

Universidade Federal de Juiz de Fora
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Mestrado em Enfermagem

Denise Cristina Alves de Moura

**DEMANDAS PSICOLÓGICAS E CONTROLE DO PROCESSO DE TRABALHO DOS
TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS EM EDUCAÇÃO DE UMA UNIVERSIDADE
PÚBLICA.**

Juiz de Fora

2014

Denise Cristina Alves de Moura

**DEMANDAS PSICOLÓGICAS E CONTROLE DO PROCESSO DE TRABALHO DOS
TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS EM EDUCAÇÃO DE UMA UNIVERSIDADE
PÚBLICA.**

Dissertação de Mestrado apresentada a Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para o grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Rosangela Maria Greco

Juiz de Fora

2014

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Moura, Denise Cristina Alves de.

Demandas Psicológicas e Controle do Processo de Trabalho dos Técnicos Administrativos em Educação de uma Universidade Pública / Denise Cristina Alves de Moura. -- 2014.
104 p. : il.

Orientadora: Rosângela Maria Greco

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2014.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Trabalho. 3. Condições de Trabalho. 4. Esgotamento Profissional. I. Greco, Rosângela Maria, orient. II. Título.

Denise Cristina Alves de Moura

**DEMANDAS PSICOLÓGICAS E CONTROLE DO PROCESSO DE TRABALHO DOS
TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS EM EDUCAÇÃO DE UMA UNIVERSIDADE
PÚBLICA.**

Dissertação de Mestrado apresentada a Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em ___/___/___

Profª Drª Rosangela Maria Greco (Orientadora)

Universidade Federal de Juiz de Fora

Drª Luciana Fernandes Portela

Instituto Oswaldo Cruz - Fiocruz

Profª Drª Heloisa Campos Paschoalin

Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Rosane Harter Griep

Instituto Oswaldo Cruz - Fiocruz

Profª Drª Cristina Arreguy Sena

Universidade Federal de Juiz de Fora

Dedico este trabalho aos meus pais, familiares e amigos que durante esta trajetória me deram força, amor, apoio e incentivo para que fosse possível a concretização deste sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por sempre iluminar meus caminhos e por me permitir vencer mais esta etapa da minha caminhada.

Aos meus pais Dininho e Elena Célia e minhas irmãs Deise e Ana Luísa pela compreensão, força e carinho.

À minha orientadora Prof.^a Dr.^a Rosangela Maria Greco pela paciência, ensinamentos, disposição, carinho e por estar junto nessa caminhada desde longa data.

Aos meus amigos, em especial Nath, Paula, Evelyne, Juliana, Jeise, Marluce, Ludmília e Renata pela parceria de sempre.

Ao meu namorado pelo amor e compreensão.

Aos professores do Mestrado por todos os ensinamentos. Em especial a professora Cristina Arreguy Sena pelo incentivo, exemplo e boa vontade.

As professoras Luciana Fernandes Portela e Heloísa Campos Paschoalin pelas contribuições para enriquecimento do trabalho e pela disposição.

Ao professor Alfredo Chaoubah pelo auxílio na consolidação do banco de dados e na análise estatística do trabalho.

A coordenadora do Mestrado em Enfermagem prof.^a Dr.^a Anna Maria de Oliveira Salimena e as secretarias Jorbênia e Elisângela pela disposição em ajudar.

Aos colegas de turma pela cumplicidade, força e apoio.

Aos colegas da coleta de dados, em especial a Marluce pelo companheirismo, carinho e amizade.

Aos Trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação da UFJF, pela disposição em participar dessa pesquisa.

A todos que de alguma forma estiveram presentes e contribuíram para a concretização deste sonho. Muito obrigada!

“O tempo é muito lento para os que esperam

Muito rápido para os que têm medo

Muito longo para os que lamentam

Muito curto para os que festejam

Mas, para os que amam, o tempo é eterno”.

Willian Shakespeare

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar a demanda psicológica e o controle do trabalho autorreferido pelos Técnicos Administrativos em Educação (TAEs) de uma universidade pública. Foi desenvolvido um estudo transversal com os 833 trabalhadores TAEs de uma universidade pública. Foram considerados elegíveis: TAEs efetivos da universidade cenário da pesquisa, em exercício ativo da função, do campus Juiz de Fora. Foram considerados inelegíveis: trabalhadores ausentes por motivo de licença médica, licença para qualificação/capacitação e deslocamento para outra instituição. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva e bivariada dos dados socioeconômicos e demográficos, características do trabalho, apoio social, estresse no trabalho, caracterização segundo as atividades desenvolvidas. Para calcular o estresse psicossocial no trabalho foi utilizada a formulação dos quadrantes do Modelo Demanda-Controle (MDC), que define as seguintes categorias: trabalho de baixa exigência (baixa demanda e alto controle) grupo de referência, trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle), alta exigência (alta demanda e baixo controle) grupo de maior exposição. A população de estudo foi composta, predominantemente: por homens (51,5%), com idade média de 46,1 anos (DP=10,9), casados ou vivendo em união (63,7%), com pós-graduação (54,4%), que trabalhavam em apenas um emprego (83,9%), em horário fixo (82,8%), com carga horária semanal menor ou igual a 40 horas (79,1%), que não trabalhavam à noite (82,8%), que trabalhavam na universidade a mais de 10 anos (63,9%) e com renda mensal predominante entre 5 a 10 salários mínimos (45,8%). A categoria dos quadrantes que inclui o maior número de pessoas foi o trabalho passivo (n=319; 39,7%), seguido pelo trabalho de baixa exigência (n=274; 34,1%). O trabalho de alta exigência incluiu n=116; 14,4%, e o trabalho ativo, n=95; 11,8% dos trabalhadores. Na análise bivariada foram encontradas associações significativas entre os quadrantes do MDC e renda mensal, nível universitário, número de empregos, carga horária semanal, tempo de serviço, trabalho noturno, horário de trabalho, apoio social, principais atividades desenvolvidas e equipe de enfermagem. De acordo com os resultados de nosso estudo, vimos que nos trabalhadores predominou a categoria trabalho passivo, e ao associar as variáveis do MDC com outras variáveis do estudo, algumas se associaram ao trabalho de baixa exigência. Como contribuição da enfermagem para a saúde desses trabalhadores sugerimos intervenções no sentido de empoderá-los, de forma que eles possam ser responsáveis pelas decisões tomadas no cotidiano de seu trabalho e readequação dos postos de trabalho, para que possam desempenhar atividades que sejam adequadas aos seus perfis.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. Trabalho. Condições de Trabalho. Esgotamento Profissional.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the psychological demand and job control in self-reported by the Administrative Technical Education (TAES) at a public university. A cross-sectional study with 833 workers TAES at a public university was developed. Were eligible: TAES effective university research scenario in active exercise of the function, the campus Juiz de Fora. Were considered ineligible: employees absent due to sick leave, leave for qualification/ training and shift to another institution. Data analysis was performed using descriptive statistics and bivariate socioeconomic and demographic data, work characteristics, social support, job stress, characterization according to the activities developed. Low-strain jobs (low demands and high control) reference group, passive jobs (low demand and low: To calculate the psychosocial work stress formulation of the quadrants of Job Strain Model, which defines the following categories: low strain (low demands and high control) reference group, active jobs (high demands and high control), passive job (low demands and low control) high strain (high demand and low control) the highest exposure group. The study population was predominantly composed: for men (51.5%) with a mean age of 46.1 years (SD = 10.9), married or living with a partner (63.7%), with graduate (54.4%), who worked at only one job (83.9%), at a fixed time (82.8%), with weekly hours less than or equal to 40 hours (79.1%), who did not work night (82.8%), who worked at the university for more than 10 years (63.9%) and predominant monthly income between 5 to 10 minimum wages (45.8%). The category quadrant that includes the largest number of people was the passive job (n = 319, 39.7%), followed by low strain (n = 274, 34.1%). The high strain included n = 116; 14.4%, and the active job, n = 95; 11.8% of workers. In the bivariate analysis significant associations between the quadrants of the MDC and monthly income, college-level, number of jobs, weekly schedule, service time, night work, working hours, social support, main activities and nursing staff were found. According to the results of our study, we saw that the workers predominated passive job category, and associate variables MDC with other study variables, some were associated with low strain jobs. How nursing contribution to the health of these workers suggest interventions to empower them so that they can be responsible for decision making in their daily work and upgrading of jobs, so they can perform activities that are appropriate to their profiles .

Keywords: Occupational Health. Work. Working Conditions. Professional Burnout.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Delimitação da população do estudo.....	47
Quadro 2 – Variáveis independentes.....	51
Quadro 3 – Ponto de corte das dimensões do Modelo Demanda-Controlé-Apoio social baseado em sua mediana.....	54
Quadro 4- Quadrantes do Modelo-Demanda-Controlé proposto por Karasek (1979).....	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Características socioeconômicas e demográficas dos TAEs - Juiz de Fora, 2014 (N=833).....	56
Tabela 2 - Caracterização dos TAEs de acordo com as características do trabalho – Juiz de Fora, 2014 (N = 833).....	57
Tabela 3 - Caracterização dos TAEs de acordo com as Demandas psicológicas, Controle e Apoio Social no trabalho, dicotomizados na mediana da distribuição – Juiz de Fora, 2014 (N=833).....	59
Tabela 4 - Caracterização dos TAEs de acordo com os quadrantes do Modelo Demanda-Controle – Juiz de Fora, 2014 (N=833).....	59
Tabela 5 - Caracterização dos TAEs de acordo com as atividades desenvolvidas e o cargo ocupado – Juiz de Fora, 2014 (N=833).....	60
Tabela 6 - Comparação entre as variáveis socioeconômicas e demográficas e os quadrantes do MDC. TAEs - Juiz de Fora, 2014 (N = 833).....	62
Tabela 7 - Comparação entre as variáveis relacionadas ao trabalho e os quadrantes do MDC. TAEs - Juiz de Fora, 2014 (N = 833).....	63
Tabela 8 - Comparação entre a variável apoio social e os quadrantes do MDC. TAEs– Juiz de Fora, 2014 (N = 833).....	64
Tabela 9 - Comparação entre a variável de caracterização segundo atividades desenvolvidas e cargo ocupado e os quadrantes do MDC. TAEs – Juiz de Fora, 2014 (N= 833).....	65
Tabela 10 - Comparação entre a variável equipe de enfermagem e os quadrantes do MDC. TAEs – Juiz de Fora, 2014 (N= 833).....	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidente
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
COSSBE	Coordenação de Saúde Segurança e Bem Estar do Trabalhador
DORT	Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ERI	“Effort-Reward Imbalance”
IMS	Instituto de Medicina Social
JCQ	“Job Content Questionnaire”
LER	Lesão por Esforço Repetitivo
MDC	Modelo Demanda-Controle
NR	Norma Regulamentadora
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
PSF	Programa de Saúde da Família
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia e Segurança do Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde
TAE	Técnico Administrativo em Educação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS.....	19
3	HIPÓTESES.....	20
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
4.1	CONCEITUANDO TRABALHO E CONDIÇÕES DE TRABALHO.....	21
4.2	EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL.....	24
4.3	A ENFERMAGEM E A SAÚDE DO TRABALHADOR.....	36
4.4	MODELO DEMANDA-CONTROLE.....	38
5	MÉTODOS E TÉCNICAS.....	43
5.1	ASPECTOS ÉTICOS.....	43
5.2	DELINEAMENTO.....	44
5.3	CENÁRIO.....	44
5.4	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	46
5.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	48
5.6	PROCESSO DE COLETA DE DADOS.....	49
5.7	TRATAMENTO DOS DADOS.....	50
5.7.1	Definição das variáveis de exposição (independentes).....	50
5.7.2	Definição das variáveis de desfecho (dependentes).....	52
5.7.3	Análise Estatística.....	54
6	RESULTADOS	56
6.1	ANÁLISE DESCRITIVA.....	56
6.1.1	Características socioeconômicas e demográficas.....	56
6.1.2	Características relacionadas ao trabalho.....	57
6.1.3	Características relacionadas às demanda psicológicas, ao controle e ao apoio social no trabalho.....	59

6.1.4	Características relacionadas aos quadrantes do Modelo Demanda-Controle.....	59
6.1.5	Características relacionadas às atividades desempenhadas e ao cargo ocupado.....	60
6.2	ANÁLISE BIVARIADA.....	62
6.2.1	Características relacionadas aos quadrantes do MDC associadas às variáveis socioeconômicas e demográficas.....	62
6.2.2	Características relacionadas aos quadrantes do MDC associadas às características do trabalho.....	63
6.2.3	Quadrantes do MDC associado ao apoio social no trabalho.....	64
6.2.4	Quadrantes do MDC associado a área segundo o cargo ocupado considerando as principais atividades desenvolvidas.....	65
6.2.5	Quadrantes do MDC associado à equipe de enfermagem.....	66
7	DISCUSSÃO.....	67
8	CONCLUSÕES.....	76
	REFERÊNCIAS.....	79
	ANEXOS.....	93

1 INTRODUÇÃO

Em nossa sociedade que se organiza sob o modo capitalista de produção, o homem dedica cerca de 65% da sua vida produtiva ao trabalho, que inclui o tempo em que o empregado permanece em seu local de trabalho, ou à disposição do empregador, o tempo gasto com o trajeto e o atendimento das necessidades voltadas ao trabalho (MARTINS et al., 2013; MAURO et al., 2004). “Assim, não é a terceira parte da vida, mas a metade da sua existência que o homem dedica ao trabalho profissional” (MAURO et al., 2004, p.338).

Alguns autores como, por exemplo, Sodré (2011); Marx (2008) e Antunes (2002) afirmam que a categoria trabalho ocupa um lugar de centralidade na nossa sociedade e na vida das pessoas. Segundo Marx (2008) o homem possui força de transformar através do trabalho a natureza e a si mesmo, daí a importância do trabalho na vida e na sociedade.

Antes de tudo, o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo – braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. Desenvolve as potencialidades nela adormecidas e submete ao seu domínio o jogo das forças naturais (MARX, 2008, p. 211).

O trabalho é responsável pela sobrevivência dos indivíduos, mas ao mesmo tempo submete o trabalhador a jornadas extenuantes, a precarização dos direitos sociais, incertezas e estresses quanto à manutenção do emprego e a variados modos de adoecimento decorrentes da inserção no trabalho (FILHO; NAVARRO, 2012; ANTUNES, 2008; NETTO, 1986).

Assim, as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população influenciam a condição de saúde, sendo considerado um determinante social. Ou seja, a forma como um indivíduo se insere na sociedade pode determinar como ele se insere no trabalho e seu processo saúde doença (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013; BUSS; FILHO, 2007; FACCHINI, 1994).

As condições de trabalho constituem-se em indicadores de desigualdades sociais geradas em contextos específicos. Elas possuem dois pólos, um relativo às

condições de emprego e da relação entre o empregador e o empregado e outro das condições de trabalho propriamente ditas que são relativas “as pressões e os constrangimentos presentes no ambiente físico e organizacional em que as tarefas são desenvolvidas” (ASSUNÇÃO, 2011, p. 453).

O estudo das condições de trabalho torna-se importante uma vez que se por um lado o trabalho traz a possibilidade de realização, de relacionamento com os outros, de sentimento de utilidade e de satisfação das necessidades básicas, por outro lado ele pode ser responsável pelo adoecimento e desgaste (OLIVEIRA et al., 2012; NAVARRO; PADILHA, 2007; GARCÍA, 1989).

Ao falarmos em condições de trabalho, devemos levar em consideração as demandas psicológicas e o controle sobre o processo de trabalho. “Demandas psicológicas referem-se ao ritmo do trabalho, o quanto ele é excessivo e difícil de ser realizado bem como à quantidade de conflito existente nas relações de trabalho” (ALVES, 2004 p. 37).

Controle pode ser definido como a possibilidade do trabalhador tomar decisão em relação ao seu trabalho, além de poder usar suas habilidades e bem como adquirir novos conhecimentos (ALVES, 2004; KARASEK; THEORELL, 1990).

O estresse psicossocial no trabalho dentre outros fatores é o resultado da junção entre muitas demandas psicológicas, menor controle no processo de trabalho e menor apoio social proveniente de colegas e chefias, no ambiente de trabalho (KARASEK; THEORELL, 1990).

No entanto, a perda de controle sobre o processo de produção pelos trabalhadores foi introduzida na Revolução Industrial, tendo Ford e Taylor como seus precursores (MATOS, PIRES, 2006).

Vale ressaltar que para a saúde do trabalhador, a compreensão da forma de adoecimento e morte dos trabalhadores vai além dos fatores presentes nos locais de trabalho e incorpora o significado cultural, político e econômico que a sociedade lhes imprime. Os aspectos biológicos são observados na sua dimensão social, e o corpo do trabalhador não é considerado apenas em seu contexto anatomofisiológico, mas é visto em suas relações com a natureza, na sua capacidade de criar-se e recriar-se através do trabalho (MENDES; DIAS, 2011; RIGOTTO, 1994).

O objeto da saúde do trabalhador pode ser definido como o processo saúde e doença dos grupos humanos e sua relação com o trabalho. Trabalho entendido enquanto espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo

capital, mas, igualmente de resistência, de constituição e do fazer histórico dos trabalhadores, que buscam o controle sobre as condições e os ambientes de trabalho, para torná-los “mais saudáveis”, num processo lento, contraditório, desigual no conjunto da classe trabalhadora, dependente de sua inserção no processo produtivo e do contexto sociopolítico de uma determinada sociedade (MENDES, DIAS, 2011, p. 431).

Segundo Pena e Minayo-Gomez (2010), os estudos sobre a saúde do trabalhador, mesmo atentos às transformações tecnológicas e à reestruturação produtiva, não se aprofundaram suficientemente no conhecimento das características do setor serviço, apesar de novas formas de desgaste psíquico, distúrbios e doenças do trabalho estarem presentes neste setor.

No setor terciário da economia, responsável pelos serviços, encontramos os trabalhadores do setor público, que são desvalorizados, sendo considerados pela população como ineficientes, desinteressados, vistos como privilegiados por terem emprego estável. Entretanto, estes trabalhadores também podem estar submetidos a condições de trabalho de precarização, com níveis de demanda e de controle sobre o trabalho que podem levar ao sofrimento e ao adoecimento (RIBEIRO; MANCEBO, 2013; FILHO, 2004; FRANÇA, 1990).

No cenário internacional muitas pesquisas estão sendo realizadas com servidores públicos, como é o exemplo do Whitehall Study que vem sendo desenvolvido na Inglaterra, com homens e mulheres do serviço público britânico, visando examinar as influências sobre a saúde de situações de trabalho, familiares e da comunidade em geral. Este estudo teve início em 1967, com 18.000 homens, mostrando que os homens em cargos e funções mais simples tinham muito mais chances de morrer prematuramente do que homens em cargos e funções e níveis mais altos. Entre 1985 e 1988, no estudo Whitehall II foram pesquisadas as influências do componente social na morbidade em uma nova coorte de 10.314 funcionários públicos (6900 homens, 3414 mulheres) com idades entre 35-55 anos (MARMOT et al., 1991).

No Whitehall Study II, várias pesquisas vêm sendo desenvolvidas relativas ao estresse psicossocial no trabalho. Dessa forma, vale ressaltar algumas contribuições: Heikkilä et al. (2013) que examinou a associação do estresse no trabalho com o estilo de vida relacionada com a saúde, por meio de uma meta-análise com 118 mil adultos. Stansfeld et al. (2012) que analisou se o estresse repetido e o baixo apoio social no trabalho aumentam o risco de transtorno depressivo maior. Lallukka et al. (2008) que

pesquisou as associações do estresse no trabalho e horas extras trabalhando com comportamentos nocivos à saúde e obesidade e comparou as evidências do Estudo Whitehall II, Estudo de Saúde Helsinki e do Estudo do Servidor Público japonês. Kivimaki et al. (2006) que estudou se o estresse no trabalho induzia a perda de peso em indivíduos magros e ganho de peso em indivíduos com sobrepeso.

No âmbito do serviço público brasileiro, o processo saúde/doença dos servidores continua sem atenção adequada. Domingues Júnior (2005) afirma que não há um tratamento dos dados e em alguns casos nem coleta de dados no que se refere a avaliação das condições de trabalho do servidor, com o discurso de que para o servidor público não há prejuízo salarial, pois ele continua recebendo, mesmo nos casos de afastamento do trabalho. Assim, instala-se o empobrecimento da estrutura destinada a cuidar da manutenção da saúde do servidor (DOMINGUES JUNIOR, 2005).

As Universidades no Brasil fazem parte e compõem o setor terciário da produção, sendo um serviço que pode ser público ou privado. Para o desenvolvimento de suas atividades, as instituições públicas contam com funcionários regidos pelo regime jurídico único, sendo também denominados de servidores públicos. Particularmente nas instituições de ensino existem poucos estudos que revelam as condições de vida e de trabalho a que estão expostos os trabalhadores deste setor com inserção produtiva diferenciada em relação aos que estão submetidos ao regime trabalhista (BRASIL, 1992).

A Universidade cenário desta pesquisa é uma instituição educacional pública e tem como funções o ensino, a pesquisa e a extensão de serviços à comunidade. Na referida universidade, em 53 anos de existência, não existe nenhum estudo sistematizado que retrate o perfil socioeconômico e demográfico e descreva como são as demandas psicológicas e o controle sobre o processo de trabalho dos seus servidores.

Portanto, por considerar que as condições de trabalho e de vida interferem no processo saúde-doença e na saúde do trabalhador, é que julgamos ser importante estudar as demandas psicológicas e o controle do trabalho auto-referidos pelos Técnicos Administrativos em Educação de uma Universidade Pública de Minas Gerais. Estes trabalhadores são servidores efetivos que se caracterizam por possuírem certa heterogeneidade demográfica e socioeconômica, o que pode favorecer a variabilidade dos determinantes sociais.

Nesta perspectiva, esta pesquisa pretende contribuir para a produção de conhecimento sobre as condições de trabalho dos servidores públicos.

2 OBJETIVOS

Geral

- Analisar a demanda psicológica e o controle do trabalho dos Técnicos Administrativos em Educação (TAEs) de uma universidade pública do estado de Minas Gerais.

Específicos

- Traçar o perfil socioeconômico e demográfico desses trabalhadores;
- Discutir as demandas psicológicas e o controle no processo de trabalho segundo o Modelo Demanda- Controle.

3 HIPÓTESES

Ho Os trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação estão expostos ao estresse psicossocial no trabalho, considerado o grupo de maior desgaste segundo os quadrantes propostos por Karasek, por apresentar alta demanda e baixo controle sobre o trabalho.

