escores médios de QV foram entre os trabalhadores que relataram realizar alguma atividade física. A prática de atividade física traz inúmeros benefícios entre eles a redução dos níveis de estresse e aumento da auto estima, e diminuição dos riscos de dislipidemia e obesidade [50]. Assim, os hábitos e estilo de

vida saudáveis são essenciais para manutenção e boa percepção da capacidade para o trabalho.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Índice de Massa Corpórea (IMC) considerados normais são valores entre 18,5 e 24,9 kg/m², sobrepeso de 25 a 29,9 kg/m² e obesidade valores maiores ou iguais a 30 kg/m² [59]. De acordo com levantamento realizado pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde entre os anos de 2008-2009 foi identificado aumento de peso entre os brasileiros comparados há décadas anteriores. Sendo esse aumento predominante na região Sul, Sudeste, Centro-oeste e áreas urbanas. Em relação ao sexo feminino observou-se que 48% das mulheres estavam com excesso de peso e 16,9% obesidade [60].

Neste estudo metade da equipe de enfermagem apresentou Índice de Massa Corpórea (IMC) categorizado como sobrepeso e/ou obesidade, semelhante aos dados nacionais pelo IBGE [60] e observou discreto aumento do IMC em relação ao turno noturno de trabalho.

Em um estudo de coorte prospectivo por duas décadas nos Estados Unidos avaliaram o trabalho em turnos rotativos entre enfermeiras e encontraram associação entre o aumento de chances para diabetes do tipo II quando comparado ao grupo que não trabalhava em regime de turnos. E concluíram que o possível aumento de peso por trabalho no turno noturno pode ter favorecido o diagnóstico da doença [10].

Em outro estudo que investigou a prevalência de sintomas relacionados ao trabalho em turnos, entre enfermeiros na Noruega, foi identificado que aproximadamente um terço da população apresentou indicativos de distúrbios do sono relacionados ao trabalho em turno [11].

Os dados encontrados em outros estudos entre a equipe de enfermagem são semelhantes aos achados nessa pesquisa, no qual o IMC classificado em sobrepeso ou

obesidade apresentava-se aliado à baixa realização de atividade física entre os trabalhadores [61], assim como encontrado no presente estudo.

É previsto o aumento do IMC à medida que aumenta a idade, foi encontrado nesse estudo que o aumento do IMC apontou para tendência de diminuição do escore de qualidade de vida no domínio psicológico e diminuição da capacidade para o trabalho.

Assim, tendo em vista as futuras tendências sobre o envelhecimento populacional, vale refletir sobre as importantes alterações fisiológicas decorrentes desse processo, e com isso promover medidas necessárias para o suporte dessa população que ficará idosa, oferecendo previdência adequada, não exploração no trabalho e emprego dos aposentados, acessibilidade nos transportes e atenção primária adequada para reduzir o número de internações por complicações de doenças crônicas [62].

Os achados do presente estudo podem sinalizar as características particulares de hábitos e estilo de vida nessa população, mas também apontar que as associações desses fatores juntamente com as alterações decorrentes do envelhecimento podem levar ao aumento do IMC e diminuição da capacidade para o trabalho. O ICT abrange questões que são modificadas com o envelhecer, por isso a grande importância das discussões a respeito da promoção a saúde e ao envelhecimento ativo e saudável [12,62].

Em relação aos aspectos que abrangem o domínio psicológico que podem ter influenciado a diminuição do escore de QV quando associado ao IMC são as facetas ligadas aos sentimentos positivos, autoestima, imagem corporal e aparência, e sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais [36,41].

Entre os trabalhadores deste estudo encontrou-se diferença estatística significativa entre os que faziam uso de algum medicamento com a diminuição da capacidade para o trabalho e o

aumento da sonolência. Os trabalhadores relataram como doença de diagnóstico médico a hipertensão arterial (5,7%) e obesidade (5,7%).

Em estudo que verificou a pressão arterial sistêmica entre os trabalhadores de enfermagem, foi encontrada que a obesidade estava alterada e o estresse estava ligado diretamente ao sedentarismo, sendo que os praticantes de atividade física leve possuíam menos estresse [63].

Sfredo [64] avaliou a associação entre a pressão arterial em turnos de trabalho entre a equipe de enfermagem de um hospital geral e observou que o trabalho em turnos ou à noite não estiveram associados à hipertensão ou pré-hipertensão. Somente confirmou achados tradicionais na literatura que apontam o aumento do IMC e idade como fatores associados a maior prevalência de hipertensão.

A literatura aponta que o sedentarismo, aumento do Índice de massa corpórea e hipertensão são fatores de risco cardiovascular. Com isso é possível inferir, com a devida cautela, que a população estudada apresenta fatores que podem contribuir para o aumento de doenças cardiovasculares.

Em relação aos fatores de risco ocupacionais, os profissionais de enfermagem relataram exposição a diversos fatores como: ruídos, movimentos repetitivos, trabalho estressante, esforço físico, contato com materiais perfuro cortante e líquidos orgânicos. Sabe-se que alguns fatores de risco podem ser prevenidos com o uso de equipamento de proteção individual (EPI) que foi relatado por 90% desses trabalhadores. Em relação ao trabalho estressante, no estudo realizado por Negeliskii [21] que avaliou o estresse laboral, foi encontrado maior associação do estresse entre os trabalhadores que realizavam atividades rotineiras e repetitivas, e que não passavam por treinamento regular, quando comparado a outros grupos.

Sabe-se que outros fatores podem gerar riscos de lesões, como por exemplo, a movimentação de pacientes no leito ou transferência para exames ou de unidades devem ser realizados com cautela para evitar danos à saúde. Nesse estudo 11,4% dos trabalhadores relataram lesões por acidentes com diagnóstico médico nas pernas/pés, braços ou mãos. E em relação a possuir doença na própria opinião, 30,1% relataram sofrer de doenças ou dores nas costas e pescoço.

Em estudo que avaliou o tempo e duração que enfermeiros permanecem em posições curvadas e inclinadas para trabalhar na área hospitalar e domiciliar obteve-se que o aumento do esforço físico e tempo médio nessas posições estão relacionados ao setor que o trabalhador atuava e ao grau de dependência dos pacientes. Foi possível concluir que medidas podem ser realizadas para reduzir o tempo de permanência em posições repetitivas e cansativas, proporcionando assim a diminuição do estresse físico [65].

Em outro estudo que avaliou os riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem em UTI´s, observou-se que a maioria dos profissionais utilizavam EPI, sendo as luvas, máscaras e aventais os mais citados, e constatou que a falta de hábito ou disciplina no uso do EPI foi um dos motivos mais apontados pela equipe de enfermagem quando questionados sobre sua não utilização [66].

Em relação ao Índice de Capacidade para o trabalho (ICT), os respondentes apresentaram valores médios que os caracterizavam com boa capacidade para o trabalho, objetivando melhorar ainda mais esta capacidade, semelhante ao encontrado nos estudos de Hilleshein [23] entre enfermeiros de um Hospital Universitário, Duran [18] entre a equipe de enfermagem atuante em pronto socorro de Hospital Universitário e Moreno [52].

Semelhante aos estudos de Chillida e Monteiro [16], Masson e Monteiro [67] que apontam para a diminuição do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) com o aumento da idade,

houve tendência de diminuição do escore médio do ICT nos trabalhadores com idade maior ou igual a 50 anos.