H1 Os trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação estão expostos a um trabalho passivo, pois apresentam baixa demanda e baixo controle sobre seu trabalho, sendo esta a segunda combinação considerada mais problemática para a saúde do trabalhador.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Para que possamos analisar as demandas psicológicas e o controle do trabalho auto referido pelos Técnicos Administrativos em Educação (TAEs) e demais aspectos relacionados à saúde do trabalhador é necessário que façamos uma reflexão, ainda que breve, sobre o conceito de trabalho e de condições de trabalho; a evolução histórica da saúde do trabalhador no Brasil; a relação da enfermagem com a saúde do trabalhador e o modelo demanda-controle.

4.1 CONCEITUANDO TRABALHO E CONDIÇÕES DE TRABALHO

Devido à complexidade e a profundidade da área de saúde do trabalhador, é de suma importância definir alguns conceitos para compreensão desta temática, como o conceito de trabalho, de riscos, cargas e condições de trabalho.

O trabalho pode ser compreendido não apenas como uma atividade laboral, mas como forma de inserção na sociedade, que inclui a capacidade de refletir e de reagir as situações vivenciadas no mundo laboral, além disso, o trabalho é carregado de subjetividade (CARVALHO et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2012; DEJOURS, 2004).

Segundo a Psicodinâmica do trabalho “trabalhar não é somente produzir; é, também, transformar a si mesmo e, no melhor dos casos, é uma ocasião oferecida à subjetividade para se testar, até mesmo para se realizar” (DEJOURS, 2004 p.30).

“o trabalho é aquilo que implica, do ponto de vista humano, o fato de trabalhar: gestos, *saber-fazer*, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; é o poder de sentir, de pensar e de inventar, etc. Em outros termos, para o clínico, o trabalho não é em primeira instância a relação salarial ou o emprego; é o “trabalhar”, isto é, um certo modo de engajamento da personalidade para responder a uma tarefa delimitada por pressões (materiais e sociais). O que ainda aparece para o clínico como a característica maior do «trabalhar», é que, mesmo que o trabalho seja bem concebido, a organização do trabalho seja rigorosa, as instruções e os procedimentos sejam claros, é impossível atingir a qualidade se as prescrições forem respeitadas escrupulosamente. De fato, as situações comuns de trabalho são permeadas por acontecimentos inesperados, panes, incidentes, anomalias de funcionamento, incoerência organizacional, imprevistos provenientes tanto da matéria, das ferramentas e das máquinas, quanto dos outros trabalhadores, colegas, chefes, subordinados, equipe, hierarquia, clientes, ...” (DEJOURS, 2004 p. 28).

No desenvolvimento do trabalho, o sujeito trabalhador esta sujeito a condições que geram o que se denomina de cargas ou riscos do trabalho. É preciso esclarecer que alguns autores usam o conceito de cargas de trabalho e outros de fatores de risco do trabalho, que possuem significados semelhantes, portanto para fins de esclarecimento neste referencial usaremos o conceito de fatores de risco do trabalho. Assim, os riscos decorrentes dos locais e da forma de organização do trabalho são classificados em:

Agentes físicos: se referem, por exemplo, as mudanças de temperatura, umidade, odores, vibrações, ruídos, radiações, ou seja, as variações presentes no ambiente de trabalho (RIBEIRO, 2008; TRINDADE et al., 2007; BRASIL, 2001a).

Agentes químicos: são identificadas pelas poeiras, pós, fumaças, gases, vapores e produtos químicos, dentre outros, que os trabalhadores estão expostos (RIBEIRO, 2008; TRINDADE et al., 2007; BRASIL, 2001a).

Agentes biológicos: são representadas pela exposição a fungos, bactérias, vírus, parasitas, animais domésticos, que incluem organismos animais e vegetais que prejudicam a saúde do trabalhador (TRINDADE; AMESTOY; PIRES, 2013; TRINDADE et al., 2007; BRASIL, 2001a).

Ergonômicos e psicossociais: decorrem da organização e gestão do trabalho assim como das diversas formas de realizar a atividade ocupacional, como, por exemplo: da utilização de equipamentos, máquinas e mobiliário inadequados, levando a posturas e posições incorretas; locais adaptados com condições de iluminação ruins, ventilação e de conforto para os trabalhadores, trabalho em turnos e noturno, monotonia ou ritmo de trabalho excessivo, exigências de produtividade, relações de trabalho autoritárias, dificuldades no treinamento e supervisão dos trabalhadores, instabilidade no emprego, atenção e responsabilidade da tarefa exigida, comunicação e relacionamento dos trabalhadores durante a jornada de trabalho, desgaste e sofrimento emocional, estresse e adoecimento do trabalhador (TRINDADE; AMESTOY; PIRES, 2013; SECCO et al., 2010; TRINDADE et al., 2007; BRASIL, 2001a).

Mecânicos e de acidentes: provenientes das tecnologias de trabalho seja devido a sua operação ou manutenção, aos materiais presentes no ambiente, às condições de instalação e manutenção dos meios de produção ligados à proteção das máquinas, organização física, ordem e limpeza do ambiente de trabalho, sinalização,

rotulagem de produtos e outros que podem levar a acidentes do trabalho (BRASIL, 2001a; FACCHINI, 1994; LAURELL; NORIEGA, 1989).

Por considerar que todos os trabalhadores podem estar expostos aos riscos ergonômicos e psicossociais, vale ressaltar o conceito trazido por outros autores.

Os riscos ergonômicos são decorrentes da ausência de adaptação do trabalho ao homem, desencadeando sobrecarga músculo-esquelética, como esforço físico intenso, que dão origem a dores lombares, fadiga e doenças osteomusculares como a Lesão por Esforço Repetitivo - Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (LER-DORT) (RIBEIRO, 2008).

Segundo o Dicionário Aurélio (2001, p. 277), ergonomia é “o conjunto de estudos que visam à organização metódica do trabalho em função do fim proposto e das relações entre o homem e a máquina”. Segundo Trindade; Amestoy; Pires, (2013 p. 37) o conceito está relacionado a um conjunto de ciência e tecnologias que visam a adaptação confortável e produtiva entre o homem e seu trabalho, buscando adaptar as condições de trabalho às características do ser humano.

No que tange a ergonomia a Norma Regulamentadora – NR 17 tem a finalidade de estabelecer os parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente. A análise da ergonomia no trabalho propõe o envolvimento dos trabalhadores na avaliação das condições de trabalho e na validação de seus resultados (OLIVEIRA et al., 2011; FERREIRA; MACIEL; PARAGUAY, 1994; BRASIL, 1990c).

Já os riscos psicossociais são provenientes das relações e organização do trabalho desfavorável ao trabalhador, resultando em sobrecarga psíquica, como por exemplo, pressão da chefia, tarefas acumuladas, tarefas perigosas e complexas, instabilidade no emprego, grau de concentração exigido, que resultam em estresse, fadiga, síndrome de *burnout* e sofrimento mental (RIBEIRO et al., 2012; MENDES; DIAS, 2011; RIBEIRO, 2008).

As organizações de trabalho tornaram-se um local com excesso de situações desgastantes que geram desajustes emocionais desnecessários e prejudicam o trabalhador. “Em muitos casos, transformando o ambiente de trabalho em um local de ações humilhantes, em virtude dos problemas psíquicos, morais e físicos que emergem no sujeito- trabalhador” (THOFEHRN et al., 2008 p. 598). Dentre estas situações humilhantes podemos citar agressão, assédio moral no trabalho, a violência

e a discriminação que causam sofrimento mental no trabalhador (SCHMIDT et al., 2009; THOFEHRN et al., 2008).

Outra questão que tem um grande impacto na saúde do trabalhador são as doenças profissionais e os acidentes de trabalho.

A este respeito uma das primeiras contribuições para o estudo e entendimento da relação trabalho/saúde-doença deve-se a Bernardino Ramazzini (1633-1714), um professor de Medicina da Itália que discorria sobre as condições de trabalho, perfis de doença e morte dos trabalhadores, muitas das quais estão presentes até hoje (MENDES; DIAS, 2011).

A doença do trabalho é denominada como um conjunto de danos e agravos que incidem sobre a saúde dos trabalhadores e que são causados ou agravados pelos fatores de risco presentes nos ambientes de trabalho, que podem se manifestar de forma lenta e insidiosa. Já a doença ocupacional é produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho específico de uma atividade (BRASIL, 2001a).

Para concessão de benefícios do seguro são equiparados de acordo com a legislação vigente três categorias de dano a saúde dos trabalhadores: os acidentes de trabalho típicos, os de trajeto e as doenças profissionais e do trabalho (MENDES; DIAS, 2011; BRASIL, 1991a; BRASIL, 1991b).

A grande questão que se coloca em um momento em que as condições de trabalho são tão precarizadas, é pensar qual é o valor da vida. “Porque alguns trabalhos, mesmo com todo o avanço tecnológico, permanecem matando lentamente, ou até abruptamente” (VERTHEIN; GOMEZ, 2011 p. 290). No entanto, a eficácia das ações em Saúde do Trabalhador só serão garantidas se forem provenientes de um movimento coletivo dos trabalhadores empenhados pela transformação das condições degradadas de trabalho (SCHMOELLER et al., 2011; VERTHEIN; GOMEZ, 2011).

4.2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL

O trabalho é um instrumento fundamental na sociedade em que vivemos. Entretanto, a relação entre o trabalho e o homem nem sempre foi à mesma, pelo contrário, foi se alterando e evoluindo de acordo com a época no qual estava inserido (VIEIRA; CHINELLI, 2013). Devido a isso recorreremos à história, desde o período colonial brasileiro, para analisar como essas modificações ocorreram.

Para falarmos em saúde do trabalhador no período colonial é importante que pensemos como era o modelo médico nesta época. Faz-se necessário também verificar se já existia uma preocupação com a conservação da saúde dos trabalhadores e como isto se desenvolveu.

No período colonial não existia um sistema de saúde formalmente estruturado, a assistência á saúde era prestada pelo que se denominava na época homens de ofício, os físicos e cirurgiões – barbeiros , licenciados em Portugal, sendo que tinham acesso a esta assistência apenas os membros da nobreza e os senhores proprietários de terras. Um órgão responsável por uma política de saúde só veio a surgir, em nosso país, após 1920 (BERTOLOZZI; GRECO, 1996; PIRES, 1989).

Segundo Machado e outros (1978) as características do modelo médico que marcaram o período colonial incluem: baixo nível de medicalização da sociedade e caráter de fiscalização na saúde. Vale ressaltar que, uma prática médica voltada para a força de trabalho escrava era praticamente escassa.

Surge a partir de 1543 a assistência prestada pelos jesuítas e pelas irmãs de caridade nas Santas Casas de Misericórdia. As irmandades realizavam assistência principalmente a pobres, negros e escravos com compromisso espiritual e cunho caritativo (PIRES, 1989).

Mudanças significativas no cenário político, econômico e social brasileiro, só vieram a acontecer após 1800, quando D. João VI se muda com toda a corte para o Brasil, quando surgem ações como a vacinação, implantação de curso de formação de médicos, farmacêuticos e cirurgiões. As escolas para formação destes profissionais se instalaram na Bahia e no Rio de Janeiro e prezavam pela proteção da saúde da população e a defesa da ciência, este fato influenciou a construção da supremacia da prática médica em nosso país (BERTOLOZZI; GRECO, 1996; PIRES, 1989).

O processo de institucionalização da medicina no Brasil é marcado pela criação das escolas de formação de clínicos e cirurgiões. Desta forma, a assistência aos feridos e doentes passa a ser competência dos médicos, como profissões estruturadas e reconhecidas pelo Estado. Além da Academia Nacional de Medicina, em 1829 é criada a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, que posteriormente recebe o título de Academia Imperial de Medicina, estas representam a corporação médica e sua organização associativa (PIRES, 1989).

O aparecimento das primeiras indústrias no Brasil surge nos anos de 1844 a 1875, com as primeiras unidades manufactureiras. No entanto não caracteriza-se por um período industrial no nosso país, uma vez que eram poucas unidades. Assim é a partir de 1885 que há um incremento no número de indústrias. As condições de trabalho neste período eram péssimas, caracterizadas por extenuantes jornadas de trabalho, emprego de mulheres e de menores de idade, além de elevado índice de acidentes de trabalho sem qualquer preocupação com medidas de prevenção ou indenização (ROCHA; NUNES, 1994).

As jornadas extenuantes, em ambientes extremamente desfavoráveis à saúde, às quais se submetiam também mulheres e crianças, eram freqüentemente incompatíveis com a vida. A aglomeração humana em espaços inadequados propiciava a acelerada proliferação de doenças infecto-contagiosas, ao mesmo tempo em que a periculosidade das máquinas era responsável por mutilações e mortes (MINAYO—GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997 p. 4).

Á partir deste momento começa-se a pensar em estratégias de atenção à saúde do trabalhador, que até agora não estavam instauradas. A preocupação está centrada principalmente na recuperação da saúde do trabalhador, não havendo ainda ações de promoção e prevenção à saúde. Isto ocorre, pois na Inglaterra em 1830, surge a Medicina do Trabalho, em decorrência da Revolução Industrial, uma vez que havia exploração da força de trabalho em um processo acelerado e desumano, no qual foi necessária uma intervenção “sob pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo”. Isto foi feito através da presença do médico nas fábricas, para que ele pudesse verificar o efeito do trabalho sobre as pessoas. A expansão desses serviços a outros países ocorreu paralelamente à industrialização emergente e à globalização da economia (MENDES; DIAS, 1991 p.341).

A Medicina do Trabalho chega no Brasil tendo como características o enfoque nos aspectos biológicos, centrados no indivíduo e no ambiente de produção, na qual o foco estava nas doenças e nos acidentes (MARZIALE et al., 2010; DIAS; HOEFEL, 2005; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

A figura de um médico dentro das indústrias foi uma medida para identificar os processos que causavam agravos à saúde, para que não houvesse interrupção ou atrasos na produção, uma vez que, a intenção era que o trabalhador retornasse o

mais rápido possível à linha de produção, pois a força de trabalho era indispensável à industrialização que se instaurava (MINAYO—GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Em 1919, como resultado de um movimento dos trabalhadores do Brasil e também de uma pressão internacional, o Estado passa a intervir nas relações de trabalho. No ano de 1919 também há a criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT) por meio da assinatura do Tratado de Versalhes, com o objetivo de enfrentamento da problemática social e trabalhista (ROCHA; NUNES, 1994).

Neste contexto surge a primeira Lei sobre Acidente do Trabalho (1919), e a Lei Eloy Chaves (1923) sobre Previdência Social. Além disso, iniciam-se também as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), organizadas pelos trabalhadores mais engajados politicamente. Elas constituem o princípio do Seguro Social, ou seja, o primeiro período da história da previdência brasileira (OLIVEIRA, 2012; PAIM et al., 2012; RIBEIRO, 2008).

As CAPs eram responsáveis pelas aposentadorias e pensões, pela prestação de serviços médicos e fornecimento de medicamentos. Entretanto apenas estavam inclusos os ferroviários, marítimos e portuários, trabalhadores estes indispensáveis à economia cafeeira e que possuíam uma maior e melhor organização social. Posteriormente as CAPs expandiram-se nos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) (RIBEIRO, 2008; SANTOS; MERHY, 2006; BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Através dos fatos citados podemos perceber que se começa a instaurar estratégias para a saúde do trabalhador no Brasil, no entanto no período pré-30, não se pode falar do surgimento de uma política nacional de saúde, menos ainda uma política para a saúde do trabalhador, uma vez que as medidas de saúde eram dispersas e predominava ações coletivas do Estado sobre a assistência médica individual (HOCHMAN, 2005; ROCHA; NUNES, 1994).

Uma política nacional de saúde só veio a surgir mais tarde, quando foi criado o Ministério da Educação e da Saúde, sendo uma resposta do estado Novo às reivindicações dos movimentos trabalhistas que estavam acontecendo. Neste contexto também foram criados o Ministério do Trabalho e o Instituto dos Trabalhadores (RIBEIRO, 2008; HOCHMAN, 2005; BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Os anos 30 e 40 trazem muitas transformações no que tange a situação trabalhista brasileira, pois houve a criação de leis e normas que regulamentam o mercado de trabalho no Brasil, muitas vigentes até hoje. Além disso, há um pensamento voltado para a valorização do trabalho que está presente nas políticas

públicas, isso se deve principalmente às lutas e reivindicações desta classe por um espaço social e político (GOMES, 1999).

Em relação ao contexto político, o marco deste período é a política trabalhista e populista de Getúlio Vargas (1930-1945 e 1950-1954) que incentivou a produção e ao mesmo tempo, tentou dominar as greves e movimentos operários. Desta forma, foi necessário implantar uma política social que possuía caráter conciliatório. Porém alguns trabalhadores foram excluídos do Sistema de Seguridade Social devido ao seu baixo nível de organização social e política, como: trabalhadores rurais, empregadas domésticas, autônomos e pessoas com idade superior a 70 anos (LOURENÇO, 2009).

Em julho de 1943 é estabelecida a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto nº 5.452, de 01 de novembro de 1943 e ampliada pelo Decreto-lei nº 7.036, de 10 de novembro de 1944. A CLT ampliou a população atendida e a responsabilidade do empregador com a vida e a saúde dos seus empregados, incluindo a responsabilidade fora do local de trabalho quando o trabalhador estiver a serviço da empresa (RIBEIRO; LACAZ, 1984; BRASIL, 1943).

No que tange as normas de segurança e medicina do trabalho, o capítulo V da CLT dispõe sobre: inspeções do trabalho; órgãos de segurança e de medicina do trabalho nas empresas; serviços especializados em segurança e em medicina do trabalho; a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA); os Equipamentos de Proteção Individual (EPI); medidas preventivas de medicina do trabalho (que incluem os exames médicos e a notificação das doenças ocupacionais); edificações; condições de iluminação e conforto térmico; instalações elétricas; movimentação, armazenagem e manuseio de materiais; máquinas e equipamentos; caldeiras, fornos e recipientes sobre pressão; as atividades insalubres ou perigosas; a prevenção da fadiga e outras medidas especiais de proteção (BRASIL, 1943).

Em 1953 aconteceu a Conferência Internacional do Trabalho, realizada pela OIT, através da Recomendação 97, que dispunha sobre a Proteção da Saúde do Trabalhador, onde os Estados Membros da organização deveriam promover o desenvolvimento da formação de médicos do trabalho qualificados e a estruturação de Serviços de Medicina do Trabalho (MENDES; DIAS, 1991).

Na década de 50 no Brasil, é formalizada a introdução dos conteúdos referentes a Medicina do Trabalho nos currículos do curso de medicina no Estado de São Paulo, porém houve uma resistência dos Departamentos de Medicina Preventiva

para que ocorresse esta inserção, por este motivo houve um atraso de produção científica nesta área e também na construção de um plano de ensino com enfoque nas questões relativas ao trabalho e nos modos de produção, as quais só foram incluídas posteriormente na Medicina Social (LACAZ, 1996).

No que tange a área acadêmica, foi criada neste período a área de Saúde Ocupacional na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, dentro do Departamento de Saúde Ambiental, que influenciou a dispersão do conhecimento nesta área, através de cursos de pós-graduação em nível de especialização, mestrado e doutorado (MENDES; DIAS, 1991).

Em relação ao acidente de trabalho, em 1934 é criada outra Lei, que aumenta os beneficiados, incluindo domésticas, aprendizes, os não-remunerados e os empregados de concessionárias de serviço público, esta lei também amplia o conceito de acidente de trabalho para “qualquer doença produzida pelo exercício do trabalho ou em consequência dele”. Já em 1944 é criado um Decreto-Lei, também relativo ao acidente de trabalho que o define não apenas como acidente típico e as doenças profissionais, “mas todo evento que tenha relação de causa e efeito, ainda quando não responsável único e exclusivo da causa de morte, de perda ou redução da capacidade de trabalho” (RIBEIRO; LACAZ, 1984 p.26).

Ainda foram criados o Decreto 293 em 1967 e o Decreto-Lei nº. 893 de 1969, que dispunham sobre os acidentes de trabalho. Porém em 1976 é regulamentada a Lei 6367, que foi um retrocesso na legislação acidentária, uma vez que, que diminui o valor dos benefícios, extinguiu a cobertura do seguro a muitas doenças e acidentes relacionados ao trabalho (RIBEIRO; LACAZ, 1984).

Em 1975, como resultado da V Conferência Nacional de Saúde, foi regulamentada a Lei 6.229 de 17 de julho, a qual criou o Sistema Nacional de Saúde, este atribuiu ao Ministério da Saúde à competência de reformular a política nacional de saúde e promover ações de interesse coletivo. Ao Ministério da Previdência e Assistência Social coube principalmente ações para atendimento médico assistencial individualizado. Já a competência quanto à higiene e segurança do trabalho, com ênfase nas ações preventivas, foi designada ao Ministério do Trabalho. (BRASIL, 2009; NUNES, ROCHA, 1994).

Outro marco importante deste período foi à criação dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), definidos pela Norma Regulamentadora Nº.4, da Portaria n. 3.214 de junho de 1978,

que estabelece o quantitativo de profissionais empregados de acordo com os riscos das atividades realizadas, além de definir a composição do quadro de pessoal especializado e suas funções. Este tipo de serviço é mantido pela empresa ou por associações médicas, entidades filantrópicas, serviços de medicina de grupo ou consultórios particulares, dentre outros, que são criados para atuarem tendo por base o conceito de Saúde Ocupacional. (MENDES; DIAS, 201; BRASIL, 1978).

A Saúde Ocupacional surge, dentro das grandes empresas, com uma atuação multiprofissional, com o objetivo de intervir nos ambientes de trabalho e com a finalidade de controlar os riscos ambientais (MENDES; DIAS, 1991).

Segundo Garcia (1994) após a Recomendação 97, já citada anteriormente, sobre a Proteção à Saúde dos Trabalhadores em Locais de Trabalho, em junho de 1959, surge a Recomendação 112 relativa aos Serviços de Saúde Ocupacional. Na qual a OIT define este serviço como um serviço médico no ambiente de trabalho, com os seguintes objetivos: proteger contra os riscos à saúde do trabalhador; contribuir para a adaptação física e mental dos trabalhadores; possibilitar o estabelecimento e a manutenção do bem-estar físico e mental dos trabalhadores (GARCIA, 1994).

Nas décadas de 1980 e 1990 houve mudanças no perfil de adoecimento dos trabalhadores o que pode ser observado pelo aumento de doenças musculoesqueléticas, como Lesões por esforço repetitivo/distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (LER/DORT). Esses agravos se diferenciam dos já existentes por não serem causados por um risco físico, químico ou biológico. Com isso, percebeu-se que o trabalho também precisava ser analisado considerando os aspectos organizacionais, ergonômicos e psicossociais (SELIGMANN-SILVA et al., 2010).