Em um estudo multicêntrico envolvendo dez países europeus entre enfermeiros, buscou-se conhecer por meio da avaliação da capacidade para o trabalho quais os motivos associados à intenção de deixar a profissão, e encontrou-se que o baixo escore de capacidade para o trabalho e o envelhecimento foram fatores que puderam contribuir para a saída desses trabalhadores da profissão. E concluíram que medidas devem ser implementadas para que haja melhora na qualidade do ambiente de trabalho e com isso se mantenha a boa capacidade para o trabalho e aumento da permanência desses trabalhadores nos serviços de saúde [68].

No presente estudo não foram encontradas diferenças estatísticas significativas em relação à faixa etária e sonolência, somente tendência de menor escore médio de sonolência de Epworth na faixa etária igual ou superior a 50 anos, o que contraria outros achados que obtiveram associação positiva entre o aumento da idade e sonolência entre os trabalhadores de enfermagem em turnos. Com isso, estudos mais específicos entre essa população devem ser realizados a fim de aprofundar os fatores que desencadeiam os resultados encontrados na literatura nacional e internacional [11].

No presente estudo foi encontrada associação estatística negativa significativa entre sonolência, ICT e os escores de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e relações sociais. Assim, o aumento da sonolência estava associado à diminuição dos escores nesses domínios de QV e consequentemente a diminuição da capacidade para o trabalho.

Os dados dessa pesquisa são semelhantes ao encontrado no estudo que avaliou a qualidade do sono por meio do Índice de Qualidade de Sono de Pittisburg (PSQI) e qualidade de vida por meio do Whoqol-Bref entre enfermeiras que trabalhavam em turnos em Taiwan, no

qual obtiveram associações estatísticas semelhantes, pois o aumento nos escores de sonolência diminuíram os de qualidade de vida [69].

Neste estudo não foram encontradas diferenças estatísticas significativas em relação à capacidade para o trabalho, sonolência e os turnos de trabalho, somente observada uma tendência para maior média de ICT em trabalhadores do turno noturno.

O que pode estar relacionado à adaptação e tolerância desse trabalhador ao trabalho noturno e a influência do efeito "trabalhador sadio". Em um estudo que avaliou a fadiga e a capacidade para o trabalho entre trabalhadores de uma indústria têxtil foi observado aumento do ICT em trabalhadores do turno noturno [15], semelhante ao encontrado nessa pesquisa. Em outra pesquisa que avaliou os efeitos da fadiga e a função imune entre enfermeiras que trabalhavam em turnos foram identificados efeitos deletérios sobre as células de defesa do corpo à medida que aumentava o grau de fadiga [70].

De modo geral, as rotinas da equipe de enfermagem no período noturno costumam ser diferente dos outros turnos, não havendo grande número de visitas aos pacientes, diminuição da quantidade de médicos e residentes de medicina, diminuição do número de estagiários das escolas de enfermagem, e com isso menos exposição aos possíveis agentes estressores, o que de certa forma pode melhorar os aspectos relacionados à qualidade de vida e com isso, influenciar no aumento da capacidade para o trabalho.

Em relação à sonolência, no estudo realizado por, Fischer *et al.* [32] no qual avaliaram a percepção do sono, qualidade e alerta entre profissionais da área da enfermagem que atuavam em turnos, e encontraram queda significativa da média dos níveis de alerta para os trabalhadores do turno noturno, enquanto que os trabalhadores do turno diurno não apresentaram diferenças significativas. Assim, a diminuição dos níveis de alerta durante o turno

noturno pode levar a diminuição da capacidade para o trabalho e consequentemente gerar acidentes e causar erros.

No presente estudo foi encontrada diferença estatística significativa entre turnos e qualidade de vida, nos domínios físico e relações sociais. Observou-se maior escore médio para o turno diurno no domínio físico e maior escore médio no domínio de relações sociais para o turno da manhã.

O achado pode estar relacionado ao quadro de trabalhadores no turno diurno ser maior que em outros períodos, o que pode favorecer para melhor percepção da capacidade para o trabalho, e com isso, haver um possível aumento do escore no domínio físico. E a obtenção de maior escore médio no domínio de relações sociais ser no turno da manhã, pode estar relacionado à possibilidade que esses trabalhadores possuem de realizarem outras atividades após o horário do término do trabalho às 13h. Pois nesse domínio contêm facetas relacionadas às relações pessoais, de suporte e apoio social e atividade sexual [41].

No presente estudo não foi encontrada diferença estatística significativa entre os sexos e as variáveis ICT, qualidade de vida e sonolência. E apesar do sexo feminino apresentar tendência de maior sonolência, as médias em relação aos domínios de qualidade de vida foram maiores quando comparadas ao sexo masculino.

O fator que pode contribuir para o aumento da sonolência entre o sexo feminino é o fato dessas mulheres dedicarem mais tempo para a realização das tarefas domésticas e cuidados maternos, o que pode gerar duplas ou triplas jornadas de trabalho [71] diminuindo assim o período de descanso e sono, levando ao aumento da sonolência.

Os dados encontrados nesta pesquisa são semelhantes ao encontrado em estudo de seguimento realizado por Hasson e Gustavsson [72] na Austrália, no qual avaliaram por quatro anos a qualidade do sono entre graduandos de enfermagem e formados, encontrando diferença

e diminuição entre da qualidade sono no período de transição para a vida profissional e não obtiveram diferenças significativas entre idade e sexo.

Nesse estudo, não foi encontrada diferença estatística significativa entre as categorias da enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) e os escores de capacidade para o trabalho, domínios de qualidade de vida e sonolência. Os resultados são semelhantes ao obtido no estudo conduzido por Martins [73] que avaliou a qualidade de vida e capacidade para o trabalho entre profissionais de enfermagem em um hospital na região Sul do país, e não obteve diferença significativa nos escores entre qualidade de vida e ICT e os dados sobre categoria profissional.

Nesse estudo, não foi encontrada diferença estatística significativa entre as diferentes UTIs (UTI pediátrica, UTI gerais, Unidade coronariana e UTI da neurocirurgia) e os escores de capacidade para o trabalho, domínios de qualidade de vida e sonolência. O que pode estar relacionado a características semelhantes em relação ao grau de dependência e alta complexidade do paciente internado nessas unidades. Pois, apesar de existirem características específicas de cada setor a carga de trabalho e demandas exigidas aos profissionais de enfermagem são semelhantes.

No estudo realizado por Gonçalves e Padilha[6] no qual buscou-se analisar a carga de trabalho realizada pela enfermagem e os fatores relacionados a ela em cinco UTIs de dois hospitais privados, encontrou-se que a maioria dos trabalhadores tiveram alta carga de trabalho e ela não esteve associado a idade do paciente e nem ao tipo de tratamento.

As variáveis que influenciaram diretamente o escore do Índice de Capacidade para o trabalho foram: à percepção sobre saúde comparada, relato de presença de dor nos últimos seis meses e dor na última semana, uso de medicamento, problema de saúde nos últimos 15 dias, satisfação com a vida atual e sonolência.

Em outro estudo que avaliou os sintomas físicos do estresse entre a equipe de enfermagem atuante em pronto atendimento as principais queixas encontradas foram: cefaléia, sensação de fadiga e dores nas pernas, o que sugere desgaste desses profissionais e sinais típicos de estresse, considerando que os relatos de dores normalmente surgiam após atendimentos emergenciais [74].

No estudo que avaliou a capacidade para o trabalho em trabalhadores com lesões músculo esqueléticas crônicas de linha de produção, foi encontrado que os diferentes níveis de dor influenciaram na perda da capacidade para o trabalho [17].

Em um estudo multicêntrico realizado na Europa, que investigou a relação entre a influência dos fatores psicossociais com a presença de dor entre a equipe de enfermagem atuante em hospitais e na assistência domiciliar, encontrou que o desequilíbrio esforço recompensa, ou seja, muito esforço e pouca recompensa estavam relacionados à maior presença de dor nas costas e no pescoço entre a equipe de enfermagem [75].

No presente estudo, uma característica organizacional do processo de trabalho é o horário para o descanso de aproximadamente três horas no período noturno, mas que pode variar de acordo com as demandas e intercorrências no setor.

Fallis [76] avaliou que usufruir de períodos de cochilos entre enfermeiros atuantes em unidades de emergência durante o turno noturno de trabalho é um método reparador e pode proporcionar melhora do trabalho e segurança na assistência prestada. Rosa *et al.* [77] avaliaram a percepção do sono e fadiga entre trabalhadores de enfermagem em diferentes turnos e identificaram maior duração do sono nos dias de folga, pois os trabalhadores escolhem seus horários para o descanso em relação aos dias de trabalho.

Em outro estudo que identificaram a prevalência de erros de medicação em UTIs relatados pela equipe de enfermagem, foi observado uma tendência para o aumento dos erros

de medicação associados aos baixos escores de qualidade de vida e por consequência do estado de saúde [78].

No presente estudo foi encontrada diferença estatística significativa entre a presença de dor nos últimos seis meses e dor na ultima semana a menores escores no domínio meio ambiente. Contrariando os resultados de Rios *et al.* [79] que avaliaram a qualidade de vida relacionada aos fatores sociodemográficos entre técnicos e auxiliares de enfermagem em um hospital privado e encontraram uma relação dos problemas de saúde com diminuição dos escores em todos os domínios da QV e apontaram para uma relação com a atividade ocupacional. Mas, a percepção de saúde comparada em relação à outra pessoa da mesma idade, classificada como pior ou um pouco pior desse estudo, apresentaram valores de diferença significativos, afetando dessa forma para a diminuição dos escores em todos os domínios de qualidade de vida e consequentemente na capacidade para o trabalho.

Em um estudo conduzido entre enfermeiras no Japão identificaram que o aumento de incidência de erros cometidos pela enfermagem estavam associados à doença atual, pausas e intervalos no trabalho noturno, presença de dor no corpo e alteração do estado emocional, relacionado aos problemas pessoais ou administrativos [80].

O aumento da sonolência apresentou associação com o relato de presença de algum problema de saúde nos últimos 15 dias e percepção de saúde comparada pior e um pouco pior. Assim, a associação de problemas de saúde, aumento das jornadas de trabalho, fatores de vida e sócio familiares podem acarretar maior sonolência entre os trabalhadores, inferindo, com a devida cautela, na diminuição da capacidade para o trabalho.

Os dados desse estudo são semelhantes ao encontrado por Borges [81] que avaliou a capacidade para o trabalho entre a equipe de enfermagem e apontou para uma relação entre o aumento da sonolência e a tendência de diminuição de capacidade para o trabalho. Em outro

estudo que avaliou a sonolência de enfermeiros em UTI, no qual se buscou avaliar objetivamente e subjetivamente a sonolência entre esses profissionais foi encontrado maior sonolência entre enfermeiros pertencentes a UTI quando comparado a outros setores. E concluiu-se que há um déficit patológico de sonolência entre enfermeiros de UTI, o que pode causar riscos não só a saúde desses trabalhadores, mas também aos pacientes [82].

6- LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo transversal nessa pesquisa não permite que sejam estabelecidas relações causais.

Os instrumentos utilizados foram validados, traduzidos e adaptados para o português, porém, deve-se olhar cautelosamente para os dados advindos da escala de sonolência de Epworth, pois apesar das situações avaliadas serem de atividades cotidianas, os trabalhadores respondentes podem ter sido influenciados pela sonolência percebida no momento em que responderam o instrumento, visto que a percepção da sonolência em turnos e turno fixo noturno de trabalho são diferentes.

Para análise dos dados optou-se por utilizar números totais diferentes para a análise de cada instrumento, pois os entrevistados não responderam os questionários integralmente. Optou-se por não imputar dados dos instrumentos que possuíam mais de 10% das questões deixadas em branco. Com isso, a análise dos dados e suas associações podem de certa forma ter prejudicado a correlação dos dados, devido à exclusão automática pelos programas computacionais das questões deixadas em branco.

Houve recusa indireta de participação no estudo, pois apesar do consentimento imediato após explicação da importância do estudo e de seus objetivos não houve devolução dos questionários nos prazos estabelecidos. A taxa de resposta foi de 78,1%.

Outras limitações do estudo: não foram incluídos os trabalhadores afastados por licença médica, assim participaram do estudo somente os trabalhadores em pleno exercício do seu trabalho, o que pode minimizar os riscos e desfechos de problemas de saúde, qualidade de vida e sono, causando o “efeito do trabalhador sadio”. Com isso, os dados obtidos para a capacidade para o trabalho, qualidade de vida e sonolência da população estudada podem ter sido subestimados.

7- CONCLUSÕES

Esta pesquisa teve por objetivo avaliar a capacidade para o trabalho e associá-la aos domínios de qualidade de vida e a sonolência, bem como caracterizar o perfil sociodemográfico e condições de vida, saúde e trabalho da equipe de enfermagem atuante nas UTIs de um hospital de grande porte na cidade de São Paulo.

Nesse estudo encontrou-se predominância de trabalhadores do sexo feminino, casados, com filhos, residentes na cidade e com ensino médio completo. A maioria dos sujeitos relatou não ser tabagista, não fazer uso de bebidas alcoólicas, não ser praticante de atividade física, ter tido dor nos últimos seis meses e na última semana, e ter algum problema de saúde nos últimos 15 dias.

Parte significativa da amostra atuava no turno noturno, trabalhava na UTI geral, possuíam mais de um vínculo empregatício, não sofreram acidentes de trabalho no último ano, utilizavam EPI e relataram exposição a diversos fatores de risco no trabalho.

Metade dos trabalhadores apresentou boa capacidade para o trabalho, sendo que alguns fatores afetaram na sua diminuição, entre eles, o IMC, tabagismo, ter tido dor nos últimos seis meses e na última semana, percepção de saúde comparada igual ou menor e maior escore de sonolência.

Em relação à qualidade de vida do Whoqol-Bref, todos os domínios associaram-se positivamente ao ICT, ou seja, os maiores escores entre os domínios de qualidade de vida apontaram para a tendência de aumento do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT). Encontrou-se diferença estatística significativa entre turnos e o domínio físico e relações sociais do WHOQOL-Bref, com maior escore médio no turno diurno para o domínio físico e maior escore médio para o turno da manhã no domínio relações sociais.

Foi encontrado correlação entre o aumento do IMC e menores escores no domínio psicológico. O aumento do tempo de deslocamento entre a residência e o trabalho correlacionou-se com diminuição do escore no domínio meio ambiente.

Em relação à sonolência de Epworth, maiores escores de sonolência levaram a diminuição de escores do ICT e qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e relações sociais. Os fatores que influenciaram o aumento da percepção de sonolência foram: aumento do tempo de deslocamento entre a residência e o trabalho, fazer uso de algum medicamento, ter tido algum problema de saúde nos últimos 15 dias, percepção de saúde comparada em relação à outra pessoa da mesma idade pior ou um pouco pior. E encontrou-se maiores médias de sonolência entre o turno da manhã e no sexo feminino.