A 70ª e 71ª Conferência Geral da OIT, ocorridas em 1984 e 1985 respectivamente, discutiram a ruptura do termo Medicina do Trabalho-Saúde Ocupacional. Pois, houve questionamentos pelos representantes dos trabalhadores, que defenderam que o termo Saúde tem um significado mais amplo, além disso, eles apontaram a necessidade de intervenção interdisciplinar e integrada, não apenas nos locais de trabalho, mas em toda a zona industrial (LACAZ, 1996).

Desta forma o modelo de atenção ao trabalhador teve que ser ampliado e modificado. Assim, caminhou-se da Medicina do Trabalho para Saúde Ocupacional e desta para a Saúde do Trabalhador que é desenvolvida como modelo de atenção multidisciplinar que considera a participação dos trabalhadores na compreensão do

impacto do trabalho sobre o processo saúde-doença (MENDES; DIAS, 2011; DURAN; ROBAZZI; MARZIALE, 2007).

Apesar de se ter a consciência de que o processo saúde-doença dos trabalhadores não era decorrente apenas do local de trabalho e do processo de produção, não havia uma discussão sobre a importância dos riscos gerados pelos processos de trabalho particulares (MENDES; DIAS, 2011; FACCHINI, 1994; LAURELL; NORIEGA, 1989).

Um marco importantíssimo deste período foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, e a Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em dezembro do mesmo ano que foram fóruns fundamentais para a discussão da realidade brasileira, e de formulação de propostas para a Assembléia Nacional Constituinte, instalada no ano 1987/1988 (DIAS, 1994).

Em 1988 é aprovada a Nova Constituição Brasileira, nela são estabelecidas as bases de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS. Em seguida foram elaboradas e aprovadas as Leis Orgânicas da Saúde para regular, fiscalizar e controlar as ações e serviços de saúde, sendo elas as leis federais n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 e n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Na Lei nº 8.080 são apresentadas as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. O Art. 2º afirma que a saúde é direito do ser humano, sendo que o Estado é responsável pela sua execução (BRASIL, 1990a).

A Constituição Federal de 1988, por meio da Lei Federal n.º 8.080 insere a Saúde do Trabalhador como campo de atuação do Sistema Único de Saúde e estabelece o que se entende por vigilância sanitária, por vigilância epidemiológica e por saúde do trabalhador (BRASIL, 1990a).

Entende-se por vigilância sanitária

um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse de saúde (BRASIL, 1990a p. 3).

Por vigilância epidemiológica

conjunto de ações que proporcionam conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle de agravos (BRASIL, 1990a p. 3).

E por saúde do trabalhador

conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção, proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990a p. 3).

Minayo (2011) vem contribuir com esta discussão quando discorre sobre a Seguridade Social e a Lei Orgânica da Saúde.

A Constituição Brasileira de 1988, no capítulo da Seguridade Social, e a Lei Orgânica da Saúde de 1990 deram às relações entre os trabalhadores e o trabalho um lugar de destaque quando tratam da definição de saúde e da necessidade de atuação setorial e intersetorial nos âmbitos da vigilância, da prevenção de agravos e da promoção de ambientes saudáveis. (MINAYO, 2011 p.3358)

A Lei 8080/90 coloca como sendo responsabilidade do setor saúde as ações voltadas para a saúde dos trabalhadores, principalmente no que se refere ao levantamento das condições riscos e à assistência, além de constituir um instrumento importante para direcionar a atuação na questão da saúde do trabalhador (MENDES; DIAS, 2011).

No que tange à saúde dos trabalhadores o artigo 6º da Lei 8080/90 estabelece ações que garantam: assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença relacionada ao trabalho; realização de estudos para avaliação de riscos e agravos à saúde, existentes no processo de trabalho; normatização, fiscalização e controle das condições de trabalho de toda a linha de produção; avaliação dos riscos de novas tecnologias sobre saúde; informação aos trabalhadores e empregadores sobre os impactos para a saúde presentes nos processos de trabalho, incluindo a divulgação de resultados e estudos, avaliações e fiscalizações, realizados em locais de trabalho (BRASIL, 1990a).

Ainda em relação ao acidente de trabalho citado anteriormente, a Lei 8.213 de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social, o descreve como: aquele que ocorre pelo exercício do trabalho, a serviço da empresa, provocando lesão corporal, ou perturbação funcional que cause a morte, ou perda, ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho (BRASIL, 1991b).

De acordo com a mesma Lei, também são iguados aos acidentes de trabalho o acidente que esteja relacionado a ele, apesar de não ser a única causa, tenha contribuição direta para a morte, ou perda, ou redução da capacidade para o trabalho, e o acidente de trajeto, ocorrido no caminho da residência para o trabalho ou o contrário (DIAS, 1994).

Em 24 de julho de 1991 é criada a Lei nº 8212, intitulada: Lei Orgânica da Seguridade Social. Em relação aos acidentes e doenças profissionais, esta Lei juntamente com a Lei nº 8213 que dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social, já citada anteriormente, destacam: a responsabilidade do empregador em relação à assistência médica ao acidentado nos primeiros 15 dias após o acidente; coloca para o SUS a responsabilidade pelo atendimento ao acidentado do trabalho ou portador de doença profissional; garante estabilidade no emprego por um ano, ao acidentado do trabalho, a partir de seu retorno ao trabalho; garante o direito ao trabalhador, e aos seus dependentes, de fazer a comunicação de acidente de trabalho (CAT), realizada pelo sindicato e/ou médico (DIAS, 1994; BRASIL, 1991a; BRASIL, 1991b).

Estabelece ainda três tipos de benefícios relativos à incapacidade permanente por acidente ou doença do trabalho: aposentadoria por invalidez (integral); auxílio-acidente, vitalício e acumulado à aposentadoria por tempo de serviço e abono de 25% para quem necessitar de assistência de outra pessoa. Além disso, prevê que se o segurado estiver recebendo auxílio acidente e falecer, o benefício será somado ao da pensão por morte, paga aos dependentes, dentre outros direitos (DIAS, 1994; BRASIL, 1991a; BRASIL, 1991b).

Podemos perceber, que a partir de agora, temos em nosso país uma legislação mais completa que abrange a saúde dos cidadãos como um todo e a saúde do trabalhador. Mas é necessário que estas ações sejam realmente incorporadas ao cotidiano dos envolvidos.

Segundo Dias (1994) o desafio do final do século XX seria o de conceber uma nova visão de saúde/trabalho, que não levasse em consideração apenas o aspecto

econômico, mas também o filosófico, antropológico e social do trabalho, com a finalidade de resgatar a função deste na vida dos homens, para que o trabalhador que constrói o progresso possa compartilhar de seus resultados. Este desafio persiste até os dias atuais.

No início do século XXI houve a criação de grande parte da legislação que regulamenta a saúde do trabalhador no nosso país. Houve também inovações no nosso sistema de saúde, como veremos a seguir.

Em 2002, houve a publicação da Portaria nº. 1679 que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no SUS, com uma articulação entre o Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde dos Estados e Secretarias Municipais de Saúde e cria os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) que têm como ações realizar a prevenção, a promoção e a recuperação da Saúde do Trabalhador independentemente do vínculo empregatício e tipo de inserção no mercado de trabalho, além de realizar o estudo e intervenção nas relações entre trabalho e saúde (SANTANA; SILVA, 2011; RIBEIRO, 2008; DIAS; HOEFEL, 2005; BRASIL, 2002a).

Já em 2004 é criada a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – PNSST que propõe a superação da fragmentação, desarticulação e superposição, das ações implementadas pelos setores Trabalho, Previdência Social, Saúde e Meio Ambiente. Além disso, ela define as diretrizes, responsabilidades institucionais e mecanismos de financiamento, gestão, acompanhamento e controle social, que deverão orientar os planos de trabalho e ações intra e intersetoriais (SANTANA; SILVA, 2011; BRASIL, 2004).

Segundo esta Política entende-se por trabalhadores homens ou mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, sejam no mercado de trabalho formal ou informal da economia. Inclusive os que trabalham ou trabalharam como assalariados, domésticos, avulsos, rurais, autônomos, temporários, servidores públicos, cooperativados e empregadores, proprietários de micro e pequenas unidades de produção e serviços. Também são considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas, participando de atividades econômicas na unidade domiciliar, o aprendiz ou estagiário e aqueles temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego (BRASIL, 2004).

Em 2005 foi publicado a segunda edição do caderno de legislação em saúde do trabalhador e em 2006 foi publicado um manual de gestão e gerenciamento da RENAST. Já em 2011 houve a publicação da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho por meio do Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011, e em 2012 houve a criação do Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (BRASIL, 2012; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2006; BRASIL, 2005a).

Todas essas publicações são medidas do governo brasileiro para proteger a Saúde dos Trabalhadores. No entanto, o que temos é que as ações à Saúde do Trabalhador não foram efetivamente incorporadas ao SUS. No Brasil, por tradição a assistência a saúde destes era competência do Ministério do Trabalho e da Previdência Social e com a mudança na Constituição, ocorre a superposição de atribuições e conflitos entre os setores, principalmente no que tange à fiscalização dos ambientes e condições de trabalho (MENDES; DIAS, 2011; DIAS; HOEFEL, 2005).

Porém outros autores dizem que dados sobre a utilização do SUS para a Saúde do Trabalhador ainda são incipientes, uma vez que há uma escassez de informação por parte dos usuários do SUS a respeito “do vínculo ocupacional e à relação do agravo de saúde com o trabalho” (SANTANA; SILVA, 2011 p.575).

Vale ressaltar que a construção da melhoria da saúde dos trabalhadores no país depende também da alocação de recursos e da transparência no seu uso e aplicações e na divulgação dos resultados alcançados. No âmbito específico do SUS, os desafios da RENAST são muitos, mas um dos fundamentais é a formação, cada vez maior, de profissionais habilitados para enfrentar os desafios que a prática interdisciplinar e intersetorial da saúde do trabalhador exige, pavimentando um caminho para um maior diálogo com o Ministério do Trabalho e Emprego e o Ministério da Previdência Social, os sindicatos e as organizações de trabalhadores informais, bem como os pequenos e microempresários, maioria na produção econômica. A atividade produtiva domiciliar, o comércio em vias públicas e o trabalho no campo, por exemplo, certamente mobilizarão o SUS para uma integração com o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), que em sua conhecida capilaridade poderão definir um novo patamar de ações de saúde do trabalhador articulada à atenção básica de saúde (SANTANA; SILVA, 2011 p.579).

Para finalizar é importante destacar que apesar de todas as dificuldades encontradas nas ações voltadas para a saúde dos trabalhadores no SUS, as vantagens e facilidades conquistadas devem ser levadas em consideração, como por exemplo, a capilaridade do sistema; a disposição de recursos; as conquistas legais

adquiridas e “a construção de uma prática diferenciada em saúde” (MENDES; DIAS, 2011, p.450).

4.3 A ENFERMAGEM E A SAÚDE DO TRABALHADOR

A enfermagem, enquanto profissão está inserida em um contexto histórico e social, que passa por modificações, “novas tecnologias são implementadas, novas formas de organizar o trabalho convivem com as velhas formas” (GELBCKE; LEOPARDI, 2004 p. 193).

O cuidado é a finalidade do trabalho do enfermeiro e este pode ser definido como o conhecimento em si e o conhecimento do outro na busca da solução dos problemas daqueles a serem cuidados, sejam eles indivíduo, família ou comunidade por meio de suas necessidades biológicas, espirituais, afetivas, sociais e culturais, evidenciando a identidade destes e suas necessidades particulares, pois ao reconhecer o indivíduo em sua totalidade torna-se possível estabelecer uma interação com este em diferentes realidades (SCHOELLER; LEOPARDI; RAMOS, 2011; BACKES; BACKES; ERDMANN, 2011; WALDOW, 1998).

O cuidado, no entanto envolve quatro dimensões, a saber: ensinar; pesquisar, gerenciar, assistir. O assistir é constantemente referido como o cuidado direto; o ensinar se refere à capacidade de construir conhecimentos. Pesquisar também chamado de investigar está relacionado à apropriação/produção de conhecimentos para elucidar questões que emergem da prática do enfermeiro e o gerenciar se refere à gerência do cuidado de enfermagem, que pode ser centrado no indivíduo e nas organizações ou em suas práticas (FELLI; PEDUZZI, 2010; CAMACHO; SANTOS, 2001).

Uma vez que a atuação da enfermagem deve ser alicerçada no ensinar, pesquisar, assistir e administrar, as ações da enfermagem voltadas para a Saúde dos Trabalhadores devem ser pautadas nessas quatro dimensões do cuidado (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009; RAMOS, et al., 2009).

O desenvolvimento da saúde do trabalhador pressupõe que se tenha uma atuação multiprofissional. Dentre as várias profissões que atuam nesta área destacamos a enfermagem cuja finalidade de sua prática é o cuidado seja ele a pessoas doentes e/ou sadias, a indivíduos e/ou coletividades e às necessidades de recuperação e/ou de proteção da saúde. Assim sendo, a profissão de enfermagem

assume papel fundamental na saúde do trabalhador, seja na “preparação de pessoal, na promoção e atenção à saúde no mundo do trabalho” (SILVA; BAPTISTA, 2013; BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2008; CARVALHO, 2004 p.807).

Nos dias de hoje quando se fala em atenção a Saúde do Trabalhador esta-se propondo intervir nas relações entre o trabalho e a saúde, para promover e proteger a saúde dos trabalhadores através das ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e da organização e prestação de assistência a estes, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada ao SUS (BRASIL 2011b; SANTANA; SILVA, 2011; BRASIL, 2001a).

A saúde do Trabalhador é um campo de atuação multidisciplinar e multiprofissional, assim o olhar da enfermagem é imprescindível para este campo de atuação.

Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 5 do Ministério da Saúde, o enfermeiro deve atuar na saúde do trabalhador na rede básica municipal de saúde ao programar e realizar ações de assistência básica e vigilância; realizar investigações nos locais de trabalho e junto ao trabalhador em seu domicílio; realizar entrevista com ênfase em saúde do trabalhador; registrar doenças e acidentes de trabalho através de instrumentos de notificação utilizados pelo setor saúde e programar e realizar atividades educativas no campo da saúde do trabalhador (BRASIL 2011b; BRASIL, 2002b).

Portanto existe uma atuação da Enfermagem na saúde do trabalhador que independe de se ter uma especialização na área, visto que o enfermeiro possui atribuições específicas para atuar. Além disso, segundo Ribeiro (2008), todos os profissionais de enfermagem, independente de sua categoria profissional devem se sensibilizar para as questões relativas à saúde e o trabalho e ter compromisso com a promoção e manutenção da integridade física e psíquica dos trabalhadores.

Existem também cursos de especialização em enfermagem do trabalho, que formam profissionais para atuarem junto ao Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), curso de especialização em Ergonomia e cursos de especialização em Saúde do Trabalhador. Algumas faculdades/escolas também ministram conteúdos básicos desta área, com ênfase na prevenção de riscos que estão expostos os trabalhadores ao desenvolverem atividades laborais e aos fatores associados ao processo de saúde-doença-trabalho (DURAN, 2006).

Desta forma, é válido discutir as atribuições dos enfermeiros do trabalho, dentre elas: fazer levantamentos de doenças profissionais e lesões traumáticas; coletar dados estatísticos de morbidade e mortalidade de trabalhadores; executar e avaliar programas de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e não profissionais; prestar primeiros socorros no local de trabalho; prestar assistência de enfermagem aos trabalhadores, organizar e administrar o setor de enfermagem da empresa, prevendo pessoa e material necessários; divulgar conhecimentos e estimular a aquisição de hábitos saudáveis, para prevenir doenças profissionais e melhorar as condições de saúde do trabalhador; registrar dados estatísticos de acidentes e doenças profissionais, a fim de preparar informes para subsídios processuais nos pedidos de indenização e orientar em problemas de prevenção de doenças profissionais (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE ENFERMAGEM DO TRABALHO, 2011).

Levando em consideração a importância que o trabalho ocupa na vida das pessoas, em sua formação enquanto indivíduos e seres sociais e considerando que todas as pessoas já foram, são ou serão trabalhadores, é fundamental que os profissionais de saúde, inclusive o enfermeiro compreendam as relações entre saúde e trabalho e assimilem esse conhecimento em sua prática cotidiana, enquanto cidadãos, trabalhadores e profissionais (MENDES; DIAS, 2011).

4.4 MODELO DEMANDA-CONTROLE

Nas últimas quatro décadas, alguns pesquisadores têm voltado sua atenção para o estudo dos fatores psicossociais do trabalho. Dessa forma, propostas teóricas e metodológicas foram desenvolvidas com a intenção de subsidiar modelos investigativos (PROCHNOW et al., 2013; KARASEK; THEORELL, 1990).

Dentre os modelos teóricos que avaliam o estresse no trabalho, destacam-se o Modelo Demanda-Controle (MDC) (KARASEK; THEORELL, 1990; KARASEK, 1979) e o “*Effort-Reward Imbalance*” (ERI) ou Desequilíbrio Esforço-Recompensa (SIEGRIST, 1996).

Karasek propôs um modelo que envolvia duas dimensões, sendo elas a demanda, ou seja, as exigências do trabalho e o controle que se refere ao poder do homem sobre o trabalho. A ênfase dada ao modelo proposto por Karasek está na

forma de organização do trabalho (GRIEP et al., 2011; ALVES et al., 2004; KARASEK; THEORELL, 1990; KARASEK, 1979).

Em 1988 Johnson e Hall incluíram no modelo outra dimensão, o apoio social, que se refere à interação entre colegas e chefias na cooperação para a realização do trabalho, podendo contribuir para a diminuição do desgaste sobre o trabalhador e dos riscos a saúde (JOHNSON; HALL, 1988).

Karasek propôs este modelo no final da década de 70 e início da década de 80, inicialmente com 49 questões que além das questões das demandas psicológicas e do controle do trabalhador sobre o trabalho, abordava questões sobre suporte social advindo da chefia e dos colegas de trabalho, demanda física e insegurança no emprego, o instrumento era nomeado de “*Job Content Questionnaire (JCQ)*” (AGUIAR; FONSECA; VALENTE, 2010; KARASEK et al., 2007; ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; KARASEK; THEÖRELL, 1990; JOHNSON; HALL, 1988; KARASEK, 1979).

Em 1988 a escala foi reduzida por Tores Theorell para 17 questões, considerando as três dimensões, a saber: demanda, controle e apoio social (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; KARASEK; THEÖRELL, 1990). Posteriormente foi adaptada para o português por Alves (2004) e incluída no estudo Pró-Saúde da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Atualmente existem dois diferentes instrumentos em versão brasileira que são utilizados no país para a utilização do Modelo Demanda-Controle são eles: o “*Job Content Questionnaire (JCQ)*” e a escala reduzida denominada Escala Sueca de Demanda-Controle-apoio social (DCS), desenvolvida por Theorell em 1988 (GRIEP et al. 2011; ARAUJO; KARASEK, 2008; ALVES et al., 2004; THEORELL; KARASEK, 1996; KARASEK; THEORELL, 1990).

As variações da versão original do JCQ são chamadas de “JCQ-like”, embora os questionários sejam conceitualmente muito semelhantes ao JCQ, existem diferenças no que se refere às perguntas, ao número de itens do questionário e as categorias de respostas, no entanto ambos os questionários são válidos e geralmente confiáveis (KARASEK et al., 2007).

Existe também atualmente a versão JCQ 2.0 (2006), que ainda não foi publicada, mas está disponível no site “*Job Content Questionnaire Center*”. Nesta versão novos aspectos da vida do trabalho serão avaliados por meio de novos itens do questionário centrados nas consequências individuais das mudanças sociais e

econômicas. A versão vem sendo elaborada com a colaboração de Robert Karasek e outros pesquisadores (*JOB CONTENT QUESTIONNAIRE CENTER*, 2014; *FEDERAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH*, 2014).

A escala do modelo demanda controle resumida contém 17 questões, sendo cinco para avaliar demanda, seis para avaliar controle e seis para apoio social. A demanda se refere às exigências de natureza psicológica do trabalho. No que tange as cinco perguntas que a avaliam, quatro são relativas à velocidade, à intensidade e ao tempo para a realização das tarefas do trabalho e uma questão avalia o próprio processo de trabalho, relacionado à contradição entre diferentes demandas. Estas perguntas têm como opções de respostas: “frequentemente”, “às vezes”, “raramente”, “nunca ou quase nunca” em uma escala tipo Likert (1-4) (AGUIAR; FONSECA; VALENTE, 2010; ALVES et al., 2004).

Para avaliar o controle sobre o trabalho são utilizadas seis questões, dessas quatro tem a intenção de identificar habilidades desenvolvidas pelo trabalhador, iniciativa e frequência das atividades executadas e duas questões se referem à autonomia e tomada de decisão por parte do trabalhador sobre o próprio trabalho. As opções de respostas para estas questões são as mesma das questões relacionadas à demanda (AGUIAR; FONSECA; VALENTE, 2010; ALVES et al., 2004).

As últimas seis questões da escala são sobre apoio social e se referem às interações com colegas e chefes e sobre o ambiente onde o trabalho é desenvolvido, possuindo quatro opções de resposta em escala tipo Likert (1-4), sendo elas “concordo totalmente”, “concordo mais que discordo”, “discordo mais que concordo”, “discordo totalmente” (AGUIAR; FONSECA; VALENTE, 2010; ALVES et al., 2004).

Baseado na avaliação do equilíbrio entre demanda e controle, quatro experiências são possíveis de acontecer: trabalhos altamente estressantes são aqueles que envolvem alta demanda e baixo controle, que são também chamados de trabalho com **alta exigência**. Os trabalhos que envolvem alta demanda e alto controle são classificados como **trabalhos ativos**, são aqueles que possibilitam que o trabalhador desenvolva competências e habilidades em seu trabalho. Outra combinação possível é baixa demanda e baixo controle que resulta em **trabalho passivo** que pode favorecer a redução da capacidade de resolver problemas do cotidiano do trabalho. A última combinação possível é a baixa demanda e alto controle que resultam em **baixa exigência do trabalho** (AGUIAR; FONSECA;

VALENTE, 2010; ALVES, et al., 2004; KARASEK, THEÖRELL, 1990; KARASEK, 1981).

A combinação mais prejudicial para a saúde dos trabalhadores é o trabalho com alta exigência, por ser fonte de estresse devido ao desgaste gerado, podendo ter como consequência o adoecimento físico e psicológico (GRIEP et al. 2011; KARASEK; THEÖRELL, 1990).

O trabalho passivo, caracterizado por baixa demanda e baixo controle é a segunda combinação mais danosa para a saúde dos trabalhadores, pelo motivo de não haver muitos desafios a ser enfrentados, podendo levar a desmotivação, a queda da capacidade para resolução de problemas do indivíduo, a dificuldade de progredir em sua profissão, tornando-se estagnado (MAGNAGO et al., 2010; KARASEK; THEÖRELL, 1990).

O trabalho ativo é aquele em que apesar da alta exigência ao trabalhador, possibilita que o mesmo tenha alto controle, ou seja, poder de decisão, fazendo com que desenvolva suas potencialidades. Este tipo de trabalho pode causar efeitos benéficos ao trabalhador, tais como: desenvolvimento, aprendizado, melhora da produtividade, aumento da energia e vitalidade, disposição e capacidade para a resolução de problemas (GIANNINI, 2010; ALVES, 2004).

Já o trabalho de baixa exigência, também chamado de baixo desgaste combinam baixa demanda e alto controle, são considerados os trabalhos desejáveis, possibilitando relaxamento e menor chance de situações estressantes (GIANNINI, 2010; ALVES, 2004).

O estresse no trabalho é o resultado da junção de alta demanda psicológica, baixo controle do processo de trabalho e baixo apoio social por parte dos colegas e chefia no ambiente de trabalho (ALVES, 2004; KARASEK; THEORELL, 1990).

Entre os estudos que utilizam a versão sueca resumida, uma das forma para avaliar o desgaste no trabalho tem sido razão entre demanda e controle. No entanto, a dimensão demanda e controle também têm sido avaliadas separadamente (ALVES, 2004).

“As formas de avaliar a exposição ao estresse encontradas na literatura são diversas. Além da formulação dos quadrantes é comum o uso das formas contínuas das variáveis demanda psicológica, controle e razão, obtida a partir dos escores dessas duas variáveis. A mediana, o tercil e o quartil das distribuições são possíveis pontos de corte adotados para a categorização dessas variáveis. Independentemente do ponto de corte escolhido este

procedimento irá selecionar, no mínimo, dois grupos de trabalhadores: os expostos, com escores mais altos e maior estresse, e os não expostos” (PORTELA, 2012, p. 101).

Nos últimos anos muitas publicações sobre o Modelo Demanda-Controle o associaram a diferentes desfechos, como é o exemplo do estudo de Alves et al. (2009) que pesquisou a associação entre o estresse no trabalho e à hipertensão arterial em mulheres. O estudo de Schimidt et al. (2009) que utilizou o modelo para verificar a ocorrência de estresse ocupacional em profissionais de enfermagem. A pesquisa de Souza et al. (2010) objetivou identificar aspectos psicossociais do trabalho a os transtornos mentais comuns em eletricitários utilizando o modelo demanda-controle. O estudo de Prochnow et al., (2013) que avaliou a associação entre demandas psicológicas, controle sobre o trabalho e a redução da capacidade para o trabalho em trabalhadores de enfermagem. A pesquisa de Ansoleaga, Vézina e Montañó (2014), que avaliou os sintomas depressivos associado a fatores de risco psicossociais do trabalho por sexo, no Chile, por meio de modelos demanda-controle de Karasek e desequilíbrio esforço-recompensa de Siegrist.

Paul Landsbergis é um autor que muito tem contribuído para a produção científica quanto ao estresse psicossocial no trabalho, de acordo com o Modelo Demanda-Controle. Em 2001, ele revisou as evidências relacionadas aos estressores psicossociais do trabalho com a hipertensão e as doenças cardiovasculares e descreveu estratégias para reduzir o estresse no trabalho e prevenir a hipertensão e doenças cardiovasculares através da prática clínica, promoção da saúde e intervenções para a organização do trabalho. Em 2003, em uma de suas pesquisas ele avaliou a associação entre pressão arterial e história de exposição ao estresse no trabalho em homens. Em outro estudo também no ano de 2003, ele pesquisou a associação entre estresse no trabalho e pressão arterial entre os homens de acordo com o nível socioeconômico e concluiu que há evidências de que a relação entre estresse no trabalho e a pressão arterial é maior entre os homens com nível socioeconômico mais baixo (LANDSBERGIS et al., 2003a; LANDSBERGIS, et al., 2003b; LANDSBERGIS et al., 2001).

5 MÉTODOS E TÉCNICAS

Esta investigação faz parte de um estudo mais amplo denominado *Trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação: Condições de Trabalho e de Vida*, que foi dividido em duas etapas. A primeira é uma pesquisa exploratória transversal, um inquérito sobre condições de trabalho e de vida de trabalhadores de uma Universidade Pública do estado de Minas Gerais e a segunda é a continuidade da pesquisa através do desenvolvimento de um estudo prospectivo de coorte na universidade cenário da pesquisa.

A primeira etapa deste estudo mais amplo, onde está inserida esta pesquisa consiste no I Inquérito sobre condições de trabalho e de vida dos trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação (TAEs).

A construção da pesquisa “Trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação: Condições de Trabalho e de Vida” foi inspirada em um estudo que vem sendo realizado com trabalhadores da Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ, o Pró-Saúde que tem como população-alvo funcionários, docentes e alunos da UERJ (FAERSTEIN et al., 2005).

5.1 ASPECTOS ÉTICOS

O referido projeto foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da universidade (ANEXO 1) atendendo às exigências éticas e científicas fundamentais para realização de pesquisas com seres humanos, sob parecer número 224/2010. No ano de 2013 este mesmo Comitê autorizou a prorrogação no cronograma da pesquisa (ANEXO 2).

Nesta pesquisa foi atendida a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos. A presente investigação apresenta risco mínimo que se compara a atividades como conversar, tomar banho, sendo previsto ressarcimento em caso de comprovação de malefício em decorrência da abordagem prevista na presente investigação.

Aos participantes foi garantida a participação voluntária na pesquisa. Antes de fornecer o questionário aos trabalhadores para preenchimento, os pesquisadores esclareceram os objetivos da pesquisa e apresentaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 3), ressaltando que aos trabalhadores

participantes da pesquisa foram resguardados o direito de participar por sua livre e espontânea vontade, sem nenhum ônus para si.

Os servidores preencheram o questionário somente após a leitura e assinatura do TCLE. Neste documento foi registrado o compromisso do grupo de pesquisa envolvido no estudo de não utilizar os resultados individuais para qualquer finalidade administrativa. Além disso, a identificação do questionário foi realizada por meio de uma senha numérica. Por outro lado, os pesquisadores e digitadores assinaram um Termo de Sigilo e Confidencialidade (ANEXO 4), em que se comprometeram a não divulgar quaisquer informações contidas nos questionários.

5.2 DELINEAMENTO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa utilizando o método do estudo exploratório transversal, também denominado de “survey”.

O estudo transversal, também chamado de estudo seccional, é uma estratégia do estudo epidemiológico para observação de uma população em uma única oportunidade. Este tipo de estudo pode utilizar a população como os sujeitos ou a amostra. Quando a opção é pela amostra, utiliza-se o recurso da inferência, ou seja, os resultados extraídos da amostra permitem formular um julgamento para a população em geral (KLEIN; BLOCH, 2009).

5.3 CENÁRIO

A presente investigação foi realizada em uma universidade pública do estado de Minas Gerais, situada na Zona da Mata Mineira.

A Universidade cenário desta pesquisa é uma instituição pública, criada em 23 de dezembro de 1960, por ato do então presidente Juscelino Kubitschek. Quanto a sua estrutura, a universidade é composta pelo conselho superior e os conselhos setoriais; reitoria; as pró-reitorias e assessorias; as unidades acadêmicas; os órgãos suplementares; os órgãos colegiados das unidades e os órgãos suplementares (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2013).

Atualmente reúne 19 unidades acadêmicas, agregando 50 cursos de habilitação e graduação, nas áreas de Ciências Sociais Aplicadas, Ciências Humanas, Exatas e da Saúde. Além dos cursos de graduação, são ofertados nesta

universidade 30 cursos de mestrado, 14 cursos de doutorado e 57 cursos de Especialização/Residência/MBA. O número de alunos matriculados são mais de 23 mil. A Universidade possui aproximadamente de 769 professores efetivos, 200 professores substitutos, 19 professores visitantes e 1.265 Técnicos Administrativos Educacionais (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2013).

Dentre os setores e institutos dessa universidade temos: Reitoria; Pro – Reitorias (recursos humanos, pesquisa, infra-estrutura, graduação, cultura, extensão, pós-graduação, planejamento e gestão, assuntos acadêmicos, orçamentos e finanças); Arquivo Histórico; Centro de Biologia e Reprodução; Diretoria de Comunicação; Centro de Educação à Distância; Hospital Universitário (2 unidades); Secretaria de Desenvolvimento Institucional; Centro de Difusão do Conhecimento; Colégio de Aplicação João XXIII, Instituto de Ciências Biológicas; Instituto de Ciências Exatas; Instituto de Ciências Humanas; Centro de Gestão do Conhecimento Organizacional; Museu de Arte Moderna Murilo Mendes; Comissão Permanente de Seleção; Coordenação de Relações Internacionais; Coordenação de Assuntos Estudantis e Casa de Cultura (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2013).

Dentre as faculdades tem-se: Administração; Ciências Humanas; Artes e Design; Arquitetura e Urbanismo; Música; Ciências Biológicas; Ciências Contábeis; Ciências da Computação; Ciências Econômicas; Ciências Exatas; Ciências Sociais; Comunicação Social; Direito; Educação Física; Enfermagem; Engenharia Civil; Engenharia Computacional; Engenharia de Produção; Engenharia Elétrica; Engenharia Mecânica; Engenharia Sanitária e Ambiental; Estatística; Farmácia; Filosofia; Física; Fisioterapia; Geografia; História; Letras; Matemática; Medicina; Nutrição; Odontologia; Pedagogia; Psicologia; Química; Serviço Social; Sistema de Informação e Turismo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2013).

A instituição conta também com um Hospital Universitário que atende pacientes da rede SUS. No que tange a extensão universitária, aproximadamente 250 projetos estão sendo desenvolvidos nas áreas da saúde, educação e direitos humanos, atendendo a um público estimado de 69.500 pessoas. Além disso, a universidade é responsável por espaços e grupos culturais da cidade, como teatros, museus, centros culturais, além de possuir museus próprios (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2013).

Em relação à inserção internacional, esta universidade conta com parcerias de centenas de universidades do mundo todo, por meio de seu processo de internacionalização. Desta forma estimula a participação de professores e alunos no desenvolvimento de atividades no cenário mundial (LA GUARDIA, 2011).

O corpo técnico-administrativo congrega profissionais para o desempenho de cargos e funções próprias das áreas administrativa, técnica, de pesquisa e de serviços, sendo assegurado a estes a participação em todos os órgãos colegiados da universidade ou em conselhos instituídos nos termos do Estatuto e do Regimento Geral da universidade, com direito a voz e voto (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2013).

Este cenário de pesquisa conta ainda com Coordenação de Saúde, Segurança e Bem Estar do Trabalhador (COSSBE) responsável por acolher os servidores da UFJF, promovendo e desenvolvendo ações de proteção, prevenção e cuidados para uma melhor qualidade de vida. Além disso, é composta também por: Assistência Executiva do Bem-Estar; Gerência de Saúde do Trabalhador; Gerência de Segurança do Trabalho; Gerência de Saúde da Família (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2013).

5.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Nos estudos transversais há duas possibilidades para a seleção da população de estudo, podendo ser uma população inteira (que caracteriza um censo) ou uma amostra representativa dela (BLOCH; COUTINHO, 2009).

Este estudo teve como sujeitos toda a população de Técnicos Administrativos em Educação (TAEs) de uma universidade pública, totalizando 1265 trabalhadores, sendo dessa forma considerado um censo.

A população do estudo foi constituída pelos trabalhadores Técnico-Administrativos em Educação da UFJF do Campus Juiz de Fora. O critério de inclusão foi: ser funcionário técnico-administrativo efetivo e estar em exercício ativo da função. Os critérios de exclusão foram: afastamento do trabalho por licença para tratamento de doença, licença-maternidade, licença para acompanhar cônjuge e familiares; licença para mestrado e doutorado; prestação de serviços em outra instituição, estar cedido pela universidade; transferência para outro órgão público; aposentadoria, falecimento ou exoneração.

Foram considerados perdas os funcionários não encontrados após três tentativas e aqueles que não devolveram o questionário devidamente preenchido.

Sendo assim, dos 1265 TAEs, foram excluídos 40 por licença relacionada à saúde, maternidade ou INSS; dez por licença para mestrado e doutorado, três cedidos para prestar serviços à prefeitura do município, 14 por transferência, 23 por aposentadoria, um trabalhador que havia falecido e 11 por exoneração. Houve ainda nove trabalhadores que não foram encontrados, pois estavam de férias na etapa final da coleta de dados.

Portanto, dos 1265 trabalhadores 111 foram considerados inelegíveis. Dos 1154, elegíveis houve 226 (19,6%) perdas, 95 (8,2%) se recusaram a participar do estudo e 833 (72,2%) retornaram o questionário devidamente preenchido.

Quadro 1 - Delimitação da população do estudo

PERDAS	Foram abordados, mas não devolveram o questionário	175
	Não foram encontrados em 3 tentativas	51
TOTAL DE PERDAS		226
INELEGÍVEIS	Licença relativa à saúde	40
	Aposentadoria	23
	Transferências	14
	Exoneração	11
	Licença para mestrado, doutorado e capacitação	10
	Férias	9
	Cedidos	3
	Óbitos	1
TOTAL DE INELEGÍVEIS		111
RECUSAS		95
TOTAL DE PERDAS, RECUSAS E INELEGÍVEIS		432
POPULAÇÃO FONTE		833
POPULAÇÃO DE ESTUDO		1265

Os TAE são servidores efetivos e se caracterizam por serem trabalhadores de nível de escolaridade variada, incluindo trabalhadores com formação básica até trabalhadores com curso superior.

De acordo com o plano de carreira dos TAES as atividades realizadas por eles se caracterizam por uma multiplicidade de funções e dentre as suas atribuições gerais pode-se citar: planejar, organizar, executar ou avaliar as atividades inerentes ao apoio técnico-administrativo ao ensino e as atividades técnico-administrativas inerentes à pesquisa e à extensão nas Instituições Federais de Ensino, além de executar tarefas específicas, utilizando-se de recursos materiais, financeiros e outros de que a Instituição Federal de Ensino disponha, a fim de assegurar a eficiência, a eficácia e a efetividade das atividades de ensino, pesquisa e extensão das Instituições Federais de Ensino (BRASIL, 2005b).

Os TAEs foram categorizados nesta pesquisa em quatro grandes áreas para favorecer a análise de dados, a saber: área da saúde; área administrativa; apoio logístico e apoio técnico. Vale ressaltar que a classificação foi realizada pelas próprias pesquisadoras, baseando-se no cargo ocupado pelos trabalhadores e nas principais atividades desenvolvidas referidas.

A categorização foi realizada da seguinte forma, na área da saúde foram incluídos os cargos: enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, médico, nutricionista, assistente social, farmacêutico. Na área administrativa foram incluídos: secretários, secretários executivos, auxiliar/assistente de administração, arquivista, auditor, pró-reitores e assessores. No apoio logístico foram incluídos: cozinheiro, vestiarista, porteiro, servente de limpeza, copeiro, mecânico, impressor, recepcionista, funcionário do xerox.

Já o apoio técnico foi composto pelos seguintes cargos: engenheiro, jornalista, analista de sistema de informação, técnico em laboratório, apoio de laboratório, técnico em farmácia, analista de tecnologia da informação, arquiteto e urbanista, desenhista/projetista, desenhista industrial, bibliotecário, técnico de tecnologia da informação, auxiliar de biblioteca, assistente de laboratório, auxiliar de veterinária e zootecnia, contador, técnico em contabilidade, economista, técnico em assuntos acadêmicos, restaurador, técnico em telecomunicações, museólogo, diagramador, técnico em radiologia.

5.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados do I Inquérito sobre condições de trabalho e de vida de trabalhadores de uma Universidade Pública do estado de Minas Gerais é um questionário autopreenchível, com perguntas, em sua maioria, objetivas e

distribuídas em 12 blocos (do bloco A ao L). Sendo que nesta pesquisa foi utilizado o bloco H e algumas questões do bloco K (Anexo 5).

O bloco H contém questões relativas às características e condições de trabalho. A estas perguntas foi acrescentada a versão brasileira da escala reduzida de estresse no trabalho (modelo demanda-controle). (FAERSTEIN et al., 2005; ALVES et al., 2004; KARASEK; THEORELL, 1990).

As características e condições de trabalho levantadas são referentes à idade que começou a trabalhar; número de empregos; horário de trabalho; carga horária de trabalho semanal; realização de plantões; principais atividades desenvolvidas; tempo em que desempenha as atividades atuais; se trabalhava anteriormente; ocupação anterior; adicional de insalubridade, periculosidade, penosidade; trabalho noturno. Além de questões sobre as demandas psicológicas, controle do processo de trabalho e apoio social proveniente de colegas e chefias.

O bloco K contém questões de caracterização do perfil epidemiológico e sociodemográfico dos participantes. As questões utilizadas nesta pesquisa são relativas à idade; situação conjugal; gênero; escolaridade e renda mensal. Vale ressaltar que não foram utilizadas todas as questões deste bloco.

5.6 PROCESSO DE COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada na própria instituição onde os entrevistados trabalhavam. O tempo mínimo para preencher o questionário correspondeu a cerca de 40 minutos. Os dados foram coletados de janeiro de 2012 a dezembro de 2013.

No momento da abordagem do trabalhador na coleta de dados foram enfatizadas a importância e os benefícios desta investigação.

Nas situações em que o trabalhador não podia dedicar seu tempo para responder as questões, uma vez que, eles estavam no momento de trabalho, o questionário era deixado com o sujeito e recolhido em outro horário previamente agendado entre pesquisador e sujeito.

Depois de preenchidos, os questionários foram recolhidos para processamento e análise dos dados. Vale ressaltar que foi garantido o anonimato dos participantes.

Durante o processo de coleta de dados os pesquisadores estiveram disponíveis para esclarecimento de dúvidas quanto ao conteúdo ou formato do impresso aplicado.

A coleta de dados piloto desta pesquisa foi realizada em 2011, com amostra similar, constituindo 184 trabalhadores terceirizados da mesma universidade, de setores variados e que desempenhavam atividades semelhantes aos TAEs concursados.

Este estudo-piloto foi realizado a fim de realizar possíveis adequações no instrumento de coleta de dados e treinar os pesquisadores. A partir daí, foram detectadas limitações no instrumento, tais como incapacidade de responder algumas perguntas, pouca clareza em algumas questões e dessa forma, foram realizadas alterações a fim de superar as dificuldades percebidas e melhor adequar o instrumento de coleta de dados.

Todos os integrantes da equipe da coleta de dados passaram por um treinamento a fim de padronizar a forma com que os dados foram coletados, no que diz respeito à abordagem realizada com os trabalhadores.

A equipe de coleta de dados foi constituída por mestrandos do Programa de Pós Graduação *Strictu Sensu* Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFJF e mestrandos do Programa de Pós Graduação *Strictu Sensu* Mestrado em Saúde Coletiva da mesma universidade, que estavam desenvolvendo suas dissertações baseadas no I Inquérito sobre condições de trabalho e de vida dos TAE da UFJF. Além destes, contamos com alunos de graduação que estavam desenvolvendo seus Trabalhos de Conclusão de Curso na mesma pesquisa e alunos bolsistas e voluntários de Treinamento Profissional.

5.7 TRATAMENTO DOS DADOS

5.7.1 Definição das variáveis de exposição (independente)

Foram selecionadas como variáveis independentes as **características ocupacionais**: número de empregos, horário de trabalho, carga horária semanal, tempo de trabalho na universidade, trabalho noturno, trabalho insalubre, penoso e perigoso e as **características sociodemográficas**: idade, estado conjugal, sexo,

escolaridade e renda familiar. O quadro 2 apresenta como foram agrupadas as variáveis exploradas.

Quadro 2 – Variáveis independentes

	VARIÁVEL	QUESTÃO	AGRUPAMENTO
VARIÁVEIS OCUPACIONAIS	Número de empregos	H2 1 - Um 2 - Dois 3 - Três 4 - Mais de três	1 -Um emprego (1) 2 - Dois ou mais empregos (2, 3, 4)
	Horário de Trabalho	H3 1 -Horário fixo 2- Horário irregular 3 – Fim de semana 4– Diarista/Plantão	1- Horário fixo (1) 2- Horário irregular (2) 3- Diarista/Plantão (3,4)
	Carga horária semanal	H4	1- ≤40 horas 2- >40 horas
	Tempo de serviço	H6	1- 1 a 5 anos 2- 5 a 10 anos 3- mais de 10 anos
	Adicional por desenvolver atividade insalubre, penosa ou perigosa	H11 1 - Sim 2 - Não	1 – Sim (1) 2 – Não (2)
	Trabalho noturno	H12 1 - Sim 2 - Não	1 – Sim (1) 2 – Não (2)
	VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	Idade (data de nascimento)	K1
Estado conjugal		K4 1 - Casado(a) ou vive em união 2 - Separado(a) ou divorciado(a) 3- Viúvo(a) 4- Solteiro	1-Casado(a) (1) 2- Não casados(as) (2, 3, 4)
VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	Sexo	K5 1 - Masculino 2 - Feminino	1-Masculino (1) 2-Feminino (2)
	Escolaridade	K6 1- 1º grau incompleto 2- 1º grau completo 3- 2º grau incompleto 4- 2º grau completo 5- Universitário	1-Não universitários (1, 2, 3, 4) 2-Universitários (5, 6, 7)

		incompleto 6- Universitário completo 7- Pós- Graduação	
	Renda familiar mensal (salários mínimos)	K19 1 - Até 1 2 - Entre 1 e 2 3 - Entre 2 e 3 4 - Entre 3 e 4 5 - Entre 4 e 5 6 - Entre 5 e 6 7 - Entre 6 e 7 8 - Entre 7 e 8 9 - Entre 8 e 9 10 - Entre 9 e 10 11 - 11- Mais de 10	1 - Mais de 10 (11) 2 - 5 a ≤ 10 (6, 7, 8, 9, 10) 3 - ≤ 5 (1, 2, 3, 4 5)

5.7.2 Definição das variáveis de desfecho (dependente)

Foi definida como variáveis dependentes as variáveis do Modelo Demanda-Controle (*“Job Strain Model”*). A Escala Sueca de Demanda-Controle-Apoio Social de Karasek que aborda o estresse psicossocial no trabalho é uma escala reduzida, que foi adaptada para o português por Alves (2004).

A escala reduzida envolve três dimensões: demanda (cinco questões), controle (seis questões) e apoio social (seis questões) (ALVES et al., 2004).

A dimensão **demanda psicológica** inclui as questões abaixo descritas.

- 1) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?
- 2) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?
- 3) Seu trabalho exige demais de você?
- 4) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas do seu trabalho?
- 5) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

A dimensão **controle** é composta por duas divisões (uso de habilidades e autoridade de decisão) e inclui as questões abaixo descritas.