Pela análise de regressão multivariada, as variáveis: domínio psicológico, tabagismo e sonolência se apresentaram como fatores que influenciaram o escore do ICT. O hábito do tabagismo e IMC podem ser considerados fator de “confusão” na análise dos dados de capacidade para o trabalho deste estudo, uma vez que, o uso do cigarro pode contribuir de forma direta para diminuição da capacidade para o trabalho, e em longo prazo atuar de forma indireta, influenciando na diminuição dos domínios de qualidade de vida e, entre eles o domínio psicológico que afetou diretamente o escore do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT). Semelhante ao IMC que pode ser agravado pelas condições de trabalho, pelos turnos e trabalho noturno e pela dieta obesogênica oferecida aos trabalhadores, pois o IMC foi um fator que se associou diretamente a diminuição do ICT e do domínio psicológico de qualidade de vida no WHOQOL-Bref.

As boas práticas alimentares e de estilo vida favorecem a saúde e diminuem os riscos de doenças. Porém, o desafio concentra-se em sensibilizar os profissionais da saúde que atuam no cuidado, e conhecem as consequências dos hábitos inadequados, a programarem

mudanças que saiam do conhecimento teórico e consenso comum e se tornem aplicáveis para a vida pessoal.

Com isso, deve-se aliar o conhecimento prévio para que haja conscientização dos trabalhadores a buscarem opções que ofereçam melhores condições de trabalho, mudança de hábitos, como diminuição do consumo de bebidas alcoólicas, aumento da prática de atividade física e com isso a melhora da saúde, aumento da qualidade de vida e capacidade para o trabalho.

Por meio da identificação e avaliação precoce de doença existente no trabalhador, tem-se a possibilidade de implementar, na instituição, programas preventivos, práticas de promoção à saúde e de estimular ações que melhorem a qualidade de vida desses profissionais.

Dessa forma, tendo-se em vista alguns resultados encontrados que apontaram para diminuição da capacidade para o trabalho relacionado ao estilo de vida, hábitos e saúde, observa-se que as condições de vida e trabalho nem sempre são favoráveis à saúde da equipe de enfermagem, podendo levar a diminuição da capacidade para o trabalho. Com isso, é necessário que sejam discutidas políticas de prevenção de doenças e promoção de saúde específica para essa população.

8- REFERÊNCIAS

1. Monteiro MI, Kuranishi-Ferreira LT. Taxi drivers working in a large city in Brazil: good news from practice. In: Richard Ennals; Robert H. Salomon. (Org.). Older workers in a sustainable society. Pieterlen: Peter Lang. 2011; 57-65.
2. Moreno CRC, Fischer FM, Rotenberg L. A saúde do trabalhador na sociedade 24 horas. São Paulo em Perspectiva. 2003; 17(1): 34-46.
3. Fogaça MC, Carvalho WB, Nogueira PCK, Martins LAN. Estresse ocupacional e suas repercussões na qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. Rev Bras Ter Intensiva. 2009; 21(3): 299-305.
4. Garanhani ML, Trevisan J, Robazzi, MLCC, Camargo GI. O trabalho de enfermagem em unidade de Terapia Intensiva: significados para técnicos de enfermagem. SMAD Revista Electrónica Salud Mental, Alcohol y Drogas. 2008; 4 (2): 1-15.
5. Sousa RMC, Padilha KG, Nogueira LS, Miyadahira AMK,Oliveira VCR. Carga de trabalho de enfermagem requerida por adultos, idosos e muito idosos em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(2): 1284-91.
6. Gonçalves LA, Padilha KG. Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(4): 645-52.
7. Costa ES, Morita I, Martinez MAR. Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social em trabalhadores da enfermagem em um hospital universitário do Estado de São Paulo. Caderno Saúde Pública. 2000; 16 (2): 553-55.
8. Morshead D. Stress and shiftwork. Occupational Health & Safety. Helsinki. 2002; 71 (5): 36-38.

9. Nojkov B, Rubenstein JH, Chey WD, Hoogerwerf WA. The impact of rotating shift work on the prevalence of irritable bowel syndrome in nurses. Am J. Gastroenterol. 2010; 105 (4): 842-47.

10. Pan A, Schernhammer ES, Sun Q, Hu FB. Rotating night shift work and risk of type 2 Diabetes: two prospective cohort studies in women. Plos Medicine. 2011; 8 (2):1-8.

11. Flo E, Pallesen S, Mageroy N, Moen BE, Gronli J, Nordhus IH, Bjorvatn B. Shift work disorder in nurses – Assessment, prevalence and related health problems. Plos one. 2012; 7(4): 1-9.

12. WHO. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005 p.60.

13. Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A. Índice de Capacidade para o Trabalho. Traduzido por Fischer FM *et al*. Helsinque: Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional, 1997.

14. Raffone AM, Hennington EA. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. Revista de Saúde Pública. 2005; 39(4): 669-76.

15. Metzner RJ, Fischer FM. Fadiga e capacidade para o trabalho em turnos fixos de doze horas. Revista de Saúde Pública. 2001; 35 (6): 548-53.

16. Chillida MSP. Capacidade para o trabalho e trabalho noturno: um estudo com trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. [Dissertação de mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2003.

17. Walsh IAP et al. Capacidade para o trabalho em indivíduos com lesões músculo-esqueléticas crônicas. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2004; 38 (2): 149-156.

18. Duran EMC, Monteiro Cocco MI. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem do pronto Socorro de um hospital universitário. Rev. Latino-am. Enfermagem. 2004;12 (1): 43-49.

19. Monteiro MI, Fernandes ACP. Capacidade para o trabalho de trabalhadores de empresa de tecnologia da informação. Rev Bras Enferm. 2006; 59(5): 603-08.

20. Andrade CB, Monteiro MI. Envelhecimento e capacidade para o trabalho dos trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(2): 237-44.

21. Negeliskii C, Lautert L. Estresse laboral e capacidade para o trabalho de enfermeiros de um grupo hospitalar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2011; 19 (3): 606-13.

22. Vasconcelos SP, Fischer FM, Reis AOA, Moreno CRC. Fatores associados à capacidade para o trabalho e percepção de fadiga em trabalhadores de enfermagem da Amazônia Ocidental. Revis Bras Epidemiol. 2011; 14(4): 668-97.

23. Hilleshein EF, Souza LM, Lautert L, Paz AA, Catalan VM, Teixeira MG, Melo DB. Capacidade para o trabalho de enfermeiros de um hospital universitário. Revista Gaúcha Enferm. 2011; 32 (3): 509-15.

24. Monteiro Cocco MI. Práticas educativas em saúde e a construção do conhecimento emancipatório. In: Bagnato MHS, Monteiro Cocco MI, De Sordi MRL (Orgs). Educação, saúde e trabalho: antigos problemas, novos contextos, outros olhares. Campinas: Ed. Alínea; 1999.p. 63-70.

25. OMS. Declaração elaborada pelo Grupo de Trabalho da Qualidade de Vida da OMS. Publicada no glossário de Promoção da Saúde da Organização Mundial de Saúde. 1998. OMS/HPR/HEP/ 98 I. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

26. Farias SNP, Zaitone RCG. A qualidade de vida no trabalho de enfermagem. Esc Anna Nery R Enferm. 2007; 11(3): 487 – 93.

27. Fogaça MC, Carvalho W.B, Nogueira PCK, Martins LAN. Estresse ocupacional e suas repercussões na qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. Rev Bras Ter Intensiva. 2009; 21(3): 299-305.

28. Gomes GC, Lunardi Filho WD, Erdmann AL. O sofrimento psíquico em trabalhadores de UTI interferindo no seu modo de viver a enfermagem. Rev Enferm UERJ. 2006; 14: 93-99.

29. Paschoa S, Zanei SSV, Whitaker IY. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. Acta Paulista de Enfermagem 2007; 20(3): 305-10.

30. Muller MR, Guimarães SS. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estud. Psicol. (Campinas)*, 2007; 24(4): 519-28.

31. Silva AB, Coelho CF, Marras R, Lopes EA, Macedo CR. Como diagnosticar e tratar distúrbios do sono. Revista Brasileira de Medicina. 2003; 60: 145- 63.

32. Fischer FM, Teixeira LR, Borges FNS, Gonçalves MBL, Ferreira RM. Percepção de sono: duração, qualidade e alerta em profissionais da área de enfermagem. Cad. de Saúde Pública 2002; 18(5): 1261-69.

33. Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE). Manual de integração. São Paulo: Abril 2010.

34. Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE). Disponível em: http://www.iamspe.sp.gov.br/. Acesso em 15 de dezembro de 2011.

35. Monteiro MI. Instrumento para coleta de dados. Campinas: Grupo de Estudos e pesquisas em saúde e trabalho, 1996, atualizado em 2011.

36. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-Bref”. Revis Saúde Pública. 2000; 34(2): 178-83.

37. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. Sleep. 1991; 14 (6):540-545.

38. Bertolazi NA. Tradução, adaptação cultural e validação de 2 instrumentos de avaliação do sono: escala de sonolência Epworth e índice de qualidade de sono de Pittsburgh.

[Dissertação de mestrado]. Rio Grande do Sul (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.

39. Martinez MC, Latorre MRO, Fischer FM. Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. Rev Saúde Pública 2009; 43(3): 525-32.
40. The Whoqol Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref: quality of life assessment. Psychological Medicine, Londres. 1998b; 28 (3): 551-558,
41. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2000; 5(1): 33-38.
42. Nosek A, Pedroso A, Armaganijan L, et al. Epworth Scale outcome in 2893 Brazilian sutdents. Sleep. 1998; 21 (suppl 5): 275. [Presented at Associated Professional Sleep Societies. 12 th annual meeting New Orleans, Louisiana, USA June 18-23, 1998].
43. Dancey CP, Reidy J. Estatística sem matemática para psicologia: usando SPSS para Windows. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2006.
44. Polit DF, Hungler B, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2004.
45. Conover WJ, Iman RL. Rank transformations as a bridge between parametric and nonparametric statistics. The American Statistician. 1981; 35 (3):124-29.
46. Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística (IBGE - Censo 2010). Disponível em:http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1766. Acesso em 10 abril 2012.
47. Aquino EML, Menezes GMS, Marinho LFB. Mulher, Saúde e Trabalho no Brasil: Desafios para um Novo Agir. Cad. Saúde Públ. 1995; 11 (2): 281-90.

48. 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. Rev Latino-Am Enfermagem. 2006; 14(4): 517-25.

49. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1717&id_pagina=1. Acesso em 13 abril de 2012.

50. Silva TTR. Estratégias organizacionais para a promoção de saúde e qualidade de vida: Avaliando a qualidade de vida no trabalho. [Dissertação de mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2008.

51. Gutierrez BAO, Ciampone MHT. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(4): 660-7.

52. Moreno CL. Violência e capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem. [Dissertação de mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas. 2004

53. Montanholi LL, Tavares DMS, Oliveira GR. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2006; 59 (5): 661-5.

54. Costa FM, Vieira MA, Sena RR. Absenteísmo relacionado a doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. Rev Bras Enferm. 2009; 62(1): 38-44.

55. Ministério do Trabalho e Emprego. Emprego e renda salário mínimo. Disponível em: http://carep.mte.gov.br/sal_min/default.asp. Acesso em 24 de maio de 2012.

56. Pinho LB, Santos SMA. O processo saúde-doença-cuidado e a lógica do trabalho do enfermeiro na UTI. Rev Latino-am Enfermagem 2007 março-abril; 15(2). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a03.pdf. Acesso 01 de maio de 2012.

57. Ministério da Saúde. VIGITEL. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília 2009. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_180411.pdf. Acesso em 30 de abril de 2012.

58. Bacheladenski MS, Matiello JE. Contribuições do campo crítico do lazer para a promoção da saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010; 15 (5): 2569-79.
59. WHO. *Body Mass Index Classification* – BMI. Disponível em: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html. Acesso em 30 de abril de 2012.
60. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). POF 2008-2009 - Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1699&id_pagina=1. Acesso em 12 abril de 2012.
61. Chillida M Pi, Moreno LC, Monteiro MI. Atividade física referida e estilo de vida entra trabalhadores de enfermagem em serviço público de saúde. *In* Gutierrez GL, Vilarta R, Mendes RT (org). Políticas públicas, qualidade de vida e atividade física. Ipes editorial. Campinas 2011. Cap 14, p.137-143.
62. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento (2010). Série Pactos pela Saúde (2006), v.12. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf. Acesso em 10 de maio de 2012.
63. Maia CO, Goldmeier S, Moraes MA, Boaz MR, Azzolin K. Fatores de risco modificáveis para doença arterial coronariana nos trabalhadores de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2007; 20 (2): 138-42.
64. Sfreddo C, Fuchs SC, Merlo AR, Fuchs FD. Shift Work Is Not Associated with High Blood Pressure or Prevalence of Hypertension. Plos one 2010; 5 (12).

65. Freitag S, Junod IF, Seddouki R, Dulon M, Hermanns I, Kersten JF, Larsson TJ, NIenhaus A . Frequent Bending-An Underestimated Burden in Nursing Professions. Ann. Occup. Hyg. 2011; pp. 1–11.

66. Nishide VM, Benatti MCC. Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. Rev Esc Enferm USP 2004; 38(4): 406-14.

67. Masson VA. Fadiga e capacidade para o trabalho entre motoristas de caminhão do entreposto hortifrutigranjeiro e mercado de flores de Campinas. [Dissertação de mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2009.

68. Camerino D , Conway PM , Van Der Hei JDBJM, Estryn-Behar M , Consonni D , Gould D, Hasselhorn HM. Low-perceived work ability, ageing and intention to leave nursing: a comparison among 10 European countries. THE NEXT-STUDY GROUP. Journal of Advanced Nursing. 2006; 56 :(5), 542–552.

69. Shao MF, Chou YC, Yeh MY, Tzeng WC. Sleep quality and quality of life in female shift-working nurses. *Journal of Advanced Nursing* [Abstract]. 2010; 66: (7), 1565–72.

70. Nagai M, Morikawa Y, Kitaoka K, Nakamura K, Sakurai M, Nishijo M, Hamazaki Y, Maruzeni S, Nakagawa H. Effects of fatigue on Immune function in nurses performing shift Work. J Occup Health. 2011; 53 (5):312-9.

71. Araujo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2003; 37(4): 424-33.

72. Hasson D, Gustavsson P. Declining Sleep Quality among Nurses: A Population-Based Four-Year Longitudinal Study on the Transition from Nursing Education to Working Life. PLoS ONE. 2010; 5(12): e14265.

73. Martins MM. Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem no trabalho em turnos. [Dissertação de mestrado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

74. Farias SMC, Teixeira OLC, Moreira W, Oliveira MAPF, Pereira MO. Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(3): 722-9.

75. Simon M, Tackenberga P, Nienhausb A, Estryn-Beharc M, Conwayd PM, Hasselhorn HM. Back or neck-pain-related disability of nursing staff in hospitals, nursing homes and home care in seven countries-results from the European NEXT-Study. International Journal of Nursing Studies. 2008; 45: 24–34.

76. Fallis WM, Mcmillan DE, Edwards MP. Napping during night shift: Practices, preferences, and perceptions of critical care and emergency department nurses. Critical care nurse. 2011; 31(2): 1-11.

77. Rosa PLFS, Fischer FM, Borges FNS, Soares NS, Rotenberg L, Landsbergis P. Percepção da duração do Sono e Fadiga entre Trabalhadores de Enfermagem. R Enferm UERJ. 2007; 15 (1): 100-6.