Uso de habilidades

- 1) Você tem possibilidade de aprender coisas novas no seu trabalho?

- 2) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?
- 3) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?
- 4) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?

Autoridade de decisão

- 5) Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?
- 6) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?

A dimensão **apoio social no trabalho**, proveniente de colegas e chefia inclui as seguintes questões.

- 1) Existe um ambiente calmo e agradável onde eu trabalho.
- 2) No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.
- 3) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.
- 4) Se eu não estiver em um bom dia, meus colegas compreendem.
- 5) No trabalho, eu me relaciono bem como meus chefes.
- 6) Eu gosto de trabalhar com meus colegas

Os escores de cada dimensão foram obtidos somando-se as pontuações das respostas e, posteriormente, foram divididos em duas categorias pela sua mediana, conforme estudo de Alves et al. (2009). Para a demanda, o ponto de corte foi de 14 pontos e os trabalhadores que obtiveram resultado de 8 a 14 pontos tiveram seus trabalhos classificados em baixa demanda e os valores acima de 14, em alta demanda. Para o controle, o ponto de corte foi de 17 pontos e aqueles indivíduos que obtiveram pontuação total entre 5 e 17 pontos foram classificados como tendo baixo controle no trabalho e os que tiveram mais de 17 pontos, com alto controle no trabalho. De forma semelhante, o ponto de corte para o apoio social no trabalho foi de 17 pontos, classificando os indivíduos com pontuação até 17 pontos, inclusive, com baixo apoio social e acima de 17 pontos com alto apoio social (Quadro 3).

A partir dessa classificação, torna-se possível realizar quatro combinações: trabalho com **alta exigência**, que é o tipo de trabalho altamente estressante e que envolve alta demanda e baixo controle; **trabalho ativo**, que envolve alta demanda e alto controle; **trabalho passivo**, resultante da combinação de baixa demanda e baixo controle; e **trabalho com baixa exigência**, que resulta da combinação baixa demanda e alto controle (Quadro 4) (KARASEK, 1979; KARASEK, 1981; KARASEK, THEÖRELL, 1990; ALVES, et al., 2004; AGUIAR; FONSECA; VALENTE, 2010).

Quadro 3 – Ponto de corte das dimensões do Modelo Demanda-Controle-Apoio social baseado em sua mediana

	Tipo de variável	Ponto de Corte	Grupo de Referência	Grupo de Exposição
Demanda Psicológica	Categórica	Mediana 14 pontos	Baixa demanda	Alta demanda
Controle	Categórica	Mediana 17 pontos	Alto controle	Baixo Controle
Apoio Social	Categórica	Mediana 17 pontos	Alto Apoio Social	Baixo Apoio Social

Quadro 4- Quadrantes do Modelo-Demanda-Controle proposto por Karasek (1979).

		DEMANDA PSICOLÓGICA	
		Baixa	Alta
CONTROLE	Alto	Baixa Exigência	Trabalho Ativo
	Baixo	Trabalho Passivo	Alta Exigência

Os quadrantes do Modelo Demanda-Controle foram construídos, baseados na mediana da distribuição e dicotomizados em níveis de baixo/alto controle e baixa/alta demanda, formando os grupos: baixa exigência (grupo de referência), trabalho passivo, trabalho ativo e alta exigência (grupo de maior exposição).

5.7.3 Análise Estatística

Os dados foram armazenados em um banco no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20 e posteriormente procedeu-se a análise univariada e bivariada pelo próprio SPSS 20.

A análise foi realizada através de estatística descritiva, por meio de frequências absolutas e percentuais de todas as variáveis do estudo e posterior confecção de tabelas. Além disso, foi também realizada análise bivariada, utilizando o teste estatístico qui-quadrado.

Na análise bivariada, foi possível a identificação das associações das variáveis independentes com as variáveis do modelo demanda-controle (variáveis dependentes) efetuada pelo cruzamento destes com cada uma das variáveis independentes, através de tabelas de contingência e teste qui-quadrado.

Considerou-se associação significativa entre as variáveis estudadas quando $p < 0,05$ de acordo com o teste estatístico qui-quadrado. (MAGNAGO et al., 2010).

A análise do Modelo-Demanda-Controle foi então realizada de duas formas: segundo quadrantes propostos por Karasek e calculando demanda e controle separadamente.

As **variáveis independentes** estudadas foram dicotomizadas segundo a média ou foram agrupadas, de acordo com a distribuição das frequências, em categorias.

A **idade** foi categorizada em quatro grupos (até 34 anos, 35 a 44 anos, 45 a 54 anos e maior ou igual a 55 anos) para a análise univariada, conforme o estudo de Alves, (2004). Para a análise bivariada a idade foi categorizada em dois grupos – até 44 anos e 45 anos ou mais (ALVES, 2004).

A variável **escolaridade** foi agrupada em ensino não-universitário (1º grau incompleto + 1º grau completo + 2º grau incompleto + 2º grau completo) e universitário (universitário incompleto + universitário completo + pós-graduação). O **estado civil** foi agrupado em não-casados (separado ou divorciado + viúvo + solteiro) e casados (casado ou vive em união) e as **classes econômicas** foram agrupadas em menor ou igual a cinco salários mínimos, de cinco a dez salários mínimos, mais de dez salários mínimos.

As variáveis de condições de trabalho foram classificadas da seguinte forma: **número de empregos** – um emprego, dois ou mais de dois empregos; **horário de trabalho** – horário fixo, horário irregular, diarista/plantão; **carga horária de trabalho** menor ou igual a 40 horas semanais, mais de 40 horas semanais; **tempo que desempenha atividades na universidade** – de uma a cinco anos, de cinco a dez anos, mais de dez anos.

Além disso, como dito anteriormente os trabalhadores foram divididos em quatro grupos de acordo com as principais atividades desenvolvidas e cargo ocupado em: apoio técnico, apoio logístico, área da saúde e administrativo.

6 RESULTADOS

A apresentação dos resultados do presente estudo está subdividida em dois sub-itens. O primeiro se refere a análise descritiva em relação as características socioeconômicas e demográficas; características do trabalho; demanda, controle e apoio social; quadrantes do modelo demanda-controle; principais atividades desenvolvidas e equipe de enfermagem . O segundo descreve à análise bivariada e se refere a associação dos quadrantes do modelo demanda-controle com as variáveis socioeconômicas e demográficas; características do trabalho; apoio social; principais atividades desenvolvidas e equipe de enfermagem.

6.1 ANÁLISE DESCRITIVA

6.1.1 Características socioeconômicas e demográficas

Tabela 1 Características socioeconômicas e demográficas dos TAEs - Juiz de Fora, 2014 (N=833)

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Sexo		
Masculino	425	51,5
Feminino	401	48,5
Idade		
Até 34 anos,	175	21,8
35 a 44 anos	157	19,5
45 a 54 anos	251	31,2
maior ou igual a 55 anos	221	27,5
Escolaridade		
1º grau incompleto	38	4,6
1º grau completo	14	1,7
2º grau incompleto	12	1,5
2º grau completo	122	14,8
Universitário incompleto	82	10,0
Universitário completo	108	13,1
Pós-graduação	448	54,4

Continuação Tabela 1

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Estado conjugal		
Casado ou em união	522	63,7
Separado ou divorciado	81	9,9
Viúvo	19	2,3
Solteiro	198	24,1
Renda (salários mínimos)		
≤ a 5 salários	259	32,1
de 5 a ≤ 10 salários	369	45,8
mais de 10 salários	178	22,1

Diferenças nos n totais devem-se a perdas de informação para algumas variáveis. Dados não informados inferiores a 8%.

Os resultados demonstram que a população deste estudo foi composta em sua maioria por homens (51,5%), sendo a média de idade dos trabalhadores 46,1 anos, com idade mínima de 22 anos e máxima de 72 anos (desvio-padrão = 10,9). Quanto ao grau de escolaridade, a maioria possuía pós-graduação (54,4%) e quanto ao estado civil, 63,7% dos trabalhadores eram casados ou viviam em união. Em relação à classificação econômica, 45,8% dos trabalhadores referiram receber entre cinco a dez salários mínimos (tabela 1).

6.1.2 Características relacionadas ao trabalho

Tabela 2 Caracterização dos TAEs de acordo com as características do trabalho – Juiz de Fora, 2014 (N = 833)

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Número de empregos		
um emprego	692	83,9
dois empregos	116	14,1
três empregos	11	1,3
mais de três empregos	6	0,7

Continuação tabela 2

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Horário de trabalho		
fixo	682	82,8
irregular	52	6,3
diarista/plantão	90	10,9
Carga horária semanal		
≤ 40 horas	638	79,1
> 40 horas	169	20,9
Tempo de trabalho na universidade		
De 1 a 5 anos	190	24,0
De 5 a 10 anos	96	12,1
Mais de 10 anos	506	63,9
Trabalho noturno		
Sim	141	17,2
Não	678	82,8
Adicional por desenvolver atividades caracterizadas como perigosas, penosas ou insalubres		
Sim	316	38,3
Não	509	61,7

Diferenças nos n totais devem-se a perdas de informação para algumas variáveis. Dados não informados inferiores a 5%.

Com relação às características do trabalho 83,9% dos trabalhadores possuíam apenas um emprego, 82,8% trabalhavam em horário fixo e 79,1% possuíam carga horária menor ou igual a 40 horas. No que tange ao tempo em que desempenha as atividades, 63,9% as desempenhavam a mais de dez anos. Em relação ao turno de trabalho 82,8% dos trabalhadores não trabalhavam durante a noite e 38,3% referiram receber adicional por desenvolverem atividades caracterizadas como perigosas, penosas ou insalubres (Tabela 2).

6.1.3. Características relacionadas às demandas psicológicas, ao controle e ao apoio social no trabalho.

Tabela 3 - Caracterização dos TAEs de acordo com as Demandas psicológicas, Controle e Apoio Social no trabalho, dicotomizados na mediana da distribuição – Juiz de Fora, 2014 (N=833)

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Demanda		
Baixa	597	73,8
Alta	212	26,2
Controle		
Baixo	440	54,1
Alto	373	45,9
Apoio Social		
Baixo	184	22,6
Alto	630	77,4

Diferenças nos n totais devem-se a perdas de informação para algumas variáveis. Dados não informados inferiores a 3%.

Com relação à demanda, ao controle e ao apoio social no trabalho, 73,8% dos trabalhadores apresentaram baixa demanda e 26,2% alta demanda. No que diz respeito ao controle, 54,1% apresentaram baixo controle e 45,9% alto controle. A maioria dos trabalhadores, 77,4% apresentou alto apoio social e 22,6% baixo apoio social no trabalho.

6.1.4 Características relacionadas aos quadrantes do MDC

Tabela 4 - Caracterização dos TAEs de acordo com os quadrantes do MDC – Juiz de Fora, 2014 (N=833)

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Modelo Demanda-Controle		
Trabalho passivo (↓D ↓C)	319	39,7
Baixa exigência (↓D ↑C)	274	34,1
Trabalho ativo (↑D ↑C)	95	11,8
Alta exigência (↑D ↓C)	116	14,4

Diferenças nos n totais devem-se a perdas de informação para algumas variáveis. Dados não informados inferiores a 4%.

Legenda: ↓ D = Baixa Demanda
 ↑ D = Alta Demanda
 ↓ C = Baixo Controle
 ↑ C = Alto Controle

A tabela 4 demonstra a distribuição dos TAES nos quadrantes do modelo demanda-controle. A categoria dos quadrantes que inclui o maior número de pessoas é o trabalho passivo que combina baixa demanda e baixo controle (39,7%), seguido pelo trabalho de baixa exigência caracterizado pela baixa demanda e alto controle (34,1%). O trabalho de alta exigência (alta demanda e baixo controle) incluiu 14,4% dos trabalhadores da população estudada. Já o grupo com menor quantitativo de trabalhadores foi o trabalho ativo, caracterizado pela alta demanda psicológica e alto controle sobre o trabalho, com 11,8% dos trabalhadores.

6.1.5 Características relacionadas às atividades desempenhadas e ao cargo ocupado.

Tabela 5 Caracterização dos TAEs de acordo com as atividades desenvolvidas e o cargo ocupado – Juiz de Fora, 2014 (N=833)

Variáveis	Frequencia absoluta (n)	Frequencia relativa (%)
Caracterização segundo atividade e cargo ocupado		
Área administrativa	281	33,9
Área de apoio técnico especializado	235	28,2
Área da saúde	211	25,5
Área de apoio logístico	101	12,2

Diferenças nos n totais devem-se a perdas de informação para algumas variáveis. Dados não informados inferiores a 1%.

Ao considerarmos as principais atividades desenvolvidas pelos TAEs e o cargo ocupado, eles foram caracterizados da seguinte forma, 33,9% realizavam atividades administrativas, 28,2% forneciam apoio técnico especializado, 25,5% realizavam atividades ligadas a área da saúde e 12,2% dos trabalhadores forneciam apoio logístico (Tabela 5).

Dos 211 (25,5%) trabalhadores da área da saúde pesquisados, 139 eram da equipe de enfermagem, totalizando 16,8% do total dos trabalhadores.

6.2 ANÁLISE BIVARIADA

6.2.1 Características relacionadas aos quadrantes do MDC associadas às variáveis socioeconômicas e demográficas

Tabela 6 Comparação entre as variáveis socioeconômicas e demográficas e os quadrantes do MDC. TAEs - Juiz de Fora, 2014 (N = 833)

Variável	Sexo		Idade		Nível universitário		Estado civil		Renda (salários mínimos)		
	Masculino	Feminino	Até 44 anos	45 anos ou mais	Não	Sim	Casados	Não casados	1 a 5	5 a 10	Mais de 10
Baixa exigência (↓D↑C)	137 33,4%	134 34,4%	120 36,7%	149 32,9%	44 25,6%	226 36,2%	172 33,8%	96 33,7%	63 25,4%	137 38,1%	69 39,4%
Trabalho ativo (↑D↑C)	44 10,7%	50 12,8%	34 10,4%	56 12,4%	12 7,0%	82 13,1%	62 12,2%	31 10,9%	22 8,9%	35 9,7%	35 20,0%
Trabalho passivo (↓D↓C)	169 41,2%	150 38,5%	126 38,5%	182 40,2%	83 48,3%	234 37,5%	196 38,5%	122 42,8%	113 45,6%	142 39,4%	53 30,3%
Alta exigência (↑D↓C)	60 14,6%	56 14,4%	47 14,4%	66 14,6%	33 19,2%	82 13,1%	79 15,5%	36 12,6%	50 20,2%	46 12,8%	18 10,3%
TOTAL	410 100%	390 100%	327 100%	453 100%	172 100%	624 100%	509 100%	285 100%	248 100%	360 100%	175 100%
	Total = 800		Total = 780		Total = 796		Total = 794		Total = 783		
	Perdas = 33 (4%)		Perdas=53(6,4%)		Perdas= 37 (4,4%)		Perdas= 39 (4,7%)		Perdas= 50 (6,0%)		
p valor*	p = 0,75		p = 0,66		p = 0,001		p = 0,53		p < 0,001		

* teste qui-quadrado.

6.2.2 Características relacionadas aos quadrantes do MDC associadas às características do trabalho

Tabela 7 Comparação entre as variáveis relacionadas ao trabalho e os quadrantes do MDC. TAEs - Juiz de Fora, 2014 (N = 833)

Variáveis	Nº empregos		Carga Horária (horas)		Trabalho noturno		Adicional (insalubridade, periculosidade, penosidade)		Tempo de serviço (anos)			Horário Trabalho		
	Um	Dois ou mais	≤ 40	>40	Sim	Não	Sim	Não	1 a 5	6 a 10	Mais de 10	Fixo	Irregular	Diarista plantão
Baixa exigência (↓D ↑C)	231 34,6%	42 32,1%	218 34,9%	50 30,5%	33 23,9%	240 36,5%	112 36,6%	162 32,8%	84 44,7%	27 28,4%	157 32,2%	227 34,6%	21 40,4%	25 27,8%
Trabalho ativo (↑D ↑C)	66 9,9%	29 22,1%	55 8,8%	38 23,2%	28 20,3%	66 10,0%	38 12,4%	55 11,1%	13 6,9%	14 14,7%	62 12,7%	73 11,1%	5 9,6%	16 17,8%
Trabalho passivo (↓D ↓C)	275 41,2%	41 31,3%	270 43,2%	45 27,4%	42 30,4%	271 41,2%	108 35,3%	209 42,3%	74 39,4%	33 34,7%	196 40,2%	274 41,7%	17 32,7%	27 30,0%
Alta exigência (↑D ↓C)	96 14,4%	19 14,5%	82 13,1%	31 18,9%	35 25,4%	81 12,3%	48 15,7%	68 13,8%	17 9,0%	21 22,1%	72 14,8%	83 12,6%	9 17,3%	22 24,4%
TOTAL	668 100%	131 100%	625 100%	164 100%	138 100%	658 100%	306 100%	494 100%	188 100%	95 100%	487 100%	657 100%	52 100%	90 100%
	Total = 799		Total = 789		Total = 796		Total = 800		Total = 770			Total = 799		
	Perdas= 34 (4,1%)		Perdas= 44(5,3%)		Perdas= 37 (4,4%)		Perdas= 33 (4,0%)		Perdas= 63 (7,6%)			Perdas =34 (4,1%)		
P valor*	p = 0,001		p < 0,001		p < 0,001		p = 0,27		p = 0,002			p = 0,012		

* teste qui-quadrado.

Os resultados foram obtidos a partir das análises bivariadas, assumindo como grupo de referência a categoria baixa exigência e o grupo de maior exposição a categoria alta exigência (estresse no trabalho). Além disso, foi considerando como valor de p estatisticamente significativo, aquele menor ou igual a 0,05.

As variáveis socioeconômicas e demográficas e os quadrantes do MDC que mantiveram associação com significância foram o nível universitário ($p = 0,001$) e a renda mensal ($p < 0,001$). O presente estudo não apresentou associação com significância estatística entre as variáveis sexo, idade e estado civil e os quadrantes do MDC (Tabela 6).

Algumas variáveis relacionadas às características do trabalho e os quadrantes do MDC que mantiveram associação com significância foram: número de empregos ($p = 0,001$), horário de trabalho ($p = 0,012$), carga horária semanal ($p < 0,001$), trabalho noturno ($p < 0,001$) e tempo de serviço ($p = 0,002$). A variável adicional por trabalhar com atividades insalubres, perigosas e penosas e os quadrantes do MDC, não obteve associação com significância ($p = 0,27$) (Tabela 7).

Trabalhadores não-universitários, com baixos salários, com apenas um emprego, que não trabalhavam a noite, turno de trabalho fixo, com carga horária menor que 40 horas concentraram-se no trabalho passivo. A variável tempo que desempenha as atividades na universidade, aqueles que as desempenhavam há menos tempo (1 a 5 anos) concentraram-se na categoria de baixa exigência.

6.2.3 Quadrantes do MDC associado ao apoio social no trabalho

Tabela 8 – Comparação entre a variável apoio social e os quadrantes do MDC. TAEs– Juiz de Fora, 2014 (N = 833)

Variável	Baixo Apoio Social	Alto apoio social	p valor*
Baixa exigência (↓D ↑C)	38 21,1%	235 38,3%	
Trabalho ativo (↑D ↑C)	23 12,8%	71 11,6%	p < 0,001
Trabalho passivo (↓D ↓C)	57 31,7%	259 42,2%	
Alta exigência (↑D ↓C)	62 34,4%	49 8,0%	
Total	180 (100%)	614(100%)	

* teste qui-quadrado.

Perdas 39 (4,7%)

A tabela 8 apresenta a distribuição da população de estudo em função dos quadrantes do MDC e do apoio social. A variável apoio social manteve uma associação com significância com os quadrantes do MDC ($p < 0,001$). Nota-se que a categoria dos quadrantes que incluiu o maior número de trabalhadores foi o trabalho passivo associado ao alto apoio social ($n=259$; 42,2%). No entanto no que se refere ao baixo apoio social, a categoria dos quadrantes que incluiu o maior número de trabalhadores foi o trabalho de alta exigência ($n=62$; 34,4%), que combina alta demanda e baixo controle, sendo considerado o grupo de exposição. Já o grupo com menor quantitativo de trabalhadores na categoria de baixo apoio social foi o trabalho ativo (alta demanda e alto controle sobre o trabalho), com $n=23$ (12,8%).

6.2.4 Quadrantes do MDC associado a área segundo o cargo ocupado considerando as principais atividades desenvolvidas

Tabela 9 – Comparação entre a variável de caracterização segundo atividades desenvolvidas e cargo ocupado e os quadrantes do MDC. TAEs – Juiz de Fora, 2014 (N= 833)

Variável	Administrativo	Saúde	Apoio Logístico	Apoio Técnico Especializado	p valor*
Baixa exigência (↓D ↑C)	84 31,0%	84 41,0%	23 24,2%	81 35,4%	
Trabalho ativo (↑D ↑C)	25 9,2%	32 15,6%	8 8,4%	29 12,7%	
Trabalho passivo (↓D ↓C)	127 46,9%	51 24,9%	44 46,3%	96 41,9%	p < 0,001
Alta exigência (↑D ↓C)	35 12,9%	38 18,5%	20 21,1%	23 10,0%	
Total	271 100%	205 100%	95 100%	229 100%	

* teste qui-quadrado.

Perdas $n= 33$ (4,0%)

Ao relacionarmos o cargo ocupado e as principais atividades desenvolvidas e os quadrantes do MDC houve associação com significância ($p < 0,001$). TAEs que trabalhavam nos setores administrativos, apoio logístico e apoio técnico especializado concentraram-se na categoria dos quadrantes do trabalho passivo, ($n=$

127; 46,9%); (n= 44; 46,3%); (n=96; 41,9%) respectivamente. No entanto a categoria dos quadrantes que incluiu maior número de trabalhadores da área da saúde foi o trabalho de baixa exigência (n=84; 41,0%) (Tabela 9).

6.2.5 Quadrantes do MDC associado à equipe de enfermagem

Tabela 10 – Comparação entre a variável equipe de enfermagem e os quadrantes do MDC. TAEs – Juiz de Fora, 2014 (N= 833)

Variável Equipe de Enfermagem	Não	Sim	p valor*
Baixa exigência			
(↓D ↑C)	229	43	
Trabalho ativo	34,5%	31,6%	
(↑D ↑C)	72	22	
Trabalho passivo	10,8%	16,2%	p = 0,002
(↓D ↓C)	278	40	
Alta exigência	41,9%	29,4%	
(↑D ↓C)	85	31	
	12,8%	22,8%	
Total	664	136	
	100%	100%	

* teste qui-quadrado.