78. Pelliciotti JSS, Kimura M. Erros de medicação e qualidade de vida relacionada à saúde de profissionais de enfermagem em unidades de terapia intensiva. Revista Latino-Am Enfermagem 2010; 18 (6): [9 telas].

79. Rios KA, Barbosa DA, Belasco AGS. Avaliação de qualidade de vida e depressão de técnicos e auxiliares de enfermagem. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2010; 18 (3): 413-20.

80. Arakawa C, Kanova Y, Sato C. Factors contributing to medical errors and incidents among hospital nurses – nurses´s health, quality of life, and workplace predict medical errors and incidents. Industrial Health. 2011; 49 (3):381-88.

81. Borges FNS. Trabalhadores de enfermagem: compreendendo condições de vida e trabalho e ritmos biológicos. [Tese de doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2006.

82. Surani S, Subramanian S, Babbar H, Murphy J, Aguillar R. Sleepiness in critical care nurses: results of a pilot study. Journal of Hospital Medicine. 2008; 3 (3): 200-5.

9- ANEXOS

ANEXO 1- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da FCM

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/fcm/pesquisa

CEP, 26/04/11
(Grupo III)

PARECER CEP: N° 287/2011 (Este n° deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).
CAAE: 0231.0.146.338-11

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: **"CAPACIDADE PARA O TRABALHO, QUALIDADE DE VIDA E QUALIDADE DO SONO ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UTI".**
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Luciana Tiemi Kuranishi Ferreira
INSTITUIÇÃO: Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual - SP
APRESENTAÇÃO AO CEP: 12/04/2011
APRESENTAR RELATÓRIO EM: 26/04/12 (O formulário encontra-se no *site* acima).

II – OBJETIVOS.

Avaliar a qualidade de vida, qualidade do sono e capacidade para o trabalho entre os funcionários da equipe de enfermagem que trabalham nas Unidades de Terapia Intensiva do Hospital do Servidor Público Estadual - SP.

III – SUMÁRIO.

Trata-se de projeto de pesquisa elaborado para o mestrado. Delineia-se como estudo epidemiológico transversal, descritivo e exploratório com levantamento de dados por meio de entrevistas, com os funcionários da equipe de enfermagem que trabalham nas Unidades de Terapia Intensiva do HSPE-SP. Para a coleta dos dados serão utilizados os instrumentos: 1. Questionário com dados sociodemográficos, estilo de vida, trabalho e aspectos de saúde e riscos ocupacionais (QSETES); 2. Índice de capacidade para o trabalho (ICT); Índice de qualidade do sono de Pittsburgh (PSQI-BR) e Instrumento para avaliação da qualidade de vida WHOQOL-Bref.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES.

Projeto de pesquisa bem fundamentado, com metodologia clara e bem descrita. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é adequado. O número estimado de sujeitos a participarem do estudo é de 220, conforme Folha de Rosto/CONEP. Não há descrição da amostra no corpo do trabalho, embora tal fato não se configure como uma restrição para aprovação da pesquisa. Projeto de pesquisa cumpre com as instruções deste Comitê e normatizações éticas.

V - PARECER DO CEP.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, bem como todos os anexos incluídos na pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES.

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e).

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII – DATA DA REUNIÃO.

Homologado na IV Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 26 de abril de 2011.

Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

ANEXO 2- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do IAMSPE

SECRETARIA DE GESTÃO PÚBLICA
INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL
Comitê de Ética em Pesquisa – Rua Pedro de Toledo, 1800 – 3º andar – Sl. 343 – SP
Fones: 5088-8175 / 5088-8747 — FAX: 5088-8175 – E-mail= cepiamspe@ig.com.br

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa aprova sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que se encontra registrado e arquivado junto ao CEP/IAMSPE sob o nº **054/11.**

Ref.: **"Capacitação para o trabalho, qualidade de vida e qualidade de sono entre profissionais de enfermagem em UTI".**

Pesquisador responsável: Luciana Tiemi Kuranishi Ferreira
Serviço: Supervisão de Enfermagem
Folha de Rosto: 432114 CAAE: 0054.0.388.146-11
São Paulo, 28 de junho de 2011 .

Dr. Roberto Dantas Queiroz
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa
IAMSPE

ANEXO 3- Questionário de dados sociodemográficos, estilo de vida e aspectos de saúde e trabalho

Questionário de dados sociodemográficos, estilo de vida e aspectos da saúde e trabalho (Inês Monteiro, 1996- 2011)

Data__/__/____ N:_____ ICT:_____

Função:_____ Horário de trabalho:_____ Cidade onde mora:_____

1. Sexo? Feminino ( ) Masculino ( )

2. Idade? _____Anos Ano de nascimento:_____

3. Qual é o seu estado conjugal?

Solteiro (a) ( ) Divorciado (a) ( )

Casado (a) ( ) Viúvo (a) ( )

Vive com companheira (a) ( ) Separado (a) ( )

4. Você tem **filhos?** Não ( ) Sim ( )

Quantos?_____Idade____:____:____:____

Quantas pessoas **moram** na sua casa?_____

5. Quanto tempo você gasta na **educação dos filhos** diariamente e

E no cuidado com os filhos (alimentação, higiene, educação, escola)

_____horas e_____minutos

6. Você **estudou** até:

Ensino Fundamental completo ( )

Ensino Médio incompleto ( )

Ensino Médio completo ( )

Ensino Superior incompleto ( ) Qual? _____

Ensino Superior completo ( ) Qual?_____

Pós-Graduação ( ) Qual? _____

7. Você **estuda atualmente?** Não ( ) Sim ( )

Qual curso?_____Horário:_____

8. No último ano, você participou de **Cursos** da sua área de trabalho?

( ) Não ( ) Sim No. De horas_____

9. Há quanto tempo você trabalha **na área da saúde?**_____

10. Há quanto tempo você trabalha no estado de São Paulo ?_____

11. Há quanto tempo você trabalha no HSPE? _____

12. Você é:

Funcionário externo ( ) Concursado Público ( )

Comissionado ( )

13. Você tem outro **emprego/ bico?** Não ( ) Sim ( )

Qual?_____ Qtas horas por semana?_____

14. Você faz **hora extra ou trabalha além de seu horário** de trabalho?

( ) Não ( ) Sim Quantas horas por semana?_____

15. No total, quantas horas você trabalha **por semana?**_____horas

16. Com que **idade** você começou a trabalhar?_____anos

17. Você já ficou **desempregado** ? Não ( ) Sim ( ) Por qto tempo?____

18. Ao considerar o seu trabalho, você sugere algo que melhore suas **condições de saúde?**_____

_____

_____

19. Você sugere algo que melhore suas **condições de trabalho?**_____

_____

_____

20. Descreva o que você **faz** no seu trabalho:_____

21. Quanto tempo você gasta por dia para **ir e voltar ao trabalho?**

_____horas e_____minutos Tipo de transporte: ( ) Metrô ( ) Trem

A pé ( ) Bicicleta ( ) Carro ( ) Moto ( ) Ônibus ( )

22. Você realiza **tarefas domésticas?** Não ( ) Sim ( )

Durante quantas horas por semana?_____

23. Peso:_____ **Altura:**_____ IMC:_____

24. Você tem alguma **religião?** Não ( ) Sim ( ) Qual?_____

25. Qual o tipo de construção de sua **moradia?**

Alvenaria completa ( ) Inacabada ( ) Improvisada ( )

26. Em relação à sua **saúde comparada** com a de outras pessoas da mesma idade, você considera que está:

Muito melhor ( ) Melhor ( ) Igual ( ) Um pouco pior ( ) Pior ( )