Perdas n= 33 (4,0%)

A tabela 10 demonstra que a variável relativa aos trabalhadores da equipe de enfermagem e os quadrantes do MDC apresentaram associação estatisticamente significativa ($p = 0,002$). Observou-se que categoria dos quadrantes que incluiu o maior número de trabalhadores de enfermagem foi o trabalho de baixa exigência (n=43; 31,6%) seguido pelo trabalho passivo (n=40; 29,4%). Os demais trabalhadores concentraram-se na categoria de trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle) n = 278 (41,9%).

7 DISCUSSÃO

Os dados mostram que a população estudada foi constituída por trabalhadores com média de idade dos trabalhadores de 46,1 anos. Quanto ao sexo, houve uma distribuição proporcional de homens e mulheres entre os trabalhadores e, embora a diferença tenha sido pequena entre os gêneros (51,5% e 48,5%, respectivamente), houve maior número de homens.

Historicamente, os homens têm dominado o mercado de trabalho, entretanto, o aumento da presença da mulher neste mercado é um fenômeno que vem crescendo e um dos motivos é o maior acesso ao ensino superior possibilitando novas oportunidades de trabalho. Essas transformações na inserção da mulher na ocupação dos postos de trabalho se devem às mudanças demográficas, culturais e do papel social desempenhado pela mulher buscando cada vez mais o trabalho remunerado (BRUSCHINI, 2007; ELIAS; NAVARRO, 2006).

Este novo panorama do trabalho feminino revela que além das atividades remuneradas as mulheres ainda tem que dedicar parte de seu tempo as atividades domésticas, ao cuidado com os filhos e outros familiares, o que pode ter como consequencia uma sobrecarga de atividades a essas trabalhadoras (LANDERDAHL et al., 2013; BRUSCHINI, 2007; BRISSON et al., 1999).

No que tange ao estado civil, a maior parte dos trabalhadores eram casados ou viviam em união. Quanto ao grau de escolaridade, a maioria dos trabalhadores possuía pós-graduação.

O fato dos trabalhadores possuírem pós-graduação pode ser explicado, por eles trabalharem numa universidade, pela estabilidade no emprego e pela oferta de vagas gratuitas dos cursos da universidade o que favorece a maior dedicação à formação e ao acesso a estes cursos.

Esse perfil de escolaridade se assemelha ao encontrado em trabalhadores do serviço público civil do poder executivo federal brasileiro, que nos anos de 1998 a 2007, com exceção do ano de 2001, apresentaram um percentual quase constante de egressos no serviço público com nível superior, em torno de aproximadamente 70% e 80%, segundo microdados do Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos. Este fato não significa dizer que os novos cargos criados durante o período em questão tenham exigido predominantemente curso superior (BORGES, 2009).

Em estudo realizado com técnicos administrativos de uma Instituição de Ensino Superior estadual, revelou que o aprimoramento do nível de instrução do trabalhador é um aspecto positivo para a qualidade de vida no trabalho. No entanto, quando o nível de formação do trabalhador é superior ao exigido para seu cargo, bem como sua remuneração não é compatível com seu nível de formação, é possível que isso cause desmotivação, queda de produtividade, conflitos com a chefia, dentre outros aspectos aos trabalhadores (FREITAS, SOUZA, QUINTELLA, 2013). Portanto podemos perceber que a valorização dada ao nível de instrução e a remuneração dos trabalhadores são questões que influenciam a qualidade de vida no trabalho.

Em relação à classificação econômica, a maioria dos trabalhadores referiu receber entre cinco a dez salários mínimos, considerando que o salário mínimo no ano de 2012 foi R\$ 622 (seiscentos e vinte e dois reais) e no ano de 2013 correspondeu a R\$ 678 (Seiscentos e setenta e oito reais).

Segundo informações de pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2014) que abrangeu seis regiões metropolitanas brasileiras (Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre), o rendimento médio real habitual dos trabalhadores foi estimado, para o conjunto das seis regiões pesquisadas, no mês de abril de 2014, em R\$ 2.028,00, considerando que o salário mínimo neste período foi de R\$ 724 (setecentos e vinte e quatro reais), significa que a renda média desses trabalhadores foi 2,8 salários mínimos. Fazendo uma comparação os trabalhadores de nosso estudo, nos permite afirmar que os TAEs apresentam predominantemente renda superior a encontrada nesta pesquisa.

Em relação às características do trabalho, a maioria dos trabalhadores possuía apenas um emprego (83,9%). Além disso, a maior parte dos TAEs trabalhavam em horário fixo (82,8%). Do total de pesquisados do nosso estudo 79,1% possuíam carga horária menor ou igual a 40 horas semanais.

Segundo informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do IBGE (Pnad/IBGE), no período de 1990 a 2000, houve redução na carga horária dedicada ao trabalho no Brasil. Ao considerar todas as ocupações (principais e adicionais), é possível verificar que a porcentagem da população que gasta 45 horas ou mais por semana dedicada ao trabalho reduziu acentuadamente no primeiro

período (de 41,7% em 1992 para 40,9% em 2001), bem como no segundo período (de 40,9% em 2001 para 31,8% em 2009). Desta forma, em 2009, 68,2% da população trabalhava até 44 horas semanais (SISTEMA DE INDICADORES DE PERCEPÇÃO SOCIAL, 2012).

Isto demonstra que o limite constitucional de 44 horas semanais (instituído em 1988) está sendo seguido como referência para um número cada vez maior da população trabalhadora do país, principalmente ao longo dos anos 2000 (SISTEMA DE INDICADORES DE PERCEPÇÃO SOCIAL, 2012, BRASIL, 1988). A este respeito, os servidores de nosso estudo estão predominantemente trabalhando menos que o limite constitucional, podendo ser considerado fator potencializador em relação às condições de trabalho.

Ao analisarmos o tempo em que os servidores desempenham suas atividades na universidade, 63,9% o fazem a mais de dez anos. Este fato pode ser explicado pela estabilidade no emprego dos TAEs efetivos, o que contribui para maior segurança, experiência e domínio no desenvolvimento das ações.

Em outra pesquisa realizada com servidores técnico-administrativos de uma universidade pública observou-se que a estabilidade no emprego teve um importante sentido para os trabalhadores, sendo este um fator que motiva os funcionários (COUTINHO, DIOGO, JOAQUIM, 2008). No entanto, o número de trabalhadores estáveis vem diminuindo devido à reestruturação produtiva. Esse processo consiste em mudanças nas relações trabalhistas, dando lugar a formas mais desregulamentadas de trabalho, podendo gerar dificuldade no acesso ao emprego (MARTINS; MOLINARO, 2013; ANTUNES; ALVES, 2004).

Neste estudo 82,8% dos participantes não trabalhavam durante a noite e 17,2% trabalhavam. A porcentagem de trabalhadores noturnos assemelha-se ao da população brasileira. É importante ressaltar que segundo Zarpelão e Martino (2014), o trabalho noturno acarreta prejuízos à saúde do trabalhador, como por exemplo, interferências no ciclo circadiano, incompatibilidade de horários com família e amigos, isolamento social, desgaste físico e mental.

A este respeito estima-se que 10% da população brasileira ativa trabalha em turnos ou à noite. Esse número pode ser maior, devido ao aumento de serviços que ficam disponíveis 24 horas. Os indivíduos que trabalham em horários não usuais podem ter um desempenho pior de suas atividades, estar mais expostos a riscos de

acidentes de trabalho e mais susceptíveis a estressores ambientais, podendo ter como consequências à incapacidade funcional precoce (MORENO; FISCHER; ROTENBERG, 2003).

Em outra pesquisa realizada com funcionários de uma universidade pública, chegou-se a conclusão que o trabalho noturno potencialmente, aumenta a vulnerabilidade à ocorrência das doenças cardiovasculares (PIMENTA et al., 2012).

Nesta pesquisa 38,3% dos servidores referiram receber adicional por desenvolverem atividades caracterizadas como perigosas, penosas ou insalubres. Tais atividades colocam em risco à saúde dos trabalhadores e a este respeito os especialistas em Higiene e Segurança do Trabalho discutem que dar ao trabalhador benefícios financeiros (adicional de insalubridade e de periculosidade), por trabalhar em ambiente com tais condições, não resolve a problemática dos riscos a que estão expostos, o ideal seria tornar estes ambientes saudáveis e seguros (RIBEIRO, 2008; MAURO et al., 2004).

Nesta pesquisa foi utilizado os quadrantes do Modelo Demanda-Controle proposto por Karasek e Theorell (1990) como forma de avaliar o estresse psicossocial no trabalho.

A categoria dos quadrantes do Modelo Demanda-Controle que incluiu o maior número de pessoas foi o trabalho passivo que combina baixa demanda e baixo controle (n=319; 39,7%).

O trabalho passivo é considerado a segunda exposição mais problemática para a saúde, pois não possibilita que o trabalhador se desenvolva, propiciando a ocorrência de uma atrofia gradual de aprendizagem de habilidades (ALVES, 2004).

Na pesquisa realizada por Radi et al. (2005) que analisou, em uma população de homens e mulheres, a relação dos grupos de estresse no trabalho (alta exigência), trabalhos passivos e ativos e a hipertensão, concluiu-se que todos os três grupos estavam associados a hipertensão em ambos os sexos, apesar da associação ter sido mais forte nas mulheres.

Na pesquisa realizada por Alves et al. (2009) que analisou a associação entre estresse no trabalho e hipertensão arterial em uma população feminina, chegou-se a conclusão que das categorias propostas pelo modelo demanda-controle, a maior prevalência de hipertensão arterial foi encontrada no grupo com trabalho passivo (28,3%).

O baixo controle, sobre o processo de trabalho juntamente com a baixa demanda, ou seja, a categoria de trabalho passivo pode se comportar como fator desestimulador, contribuindo para o aumento da insatisfação no trabalho (FILHA, COSTA, GUILAM, 2013).

Alguns autores, como Fischer et al. (2005), afirmam que as situações que envolvem baixo controle sobre o trabalho, como é o exemplo do trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle) colocam em risco a saúde devido à diminuição de habilidade e de interesse.

A falta de situações desafiadoras relevantes para o trabalhador pode causar a queda na produção do indivíduo e a diminuição da capacidade de produzir soluções para as atividades e os problemas enfrentados (MAGNAGO et al., 2010; KARASEK, THEÖRELL, 1990).

Segundo Kuper e Marmot (2003) a possibilidade de dar subsídios para que as pessoas tenham poder de decisão sobre o seu trabalho, proporciona-lhes maior variedade de tarefas e permite o desenvolvimento de liderança que pode vir a melhorar a saúde a longo prazo. Portanto, investir em estratégias para a promoção da saúde no local de trabalho envolve readequação dos postos de trabalho, bem como identificação de pessoas sob alto risco como, por exemplo, aquelas com alta exigência do trabalho.

Por outro lado, apesar dos trabalhadores desta pesquisa apresentarem predominantemente trabalho passivo eles têm alto apoio social (77,4%) e apenas 22,6% dos trabalhadores referiram ter baixo apoio social, advindo dos colaboradores e chefes. O baixo apoio social pode levar a consequências negativas para a saúde do trabalhador (ALVES et al., 2004).

Kuper e Marmot (2003) argumentam que o estresse no trabalho é particularmente nocivo para pessoas com baixo apoio social no trabalho, segundo estes autores, as redes sociais podem amenizar os efeitos do estresse no trabalho.

O trabalho de baixa exigência caracterizado pela baixa demanda e alto controle (n=274; 34,1%) foi a segunda categoria que mais incluiu trabalhadores deste estudo. O trabalho de alta exigência (alta demanda e baixo controle) incluiu n=116; 14,4% dos trabalhadores da população estudada, sendo esta a combinação mais prejudicial à saúde, por gerar alto desgaste ao trabalhador. O grupo com menor

quantitativo de trabalhadores foi o trabalho ativo (alta demanda psicológica e alto controle sobre o trabalho), com n=95; 11,8% dos trabalhadores.

Sultan-Taïeb et al. (2013) pesquisaram os custos anuais com tratamento de saúde e licenças médicas relacionados ao estresse no trabalho na França e concluíram que o impacto econômico das doenças causadas pelo estresse no trabalho fornecem subsídios para a formulação de políticas públicas com ênfase em ações preventivas.

Ao associar as variáveis sociodemográficas e econômicas e as variáveis do MDC, obtivemos associações significativas com o nível universitário e a renda mensal. Sendo que na categoria não-universitários, foi mais frequente o grupo do trabalho passivo.

Em relação à renda e as variáveis do MDC que também manteve associação significativa, observamos que os trabalhadores que estavam na faixa salarial “de um a cinco salários”, “de cinco a dez salários”, concentraram-se na categoria de trabalho passivo. Já a faixa salarial “mais de dez salários” predominou o trabalho de baixa exigência, considerado por Alves (2004) como trabalho ideal, desejável, por constituir-se de baixa demanda e alto controle.

Portanto trabalhadores não-universitários e com estratos de renda inferiores possuem menor controle sobre o processo de trabalho.

Em estudo realizado por Kirchhof et al. (2009) com trabalhadores de enfermagem, resultados semelhantes aos nossos foram encontrados, uma vez, que entre os sujeitos da pesquisa não graduados e os de renda per capita mais baixa identificou-se maior frequência de trabalhadores nas categorias trabalho passivo e alta exigência, ou seja, ambas categorias que envolvem trabalho com baixo controle. Neste mesmo estudo, trabalhadores com baixo controle apresentaram 1,67 mais chances de desenvolver Distúrbios Psiquiátricos Menores quando comparado aos trabalhadores com alto controle, demonstrando como o trabalho que envolve baixo controle é nocivo para a saúde.

As variáveis idade, gênero e estado civil e as variáveis do MDC em nossa pesquisa não mantiveram associação com significância estatística. Os resultados das análises apresentados, embora não significativos demonstram que nestas variáveis predominou o trabalho passivo.

Em relação às variáveis do trabalho e as variáveis do MDC, as que mantiveram associação com significância foram: número de empregos, horário de trabalho, carga horária semanal, trabalho noturno e tempo que desempenha as atividades na universidade. Trabalhadores com apenas um emprego, que não trabalhavam a noite, turno de trabalho fixo, com carga horária menor ou igual a 40 horas concentraram-se no trabalho passivo. Já a variável tempo que desempenha as atividades na universidade, aqueles que as desempenhavam há menos tempo (1 a 5 anos) predominou a categoria de baixa exigência.

A variável apoio social manteve uma associação significativa com os quadrantes do MDC. A categoria dos quadrantes que incluiu o maior número de trabalhadores foi o trabalho passivo associado ao alto apoio social. No entanto no que se refere ao baixo apoio social, a categoria dos quadrantes que incluiu o maior número de trabalhadores foi o trabalho de alta exigência, sendo considerado o grupo de exposição.

Em estudo realizado por Santos (2010) com trabalhadores de hospitais (servidores públicos) que pretendeu identificar a contribuição do Modelo Demanda-Controle (MDC) e do apoio social, e do *burnout* para duração do absenteísmo-doença segundo Licenças para Tratamento de Saúde (LTS), concluiu que o baixo apoio do colega aumentou a expectativa de dias de LTS em 2,04, unido ao trabalho de baixa exigência aumentou 2,68 e ao de alta exigência 78% mais do que o MDC com alto suporte do colega. Portanto podemos dizer que independente de se estar relacionado a um trabalho passivo ou não, o baixo apoio social pode contribuir para o adoecimento.

Em relação ao apoio social, Stansfeld et al. (2012) pesquisaram se o estresse ocupacional repetido e o baixo apoio social do trabalho aumentariam o risco de transtorno depressivo maior (TDM) em servidores públicos do estudo Whitehall II e chegou aos seguintes resultados: o estresse no trabalho repetido foi associado com um risco aumentado de TDM e o baixo apoio social no trabalho também foi associado com o TDM.

Hammar, Alfredsson e Johnson (1998) concluíram em suas pesquisas que empregos caracterizados pelo baixo apoio social juntamente com altas demandas e baixo controle pode estar associado a um risco aumentado de infarto agudo do miocárdio.

No que tange as principais atividades desenvolvidas e as variáveis do MDC houve associação significativa. TAEs que trabalham nos setores administrativos, apoio técnico especializado e apoio logístico estão expostos ao trabalho passivo. No entanto, trabalhadores da saúde apresentaram trabalho de baixa exigência.

Em pesquisa realizada por Braga, Carvalho e Binder (2010) com trabalhadores da saúde de unidades básicas, o trabalho de baixa exigência foi a segunda combinação que mais incluiu os sujeitos, concentrando 22,0% da população de estudo. Mas o trabalho passivo predominou entre os sujeitos da pesquisa (53,1%). Além disso, os Transtornos Mentais Comuns (TMC) estiveram presentes em 13,9% dos sujeitos que apresentaram trabalho exigência, sendo que esta foi a categoria que menos incluiu pessoas com TMC.

A variável equipe de enfermagem e os quadrantes do MDC também obtiveram associação estatisticamente significativa. A categoria dos quadrantes que incluiu o maior número de trabalhadores de enfermagem foi o trabalho de baixa exigência (31,6%) seguido pelo trabalho passivo (29,4%). Nos demais trabalhadores foi mais freqüente o trabalho passivo.

Vale mencionar que o MDC vem sendo muito utilizado para estudar o estresse no trabalho da enfermagem.

Em um estudo realizado por Magnago et al. (2010) observou-se que os trabalhadores de enfermagem encontravam-se predominantemente na categoria de trabalho passivo (29,9%), seguido pela categoria trabalho ativo (28,5%).

Outro estudo que avaliou a associação entre demanda psicológica e controle sobre o trabalho e a ocorrência de distúrbios psíquicos menores (DPM) entre trabalhadoras de enfermagem, teve como resultados que a prevalência de DPM foi mais elevada nos trabalhos em alta exigência (alta demanda, baixo controle), quando comparado aos profissionais em trabalho de baixa exigência (baixa demanda, alto controle) (ARAÚJO, et al., 2003).

A pesquisa realizada por Jesus (2012) com trabalhadores de enfermagem de um hospital oncológico, mostrou que 37,8% da população do estudo apresentam frequência maior de alta exigência no trabalho (alta demanda e baixo controle). Já o trabalho passivo obteve menor frequência 17,3% dos trabalhadores.

Laschinger et al. (2001) testaram o estresse no trabalho de enfermeiros canadenses por meio do MDC, avaliando a medida em que o grau de estresse no

trabalho afeta a percepção de autonomia estrutural e psicológica, satisfação no trabalho e comprometimento organizacional. Seus resultados demonstraram que os enfermeiros com maior nível de estresse no trabalho foram os que tinham mais poder, mais comprometimento com a organização, e mais satisfeitos com seu trabalho.

Um estudo realizado em Taiwan que objetivou identificar o grau de estresse no trabalho e determinar a associação entre estresse no trabalho e transtorno psiquiátrico menor de enfermeiros, concluiu que trabalho de alta exigência, falta de apoio social, e problemas de saúde autopercebidos foram fatores importantes para os enfermeiros desenvolverem transtorno psiquiátrico menor. Além disso, (48,8%) entrevistados foram identificados como tendo transtorno psiquiátrico menor (YANG; PAN; YANG, 2004).

De acordo com os resultados de nosso estudo, vimos que nos trabalhadores de um modo geral predominou a categoria trabalho passivo, e ao associar as variáveis do MDC com o perfil socioeconômico, demográfico, cargo e atividades desenvolvidas, características do trabalho, apoio social, equipe de enfermagem, algumas variáveis se associaram ao trabalho de baixa exigência.

Dessa forma, baseado nos resultados encontrados em nosso estudo a Hipótese Ho foi rejeitada, que diz que os trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação estão expostos ao estresse psicossocial no trabalho, considerado o grupo de maior desgaste segundo os quadrantes propostos por Karasek, por apresentar alta demanda e baixo controle sobre o trabalho.

Portanto, H1 foi aceita por nós, uma vez que diz que os trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação estão expostos a um trabalho passivo, pois apresentam baixa demanda e baixo controle sobre seu trabalho, sendo esta a segunda combinação considerada mais danosa para a saúde do trabalhador.

8 CONCLUSÕES

A população de estudo foi composta, predominantemente: por homens (51,5%), com idade média de 46,1 anos, casados ou vivendo em união estável (63,7%), com pós-graduação (54,4%), que trabalhavam em apenas um emprego (83,9%), em horário fixo (82,8%) com carga horária semanal menor ou igual a 40 horas (79,1%), que não trabalhavam à noite (82,8%), que trabalhavam na universidade a mais de 10 anos (63,9%) e com renda mensal predominante entre 5 a 10 salários mínimos (45,8%).

A categoria de trabalho passivo que conjuga baixa demanda e baixo controle sobre o trabalho predominou entre a população de estudo, sendo esta a segunda combinação mais nociva para a saúde do trabalhador, por não possibilitar que o mesmo progrida profissionalmente, pela ausência de situações desafiadoras.

Dentre as limitações deste estudo podemos citar que o fato da população pesquisada ter estabilidade na inserção no mercado de trabalho, não permite que os dados sejam estendidos para a população geral. Além disso, os dados apresentados nesta pesquisa não permitem inferências, por se tratar de pessoas ativas que conseguem estar no ambiente de trabalho, sendo mais saudáveis conseqüentemente. Mas pode ser comparado com populações com características semelhantes.

Outra limitação se refere ao fato desta pesquisa ser delineada por um estudo transversal que tem a finalidade de fazer um recorte de uma determinada realidade, para que a mesma possa ser analisada, explorada. Devido a estas características do estudo transversal não nos é possível acompanhar a saúde desses trabalhadores ao longo dos anos ou mesmo avaliar exposições anteriores. Além disso, o instrumento de coleta de dados utilizado foi o questionário autopreenchível, que apesar de ser adequado a este tipo de delineamento, não expressa todas as questões que envolvem o ser humano. Outro fator dificultador da utilização do questionário se refere ao fato das respostas serem dependentes do que o indivíduo quer relatar naquele momento, tendo como influencia a memória, a compreensão e a disposição em preencher adequadamente o questionário.

Além disso, outra limitação deste estudo diz respeito ao fato de termos utilizado os quadrantes do Modelo Demanda-Controle para avaliar a ocorrência do estresse psicossocial no trabalho, uma vez que na literatura pesquisa há uma

discussão sobre qual seria a melhor forma a ser usada para tal avaliação. Além da formulação dos quadrantes tem-se também a razão, a logarítmica e a subtração.

A realização deste estudo com os Técnico-Administrativos em Educação (TAEs) teve como pontos positivos a heterogeneidade sociodemográfica e a estabilidade no emprego que contribuíram, respectivamente, com a variabilidade dos determinantes sociais de saúde desta população e com a possibilidade de monitoramento do trabalhador em longo prazo. Outro ponto positivo relacionado à população deste trabalho se refere à variedade de ocupações desempenhadas pelos TAES, uma vez que é adequado para o modelo teórico utilizado nesta investigação, a saber, o Modelo Demanda-Controle Apoio Social, que visa investigar o estresse psicossocial no trabalho. Como pontos negativos tivemos a dificuldade na coleta de dados, devido aos movimentos de paralisação e greves dos servidores públicos e a quantidade de funcionários a serem pesquisados.