27. Você tem sentido **dor** nos últimos **6 meses?** Não ( ) Sim ( )

Local:_____

28. Você tem sentido **dor** na **última semana?** Não ( ) Sim ( )

Local:_____

29. Você já sofreu algum tipo de **acidente de trabalho** no HSPE no último ano?

Não ( ) Sim ( ) Quantos?____O que aconteceu?_____

30. Usa **equipamento de proteção individual?** Não ( ) Sim ( ) Quais_____

_____

31. Que **horas** você **levanta?**

Nos dias em que trabalha_____ Nos dias em que não trabalha_____

Em relação ao **sono,** quantas horas você dorme **por noite?**

Quando trabalha_____ Nos dias de folga_____

Na sua casa você consegue **dormir** bem **após o trabalho?**

( ) Não ( ) Sim Se não, por quê?_____

32. Você **fuma?** Não ( ) Sim ( ) Há quanto tempo?_____

Em caso afirmativo, quantos cigarros por dia?_____

Já fumou? Não ( ) Sim ( ) Por qto tempo?_____ Parou há_____anos

33. Você ingere **bebidas alcoólicas?** Não ( ) Sim ( )

Idade em que iniciou_____

Qual bebida costuma ingerir?_____ Qtas doses por semana?_____

34. Você faz uso de **medicamentos?** Não ( ) Sim ( )

Quais?_____

_____

35. Você teve algum problema de saúde nos últimos 15 dias? Qual?_____

_____

36. Você **comeu hoje** cedo? Não ( ) Sim ( ) O quê? Café/ chá ( ) Pão ( )

Leite ( ) Cereais ( ) Frutas ( ) Outros ( )_____ Horário:_____

Almoço: local_____ horário_____ Arroz ( ) Feijão ( ) Frango ( )

Carne bovina ( ) Salada ( ) Verdura cozida ( ) Fruta ( ) Outros ( )_____

37. Quantas **pausas,** em média, você faz em seu trabalho?_____

38. O que você acha que **CANSA** ou **DESGASTA** em seu trabalho?_____

_____

39. O que você **GOSTA** no seu trabalho? _____

_____

_____

40. Você tem **planos** para o **futuro**? Não ( ) Sim ( )

41. Você realiza atividades de lazer?

Não ( ) Sim ( )

Anotar a freqüência: **D** (diária), **T** (3-4 vezes/ semana), **FS** (final de semana), **Q** (quinzenal), **M** (mensal), **Outra** (anotar qual é):

( ) Ir ao cinema
( ) Leitura de jornal/ revista
( ) Passear
( ) Freqüentar Igreja
( ) Visitar família
( ) Ouvir música
( ) Dançar
( ) Jardinagem
( ) Uso do computador
( ) Outras:_____
( ) Leitura de livros
( ) Almoçar/ Jantar fora de casa
( ) Freqüentar associação
( ) Reunião com os amigos
( ) Tricô/ Crochê/ Bordado
( ) Marcenaria
( ) Assistir TV
( ) Horta
( )Tocar instrumento. Qual?_____

42. Você acha o que trabalhar no HSPE é diferente do que trabalhar em outros serviços de saúde? ( ) Não ( ) Sim. Por que?_____

43. Quão satisfeito você está com seu **trabalho atual**?

Muito satisfeito ( ) Satisfeito ( ) Nem satisfeito nem insatisfeito ( )
Pouco satisfeito ( ) Insatisfeito ( )

44. Quão satisfeito você está com sua **vida atual?**

Muito satisfeito ( ) Satisfeito ( ) Nem satisfeito nem insatisfeito ( )
Pouco satisfeito ( ) Insatisfeito ( )

45. Qual sua **faixa salarial**?

até 829,00 ( ) 830,00 a 1559,00 ( ) 1560,00 a 2389,00 ( )
2390,00 a 3219,00 ( ) 3220,00 a 4049,00 ( ) 4050,00 a 4879,00 ( )
4880,00 a 5709,00 ( ) ( ) Maior ou igual a 5710,00

46. Estresse significa a situação quando a pessoa sente-se tensa, inquieta, nervosa, ansiosa ou incapaz de dormir à noite porque sua mente está preocupada todo o tempo. Você sente qual espécie de estresse esses dias?_____
Dê nota para o seu estresse:

Estou **totalmente** estressado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Não estou** estressado

47. Você realiza **atividade física**? Não ( ) Sim ( ) Quais?

Atividade	Duração (minutos)	Número de vezes por semana
Futebol		
Caminhada		
Bicicleta		
Natação		
Outra. Qual?		

48. Os dados abaixo são referentes ao seu trabalho. Em seu trabalho você tem **contato com**:

	Todo tempo	Quase todo tempo	Em torno ¾ do tempo	Em torno ½ Do tempo	Em torno ¼ Do tempo	Quase nunca	Nunca
Calor excessivo							
Ruído/ Barulho							
Vibrações							
Ar condicionado							
Faz movimentos repetitivos							
Uso do computador							
Contato direto com o usuário							
Contato indireto com o usuário							
O método pode ser mudado							
Tarefas monótonas							
Trabalho estressante							
Esforço físico							
Bacilos							
Sangue							
Líquidos orgânicos							
Perfuro- cortantes							
Iluminação adequada							
Mobiliário (móveis) e equipamentos adequados							
Assentos adequados							

49. Você está em disfunção? Não ( ) Sim ( )

ANEXO 4- Índice de Capacidade para o Trabalho

ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO (TUOMI et al., 1997)

50 Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos. Quantos pontos você daria para a sua capacidade de trabalho atual ?

Estou incapaz para o trabalho 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Estou em minha melhor capacidade p/ o trabalho

51 Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do seu trabalho ? (por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo) ( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Moderada ( ) Baixa ( ) Muito baixa

52 Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais do seu trabalho (por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer)? T exig=

( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Moderada ( ) Baixa ( ) Muito baixa

53 Na sua opinião quais das lesões por acidentes ou doenças citadas abaixo você possui atualmente ? Marque também aquelas que foram confirmadas pelo médico.

Minha Opinião	Diagnóstico Médico		
			LESÃO POR ACIDENTE
( )	( )	01	Lesão nas costas
( )	( )	02	Lesão nos braços e/ou mãos
( )	( )	03	Lesão nas pernas e/ou pés
( )	( )	04	Lesão em outras partes do corpo. Onde? Que tipo de lesão: _____
			DOENÇA MÚSCULO-ESQUELÉTICA
( )	( )	05	Doença da parte superior costas ou região pescoço com dores freqüentes
( )	( )	06	Doença da parte inferior das costas, com dores freqüentes
( )	( )	07	Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)
( )	( )	08	Doença músculo-esquelética afetando os membros (braços, pernas) com dores freqüentes
( )	( )	09	Artrite reumatóide
( )	( )	10	Outra doença músculo-esquelética. qual? _____
			DOENÇA CARDIOVASCULAR
( )	( )	11	Hipertensão arterial (pressão alta)
( )	( )	12	Doença coronariana, dor no peito durante exercício (angina pectoris)
( )	( )	13	Infarto do miocárdio, trombose coronariana
( )	( )	14	Insuficiência cardiovascular
( )	( )	15	Outra doença cardiovascular, qual ? _____
			DOENÇA RESPIRATÓRIA
( )	( )	16	Infecções repetidas trato respiratório (incluindo amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda)
( )	( )	17	Bronquite crônica
( )	( )	18	Sinusite crônica
( )	( )	19	Asma
( )	( )	20	Enfisema
( )	( )	21	Tuberculose pulmonar
( )	( )	22	Outra doença respiratória, qual? _____
			DOENÇA DOS ÓRGÃOS SENTIDOS / NEUROLÓGICA
( )	( )	25	Problema ou diminuição da audição
( )	( )	26	Doença ou lesão da visão (não assinalar se apenas usa óculos de grau e/ou lentes de contato)
( )	( )	27	Doença neurológica, por ex. acidente vascular cerebral ou derrame cerebral, neuralgia, enxaqueca, epilepsia)
( )	( )	28	Outra doença neurológica ou dos órgãos do sentido. Qual? _____