Como contribuições da enfermagem para a saúde desses trabalhadores sugerimos intervenções no sentido de que estes trabalhadores se tornem agentes de mudanças nos processos de trabalho por eles realizados, de forma que eles possam ser responsáveis pelas decisões tomadas no cotidiano de seu trabalho. Sugerimos também uma readequação dos postos de trabalho, considerando os resultados encontrados nessa pesquisa, segundo os quatro quadrantes do Modelo Demanda-Controle, para que os trabalhadores possam desempenhar atividades que sejam adequados aos seus perfis.

Torna-se importante também que os profissionais de enfermagem se sensibilizem com as questões voltadas a saúde dos trabalhadores e desenvolvam pesquisas para avaliar e propor intervenções para promover a saúde destes.

Para superar estas dificuldades, pode ser indicada a realização de estudos longitudinais, para acompanhar as condições de trabalho e de vida destes trabalhadores ao longo dos anos e avaliar o desenvolvimento de exposições e desfechos a saúde destes. A este respeito o I Inquérito sobre condições de trabalho de vida dos TAEs da UFJF é a primeira etapa de uma pesquisa mais ampla que tem a intenção de subsidiar um estudo de coorte prospectiva, podendo contribuir para sanar algumas das dificuldade acima apresentadas e possibilitar outras análises e discussões a respeito da saúde dos TAEs.

A realização de outras pesquisas com abordagens qualitativas podem ser úteis e adequadas para verificar a percepção dos trabalhadores sobre seu processo de trabalho e para tentar dar conta de todas as questões que envolvem a complexidade que é o ser humano verticalizando em aspectos subjetivos.

Torna-se importante também a comunicação dos resultados deste estudo as instâncias superiores da universidade cenário da pesquisa para que se possa pensar em políticas públicas de trabalho nesta universidade.

.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, O. B.; FONSECA, M. J. M.; VALENTE, J. G. Confiabilidade (teste-reteste) da escala sueca do Questionário Demanda-Controle entre Trabalhadores de Restaurantes Industriais do Estado do Rio de Janeiro. **Rev Bras Epidemiol.** v. 13, n. 2, p. 212-22, 2010.
- ALVES, M. G. M. et al. Estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no Estudo Pró-Saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p.893-6, 2009.
- ALVES, M. G. M. et al. Versão resumida da “Job Stress Scale”: adaptação para o português. **Rev. Saúde Pública** v. 38; n. 2, p. 164-71, 2004.
- ALVES, M. G. M. **Pressão no Trabalho: Estresse no Trabalho e Hipertensão Arterial em Mulheres no Estudo Pró-Saúde.** Tese (Doutorado). Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional De Saúde Pública, 2004.
- ANSOLEAGA, E.; VÉZINA, M.; MONTAÑO, R. Síntomas depresivos y distrés laboral en trabajadores chilenos: condiciones diferenciales para hombres y mujeres. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n.1, 107-118p. 2014.
- ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho: ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho.** São Paulo, Cortez, 8ª ed., 2002.
- ANTUNES, R. As formas de padecimento no trabalho. **Saúde Soc.** São Paulo: Editorial Especial. v.17, n.4, 2008.
- ANTUNES, R.; ALVES, G. As Mutações no Mundo do Trabalho na Era da Mundialização do Capital. **Educ. Soc., Campinas**, v. 25, n. 87, p. 335-351, 2004.
- ARAÚJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev Saúde Pública**, v.37, n.4, p.424-33, 2003.
- ARAÚJO, T. M.; GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 8, n.4, p. 991-1003, 2003.
- ARAÚJO, T. M.; KARASEK, R. Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and informal jobs in Brazil. **SJWEH Suppl.** n. 6, p.52–9, 2008.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE ENFERMAGEM DO TRABALHO-ANENT (Brasil)**
Disponível em: <http://www.anent.org.br/atribuicoes/index.htm>. Acesso em: 05 de fev. de 2013.
- ASSUNÇÃO, A. A. Condições de Trabalho e Saúde e dos Trabalhadores da Saúde. In: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENNA, P. G. L. (Orgs.) **Saúde do Trabalhador na Sociedade Contemporânea.** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2011.

BACKES, D. S.; BACKES, M. S.; ERDMANN, A. L. A prática social sistêmica da enfermagem na perspectiva luhmanniana. **Rev Esc Enferm USP**. 2011 v.45; n.1, 116-21p. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/16.pdf>. Acesso em 08 de fev. de 2013.

BAGGIO, M. A.; CALLEGARO, G. D.; ERDMANN, A. L. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. **Rev Bras Enferm**. v. 61, n. 5,p.552-7, 2008.

BERTOLOZZI, M. R; GRECO, R. M. As Políticas de Saúde no Brasil: Reconstrução Histórica e Perspectivas Atuais. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.30 n.3, p.380-98, dez. 1996.

BLOCH, K. V.; COUTINHO, E. S. F. Fundamentos da pesquisa epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 173-79.

BORGES, G. M. **Funcionalismo Público Federal: Construção e Aplicação de Tábuas Biométricas**. Dissertação (Mestrado). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Escola Nacional de Ciências Estatística, 2009.

BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R. BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1585-1596p., 2010.

BRASIL. **Consolidação das leis do trabalho**. Oliveira, J. de (org.). São Paulo, Saraiva, 1992.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 28 de fev. de 2013.

BRASIL. Decreto Lei [N.º 5.452](#), de 1º de maio de 1943. **Consolidação das Leis do Trabalho**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto-lei/Del5452compilado.htm>. Acesso em: 05 de fev. de 2013.

BRASIL. [Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011](#). **Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST**. Brasília (DF), 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm. Acesso em: 06 de fev. de 2013.

BRASIL. **Lei 7.498/86, de 25 de junho de 1986**. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/1741/lei-n-7498-de-25-de-junho-de-1986>. Acesso em: 06 de fev. de 2013.

BRASIL. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990a**. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm>. Acesso em: 06 de fev. de 2013.

BRASIL. **Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990b**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 06 de fev. de 2013.

BRASIL. **Lei nº 8212 de 24 de julho de 1991a.** Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18212cons.htm. Acessado em: 05 de fev. de 2013.

BRASIL. **Lei nº 8213 de 24 de julho de 1991b.** Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/trabalhista/lei8213.htm>. Acesso em: 05 de fev. de 2013.

BRASIL. **Lei nº. 11.091, de 12 de janeiro de 2005b.** Dispõe sobre a estruturação do Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação, no âmbito das Instituições Federais de Ensino vinculadas ao Ministério da Educação, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/lei/11091.htm Acesso em: 07 de fev. de 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. **Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior.** Resolução CNE/CES 3/2001. Diário oficial da União, Brasília: Ministério da Saúde 9 de novembro de 2001b. Seção 1, p 37.. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 05 de fev. de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº5. **Saúde do Trabalhador.** Brasília (Df), 2002b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Legislação em Saúde. **Caderno de Legislação em Saúde do Trabalhador.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série E. Brasília/DF, 2005a. Disponível em: <http://157.86.173.10/beb/textocompleto/009031>. Acesso em: 06 de fev. de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde.** Doenças Relacionadas ao Trabalho. Brasília (DF), 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. **Produção e disseminação de informações sobre saúde no Brasil.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília – DF, 2009.

BRASIL, Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.** Brasília/DF, 2004. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/insumos_portaria_interministerial_800.pdf. Acesso em: 06 de fev. de 2013.

BRASIL. Ministérios do Trabalho e do Emprego, da Previdência Social e da Saúde. **Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho.** Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho. Brasília (DF), 2012. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/dominios/CTN/anexos/Cartilha%20Plano%20Nacional%20de%20SST.pdf>. Acesso em 06 de fev. de 2013.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Portaria n. 3751, 23 de Nov. 1990c.** Altera a Norma

Regulamentadora 17-Ergonomia. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.

BRASIL. **Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978**. Aprova as Normas Regulamentadoras – NR – do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho. Disponível em:

http://www.jacoby.pro.br/diversos/nr_16_perigosas.pdf. Acesso: 06 de fev. de 2013.

BRASIL. **Portaria n.º 1679/GM. Em 19 de setembro de 2002a**. Disponível em:

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>. Acesso em: 05 de fev. de 2013.

BRASIL. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. **Manual de Gestão e Gerenciamento**. São Paulo, 2006.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Construindo ações de Saúde do Trabalhador no âmbito das Superintendências e Gerências Regionais de Saúde**. Belo Horizonte (MG), 2011b.

BRISSON, C. et al. Effect of family responsibilities and job strain on ambulatory blood pressure among white-collar women. **Psychosom Med**. v.61, n.2; 205-213p. 1999.

BRUSCHINI, M. C. A. Trabalho e Gênero no Brasil nos últimos dez anos. **Cadernos de Pesquisa**, v.37, n. 132, p. 537-72, 2007.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1), 2007.

CAMACHO, A. C. L. F.; SANTOS, F. H. E. Refletindo sobre o cuidar e o ensinar na enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v.9 n.1, jan. 2001.

CARVALHO, B. G. et al. Trabalho e Intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 20, n.1, 2012.

CARVALHO, V. Cuidando, pesquisando e ensinando: acerca de significados e implicações da prática de enfermagem. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12 n.5, set./out. 2004.

COURVOISIER, D. S.; PERNEGER, T. V. Validation of Alternative Formulations of Job Strain. **J. Occup. Health**. 52, 2010.

COUTINHO, M. C.; DIOGO, M. F.; JOAQUIM, E. P. Sentidos do trabalho e saber tácito: estudo de caso em universidade pública. PSIC - **Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v. 9, n 1, p. 99-108, 2008.

DEJOURS, C. Subjetividade, Trabalho e Ação. **Revista Produção**. v. 14, n. 3, p. 27-34, set./dez. 2004.

DIAS, E. C. Aspectos Atuais da Saúde do Trabalhador no Brasil. In: BUSCHINELLI, J. T. P.; ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M. (Orgs.) **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro, Vozes, 1994.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de Implementar as Ações de Saúde do Trabalhador no SUS: a Estratégia da RENAST. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n.4., 2005.

DOMINGUES JUNIOR, L. R. P. O Processo Saúde – doença no Serviço Público e suas Conseqüências ao Estado, ao cidadão e ao Servidor. **3a. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 54-56, 2005.

DURAN, E. C. M. **Produção Do Conhecimento Em Enfermagem Em Saúde Do Trabalhador No Brasil: Análise Do Impacto Dos Resultados Das Pesquisas Na Formação De Recursos Humanos E Na Prática Profissional**. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto. 2006.

DURAN, E. C. M.; ROBAZZI, M. L. C. C.; MARZIALE, M. H. P. Conhecimento De Enfermagem Em Saúde Do Trabalhador Oriundo De Dissertações E Teses. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Ribeirão Preto. V. 28, n.3, 2007.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. 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-m. Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 517-25, 2006.

FACCHINI, L. A. Uma contribuição da Epidemiologia: o modelo de determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: BUSCHINELLI, J. T. P.; ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M. (Orgs.) **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro, Vozes, p. 83-96. 1994.

FACCHINI, L. A. Por que a Doença? A Inferência Causal e os Marcos Teóricos de Análise. In: BUSCHINELLI, J. T. P.; ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M. (Orgs.) **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro, Vozes, p. 83-96. 1994.

FAERSTEIN, E. et al. Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos. **Rev Bras Epidemiol**. 2005;8(4):454-66.

FEDERAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH, 2014. **Validation of the Job Content Questionnaire 2.0 (JCQ 2.0) - a German contribution to an international pilot study**. Disponível em: <http://www.baua.de/en/Research/Research-Project/f2279.html?nn=948674>. Acesso em: 09 de junho de 2014.

FERREIRA, L. L.; MACIEL, R. H.; PARAGUAY, A. I. A Contribuição da Ergonomia. . In: BUSCHINELLI, J. T. P.; ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M. (Orgs.) **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro, Vozes, 1994.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em Enfermagem. In: KURCGANT P. (Coord.), **Gerenciamento em Enfermagem**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

FERREIRA, A. B. H. **Mini Aurélio – Dicionário**. Nova Fronteira. 2001.

FILHA, M. M. T.; COSTA, M. A. S.; GUILAM, M. C. R. Estresse ocupacional e autoavaliação de saúde entre profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 21, n. 2. 2013.

FILHO, J M. J. Desenho do trabalho e patologia organizacional: um estudo de caso no serviço público. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 058-066, 2004.

FILHO, L. G. C.; NAVARRO, V. L. A Organização do Trabalho em Saúde em um Contexto de Precarização e do Avanço da Ideologia Gerencialista. **Revista Pegada** v. 13, n.2, 2012.

FISCHER, F. M. et al. Job control, job demands, social support at work and health among adolescent workers. **Rev. Saúde Pública[online]**., v.39, n.2, p. 245-253, 2005.

FRANÇA, B. H. **Barnabé**: - consciência política do pequeno funcionário público. São Paulo, Cortez, 1993.

FREITAS, A. L. P.; SOUZA, R. G. B.; QUINTELLA, H L. M. M. Qualidade de Vida no Trabalho do técnico-administrativo em IES públicas: uma análise exploratória. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**. v. 05, n. 02, p. 1-12, 2013.

GARCIA F. M. **Evolução Histórica da Engenharia de Segurança do Trabalho**. Capítulo II. 1994. Disponível em: http://www.eps.ufsc.br/disserta96/anete/cap2/cap2_ane.htm. Acesso em: 30 de jan. de 2013.

GARCÍA, J. C. Pensamento social em saúde na América Latina In: NUNES, E. D. **A categoria trabalho na Medicina**. São Paulo: Cortez, 1989. p.100-26.

GELBCKE, F. L.; LEOPARDI, M. T. Perspectivas para um Novo Modelo de Organização do Trabalho da Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) mar/abr; v. 57, n.2; 2004.

GIANNINI, S. P. P. **Distúrbio de voz relacionado ao trabalho docente: um estudo caso-controle**. Tese (Doutorado).Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2010.

GOMES, A. C. Ideologia e trabalho no Estado Novo. **Repensando o Estado Novo**. Organizadora: Dulce Pandolfi. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getulio Vargas, 1999.

GRIEP, R. H. et al. Uso combinado de modelos de estresse no trabalho e a saúde auto-referida na enfermagem. **Rev Saude Publica**, v. 45, n.1, p.145-52, 2011.

HAMMAR, N.; ALFREDSSON, L.; JOHNSON, J. V. Job strain, social support at work, and incidence of myocardial infarction. **Occup Environ Med**; 55:548–553p. 1998.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as Dimensões Gerencial e Assistencial do Processo de Trabalho do Enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**; v. 18, n.2, p.258-65, 2009.

HEIKKILÄ, K. et al. Job Strain and Health-Related Lifestyle: Findings From an Individual-Participant Meta-Analysis of 118 000 Working Adults. **Am J Public Health**. n. 103, v. 11. 2013.

HOCHMAN, G. Reformas, Instituições e Políticas de Saúde no Brasil (1930-1945). **Educar em Revista**. nº: 25, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). **Censo 2010**. 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). **Pesquisa Mensal de Empregos**. 2014.

JESUS, J. T. **Estresse e Manifestações de Transtornos Mentais Comuns em Profissionais de Enfermagem de um Hospital Oncológico**. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, 2012.

JOB CONTENT QUESTIONNAIRE CENTER, 2014. Disponível em: <http://www.jcqcenter.org/>. Acesso em: 09 de junho de 2014.

JOHNSON, J. V.; HALL, E. M. Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. **Am J Public Health**. v. 78, n. 10 p.1336-42. 1988.

KARASEK, R. Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. **Administrative Science Quarterly**; v. 24, 285-308p. 1979.

KARASEK, R. et al. Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. **AJPH**, v. 71, n.7, p 694-705. 1981.

KARASEK, R.; THEORELL, T. **Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life**. New York: Basic Books; 1990.

KARASEK, R. et al. Testing two methods to create comparable scale scores between the Job Content Questionnaire (JCQ) and JCQ-like questionnaires in the European JACE Study. **Int J Behav Med**. v. 14, n. 4, 189-201p. 2007.

KIVIMAKI, M. et al. Work stress, weight gain and weight loss: evidence for bidirectional effects of job strain on body mass index in the Whitehall II study. **International Journal of Obesity**. v. 30, 982–987p. 2006.

- KIRCHHOF, A. L. C. et al. Condições de trabalho e características sócio demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 18, n. 2, 215-23p. 2009.
- KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. Estudos Seccionais. In: MEDRONHO, R. A.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. **Epidemiologia**. 2. ed . São Paulo: Editora Atheneu, 2009. p. 193-219.
- KUPER, H.; MARMOT, M. Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. **Epidemiol Community Health**;147–153p. 2003
- LA GUARDIA, A. **Guia do Consórcio das Universidades Federais da Região Sul-Sudeste do Estado de Minas Gerais**. 1ª edição, 2011.
- LACAZ, F. A. C. **Saúde do Trabalhador: Um Estudo Sobre as Formações Discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical**. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1996.
- LALLUKKA, T. et al. Associations of job strain and working overtime with adverse health behaviors and obesity: evidence from the Whitehall II Study, Helsinki Health Study, and the Japanese Civil Servants Study. **Soc Sci Med**; v. 66, n.8, 1681-98p., 2008.
- LANDERDAHL, M. C. et al. Processo de empoderamento feminino mediado pela qualificação para o trabalho na construção civil. **Esc. Anna Nery** v.17 n.2. 2013.
- LANDSBERGIS, P. A. et al. Association between ambulatory blood pressure and alternative formulations of job strain. **Scand J Work Environ Health**. v. 20, n. 5, 1994.
- LANDSBERGIS, P. A. et al. Life-Course Exposure to Job Strain and Ambulatory Blood Pressure in Men. **American Journal of Epidemiology**. v. 157, n. 1, 2003a.
- LANDSBERGIS, P. A. et al. Lower socioeconomic status among men in relation to the association between job strain and blood pressure. **Scand J Work Environ Health**.; v. 29, n. 3, 206–215p. 2003b.
- LANDSBERGIS, P. A. et al. Work stressors and cardiovascular disease. **Work**, v. 17, 191–208p. 2001.
- LANDSBERGIS, P. A. et al. Job Strain and Ambulatory Blood Pressure: A Meta-Analysis and Systematic Review. **American Journal of Public Health**. v. 103, n. 3, 61-71p. 2013.
- LASCHINGER, S. et al. Testing Karasek’s Demands-Control Model in Restructured Healthcare Settings: Effects of Job Strain on Staff Nurses’ Quality of Work Life. **Journal of Nursing Administration**. v. 31, n. 5, 2001,

LAURELL A.C.; NORIEGA M. **Processo de Produção e Saúde. Trabalho e Desgaste Operário.** Hucitec. São Paulo, 1989.

LOURENÇO, E. A. S. **Na trilha da saúde do trabalhador a experiência de Franca/SP.** Editora: Unesp - Campus de Franca, São Paulo, 2009.

MACHADO, R. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MAGNAGO, T. S. B. S. et al. Condições de trabalho de profissionais da enfermagem: avaliação baseada no modelo demanda-controle. **Acta Paul Enferm** v. 23, n. 6, p.811-7, 2010.

MARMOT et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. **Lancet.** v.337, n. 8754, 1387-93p. 1991.

MARTINS, J. T. et al. Significado de cargas no trabalho sob a ótica de operacionais de limpeza. **Acta paul. enferm.** v.26 n.1 São Paulo, 2013.

MARTINS, M. I. C.; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.6, 2013.

MARZIALE M. H. P. et al. Atribuições e Funções dos Enfermeiros do Trabalho no Brasil e nos Estados Unidos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto v.18 n.2. mar./abr. 2010.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política.** v 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias Administrativas e Organização do Trabalho: de Taylor aos Dias Atuais, Influências no Setor Saúde e na Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 3, p. 508-14, 2006.

MAURO, M. Y. C. et al. Riscos Ocupacionais em Saúde. **R Enferm UERJ.** 12:338-45, 2004.

MENDES, R. **Doutrina e Prática da Integralidade da Saúde Ocupacional no Setor Saúde. Característica da atual organização da saúde ocupacional no Brasil.** Capítulo da Tese (livre docente). Faculdade de Saúde Pública Universidade de São Paulo. São Paulo, 1986.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da Medicina Do Trabalho À Saúde Do Trabalhador. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo 25(5): 341-9, 1991.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Saúde dos Trabalhadores. In: **Epidemiologia & Saúde.** ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. A. Medsi, 5ª Ed., 2011.

MINAYO, M. C. S. Saúde, trabalho e ambiente em pauta permanente. Editorial Especial. **Ciênc. saúde coletiva [online].** v.16, n.8, pp. 3358-3358, 2011.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**. v.13 suppl.2, Rio de Janeiro p.1-19, 1997.

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

NAVARRO V. L.; PADILHA, V. Dilemas do Trabalho no Capitalismo Contemporâneo. **Psicologia & Sociedade**. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Edição Especial 1: 14-20, 2007.

NETTO, J. P. **O que é Marxismo**. 3 ed. Brasiliense. São Paulo, 1986.

NUNES E. D.; ROCHA L. E. Os Primórdios Da Industrialização E A Reação Dos Trabalhadores: Pré-30. In: BUSCHINELLI, J. T. P.; ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M. (Orgs.) **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro, Vozes, p. 83-96. 1994.

NUNES E. D.; ROCHA L. E. A Intervenção do Estado nas Relações de Trabalho: 1930-1945. In: BUSCHINELLI, J. T. P.; ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M. (Orgs.) **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro, Vozes, p. 97- 108. 1994.

NUNES E. D.; ROCHA L. E. Tudo Por Um “Brasil Grande”: 1945-1964. In: BUSCHINELLI, J. T. P.; ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M. (Orgs.) **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro, Vozes, p. 109-121. 1994.

NUNES E. D.; ROCHA L. E. O Milagre Econômico e o Ressurgimento do Movimento Social 1964-1980. In: BUSCHINELLI, J. T. P.; ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M. (Orgs.) **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro, Vozes, p. 122-137. 1994.

NUNES E. D.; ROCHA L. E. Aspectos Atuais da Saúde do Trabalhador no Brasil. In: BUSCHINELLI, J. T. P.; ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M. (Orgs.) **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro, Vozes, p. 138- 156. 1994.

OLIVEIRA, E. A. A política de emprego no Brasil: O caminho da flexinsegurança. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 111, p. 493-508, jul./set. 2012.

OLIVEIRA, M. P. et al. Trabalho e qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em diálise peritoneal. **Acta Paul Enferm.** v. 25, n.3, 2012.