Minha Opinião	Diagnóstico Médico		
			DISTÚRBIO MENTAL
( )	( )	23	Dist. Emocional grave (ex:depressão severa)
( )	( )	24	Dist. Emocional leve(depressão,tensão,insônia)
			DOENÇA DIGESTIVA
( )	( )	29	Pedras ou doença de vesícula biliar
( )	( )	30	Doença do pâncreas ou do fígado
( )	( )	31	Úlcera gástrica ou duodenal
( )	( )	32	Gastrite ou irritação duodenal
( )	( )	33	Colite ou irritação do cólon
( )	( )	34	Outra doença digestiva, qual? _____
			DOENÇA GENITOURINÁRIA Tp=
( )	( )	35	Infecção das vias urinárias
( )	( )	36	Doença dos rins
( )	( )	37	Doença nos genitais e aparelho reprodutor (por ex. problemas nas trompas ou na próstata)
( )	( )	38	Outra doença geniturinária, qual? _____
			DOENÇA DA PELE
( )	( )	39	Alergia, eczema
( )	( )	40	Outras erupções, qual? _____
( )	( )	41	Outra doença de pele, qual? _____
( )	( )	42	Tumor benigno
( )	( )	43	Tumor maligno (câncer), onde? _____
			DOENÇA ENDÓCRINA E METABÓLICA
( )	( )	44	Obesidade
( )	( )	45	Diabetes
( )	( )	46	Bócio ou outra doença da tireóide
	( )	47	Outra doença endócrina ou metabólica,
			DOENÇA DO SANGUE
( )	( )	48	Anemia
( )	( )	49	Outra doença do sangue,qual?_____
( )	( )	50	DEFEITO DE NASCIMENTO, qual?_____
( )	( )	51	OUTRO PROBLEMA OU DOENÇA, qual? _____

DDM:( )

DMO:( )

Ambas:( )

54 Sua lesão ou doença é impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta):

( ) Não há impedimento / Eu não tenho doenças
( ) Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele provoca alguns sintomas
( ) Algumas vezes eu preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho
( ) Freqüentemente eu preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho
( ) Por causa de minha doença, eu me sinto capaz de trabalhar apenas em tempo parcial
( ) Em minha opinião, eu estou totalmente incapacitado para trabalhar

55 Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho devido a um problema de saúde uma consulta médica ou para fazer um exame durante os últimos doze meses?

( ) Nenhum
( ) Até 1 dia
( ) de 2 a 5 dias
( ) de 6 a 9 dias
( ) de 10 a 15 dias
( ) de 16 a 24 dias
( ) de 25 a 99 dias
( ) de 100 a 365 dias

56 Você acredita que, do ponto de vista de sua saúde, você será capaz de, daqui a dois anos, fazer seu trabalho atual ?

( ) É impossível
( ) Não estou muito certo
( ) Bastante provável

57 Ultimamente você tem se sentido capaz de apreciar suas atividades diárias ?

( ) Sempre
( ) Quase sempre
( ) Às vezes
( ) Raramente
( ) Nunca

58 Você recentemente tem se sentido ativo e alerta ?

( ) Sempre
( ) Quase sempre
( ) Às vezes
( ) Raramente
( ) Nunca

59 Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro ?

( ) Continuamente
( ) Quase sempre
( ) Às vezes
( ) Raramente
( ) Nunca

T=

ANEXO 5- WHOQOL –Bref (Versão abreviada validade em português)

Instruções
Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a- dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5

12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5

23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? .....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? .....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO!

ANEXO 6- Escala de sonolência de Epworth

Escore _____

As questões referem-se à sonolência na sua vida cotidiana. Com que freqüência você tira um cochilo ou dorme nas seguintes situações?
Use as alternativas abaixo para escolher o número mais adequado para cada situação:
Número (escore)

0- Nunca cochilo ou durmo nesta situação
1- Pequena chance de cochilar ou dormir nesta situação
2- Moderada chance de cochilar ou dormir nesta situação
3- Grande chance de cochilar ou dormir nesta situação

Situação	
Sentado e lendo	
Assistindo TV	
Parado sentado em um lugar público, por exemplo, no cinema ou em uma reunião	
Em uma viagem de carro com duração aproximada de uma hora, como passageiro	
Deitar para descansar a tarde quando as circunstâncias permitem	
Sentado e conversando com alguém	
Sentado calmamente após o almoço (sem ter tomado aperitivo ou bebida alcoólica)	
No carro quando esta parado por poucos minutos no trânsito	

APÊNDICE 1- Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Meu nome é Luciana Tiemi Kuranishi Ferreira. Sou mestranda pelo departamento de enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Estou desenvolvendo uma pesquisa com o título: "CAPACIDADE PARA O TRABALHO, QUALIDADE DE VIDA E SONOLÊNCIA ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UTI". Você está sendo convidado a participar desta pesquisa que tem como objetivos: avaliar a qualidade de vida, sonolência e capacidade para o trabalho entre os funcionários da equipe de enfermagem que trabalham nas Unidades de Terapia Intensiva do Hospital do Servidos Público Estadual (HSPE).

Estudos apontam que a qualidade de vida e do sono podem interferir negativamente na capacidade para o trabalho que, por sua vez, pode influenciar negativamente na qualidade de vida dos profissionais, uma vez que afetavam o humor, os hábitos de alimentação e de sono, além de causar prejuízos biológicos, mentais e sociais. Deste modo, ao avaliar precocemente o processo saúde-doença no trabalho, tem-se a possibilidade de identificar os problemas existentes na instituição e estimular ações que melhorem a qualidade de vida desses profissionais.

Para resposta ao questionário não haverá qualquer tipo de remuneração para os entrevistados, bem como não haverá qualquer gasto de sua parte se aceitar participar. Além disso, não há riscos ou danos previsíveis por causa da participação.

O(a) senhor(a) tem o direito de se recusar a participar ou de desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo no trabalho. Também poderá questionar os pesquisadores ou o Comitê de Ética do HSPE caso ocorra qualquer dúvida, a qualquer momento. Neste caso, terá acesso aos pesquisadores para esclarecer eventuais dúvidas:

- Pesquisadora responsável: Luciana Tiemi K. Ferreira – e-mail: lutikf@yahoo.com.br- fone: (11)7546-5177
- Orientador(a): Profa. Dra. Maria Inês Monteiro

Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre o caráter ético da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), 3º andar, sala 343, ala central, fone: (11) 5088-8175 (8h às 13h).

A aceitação deste termo, caracterizada pela sua assinatura em duas vias, sendo que uma ficará em seu poder, significa que o(a) senhor(a) compreendeu as informações e concordou em participar da pesquisa, respondendo às perguntas realizadas. Antes de aceitar esclareça suas dúvidas, se achar necessário. Se por algum motivo durante a realização da pesquisa não se sentir inteiramente seguro sobre sua participação, o seu consentimento poderá ser retirado segundo sua solicitação sem prejuízo de qualquer ordem.

São Paulo, _____ de _____ de 2011.

_____ _____

Assinatura do participante (sujeito da pesquisa) Luciana Tiemi K. Ferreira
(pesquisadora)