OLIVEIRA, P. A. B. et al. A Implantação de Políticas Públicas de Ergonomia na Saúde do Trabalhador: A Experiência Participativa do Ministério do Trabalho e Emprego. In: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Orgs.) **Saúde do Trabalhador na Sociedade Contemporânea**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2011.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Série 1: Saúde no Brasil. **The Lancet**. 2011

PARSONS E. A Enfermagem Moderna no Brasil. Escola Anna Nery. **Rev. de Enfermagem**. Ano I, jul. de 1997.

PENA, P. G. L.; MINAYO-GOMEZ, C. Premissas para a Compreensão da Saúde dos Trabalhadores no Setor Serviço. **Saúde Soc**. São Paulo, v.19, 2010.

PETER, R. et al. Psychosocial work environment and myocardial infarction: improving risk estimation by combining two complementary job stress models in the SHEEP Study. **J Epidemiol Community Health**, v. 56, 294–300p. 2002.

PIMENTA, A. M. et al. Trabalho noturno e risco cardiovascular em funcionários de universidade pública. **Rev. Assoc. Med. Bras**. v.58 n.2, 2012.

PIRES, D. **Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem**. Cortez. Saúde e Sociedade, v. 14, 1989.

PORTELA, L. F. **Relações entre o estresse psicossocial no trabalho segundo o modelo demanda-controle e a pressão arterial monitorada: o papel do trabalho doméstico**. Tese (Doutorado). Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2012.

PROCHNOW, A. et al. Capacidade para o trabalho na enfermagem: relação com demandas psicológicas e controle sobre o trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 21, n. 6, 1298-305p. 2013.

RADI, S. et al. Job constraints and arterial hypertension: different effects in men and women: the IHPAF II case control study. **Occup Environ Med**. 711–717p. 2005.

RAMOS, F. R. S. et al. Trabalho, Educação e Política em seus Nexos na Produção Bibliográfica sobre o Cuidado. **Texto Contexto Enferm**, v. 18, n. 2, p. 361-8, 2009.

RIBEIRO, C. V. S.; MANCEBO, D. O Servidor Público no Mundo do Trabalho do Século XXI. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.33, n.1, 192-207p., 2013.

RIBEIRO, H. P.; LACAZ, A. C. L. **De que adoecem e morrem os trabalhadores**. DIASAT. Imprensa Oficial do Estado – IMESP - São Paulo. 1984

RIBEIRO, M. C. S. **Enfermagem e Trabalho: Fundamentos para a Atenção à Saúde dos Trabalhadores**. São Paulo: Martinari, 2008.

RIBEIRO, R. P. et al. O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**. v: 46, n:2, p. 495-504, 2012.

RIGOTTO, R. M. o Homem e o Trabalho. In: BUSCHINELLI, J. T. P.; ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M. (Orgs.) **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro, Vozes, 1994.

- SANTANA, V. S.; SILVA, J. M. Epidemiologia e Saúde do Trabalhador no Brasil. In: FILHO, N. A.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & Saúde – Fundamentos, Métodos, Aplicações**. Guanabara Koogan, 2011.
- SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A Regulação Pública da Saúde do Estado Brasileiro- Uma Revisão. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, jan/jun 2006.
- SANTOS, K. **Absenteísmo-doença, estresse ocupacional e fatores associados: um estudo caso-controle aninhado em uma coorte de trabalhadores de hospitais estaduais públicos de Santa Catarina**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.
- SCHMIDT, D. R. C. et al. Estresse Ocupacional entre Profissionais de Enfermagem do Bloco Cirúrgico. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, abr-jun; v.18, n.2: 2009.
- SCHMOELLER, R. et al. Cargas de Trabalho e Condições de Trabalho da Enfermagem: Revisão Integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.**, jun; v.32, n.2. Porto Alegre (RS), 2011.
- SCHOELLER, S. D.; LEOPARDI, M. T.; RAMOS, F. S. Cuidado: eixo da vida, desafio da enfermagem. **R Enfermagem UFSM**, jan/abr v.1, n.1, 2011. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2013>. Acessado em: 14 de fevereiro de 2013.
- SECCO, I. A. P. et al. Cargas Psíquicas de Trabalho e Desgaste dos Trabalhadores de Enfermagem de Hospital de Ensino Do Paraná, Brasil. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. V. 6, n. 1, 2010.
- SELIGMANN-SILVA E. et al. Saúde do Trabalhador No Início Do Século XXI. Editorial. **Revista Brasileira Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 35, n.122, 2010.
- SIEGRIST, J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. **Journal of Occupational Health Psychology**. v.1, n.1, 27-41p. 1996.
- SILVA, S. M.; BAPTISTA, P. C. B. Novos Olhares sobre o Sujeito que Adoece no Trabalho Hospitalar. **Cogitare Enferm**. jan/mar; v.18, n.1, 2013.
- SISTEMA DE INDICADORES DE PERCEPÇÃO SOCIAL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Trabalho e tempo livre**. 2012.
- SODRÉ, F. O Trabalho e as Redes. In: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Orgs.) **Saúde do Trabalhador na Sociedade Contemporânea**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2011.
- SOUZA, D. O.; SILVA, S. E. V.; SILVA, N. O. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde Soc**. v.22, n.1, p.44-56, 2013.
- SOUZA, S. F. et al. Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais

comuns em eletricitários. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p.710-7, 2010.

STANSFELD, S. A. et al. Repeated Job Strain and the Risk of Depression: Longitudinal Analyses From the Whitehall II Study. **American Journal of Public Health**. v. 102, n. 12, 2012.

SULTAN-TAÏEB, H. et al. The annual costs of cardiovascular diseases and mental disorders attributable to job strain in France. **BMC Public Health**; 2013.

THEORELL, T.; KARASEK, R. Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. **J Occup Health Psychol**.v. 1, n. 1, 9-26p. 1996.

THOFEHRN, M. B. et al. Assédio Moral no Trabalho da Enfermagem. **Cogitare Enferm**, Out/Dez; v.13, n.4, 2008.

TRINDADE, L. L. et al. Cargas de trabalho entre os Agentes Comunitários de Saúde. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v.28, n.4, 2007.

TRINDADE, L. L.; AMESTOY, S. C.; PIRES, D. E. P. Revisão da produção teórica latino-americana sobre cargas de trabalho. **Enfermería Global**. nº 29, p: 373-82, 2013.

TSUTSUMI, A. et al. Association between job strain and prevalence of hypertension: a cross sectional analysis in a Japanese working population with a wide range of occupations: the Jichi Medical School cohort study. **Occup Environ Med**, 58:367–373p. 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA-UFJF. **Competências UFJF**.

Disponível em:

<http://www.ufjf.br/portal/universidade/acessoainformacao/institucionalufjf/competenciasufjf/> Acesso em: 08 de agosto de 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA-UFJF. **Estatutos e Regimentos**.

Disponível em: <http://www.ufjf.br/portal/legislacao/regimentos-ufjf/>. Acesso em: 08 de agosto de 2013.

VERTHEIN, M. A. R.; GOMEZ, C. M. Movimento de Assepsia Social: A Doença do Trabalho Fora de Alcance. In: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENNA, P. G. L. (Orgs.) **Saúde do Trabalhador na Sociedade Contemporânea**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2011.

VIEIRA, M.; CHINELLI, F. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**. v.18 n.6, 2013.

WALDOW, V. R. Cuidado Humano – O Resgate Necessário. Porto Alegre, **Sagra Luzzato**, 1998.

YANG, M. S.; PAN, S. M.; YANG, M. J. Job strain and minor psychiatric morbidity among hospital nurses in southern Taiwan. **Psychiatry and Clinical Neurosciences** v. 58, n. 6, 636–641p., 2004.

ZARPELÃO, R. Z. N.; MARTINO, M. F. A Qualidade do Sono e os Trabalhadores de Turno: Revisão Integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 8, n.6, 1782-90p., 2014.

ANEXO 1 – Autorização do Comitê de Ética e Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 224/2010

Protocolo CEP-UFJF: 2141.201.2010 **FR:** 358642 **CAAE:** 0151.0.180.000-10

Projeto de Pesquisa: Trabalhadores técnicos administrativos em Educação: condições de trabalho e de vida

Pesquisador Responsável: Rosângela Maria Greco

Pesquisador Participante: Maria Teresa Bustamante Teixeira

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora

Sumário/comentários:

O CEP analisou o Protocolo 2141.201.2010 e considerou que:

- O estudo apresenta embasamento teórico que sustenta os objetivos propostos, a saber:

Conhecer a realidade das condições de vida e saúde dos TAE/UFJF; Descrever o perfil epidemiológico, os fatores de risco e as práticas e cuidados com a saúde dos TAE; Desenvolver pesquisas sobre aspectos socioculturais, biológicos e da organização do trabalho relacionados ao processo saúde doença; Contribuir para o aperfeiçoamento das atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde; Estruturar um programa permanente de pesquisa que tenha como público alvo os trabalhadores da UFJF;

- Trata-se de um estudo exploratório transversal cujos resultados serão a base para o desenvolvimento de um estudo prospectivo de coorte. O instrumento para coleta dos dados será um formulário auto-preenchível com questões estruturadas sobre: dados pessoais, hábitos de vida, história mórbida pregressa e atual, familiar, ocupacional, acidentes e condições de trabalho, será realizada também uma avaliação física dos TAE que constará de aferição de sinais vitais (pulso, temperatura, respiração e pressão arterial), bem como peso, altura e verificação do índice de massa corporal. A coleta de dados será feita em 3 fases: survey em 2011, e monitoramento prospectivo (coorte) em 2016 e em 2021. A aplicação do formulário e as avaliações físicas serão realizadas nas 52 unidades que compõe a UFJF.

- Foi apresentado documento de concordância e autorização do dirigente da Instituição.

- Há descrição do orçamento financeiro e a indicação de que as despesas do projeto serão custeadas pelo próprio pesquisador.

- O cronograma foi apresentado com indicativo de que a pesquisa começa em agosto de 2010, tendo seu término previsto para julho de 2011.

- O orçamento da pesquisa foi apresentado, os pesquisadores informam que os recursos para o custeio da pesquisa serão buscados junto a fontes de financiamento, caso não seja possível os próprios cobrirão as despesas.

- O TCLE apresenta-se numa linguagem clara e compreensível para o sujeito e informa o contato do pesquisador.

- A qualificação dos pesquisadores é pertinente para o desenvolvimento do projeto de pesquisa. Os currículos de ambos os pesquisadores foram devidamente apresentado utilizando-se o modelo Lattes/CNPq.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96 manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, devendo o pesquisador entregar o relatório no final da pesquisa.

Situação: Projeto Aprovado
Juiz de Fora, 19 de agosto de 2010.


Profa. Dra. Ieda Maria Ávila Vargas Dias
Coordenadora – CEP/UFJF

RECEBI
DATA: ___/___/2010
ASS: _____

ANEXO 2 – Prorrogação no Cronograma da pesquisa autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Emenda ao Parecer nº 224/2010

Protocolo CEP-UFJF: 2141.201.2010 **FR:** 358642 **CAAE:** 0151.0.180.000-10

Projeto de Pesquisa: Trabalhadores técnicos administrativos em Educação: condições de trabalho e de vida

Pesquisador Responsável: Rosangela Maria Greco

Pesquisador Participante: Maria Teresa Bustamante Teixeira


Data prevista para término da primeira etapa da pesquisa: Julho de 2014.

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora

Comentário:

Diante do exposto o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12, manifesta-se pela APROVAÇÃO a solicitação de prorrogação no cronograma ao estudo supracitado considerando a justificativa apresentada. Informa que o documento da referida solicitação será anexado ao projeto e arquivado no CEP. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Situação: Emenda ao projeto Aprovada.
Juiz de Fora, 14 de agosto de 2013.


Prof. Dr. Paulo Cortes Gago
Coordenador do CEP/UFJF

RECEBI
DATA: ___/___/2013.
ASS: _____

ANEXO 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

FACULDADE DE ENFERMAGEM

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: PROFA. DRA. ROSANGELA MARIA GRECO
ENDEREÇO: FACULDADE DE ENFERMAGEM Campus Universitário – s/n bairro São Pedro

CEP: 36036-900 JUIZ DE FORA – MG

FONE: (32) 21023821/21023824

E-MAIL: ROSANGELA.GRECO@UFJF.EDU.BR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora: condições de trabalho e vida bem como o perfil epidemiológico dos trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação (TAE) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

O motivo que nos leva a estudar este tema é a possibilidade de estarmos subsidiando ações de prevenção, promoção e controle do processo saúde-doença destes trabalhadores.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: A aplicação de um formulário para levantamento de dados e a realização de avaliação física com verificação de sinais vitais, peso e altura, o que implicará em risco mínimo para o Sr (a), e caso venha a contrair danos em decorrência do referido estudo, podendo ser comprovado, será indenizado pelos pesquisadores responsáveis. Este formulário ficará guardado por no mínimo 5 anos com o pesquisador.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
 PRO-REITORIA DE PESQUISA
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
 36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade de Enfermagem da UFJF e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “pesquisa “Trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora: condições de trabalho e vida” (título provisório), de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 200 .

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Nome	Assinatura testemunha	Data
------	-----------------------	------

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF

CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

CEP 36036.900

FONE:32 3220 3788

Tire suas dúvidas sobre riscos, acesse: <http://www.ufjf.br/comitedeetica/files/2008/12/risco-em-pesquisa3.doc>

ANEXO 4 - Termo de Sigilo e Confidencialidade



Universidade Federal de Juiz de Fora
Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva

TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

Pelo presente Termo, _____
_____, _____ (nome, nacionalidade, estado civil,
profissão), residente na _____
(endereço completo), CPF número _____ e RG número _____
pesquisador (a) da Pesquisa "Trabalhadores Técnicos Administrativos da Universidade Federal de Juiz de
Fora: Condições de Trabalho e Vida" (título provisório), se obriga a manter o mais absoluto sigilo com
relação a toda e qualquer informação a que tiver acesso sobre a pesquisa desenvolvida no âmbito dessa
Universidade. Para tanto, declara e se compromete:

a) a manter sigilo, tanto escrito como verbal, ou, por qualquer outra forma, de todos os dados, informações científicas e técnicas e, sobre todos os materiais obtidos com sua participação, podendo incluir, mas não se limitando a: técnicas, desenhos, cópias, diagramas, fórmulas, modelos, amostras, fluxogramas, croquis, fotografias, plantas, programas de computador, discos, disquetes, processos, projetos, dentre outros;

b) a não revelar, reproduzir, utilizar ou dar conhecimento, em hipótese alguma, a terceiros, de dados, informações científicas ou materiais obtidos com sua participação, sem a prévia análise da Universidade Federal de Juiz de Fora sobre a possibilidade de proteção, nos órgãos especializados, dos resultados ou tecnologia envolvendo aquela informação;

c) a não tomar, sem autorização da Universidade, qualquer medida com vistas a obter para si ou para terceiros, os direitos de propriedade intelectual relativos às informações sigilosas a que tenham acesso.

d) que todos os documentos, inclusive o caderno de protocolo, contendo dados e informações relativas a qualquer pesquisa são de propriedade do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora;

e) que todos os materiais, sejam genéticos, modelos, protótipos e/ou outros de qualquer natureza pertencem ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora;

O presente Termo tem natureza irrevogável e irretroatável, e o seu não cumprimento acarretará todos os efeitos de ordem penal, civil e administrativa contra seus transgressores.

Para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente Termo, fica eleito o foro da Comarca de Juiz de Fora, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Juiz de Fora, _____, de _____, de _____.

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

ANEXO 5 - Instrumento de Coleta de Dados

BLOCO H

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre seu trabalho.

H1. Com que idade você começou a trabalhar? _____ anos

H2. Atualmente você tem quantos empregos?

- 1 Um emprego
 2 Dois empregos
 3 Três empregos
 4 Mais de três empregos

H3. O seu horário de trabalho se caracteriza por?

- 1 Horário fixo
 2 Horário irregular
 3 Fim de semana
 4 Diarista/plantão

H4 O seu **tempo total de trabalho**, em média, **POR SEMANA** é _____ horas
 (inclua outras atividades profissionais ou outro local de trabalho)

H5. Você realiza plantões extras?

- 1 Sempre 2 Frequentemente 3 Raramente 4 Nunca

H6. Em que ano você começou a trabalhar na UFJF? _____

H7. Por favor, liste as **principais** atividades que você desenvolve, com mais frequência, no seu dia-a-dia de trabalho na UFJF?

H8. Há quanto tempo você desempenha, na UFJF as atividades listadas acima?

Há _____ anos 1 Menos de 1 ano

H9. Antes de começar a trabalhar na UFJF, você trabalhava?

- 1 Sim
 2 Não

H10. Qual era sua ocupação ou atividade nesse seu trabalho anterior ao trabalho na UFJF?

H11. Você recebe adicional de insalubridade, ou penosidade, ou periculosidade?

- 1 Sim
2 Não

H12. Você trabalha durante a noite (em turnos alternantes ou sempre durante a noite)?

- 1 Sim
2 Não

Agora temos algumas perguntas sobre as características de seu trabalho na UFJF

H13. Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?

- 1 Frequentemente 2 Às vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nada

H14. Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?

- 1 Frequentemente 2 Às vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nada

H15. Seu trabalho exige demais de você?

- 1 Frequentemente 2 Às vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nada

H16. Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?

- 1 Frequentemente 2 Às vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nada

H17. O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

- 1 Frequentemente 2 Às vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nada

H18. Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?

- 1 Frequentemente 2 Às vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nada

H19. Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?

- 1 Frequentemente 2 Às vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nada

H20. Seu trabalho exige que você tome iniciativa?

- 1 Frequentemente 2 Às vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nada

H21. No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?

1 Frequentemente 2 Às vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nada

H22. Você pode escolher **COMO** fazer seu trabalho?

1 Frequentemente 2 Às vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nada

H23. Você pode escolher **O QUE** fazer no seu trabalho?

1 Frequentemente 2 Às vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nada

A seguir, por favor, responda até que ponto você concorda ou discorda das seguintes afirmações a respeito de seu ambiente de trabalho na UFJF.

H24. Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.

1 Concordo totalmente 2 Concordo mais do que discordo 3 Discordo mais do que concordo 4 Discordo totalmente

H25. No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.

1 Concordo totalmente 2 Concordo mais do que discordo 3 Discordo mais do que concordo 4 Discordo totalmente

H26. Eu posso contar com o apoio de meus colegas de trabalho.

1 Concordo totalmente 2 Concordo mais do que discordo 3 Discordo mais do que concordo 4 Discordo totalmente

H27. Se eu não estiver em um bom dia, meus colegas compreendem.

1 Concordo totalmente 2 Concordo mais do que discordo 3 Discordo mais do que concordo 4 Discordo totalmente

H28. No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.

1 Concordo totalmente 2 Concordo mais do que discordo 3 Discordo mais do que concordo 4 Discordo totalmente

H29. Eu gosto de trabalhar com meus colegas.

1 Concordo totalmente 2 Concordo mais do que discordo 3 Discordo mais do que concordo 4 Discordo totalmente

BLOCO K

As próximas perguntas são sobre sua vida familiar, moradia e outros aspectos.

K1. Em que dia/mês/ano você nasceu? ____ / ____ / ____

K2. Em que município, estado e País você nasceu?

Município: _____

Estado: _____

País: _____

K3. O Censo Brasileiro do IBGE, usa os termos preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Como você se classifica a respeito de sua cor ou raça?

- 1 Preta
 2 Parda
 3 Branca
 4 Amarela
 5 Indígena

K4. Atualmente, você é...

- 1 Casado(a) ou vive em união
 2 Separado(a), ou divorciado(a)
 3 Viúvo(a)
 4 Solteiro(a) (nunca casou ou viveu em união)

K5. Qual o seu sexo?

- 1 Masculino
 2 Feminino

K6. O seu trabalho, na UFJF, exige que tipo de qualificação?

- 1 1º grau incompleto
 2 1º grau completo
 3 2º grau incompleto
 4 2º grau completo
 5 Universitário Incompleto
 6 Universitário Completo
 7 Pós -graduação

K7. Qual a sua formação profissional?

K8. Atualmente, qual é a sua religião? (aquela com que você mais se identifica)?

K9. Você tem filhos?

1 Sim Quantos? _____

2 Não

K10. Há quanto tempo você mora em Juiz de Fora?

1 Menos de um ano

2 De 1 a 3 anos

3 De 4 a 6 anos

4 De 7 a 9 anos

5 10 ou mais anos

K11. A residência onde você mora é?

1 Própria já pago

2 Própria ainda pagando

3 Alugada

4 Cedida

5 Outra condição Qual? _____

K12. Quantos banheiros existem em sua casa? _____

K13. Quantas pessoas moram com você ? (Inclua cônjuge/companheiro, filhos e enteados, pais, outros parentes, amigos, agregados, pessoas ausentes temporariamente e empregados que durmam na casa)

1 Mora sozinho (a)

2 De 1 a 3 pessoas

3 De 4 a 6 pessoas

4 De 7 a 9 pessoas

5 10 ou mais pessoas

K17. Em sua casa, trabalha alguma empregada doméstica mensalista ou diarista?	
1	<input type="checkbox"/> Sim, uma
2	<input type="checkbox"/> Sim, mais de uma
3	<input type="checkbox"/> Não

K18. Em relação aos bens abaixo, marque SIM para os que existem na sua casa ou NÃO para os que não existem. Para cada item, caso SIM, diga qual a quantidade:

Televisão em cores	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não
Rádio (não considerar rádio de automóvel)	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não
Máquina de lavar roupa	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não
Videocassete ou DVD	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não
Geladeira duplex ou freezer	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não
Aspirador de pó	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não

K19. No mês passado qual foi aproximadamente sua renda familiar líquida, isto é, a soma de rendimentos, já com os descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa?

1	<input type="checkbox"/> Até 1 salário mínimo
2	<input type="checkbox"/> Entre 1 e 2 salários mínimos
3	<input type="checkbox"/> Entre 2 e 3 salários mínimos
4	<input type="checkbox"/> Entre 3 e 4 salários mínimos
5	<input type="checkbox"/> Entre 4 e 5 salários mínimos
6	<input type="checkbox"/> Entre 5 e 6 salários mínimos
7	<input type="checkbox"/> Entre 6 e 7 salários mínimos
8	<input type="checkbox"/> Entre 7 e 8 salários mínimos
9	<input type="checkbox"/> Entre 8 e 9 salários mínimos
10	<input type="checkbox"/> Entre 9 e 10 salários mínimos
11	<input type="checkbox"/> Mais de 10 salários mínimos

K20. Quantas pessoas (adultos e crianças), incluindo você, dependem dessa renda para viver? Se for o caso, inclua dependentes que recebem pensão alimentícia. Não inclua empregados domésticos aos quais você paga salário. _____ pessoas